

EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN. DE LA PSICOTERAPIA DESCRIPTIVA A UN MODELO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO.

Michele Procacci, Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari
III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9, 00161 – Roma (Italia).
e-mail: terzocentro@iol.it

The Avoidant Personality Disorder is described as the most sensitive disorder to the failure of establishing relationships. Starting from the mental dimensions that compose it (metacognitive deficit, sense of not belonging, dysfunctional mental states) we try to propose a psychopathological model that goes beyond the description of the symptoms proposed in the DSM IV. We are also pointing out the possibility that there exist mechanisms that favour the maintenance of the disorder's basic parts. In this way, the description of the most characteristic interpersonal dysfunctional cycles supplies elements of comprehension even of the relational difficulties that can occur when starting a psychotherapy with these individuals. Finally, we are proposing a circular model of the disorder which is useful to start specific strategies within the cognitive treatment of the Avoidant Personality Disorder

Key words: Avoidant Personality Disorder; metacognitive deficit; sense of not belonging, dysfunctional mental states; circular models.

Introducción

El trastorno de personalidad evitante incluye individuos que tienden a aislarse socialmente, pese a desear establecer relaciones con los demás, contrariamente a las personalidades esquizoides, distantes e indiferentes respecto a las relaciones (Millon, 1969). La inhibición del contacto, con emociones intensas de embarazo, vergüenza o miedo, va a menudo acompañada de una representación propia de inadecuación personal y de un claro miedo al juicio de los demás, vistos como rechazantes o distantes (DSM-IV, 1994).

Los criterios del diagnóstico categorial del Evitante se superponen a los del Esquizoide y del Trastorno de Personalidad por Dependencia (Widiger *et al.*, 1987),

lo cual dificulta a menudo la evaluación del trastorno. Motivo de dificultad es también la comorbilidad con trastornos del eje I del DSM, en particular la Depresión y la Fobia Social.

En este artículo intentaremos proporcionar un modelo del trastorno, desde la perspectiva teórica delineada en el artículo introductorio (Dimaggio y otros, en este monográfico), en la que se da cuenta de las diversas dimensiones mentales disfuncionales. Desde el punto de vista de los contenidos, nos interesa apuntar que además de los elementos de miedo al juicio y la sensibilidad a la vergüenza, es de particular importancia el sentimiento de extrañamiento y no pertenencia, fruto de la dificultad de percibir la compartición de la experiencia con el otro (en las relaciones duales) o con el grupo. Estos temas, unidos a las otras dimensiones que describiremos, llevan al sujeto a vivir con sufrimiento las relaciones y alimentan la tendencia a escapar de ellas, al percibir las como constrictivas y humillantes. (Procacci y Semerari, 1998, Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999; Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999; Procacci y otros, 1999).

Ya en 1925, Kretschmer, describiendo cuadros de personalidad premórbidos de la esquizofrenia, al hablar de esquizoidia distinguía una forma “anestésica” de una forma “hiperestésica”; marcada ésta última por la sensibilidad de los individuos a los estímulos sociales que, sin embargo, no sabían gestionar y de los que se defendían alejándose. Los autores de orientación psicodinámica identificaron los precursores del trastorno evitante en las formas de organización fóbica de la personalidad (Akhtar, 1986; MacKinnon y Michels, 1971) en las que la evitación se atribuye a un papel defensivo del malestar y la inhibición social. En esta línea, más recientemente, Gabbard (1992) subraya la experiencia emocional de la vergüenza como fundamento de la evitación y la tentativa de enmascarar un fuerte sentimiento de inadecuación del Self. Karen Horney (1945) ha subrayado que la dificultad en relacionarse está ligada al conflicto intrapsíquico entre una visión negativa de sí y un temor del rechazo por parte de los demás. Estas descripciones han contribuido a distinguir el trastorno evitante del esquizoide y a acercarlo a la fobia social. El problema es que estos dos trastornos, diferentes, se superponen con porcentajes enormes: del 25 al 89% de los pacientes con fobia social, en particular de tipo generalizado, reciben el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación. Tal vez, tomando el desapego social como dimensión de referencia, se pueda intentar establecer un continuum psicopatológico que, según la gravedad, vaya del trastorno esquizoide, por un lado, hasta la Fobia Social por el otro, pasando a través del Trastorno de Personalidad por Evitación.

Tenemos que distinguir dos patrones, la evitación pasiva de la activa.

La descripción más rigurosa del evitante ha sido proporcionada por Millon (1969, 1999) quien subraya los siguientes aspectos:

- a) imagen de sí como inadecuado socialmente, tenso y distraído cognitivamente. Experiencias precoces de invalidación de la relación

entre el sujeto evitante y sus familiares juegan un papel importante en la construcción de las representaciones de sí y de los Otros;

- b) mecanismos intrapsíquicos con fantasías compensatorias de gratificación que lo hacen vulnerable al contacto interpersonal;
- c) actitud inhibida o temerosa en las relaciones interpersonales o sociales;
- d) humor inconstante o disfórico.

Estas consideraciones son retomadas por autores cognitivistas que subrayan la construcción de representaciones del self como inadecuado y del otro como juez o rechazante (Beck & Pretzer, 1996; Perris, 1993).

En una investigación reciente, el análisis de una terapia cognitiva de Trastorno de Personalidad por Evitación (Procacci y otros, 2000) ha puesto de manifiesto que: 1) el paciente carecía de la capacidad de distinguir los propios estados emocionales y las operaciones cognitivas, y de la capacidad de captar las relaciones entre éstas y las variables comportamentales y ambientales. La mente del sujeto resultaba opaca a sí misma; 2) Los contenidos mentales más relevantes eran el sentimiento de extrañamiento y no pertenencia.

A partir de la teoría expuesta en el artículo introductorio, y alentados por los primeros resultados de investigación sobre el caso-individual, proponemos un modelo descriptivo de la psicopatología de la personalidad evitante y de cómo ésta se mantiene estable en el tiempo. (Véase Fig. 1 en pág. 97)

En el modelo que aquí proponemos, tomamos en consideración las siguientes dimensiones de la vida mental (véase Dimaggio *et al.*, 1999, 2000), articuladas como describiremos:

- a) Existe un perfil de disfunciones metacognitivas: la capacidad autorreflexiva está afectada, el evitante presenta dificultades en representarse las propias características mentales y en conectar el estado interior con otros acontecimientos internos o interpersonales.
- b) Existe una dificultad en percibir la compartición de la experiencia en las relaciones duales y en el sentimiento de pertenencia a los grupos.
- c) Algunos estados mentales emergentes de la descripción del trastorno son evidentes en estos pacientes y se caracterizan por: 1) inadecuación social con embarazo y miedo al juicio negativo, 2) gratificación solitaria; 3) sentimiento de amenaza, miedo y control; 4) constricción, rabia, injusticia sufrida; 5) sentimiento de desquite narcisista con rabia y desprecio. Éstos agudizan el sentirse excluidos y extraños en las relaciones duales y grupales.
- d) En el evitante existen modalidades de relación típicas que se expresan a través de la constitución de ciclos interpersonales disfuncionales (extrañamiento respecto a la relación; constricción en la relación; inadecuación a la relación) que refuerzan el mantenimiento de la psicopatología de base.
- e) Existe una tendencia en la regulación de las elecciones que se basa en una

heterorregulación derivada del contexto interpersonal. Los evitantes efectúan elecciones adheriéndose formalmente a las que suponen que son las tendencias dominantes entre los demás. En realidad, las dificultades de compartir la experiencia hacen que los evitantes se sientan obligados a someterse a las elecciones de los demás, mientras que su tendencia natural les lleva a elegir actividades solitarias gratificantes.

- f) La regulación de la autoestima estriba en sentimientos de inadecuación y escasa eficacia personal. Éstos derivan, más que de un problema de valor personal conectado al sentirse juzgado o rechazado por los demás, de la imposibilidad de compartir o de pertenecer. Sintiendo excluido o marginado en las relaciones, el evitante confronta sus capacidades con las de los demás y se valora negativamente.

A continuación describiremos los aspectos que acabamos de resumir.

Los estados mentales de la personalidad evitante

En las narraciones que un evitante aporta en el curso de la terapia, emergen contenidos mentales que manifiestan la preocupación de estos individuos por la diferencia, la separación de los demás, la exclusión y el rechazo. El modo de organizar la experiencia mental, es decir, de cómo estos contenidos se articulan como conjunto de sensaciones, emociones y pensamientos orientados a permitir al individuo percibir una experiencia concreta toma el nombre de *Estado Mental* (Horowitz, 1987). Dichos estados mentales están presentes de modo alterno y variable en la vida mental del individuo, pero algunos de ellos son típicamente fuente de sufrimiento para ciertos individuos, constituyendo *Estados Mentales Problemáticos* (Semerari, 1999; Dimaggio y otros, 2000). Los estados mentales dominantes en el trastorno son los siguientes:

- 1) Estado de cohibición, inadecuación social, miedo al juicio negativo;
- 2) Estado de gratificación solitaria
- 3) Estado de miedo, amenaza, pérdida de control del contexto.
- 4) Estado de rabia, constricción, injusticia sufrida.
- 5) Estado de desprecio, despecho narcisista, superioridad (opuesta al primero)

La percepción de estados mentales conduce con frecuencia a la persona a situaciones de evitación que pueden llegar a confinar con un auténtico “retiro” social. Dedicarse a actividades solitarias gratificantes (por ejemplo ver partidos de fútbol en la televisión) puede llevar al individuo a estados mentales agradables, que, llevados a extremos pueden, sin embargo, derivar en aburrimiento o depresión. Veamos a continuación algunas narraciones que sirven para ejemplificar la forma de estos estados mentales.

El primer estado es el que típicamente se ha descrito en la literatura (Millon, 1969; Perris, 1993) y pone de manifiesto la percepción de emociones de bloqueo y

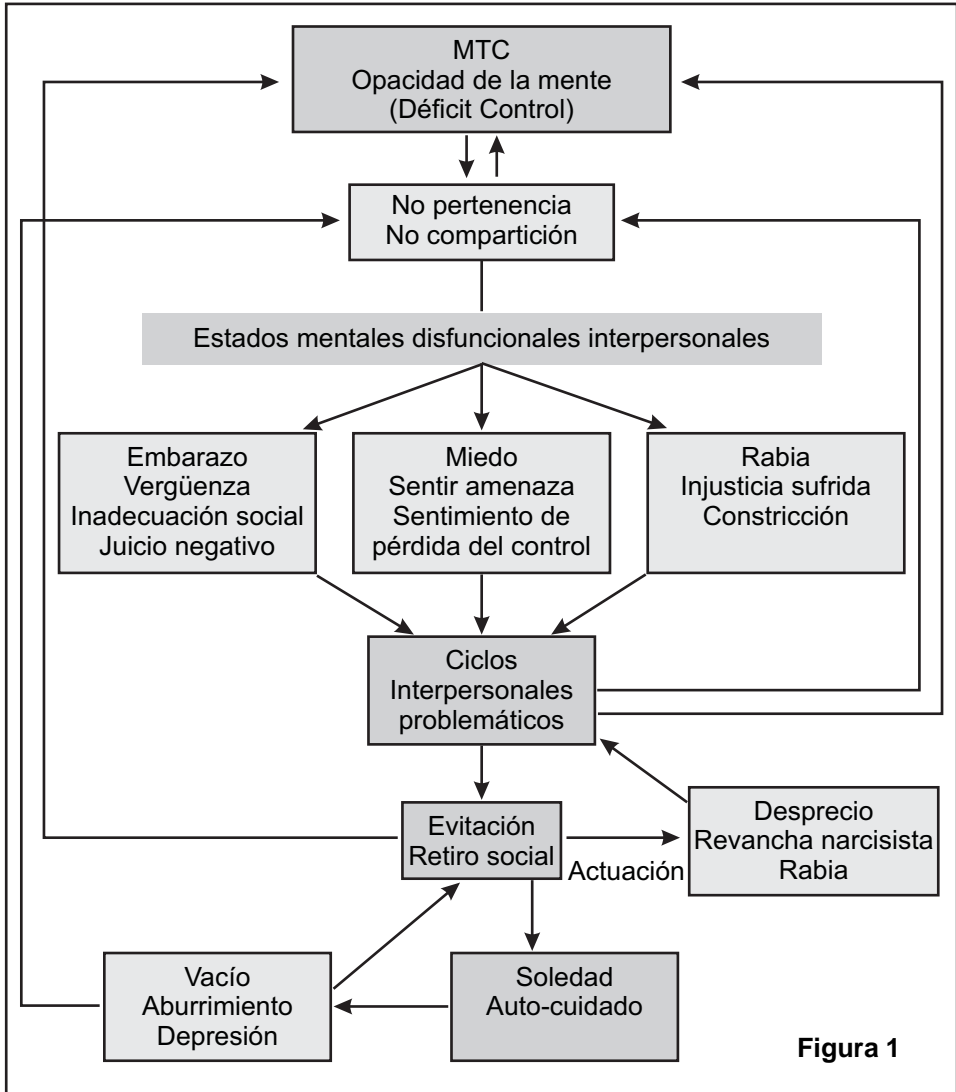


Figura 1

vergüenza, relacionadas con pensamientos de inadecuación social y de temor a recibir un juicio negativo de los demás, como en el episodio siguiente:

T.: *Cuando vino Mario a visitarle ¿se sintió contento de verle?*

P.: *Sí, pero el martes me puso en un embarazo.*

T.: *¿Cómo fue eso?*

P.: *Me pidió que le acompañara al laboratorio. Me dijo: “te voy a presentar a todos los colegas; les conozco a todos y puede ser útil para tu trabajo”.*

T.: *Y usted ¿qué pensó?*

P.: *Yo me sentía tenso, pero no podía negarme. Mientras íbamos atravesando pasillos hasta llegar al laboratorio me sentía tenso y, aunque intentaba calmarme, no lo conseguía.*

T.: *Y ¿qué hizo?*

P.: *Estábamos ya en laboratorio y Mario hablaba con todo el mundo, iba saludando de aquí para allá, hacía bormas. Yo me sentía inquieto. Tanto que intentaba pasar deapercibido, aunque me subía la sangre a la cabeza, tal vez mi rostro estaba más hinchado de una parte que de la otra. No sabía qué hacer; etaba totalmente bloqueado. Antes de que los demás pudieran detectar mi estado, le he dicho a Mario que tenía que vovler inmediatmanete a mi despacho y he salido a toda velocidad con las orejas gachas.*

El paciente describe una situación de “alejamiento” territorial de un lugar conocido (su despacho) a otro nuevo (el laboratorio). La situación de contacto social que le busca el amigo, en realidad activa en él una fuerte emoción de embarazo, sensaciones de activación neurovegetativa, rozando la dismorfofobia (se le hincha el rostros) un sentido de inadecuación social y una evitación activa, llevado por el temor que los demás puedan notar las modificaciones corporales de su rostro y su estado de ánimo. Esta situación se presentaba sistemáticamente cada vez que tenía que establecer una relación nueva.

Los evitantes prefieren un espacio solitario donde poder “cultivar” los pequeños placeres personales, vividos en un estado (el segundo descrito en la clasificación) de gratificación solitaria:

T.: *¿Qué es lo que hace cuando está en casa?*

P.: *Como en casa de mi madre; después me voy a mi casa, pongo la televisión. En esta época echan los partidos de la liga europea de fútbol. No me pierdo ni uno; los comentarios deportivos, las entrevistas. Me paso todo el tiempo delante el televisor.*

T.: *¿Pero, no se siente solo?*

P.: *Estoy solo; pero qué otra cosa puedo hacer. Siempre me ha gustado el fútbol, ya desde niño, soy un seguidor de la Lazio, pero no acudo al estadio desde hace años. Me lleno de fútbol, leo los periódicos deportivos; lo sé todo sobre los jugadores, me alimento de esto.*

Las actividades de gratificación personal constituyen generalmente un buen antídoto para la soledad para no caer en profundos estados de depresión. De lo contrario el evitante no puede hacer otra cosa que constatar el contraste que hay entre llevar una vida socialmente pobre respecto a los demás y esto lo lleva a caer en un estado depresivo con el consiguiente derrumbe de la autoestima, como en el ejemplo siguiente:

P.: *no, que me saludara antes de irse me ha gustado. Aquella noche daban la semifinal de los mundiales, he visto el partido con toda la familia, hemos quedado cuartos, pero después del intervalo he notado un nudo en la*

garganta..., un sentido de autodestrucción, una manía de autoeliminación, deseos de desaparecer, de irme a otra parte, manías suicidas, de hacerme daño, de autolesionarme. Se han dado cuenta incluso mis padres después de comer me ha cambiado la cara y me ha cogido un retorcimiento en el estómago, una cosa alucinante, una pesadilla. Le he dicho a mi madre que me encontraba muy mal.

T.: ¿Se acuerda qué es lo que le pasaba por la cabeza en aquellos precisos instantes?

P.: Pensaba en desaparecer, en desintegrarme, en escapar a correr; pensaba con lucidez puesto que era capaz de responder a mi madre que me preguntaba qué es lo que me pasaba. No he conseguido ver la continuación del partido. Mis padres se han llegado a espantar y el lunes mi padre me ha llevado a una psiquiatra en un hospital donde él se había ingresado hace seis o siete meses. He explicado a la doctora lo mismo que le dije a usted al principio, pero ella me ha dado psicofármacos que estoy tomando todavía.

El paciente se da cuenta de que la ausencia de un contexto social, al que había intentado pertenecer con grandes esfuerzos, le produce sensaciones de malestar físico. Sentido de desesperación y angustia, que inducen a sus padres, habitualmente acostumbrados a sus comportamientos, a llevarlo de urgencias al psiquiatra.

Otros pacientes muestran en una situación de exposición social el tercer estado mental, caracterizado por emociones de miedo ligados a pensamientos de pérdida de control sobre el contexto y sentimiento de amenaza.

T.: El hecho es que lo hacía, ¿por qué lo hacía?

P.: Porque no quería que mis padres llegaran a saber que no había ido al colegio.

T.: Para evitar que descubrieran ¿qué? ¿Que no iba al colegio? Si al final han terminado por descubrirlo igualmente.

P.: Para que no llegaran a saber que no iba al colegio por determinados motivos que estaban relacionados con dificultades de no encontrarme bien.

T.: De sentirse retraído?

P.: Sí de sentirme retraído y de tener un miedo tremendo de atravesar el cancel de la puerta del colegio y entrar en la clase.

T.: ¿Para que no notaran nada de particular en usted?.

P.: No, me sentía exactamente como un alienígena porque aunque por ejemplo entrara en la clase y aunque no hubiera chicos, sino que todo fueran chicas, me desmontaba un poco el miedo..., en fin las chicas son algo menos..., es decir son algo más sensibles en esta edad que los chicos...

T.: O sea que usted tenía miedo de las bromas pesadas típicas de los chicos?

P.: *Sí, sí... No sólo a cuesta mía sino también de mis padres..., había chicos que gastaban bromas pesadas incluso de los padres de los demás...*

En este caso el paciente percibe el contexto del liceo como extraño u hostil; le produce miedo y un sentimiento de amenaza hacia sí mismo y hacia los suyos. La casa propia es el lugar fuente de seguridad de la que depender:

P.: *Sí; me encontraba mejor en casa con la clueca de mi madre que en un ambiente como la escuela donde podía reírse, bromear, dejar ir un chascarrillo, en fin que me encontraba mejor en casa que en la escuela. Sí, afectaba un punto débil de mi personalidad por aquel entonces...*

El fuerte sentimiento de pertenencia y de dependencia de la familia de origen de estos pacientes, contrapuesto en el episodio de la hostilidad de los compañeros de clase, se ha descrito frecuentemente en la literatura grupal (Pontalti y Menarini, 1993). Estos pacientes, en efecto, se circunscriben a un espacio familiar fuertemente endogámico; la familia es el territorio de seguridad, mientras que el territorio externo es concebido como peligroso. Esto los aproxima a las personas con trastorno de personalidad por dependencia y es frecuente la comorbilidad de ambos trastornos. Pero una diferencia sustancial los separa, relativa al sentimiento de pertenencia o compartición, cuya ausencia es típica de los evitantes. Contrariamente a los dependientes que emplean a fondo lo mejor de sus recursos psicológicos para coordinarse con los demás o para sentirse en el interior de un grupo con el que identificarse, con la amenaza de disgregación personal si se falla en esta estrategia (Carcione *et al.* en este número), los evitantes son especialmente sensibles a las señales de comunicación preverbal que captan en los demás, predisponiendo su actitud frecuentemente de acuerdo con ellas. La mirada de amenaza, el reproche de intencionalidad maligna que “leen” en los demás constituye un ejemplo claro de ello. Con frecuencia su actitud de evitación les hace caminar por la calle sin mirar a los ojos de las otras personas. Cuando se cruzan con alguien por la calle unas fracciones de segundo más tarde: estas fracciones de segundo son suficientes para imaginar un actitud negativa en los demás “me estaba mirando, por lo tanto se había dado cuenta ya de mi ineptitud”. Cuando el terapeuta les hace caer en la cuenta de estos particulares recibe con frecuencia una respuesta de sorpresa y, más tarde, de alivio.

Aparece otro estado mental, el cuarto, en las situaciones en que se percibe al otro como constrictivo, generando pensamientos de injusticia y emociones de rabia, como en las situaciones en se halla en juego el rango jerárquico:

P.: *Rabia, seguro que hay; no lo sé tal vez se trata de una idea equivocada, pero yo no considero a las personas por sus títulos o sus cargos, sino como seres humanos; hay un jefe de oficina, que la dirige. Pero yo no le doy importancia si tengo la mesa más grande que el jefe..., da igual la que me den, basta con que se cree un clima de... cada uno en la oficina; al fin y al cabo todos estamos allí por el mismo motivo, cobrar a final de mes...*

T.: *Por lo tanto, los problemas empiezan a producirse cuando empezamos a hablar de jerarquía.*

P.: *Justo, pero no si me reprochan alguna cosa que haya hecho mal, porque si me equivoco, me equivoco, si me dicen “has hecho esta tontería” no me enfado.*

T.: *¿Así, cuándo se enfada? Porque si usted reconoce que la responsabilidad es suya, no se enfada; pero en cambio si usted no tiene la culpa o bien no toman en cuenta sus opiniones, entonces se enfada.*

P.: *Seguramente es este hecho, el que no me tengan en cuenta.*

T.: *¿Se enfada o se avergüenza?*

P.: *... quisiera volverme revolucionario..., ponerles una bomba en el edificio y hacerlo saltar por los aires; aunque desde luego no lo haré.*

T.: *Desde luego*

P.: *Esta misma mañana le he dicho a mi padre: les pondría una bomba en el edificio, porque de hecho hago siempre un gesto cuando entro..., encima hay un observatorio astronómico y hago siempre un gesto como diciendo: “hola estoy aquí abajo, pero me gustaría estar ahí arriba”, como tipo de trabajo, como diciendo “desgraciadamente me toca meterme ahí dentro”; lo hago casi todos los días; la gente que me ve debe pensar” este tío está loco saludando al observatorio astronómico” (se ríe), pero cuando entro tengo esta rabia intensa”.*

Al describir el contexto de trabajo vemos aparecer en el paciente la fuerte rabia acompañada de temas de exclusión, injusticia, impotencia y constricción. Posteriormente define el problema de las reglas sociales en términos constrictivos, que hay que aceptar por miedo o con rabia (como en este caso), pero no ciertamente porque las comparta.

P.: *Pero esto sucede en muchas situaciones de mi vida. Reacciono de manera muy tímida o a veces demasiado furiosa..., la palabra exacta son “las reglas sociales”. Lo que no consigo aceptar en el fondo son las reglas sociales, quizás porque me siento excesivamente aplastado u oprimido por ciertas reglas.*

T.: *¿A qué reglas sociales se refiere?*

P.: *A la autoridad. Yo vivo muy mal la autoridad, las relaciones con la autoridad. Un amigo mío me dice “tu problema no es un problema de trabajo; el trabajo puede ser pesado, pero aunque cambies mil veces de trabajo, será lo mismo, porque tu problema es con la autoridad”.*

La vivencia interna de estos estados mentales intensos refuerza el comportamiento de evitación, pero sobre todo hace más intenso el sentimiento de no compartición de los evitantes (los otros dominan) y de no pertenencia (la sociedad se considera un régimen más que una democracia). El retiro social o el vivir marginalmente a ella se convierte en la modalidad principal de su vida.

Existen situaciones opuestas, sin embargo, en las que la entrada en un grupo se convierte en una experiencia “fácil” y “exultante”, donde se produce un quinto estado mental prevalente, de “revancha narcicística”:

P.: *He cambiado también yo. Me lo han dicho: ¿Qué has hecho este verano? Los antiguos amigos del trabajo me han dicho que el año pasado no era así. He experimentado esta metamorfosis: el verano que he pasado me ha cambiado positivamente...*

T.: *Desde el verano has puesto una marcha de más; un cambio de marchas...*

P.: *... Este año si no se rompe el hielo, lo rompo yo, busco excusas para empezar. Estoy viendo las películas de Verdone y les hago las bromas de Verdone a todas las chicas del trabajo..., lo encuentro muy divertido. Le puedo decir todavía más, el otro día estaba resfriado y me dolía la garganta, pero he ido igual a trabajar, aunque tuviera fiebre iría igual, me lo paso en grande, es como ir al Luna Park; te doy 5000Pts. y vamos al Luna Park, ¿quién no iría?*

Esta sensación de bienestar, capacidad de integrarse en los grupos, señal de “metamorfosis”, va acompañada, sin embargo, de una verdadera y auténtica revancha sobre los demás:

P.: *He crecido mucho; los otros me ven a kilómetros de distancia; ahora saben con quién tiene que habérselas.*

T.: *¿A quién se refiere?*

P.: *A los otros chicos del trabajo. Me buscan, me admiran, en fin... una joya*

Este estado que recuerda la grandiosidad de los narcisistas (Dimaggio y Semerari, en este número) es frecuentemente diametralmente opuesto al estado mental de embarazo, inadecuación y temor al juicio negativo. Pero incluso en este estado agradable el sujeto no comparte su experiencia con los demás:

T.: *Me parece que con las chicas también te va mejor*

P.: *Sí, soy uno de los más activos... El año pasado yo decía que hay chicos que prueban con todas: este año yo soy uno de ellos. Antes me preocupaba que alguien pensara: “Mira, está intentando”, pero ahora no me importa un comino. Lo probaría aunque estuviera delante de un estadio lleno, si me quiero declarar a una chica lo hago igual sin avergonzarme para nada.*

T.: *¿Qué es lo que te parece que te ayuda en todo esto, que te ha dado una mayor tranquilidad?*

P.: *El hecho que cada vez más siento una mayor confianza en mí mismo. Además los otros también me inspiran una mayor confianza. En definitiva, si una persona te considera, te sientes mejor que con una persona que no te toma en consideración.*

T.: *¿Te sientes ahora más considerado?*

P.: *Sí, mucho más, diez veces más.*

Este estado mental representa para el evitante un buen modo de evitar las situaciones de aburrimiento, depresión que el aislamiento excesivo de los demás le provoca. El paciente describe cómo ha utilizado las capacidades descubiertas para tomar la revancha de los demás y para alcanzar un estado de exaltación en el que la autoestima positiva se asocia con una sensación de grandioso bienestar.

Si los estados mentales descritos nos muestran los contenidos con que la vida mental y relacional de los evitantes se hace problemática, éstos se relacionan con otros aspectos de la psicopatología. Para el evitante es relevante el problema de poder comunicar los propios estados mentales y poder confrontarlos con los de los demás. De qué modo se establece el sentimiento de no compartición de la experiencia? La hipótesis que proponemos debe relacionarse con el déficit de las habilidades metacognitivas, tal como intentaremos describir en los párrafos siguientes.

La sensación de no compartición y de no pertenencia

Antes de entrar en contacto con los demás, el evitante tiene que sostener el peso psicológico que la sensación de extrañamiento del otro (*alteridad*) y de exclusión de los grupos (*marginación*) le provocan. Al entrar en relación con otra persona cada uno de nosotros debe enfrentar dificultades para adquirir una “competencia” relacional. Debe estar en condiciones de hacerse una idea del propio estado psicológico, formular hipótesis sobre el del otro y después confrontarlo y descubrir los eventuales puntos en común. Cuántas veces un buen encuentro con una chica se ve favorecido por la capacidad de “escuchar” los propios estados mentales y de “leer” los de la interlocutora. Mientras se desarrollan estas operaciones tácitas en las mentes respectivas (piénsese en las películas, como la titulada “*Cuando Harry encontró a Sally*” en las que los interlocutores hablan mientras el director hace escuchar, aparte, sus comentarios sobre lo que está sucediendo) conviene encontrar buenos argumentos para romper el hielo. Si esto no sucede, u otro, tal vez dotado de una eleocuencia más brillante, toma la iniciativa más rápidamente, perderemos repentinamente de vista a la chica más atractiva del grupo. Si la persona experiemnta repetidamente esta situación terminará por imaginarse como el “chivo expiatorio” del grupo y empezará a protegerse de las bromas y las burlas de los amigos (que con el tiempo se irán convirtiendo cada vez más en enemigos). Quedarse en casa a ver una película o un partido de fútbol en la televisión terminará por ser su pasatiempo preferido.

Procacci y Semerari (1998) han definido la sensación de compartición y de pertenencia como “la percepción de compartir los contenidos mentales tales como valores, creencias, experiencias, afectos, habilidades, intereses, características que definen un determinado grupo; mientras que por compartición entendemos el análogo a la pertenencia referida a una relación dual en lugar de grupal”.

Como hemos visto en el ejemplo inicial, deben describirse al menos tres componentes en la organización de esta construcción compleja: a) las habilidades

metacognitivas; b) las habilidades sociales; c) las construcciones de creencias específicas sobre sí mismo y el otro.

Un paciente evitante definía de este modo su sensación de no pertenencia a propósito de una fiesta de fin de año:

T.: *A ver un momento. Usted estaba en casa de esta persona*

P.: *No, estaba en una mansión en la que no conocía a nadie, sólo a este amigo de la escuela... era la primera vez que no me había quedado en casa, aunque en mi interior se formaba emocionalmente una madeja de fuerzas contrarias: una parte me tiraba para casa, mientras que la otra no. Una auténtica madeja de fuerzas terroríficas. Después he podido gozar de la situación cuando a las siete de la mañana ya había terminado todo, porque mientras estaba en la situación durante varias horas, las diez, las once, la medianoche, la una, las dos, las tres, estaba como si no estuviera, no digo ausente, pero con un miedo tan grande, con tal ansiedad, no sé, la ansiedad es decir toda una serie de emociones que bullían dentro de mí que ni siquiera yo..., ahí está lo que quiero decir, la razón por la que decía el otro día que "yo soy un poco autista" porque cuando tengo que entrar en las situaciones es como si no estuviera..."*

La dificultad reside en la sensación de extrañamiento del contexto que evoca en el paciente emociones que le cuesta definir. Las describe como fuerzas contrapuestas con un intenso contraste entre una ebullición interior y una calma y distanciamiento aparente en el exterior, como si estuviera "ausente" de la fiesta

P.: *Me sucede siempre, no sé si es un problema mío o de los otros. Cuando se ven pasar chicas uno se las mira ¿no? A lo mejor van vestidas de un cierto modo y resultan atractivas; pero ¿qué sucede? En mi interior me digo "si total entre yo y aquella persona..." , enseguida me digo: "es como si hubiera un muro de Berlín", por tanto a lo mejor me doy la vuelta y me las miro, pero es inútil; puede ser una reacción emocional, por así decirlo, normal; pero al final ella va por allí y yo me quedo por aquí como si habitáramos en dos mundos separados.*

La sensación de exclusión de los grupos sociales del primer ejemplo nos muestra un fuerte atención en el evitante a los estados mentales propios (en el ejemplo, poco identificados por el paciente) y una sensación de exclusión de una situación en la que quería participar (el fin de año fuera de casa). En el segundo ejemplo, el evitante muestra igualmente una percepción de extrañamiento entre sí y la otra persona, fundada en la incapacidad de leer el estado mental del otro, de formular una variedad de hipótesis sobre él. El sentido de diversidad, psicológica antes que de género, contribuye a una vivencia de separación, casi como un extraterrestre, que se hace imposible de enfrentar: a falta de conocimiento de la mente del otro, ¿cómo se puede establecer una interacción? Estos ejemplos ponen de relieve la importancia de las deficiencias metacognitivas en la construcción de

la percepción de no pertenencia y de no compartición. En otros casos, el problema parece deberse, sobre todo, a la falta de las habilidades conversacionales más elementales.

P.: *Ayer estaba sentado a la mesa con algunos colegas del trabajo. Ellos hablaban de los temas de siempre, el trabajo, los resultados obtenidos... Yo estaba allí, pero no sabía cómo intervenir en la conversación, no encontraba las palabras adecuadas...*

T.: *¿Qué ha hecho, entonces?*

P.: *Mientras pensaba qué podía decir, hemos terminado la comida, entonces me he dicho a mí mismo, les pago el café, pero no lo he dicho. Los otros continuaban hablando entre sí, me sentía mal, quería pagar el café, pero me he puesto en la cola detrás y cuando he llegado ya habían pagado ellos.*

La sensación de derrota que el paciente experimenta por no haber tenido éxito en su intento contribuye a marcar la sensación de inadecuación social con estados emocionales que del embarazo inicial derivan posteriormente hacia la depresión.

Otro componente importante es el relativo al desarrollo de creencias sobre sí mismo y sobre los demás en que la sensación de no pertenencia o no compartición se construye sobre la base de representaciones de enfrentamiento negativo con los otros y de extrañamiento básico, casi esquizoide. En las narraciones de los pacientes evitantes estas experiencias se describen generalmente en términos de rechazo y de juicio negativo temido por parte de los demás (Millon, 1981). Pero, con una observación más atenta se puede detectar la primacía de la exclusión/extrañamiento del contexto de pertenencia sobre el que se construyen las representaciones de inadecuación.

T.: *Se acuerda de sus compañeros de Instituto ¿cómo se sentía entonces?*

P.: *Fatal; fue un periodo horrible. Eran unos "hipócritas", fingían, tan formalitos. Si hablábamos de chicas, decían maravillas de sus cabellos, su altura, sus ojos, sus boquitas... a mí me gustaban los detalles, los pies. Me sentía distinto de los demás, anómalo, ¿se dice perverso? Podían hablar de todo esto, se las ingeniaban para salir con chicas, pero yo, en cambio, no.*

Debemos considerar, por tanto, una variedad de situaciones en que los tres componentes (déficit metacognitivo, falta de habilidades sociales, creencias patológicas) se articulan en cada caso para construir la percepción compleja de la no pertenencia y la no compartición. Podemos suponer que los evitantes con mayor capacidad metacognitiva, al construir sus creencias patológicas serán más sensibles a las invalidaciones procedentes del contexto: en la infancia sobre todo, derivadas de la humillación y del rechazo por parte de los padres; o bien, en la adolescencia, por parte de los compañeros (Procacci, Magnolfi, 1996). En el caso del evitante la percepción de no pertenencia/ no compartición constituye un elemento importante en la determinación de la organización de los contenidos mentales emergentes en

la clínica, y se halla influenciada por el grado de capacidades metacognitivas que posee, sobre cuya consideración nos detendremos en el apartado siguiente.

Las disfunciones metacognitivas

En el Trastorno de Personalidad por Evitación las personas presentan dificultades en comprender los estados mentales propios y ajenos a partir de una incapacidad de identificar y distinguir los estados emocionales y las operaciones cognitivas.

P.: *Hoy he ido a la universidad para hablar con mi profesor sobre mi tesis, pero lo he encontrado reunido con otras personas.*

T.: *¿Cómo se ha sentido?*

P.: *Me he sentido molesto..., quería volverme a casa*

T.: *¿Pero, por qué? ¿Qué ha pensado en este momento?*

P.: *Mhmm.. Nada, me ha molestado... tanta gente, no podía hablarle personalmente.*

Aunque el paciente explica al terapeuta sus dificultades para establecer contacto social, el terapeuta experimenta la enorme dificultad de llegar a descifrar cómo ha vivido el paciente internamente aquella experiencia. Vive la dificultad de la entrevista con el evitante, le parece tener que habérselas con un “muro” de silencios o vergüenza, con frecuencia tiene la sensación de estar perdiendo el tiempo o de estar ante una persona fuera de lo común. Tenderá, en consecuencia, a dejar de llevar a término una investigación cognitiva cuidadosa o, peor todavía, a proponer al paciente inferencias arbitrarias sobre su estado psicológico con la intención de provocar una respuesta o de abrir una brecha en el muro (Dimaggio, Procacci y Semerari, 1999).

Las dificultades que presenta el paciente tienen que ver, en cambio, con disfunciones metacognitivas. Es sabido que la metacognición es una forma de conocimiento que se desarrolla en las relaciones significativas, influyendo, a su vez, sobre su desarrollo; Fonagy (1996) afirma que la metacognición “es una adquisición intrapsíquica e interpersonal que aparece plenamente sólo en un contexto de apego seguro”. Fonagy afirma que la metacognición es una predisposición biológica que aparece espontáneamente a no ser que se vea inhibida por dos factores: 1) la ausencia de un apego seguro; 2) experiencias de maltrato en el seno de las relaciones íntimas. Para Fonagy “la capacidad metacognitiva de la madre, su capacidad de interpretar las señales del niño de forma sensible y coherente, la comprensión de sus estados mentales, constituye un marco de significados en cuyo contexto el niño puede, a su vez, y sobre la base de una coherencia y seguridad relacionales, adquirir y desarrollar el propio conocimiento metacognitivo”.

La posibilidad de crecer en ámbitos relacionales que protejan de situaciones de ruptura aumenta la probabilidad de constituir las capacidades metacognitivas adecuadas. Millon pone de manifiesto que los padres de pacientes que desarrollarán

más tarde un trastorno de la personalidad por evitación son humillantes, despectivos y rechazantes. Los pacientes son más sensibles a la angustia de separación, recuerdan la atmósfera doméstica de forma poco positiva, tienden a describir las relaciones de familia como tensas, frías y poco comunicativas.

Los pacientes desarrollan un modelo de sus padres como rechazantes e incapaces de amarles, al mismo tiempo que desarrollan un imagen de sí como indignos de afecto. En consecuencia son tímidos con los demás y están atentos a cualquier señal que pueda constituir un indicio de resultar poco gratos para los demás, que es lo que están anticipando continuamente.

La importancia de la metacognición reside igualmente en la posibilidad de favorecer el desarrollo del conocimiento social (Falvell, 1993). Una adecuada capacidad de autorreflexión y de comprensión, en efecto, de la mente ajena nos permite leer sus intenciones comunicativas y asociarlas a esquemas de significado personal, en términos de reglas o normas sociales compartidas. Un déficit de la función metacognitiva de regulación, en cambio, limita en estas personas la capacidad de conciencia de sus propios estados internos, o bien ofusca su mente impidiéndoles relacionarse favorablemente con los demás, excepto en un sentido instrumental con comportamientos aprendidos por la necesidad de moverse en contextos interpersonales.

P.: *Me encontraba en aquella fiesta y había conseguido ir con Gino, aunque a trancas y barrancas...*

T.: *¿Qué sensaciones tenía?*

P.: *Eran como dos sogas, dos fuerzas que tiraban en direcciones contrarias; una me decía: “quédate” y la otra “véte a casa; tú no pintas nada aquí dentro”... Al final me quedé, pero esta tensión en mi interior, con las personas a mi alrededor que estaban de juerga, la música, las bebidas, los brindis, me sentía mal.. después hacia las cinco, cuando la gente empezaba a irse de la fiesta empezaba a sentirme menos tenso, más tranquilo...*

T.: *¿Y con qué relaciona este cambio?*

P.: *Para mí era el primer fin de año fuera de casa; ya sé que es normal, era la primera vez que lo pasaba fuera, fuera de casa.*

Al describir la situación de fiesta el evitante experimenta dificultades en poner de manifiesto el conflicto entre deseo y miedo, como manifestación clara de su déficit de autorregulación; pero, para agravar la situación, cuando del estado interno de miedo pasa al de tranquilidad no lo asocia al hecho de que la presencia de los otros en la fiesta se ha reducido con el paso del tiempo, lo cual ejerce una indudable influencia sobre su estado emocional: hay un déficit en la capacidad de captar el nexo entre las variables ambientales y el estado interno. En otros pacientes las capacidades autorreflexivas se muestran disfuncionales en otros niveles: se observa un déficit en la capacidad de distinguir entre el propio funcionamiento y el de los demás que influye negativamente sobre las operaciones de descentramiento.

P.: *Me he acercado hasta casa de María, la quería ver de todas todas, no podía pasar sin hablar con ella, la quiero como no he querido a nadie más.*

T.: *Pero me había dicho que acaban de hablar por teléfono; ¿qué le había dicho María?*

P.: *Se había mostrado fría, respondía con monosílabos... Yo la quiero, le traía un precioso ramo de rosas.*

T.: *Y ¿consiguió hablarle?*

P.: *¡No! Sólo a través del portero electrónico, me ha dicho que no podía verme, que estaba estudiando, que tenía cosas por hacer...*

T.: *Y ¿usted qué ha hecho?*

P.: *He vuelto a casa, estaba desesperado..., me he puesto a escribirle una carta larguísima..., tiene que entender lo que siento por ella.*

El evitante proviene de una serie de experiencias relacionales negativas en que el otro se ha revelado desapegado o inclinado al rechazo. Este ejemplo puede leerse como un caso “normal” de un enamorado desesperado, como un caballero que para conquistar el corazón de la amada estaría dispuesto a superar cualquier obstáculo..., cuando de hecho el estado de enamoramiento entre nuestro “inexperto” caballero y la chica no es compartido, lástima que éste no se dé cuenta.

Otro aspecto deficitario importante hace referencia a las funciones de *mastery*, o bien la capacidad de definir los problemas en términos psicológicos, de formular adecuadamente y poner en marcha estrategias adecuadas para su solución o para hacer frente al sufrimiento psicológico derivado (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997). Dado que el evitante, sobre todo antes de una psicoterapia, tiene dificultades en percibir los propios estados mentales y asociarlos a las relaciones variables o en representarse correctamente el funcionamiento mental ajeno, si experimenta un malestar psicológico (vago), reacciona con estrategias conductuales, naturalmente de evitación.

P.: *Me había ido con Silvia al restaurante, no había muchos clientes, todo bien, pero el camarero, por desgracia, me dio una mesa central en el comedor.*

T.: *¿Y qué le pasó por la cabeza en aquel momento?*

P.: *Tenía que huir, dar un pretexto a Silvia, estábamos en el centro, todos me podían estar mirando, sentía malestar.*

T.: *¿Y que ha hecho?*

P.: *He fingido una llamada, le he dicho a Silvia que mi madre se encontraba mal, nos hemos ido y yo me he vuelto a casa.*

En la situación temida el paciente siente el malestar de ser el centro de atención de los demás; no la analiza de ningún modo, sino que sólo busca una excusa para alejarse de la situación. Sólo cuando en el transcurso de la terapia se hace consciente de sus problemas psicológicos, aumentan las estrategias más sofisticadas de *mastery* como se puede ver en el párrafo siguiente:

P.: *Estaba dirigiéndome a una cita con los amigos para ir a la discoteca, me sentía contento..., pero a medida que me acercaba empecé a notar el problema de costumbre, el miedo a imaginármelos ya reunidos y yo que tenía que llegar...*

T.: *Y en este caso, ¿qué ha hecho?*

P.: *En contra de lo acostumbrado, me he dicho: “Venga, no te desinflés, ya casi has llegado” y, en efecto, a penas he visto al grupo, Mario me ha saludado, yo he saludado a Gino y después hemos ido con mi coche a la discoteca.*

Al acercarse al grupo el paciente nota el miedo de integración que nace de la perspectiva de no pertenencia; pero reconoce el estado mental problemático como propio y típico: por tanto, a través de una autoinyección positiva (“Venga, no te desinflés, ya casi has llegado”), supera el pensamiento negativo, continúa hacia la destinación prevista y se inserta en el grupo sin notar ningún malestar.

La disfunción metacognitiva típica de estos pacientes puede resumirse así:

- a) Existe un déficit en la identificación de los componentes (pensamientos y emociones) de los propios estados mentales.
- b) Existe un déficit en asociar las variables del propio estado mental y ponerlas en relación con otras variables, contextuales o ambientales.
- c) Existe un déficit en las funciones de *mastery*, es decir, de control de la experiencia problemática.

Estos resultados concuerdan con nuestras observaciones clínicas. Este dato de base, aun siendo característico del Trastorno de Personalidad por Evitación, puede variar en medida y grado según el caso presentado; de este modo, a los mayores déficits de autorreflexividad les pueden corresponder situaciones clínicas más próximas a la esquizoide, mientras que en los casos menos graves estamos más cerca de las conceptualizaciones actuales del trastorno (Millon, 1999), más próximas a la caracterización fóbica de la personalidad.

Los estados problemáticos, el sentido de pertenencia, los déficits metacognitivos son aspectos peculiares del modelo propuesto, pero ¿de qué modo interactúan? y, ante todo, ¿qué es lo que los hace estables en el tiempo? En las relaciones interpersonales y sociales, el evitante, como sucede en otros trastornos de personalidad, construye ciclos interpersonales disfuncionales que garantizan el mantenimiento de las dimensiones patológicas.

Ciclos interpersonales problemáticos

El individuo desea construir un modo de establecer relaciones que tiende a mantener en el tiempo, al hacer esto anticipa la visión del otro, la manera cómo piensa y actúa, y a partir de ahí se dispone a relacionarse. En la interacción con el otro, el paciente, a partir de determinadas creencias y temores, elicitando en el otro respuestas específicas, que refuerzan las creencias iniciales, empeorando la calidad

de la relación (Safran, 1984; Safran y Segal, 1990; Safran y Muran, 2000; Dimaggio y otros, en este monográfico). En el trastorno por evitación podemos identificar algunos ciclos interpersonales típicos:

- 1) El ciclo Extrañamiento/Desapego
- 2) El ciclo Constricción/Evitación
- 3) El ciclo Inadecuación/Rechazo

En el primer caso, el paciente evitante se representa como extraño a la relación, revelando su diferencia/anomalía respecto al otro. El otro permanece distante, a la espera de señales de aproximación: el sujeto interpreta esta distancia como confirmación de su diferencia de base (*extraño a la relación*).

En un ejemplo, visto con precedencia, el evitante describe su relación con las mujeres; más que señalar su diversidad, subraya el extrañamiento y la absoluta imposibilidad del diálogo (“de todos modos, entre yo y esa persona es como si hubiera un muro de Berlín”). El otro percibe esta distancia como una dificultad del sujeto y, a veces, se queda en su sitio, aguzando la sensación de imposibilidad de la relación que tan bien expresa la metáfora del muro de Berlín.

En el ciclo de la constricción/evitación, el sujeto siente al otro cercano pero con una sensación de opresión, leyendo el interés del otro ante suyo como coerción y tendiendo a evitar la intimidad relacional. El otro interpreta esto como falta de interés y compromiso en la relación y ejerce presión para evocar un mayor compromiso en la relación, para obligar al sujeto a asumir responsabilidades. El sujeto evitante percibe esto como juicio negativo que empeora la autoestima negativa y refuerza la tendencia a la evitación de la relación, percibida también como opresiva (*obligado a la relación*). Un ejemplo típico se describe en las relaciones de pareja:

P.: *En la época de Cristina, salíamos juntos a menudo. Ella siempre estaba con vestidos, cine, teatro... ¡yo no podía más! Cuanto más intentaba “desvincularme”, más me reprochaba el hecho de que no mostraba interés. Y así seguía haciéndome salir y hacer muchas cosas; me sentía realmente mal, ¡menos mal que luego se terminó!*

El extrañamiento del otro, que al paciente le parece demasiado absorto por intereses, gustos, que él padece sin compartir, vuelve al otro perjudicial porque altera su “tranquilidad” y lo pone en un estado de constricción y rabia del que intenta desvincularse. El otro, a su vez, no entiende las motivaciones del comportamiento vacilante y se enfada, intenta implicarlo como sea. La ruptura inevitable de la relación es vivida por nuestro paciente ¡como el final de una tortura!

Finalmente, en el ciclo de la Inadecuación/Rechazo, como observó Perris (1993), el sujeto evitante piensa que el otro “*Inevitablemente me rechazará cuando se de cuenta de que no valgo nada*”. El otro interpretará la actitud temerosa del sujeto evitante como el de una persona con dificultades e intentará ayudarlo, pero éste intentará evitar la relación, porque percibe el ofrecimiento de ayuda como

humillante y motivado por sentimiento de pena. El aumento de la intimidad corre el riesgo de desvelar su inadecuación (inadecuado a la relación). Por otro lado, mostrarse temeroso induce a menudo a los demás a pensarnos como inadecuados. Percibir esto aumenta el sentimiento de inadecuación.

P.: *En la relación con las mujeres siempre he estado limitado por el miedo de no gustar. Muchas veces, al no conseguir entenderlas bien, temía sus comportamientos.*

T.: *¿Por qué?*

P.: *Pensaba que no me querían, que sólo era útil para salir, sacarlas de paseo, para ir al restaurante.*

T.: *Pero usted, ¿cómo se sentía con ellas?*

P.: *Incómodo, tenso, al contrario que por teléfono donde consigo hablar un poco, con ellas estaba taciturno, si al principio de la velada estaba tenso intentaba participar en la conversación, hacia el final de la noche me volvía taciturno, ¡sólo tenía en la cabeza la idea de regresar a casa!*

La actitud cohibida y temerosa del evitante en estas situaciones coincide en su mente con la actitud crítica del otro. En realidad, las personas perciben la vergüenza y el miedo del evitante y, contrariamente a lo que él piensa, intentan ser amables, pero ciertamente no por piedad o para ahorrarles la vergüenza de desvelar su inadecuación. Esto es todavía más evidente en situaciones sociales donde el evitante logra ser “transparente” y que los demás no lo noten, o tienen dificultades en llamarle por su nombre si casualmente se ve implicado en una conversación. Esto acentúa el sentimiento de no pertenencia y le impide confrontarse psicológicamente. Le obliga en cambio a adherirse a estereotipos de comportamiento social.

Estos ciclos refuerzan el sentimiento de extrañamiento del sujeto. Veamos, para terminar, las repercusiones de estos procesos sobre la autoestima y la representación de los objetivos.

La regulación de la autoestima y de las elecciones

En el Trastorno de Personalidad por Evitación se ha subrayado a menudo el sentimiento de inadecuación personal que las situaciones relacionales y/o sociales ponen de manifiesto en estos individuos, cuya autoestima es negativa (Horney, 1945; Beck & Freeman, 1990; Perris, 1993). El individuo, que vive extensa e intensivamente la dificultad de entrar en relación con los demás, deduce ser socialmente incompetente, aunque tenga el deseo de relación como cualquier otro individuo (Millon, 1969). Por cuanto se desprende de nuestros ejemplos clínicos, existe siempre un dolor evocado por un sentimiento primario de no compartición (Procacci, Semerari, 1998) que contribuye a volver negativa la autoestima:

P.: *Siempre he tenido miedo de dejar embarazada a mi pareja.*

T.: *¿Esto ha influido su relación con las mujeres?*

P.: *Sí, les quiero, pero vivo este miedo como una manera de enredarme.*

Incluso algunas veces ellas han tenido que abortar.

T.: Parece que no logra vivir profundamente las relaciones...

P.: Sí, al principio va bien, luego surgen estos miedos. La idea de que pueden engendrar un ser que es mío... con las novias guapas tenía el miedo de que un día me dejarían por otro más guapo, fascinante... ¡esto me hacía sentir muy mal!

T.: ¿Qué piensa en estos momentos?

P.: ¡No me lo pregunte! Estoy mal, me siento como un enano, ¡un cero a la izquierda!

En las situaciones sociales, la pérdida del sentimiento de pertenencia les lleva a vivir situaciones en las que el self es desvalorizado, inferior:

P.: En la época del instituto, no conseguía estar bien con nadie. Me sentía deforme, no tan tímido. Si hubiera sido como los demás, hablando de chicas como los demás, tal vez... pero me sentía excluido a causa de mi aspecto físico: Intentarlo con una chica sin el miedo al rechazo, es decir, del oír decir “pero tú enano, cabezón, narizotas con dientes de conejo, ¿cómo pretendes que yo salga contigo”? Claro está que en las fiestas del instituto nada de nada: ninguna aventura, ningún magreo.

La construcción de una sensación de anomalía, diversidad de los demás, enfocada en aspectos físicos que no se corresponden con la realidad, ha llevado al paciente a sentirse no perteneciente al grupo de los semejantes y a evitar la proximidad con las chicas, movido por el miedo al rechazo. Esto es leído como confirmación de la inadecuación, y vivido con autoestima negativa y emociones de tristeza y desesperación.

En estos pacientes, la percepción de alteridad de los demás es fundamental: algunos la hacen derivar de su apariencia física, atribuyendo exclusivamente al cuerpo el componente psicológico de la inadecuación personal; pero, contrariamente a quien, como en el trastorno alimentario, intenta, actuando instrumentalmente sobre el cuerpo, recuperarse también psicológicamente, el evitante lo convierte en una señal inmutable del “destino” que lo separa de las otras personas y limita su éxito en las relaciones, en particular las afectivas.

Otro punto relevante concierne al modo cómo el evitante representa sus objetivos y, en este sentido, toma decisiones sobre su propia vida. La afirmación principal que hay que hacer en este punto es que en las situaciones sociales el evitante se basa en la hetero-regulación de los objetivos, adheriéndose a lo que los otros hacen, pero lo hace de modo instrumental y defensivo respecto al miedo de exclusión/rechazo del contexto en el que se encuentra:

P.: Cuando volví aquí, salía con el grupo de Andrea que eran todos vegetarianos e iban a casas sin retretes y sin electricidad en medio del campo, eran “sucios” y alternativos. Frecuentarlos era tan extraño que mi tía le preguntaba a mi madre “¿qué tiene que ver tu hijo con estos?”. Pero

al no tener otra alternativa, lo aceptaba.

La adhesión al grupo, entendido como la única posibilidad de no permanecer marginado socialmente, es puramente formal, respetuosa de las normas más explícitas. Pero falta la capacidad de captar los elementos de una compartición más profunda. Esto confirma el sentimiento de inadecuación personal, y lleva al sujeto a tener una mala estimación de sí.

En las situaciones duales, la regulación de las elecciones se hace todavía más difícil y a menudo es abandonada para dar lugar a elecciones solitarias pero más gratificantes:

P.: Cuando estaba con María, ella quería salir; yo, a veces le ponía excusas, que no me encontraba bien o que tenía cosas que hacer y luego me quedaba en casa a ver el partido o salía solo a ver librerías...

Resumiendo: las representaciones de la autoestima y de los objetivos se resienten del grado de solución del problema de la no compartición y la no pertenencia. Cuando más logra el individuo compartir o pertenecer, tanto más obtiene una mejor valoración de sí y halla la posibilidad de realizar elecciones compartidas con los demás. Respecto al dependiente, más que la presencia o cercanía del otro, el evitante busca su capacidad de relacionarse con el otro, cosa que el dependiente normalmente siente poseer.

El modelo general de mantenimiento

Los puntos hasta ahora descritos están registrados en el modelo general de mantenimiento de la patología evitante (Véase Fig. 1 en pág. 97).

El evitante halla sus mayores dificultades en la relación dual y grupal. Cuanto más difícil le resulta representarse correctamente el propio estado mental, reconocer que esto está ligado a contextos, tanto más se agudiza el sentimiento de alteridad personal y de extrañamiento del otro. El déficit de descentramiento no le permite comprender las intenciones del otro, hipotetizar que el otro no sea juez o que tenga puntos en común. Durante la relación, este déficit, unido a los esquemas de significado dominantes, inadecuación, vergüenza, lo lleva a experimentar estados mentales típicos y dolorosos. El paciente puede sentirse cohibido e inadecuado si la relación es vista al margen de su capacidad. O bien puede sentir la presencia del otro como invasiva o constrictiva: esto genera en él miedo o rabia. La negatividad de estos estados mentales sólo se rompe en aquellas situaciones de desquite narcisista, en las que ponerse por encima de los demás le reporta un alivio momentáneo, o en el sustraerse de la misma relación. Los esquemas de relación self-con el otro (self inadecuado, otro juez) y el déficit metacognitivo, que impide construir hipótesis alternativas sobre la marcha de las relaciones activan los ciclos interpersonales típicos. De este modo, si el evitante espera ser considerado por el otro como inadecuado y, consiguientemente, evita el contacto interpersonal más implicado, esto acentúa su estado mental de vergüenza e inadecuación personal. El

otro permanecerá distante, cohibido a veces, verdaderamente juzgante otras, lo cual confirmará la hipótesis inicial. El sujeto, al percibir la reacción del otro, verá acrecentado su sentimiento de embarazo y vergüenza, el estado mental negativo se acentuará y la tendencia a salir de la relación se hará irreprímible. Sin embargo, con el tiempo, la repetición de este círculo disfuncional sostiene y alimenta los problemas de incapacidad por compartir y/o pertenecer que le son propios. Y luego, como si no bastara, la evitación de las relaciones no permite mejorar las capacidades metacognitivas, entrenándolas en la interacción. En consecuencia, éstas permanecen disfuncionales.

De todos modos, el evitante, encerrado como está en la “jaula” relacional intentará desvincularse, cerrándose en una jaula más pequeña, la de la soledad y el retiro social. Esto le consentirá dedicarse a actividades solitarias pero gratificantes, de modo que el exilio parecerá mejor que la realidad externa evitada; pero si el estado de retiro social perdura, entonces el evitante podrá caer en un estado de depresión que acentúa el sentimiento de extrañamiento y exclusión de las relaciones con los demás. Algunos pacientes, para sostener este malestar prefieren “anestesiarse” con alcohol o “estimularse” con el uso de sustancias.

De todos modos, el evitante intentará no caer en la depresión de la soledad y buscará el contacto. Pero, como hemos ilustrado, no ha desarrollado en la interacción la capacidad de percibir compartición y comunión: la capacidad de reconocer adecuadamente el propio estado mental, de comprender el del otro (al cual atribuye pensamientos negativos sobre sí mismo de modo egocéntrico), la entrega al conformismo social, esperando complacer al otro, no le permitirán establecer formas de relaciones basadas en la percepción de lo semejante y el trato con las diferencias. El reingreso en las relaciones seguirá, en consecuencia, el mismo curso de siempre, que llevará nuevamente a la búsqueda del aislamiento.

Notas sobre la terapia

La intervención terapéutica deberá intentar producir cambios a partir de los elementos psicopatológicos relevantes. Ante todo, intentará señalar el problema de la carencia de compartición y de no pertenencia como núcleo central de patología.

Sin duda, no lo hará explicitándolo sino poniéndolo de relieve mediante técnicas de compartición del problema (Semerari, 2000). Los pacientes más dotados de funciones autorreflexivas lograrán más claramente explicitar la dificultad, mientras que los otros la expresarán en forma de fuerte cohibición o miedo. El trabajo sobre el reconocimiento de las propias variables psicológicas es importante para los pacientes alexitímicos, mientras que para otros serán más útiles las técnicas de incremento de lectura de la mente ajena (Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999; Semerari, 2000). Consiguientemente, se logrará, en el interior de las situaciones relacionales, identificar aquellos estados mentales más típicos para el individuo afectado y que contribuyen a la dificultad de establecer relaciones interpersonales

y sociales válidas, con la finalidad de reducir las conductas de evitación o de limitación social. La percepción de un grado de compartición en las relaciones duales y de pertenencia a los grupos permitirá al evitante mejorar el sentido de adecuación personal y articular los objetivos buscando comunicarlos para compartirlos con los demás, o para perseverar en ellos incluso en ausencia de aprobación social. La identificación de procedimientos y líneas de guía clínicas permitirá formalizar la intervención, con la finalidad de mejorar la valoración de los resultados.

El evitante se describe como el trastorno de personalidad más sensible al fracaso en el establecimiento de relaciones. A partir de las dimensiones mentales que lo componen (déficits metacognitivos, sentido de no pertenencia, estados mentales disfuncionales) se intenta proponer un modelo psicopatológico que vaya más allá de la mera descripción de síntomas propuesta por el DSM IV. Asimismo, se plantea la posibilidad de que existan mecanismos que favorezcan el mantenimiento de las partes básicas del trastorno. En este sentido, la descripción de los ciclos interpersonales disfuncionales más característicos también aporta elementos que permiten comprender las dificultades relacionales que se presentan al iniciar una psicoterapia con estos individuos. Finalmente, se propone un modelo circular del trastorno útil para poner en marcha estrategias específicas en el tratamiento cognitivista del Trastorno de Personalidad por Evitación.

Palabras clave: *Trastorno de Personalidad por Evitación; déficit metacognitivo; sensación de no pertenencia; estados mentales disfuncionales; modelos circulares.*

Referencias bibliográficas:

- AKHTAR, S. (1986). Differentiating schizoid and avoidant personality disorders (letter to editor). *American Journal of Psychiatry*, 143, 1061-2
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV edizione, A.P.A. Press, Washington D.C.
- BECK A.T. & FREEMAN A. (1990). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Firenze: Mediserve
- BECK T. & PRETZER, J.L. (1996). Teoria cognitiva dei disturbi di personalità in Clakin JF, Lenzenweger MF (ed.). *y disturbi di personalità*. Milano: R. Cortina.
- CARCIONE, A., FALCONE, M., MAGNOLFI, G. & MANARESI F (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia. Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.). *Psicoterapia*, 9: 91-107
- CARCIONE A. & FALCONE M (1999). "Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia" en A. Semerari (ed.). "*Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*", 9-42, R. Cortina, Milano.
- CARCIONE, A., CONTI, L., DIMAGGIO, G., NICOLO' G. & SEMERARI, A. (en este número). *Stati mentali, deficit metacognitivi e cicli interpersonali nel Disturbo Dipendente di Personalità*.
- DIMAGGIO G, PROCACCI, M. & SEMERARI, A (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza, en A. Semerari (ed.). "*Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*", 231-280, R. Cortina: Milano.

- DIMAGGIO, G., NICOLO', A. SEMERARI, A., CARCIONE, M. FALCONE, I. PONTALTI, & M PROCACCI (2000). Stati mentali e narrazione. Come variano nel corso del processo terapeutico? *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 7: 30-54
- DIMAGGIO, G. & SEMERARI, A. (2001).. (en este número). El narcisismo en acción. *Revista de Psicoterapia*.
- DIMAGGIO G., CARCIONE, A., SEMERARI, A., MARRAFFA, M., FALCONE, M., NICOLO', G., PONTALTI, I. & PROCACCI, M. (2001). (en este número). Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicoterapia*.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., FALCONE, M., NICOLO', G. & PROCACCI, M. (en prensa). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- FLAVELL, JH. et al. (1993). *Psicologia dello sviluppo cognitivo*. Bologna: Il Mulino.
- FONAGY P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro *Kos*, 129, 26-32.
- GABBARD, G. (1992/95). *Psichiatria psicodinamica*, Milano: R. Cortina
- HORNEY, K. (1945). *Our Inner conflicts*. New York: Norton.
- HOROWITZ M (1987). *States of Mind Configurational analysis of individual psychology*, New York:: Plenum Press
- KRETSCHMER E. (1925). *Korpebau und Charakter*, Berlin: Springer & Verlag.
- LIVESLEY, W. J., WEST M. & TANNEY A. (1985). Historical comment on DSM III Schizoid and Avoidant Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 142 : 1344-1347.
- MAC KINNON R. A. & MICHELS R. (1971). *The Psychiatric interview in clinical practice*, Philadelphia: W.B. Saunders.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*, Philadelphia: W.B. Saunders
- MILLON, T. (1981). *Disorders and Personality: axis II*, New York: Wiley & Sons.
- MILLON, T. (1999). *Personality Guided Therapy*. New York: Wiley & Sons.
- PERRIS C (1993). *La psicoterapia del paziente difficile*: Lanciano: Metis
- PONTALTI, I. & MENARINI (1993).. y disturbi di personalità. Dalla psicopatologia al progetto psicoterapeutico. In: De Marco G. (ed.). *A che punto è la psichiatria?* 53-68. Padova: UPSEL-Domenghini Editore.
- PROCACCI, M. (1999). "Una Nuova agenda per la psicoterapia cognitiva del paziente grave", en A. Semerari (ed.). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*, 43-67, Milano: R. Cortina.
- PROCACCI, M. & MAGNOLFI, G. (1996). Il disturbo di evitamento di personalità : modello clinico e trattamento, en «*Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*» Vol. 2, n° 3, 67-79.
- PROCACCI, M., & SEMERARI, A. (1998). "Il senso di non appartenenza e non condivisione in alcuni disturbi di personalità: modello clinico ed intervento terapeutico", en *Psicoterapia*, 12: 39-49
- PROCACCI, M., DIMAGGIO, G. & SEMERARI, A. (1999). El Déficit de compartir y de pertenencia en los trastornos de la personalidad; Clínica y Tratamiento *Boletín de Psicología*, n°65, 75-100.
- PROCACCI, M., POPOLO, R., VINCI, G., SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO G., FALCONE, M., NICOLO', PONTALTI, I. & ALLEVA, G. (2000). Stati Mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: studio su caso singolo. *Ricerca in Psicoterapia* Vol.3, n°1, pp.66-89
- SAFRAN J.D (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research* 8(4), 333-347
- SAFRAN, J.D. & SEGAL Z. (1990/93). *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.
- SEMERARI, A. (ed.). (1999).. *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- SEMERARI A. (2000).. *Storia, teoria e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Bari: Laterza.
- TRULL T. J., WIDIGER T. A., FRANCES A. (1987). Covariation of criteria sets for avoidant, schizoid, and Trastorno de Personalidad por Evitaciónnendent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*; 144: 767-771.