

LA DISFUNCIÓN METACOGNITIVA EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE

Antonio Semerari

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9, 00161 – Roma (Italia).

e-mail: terzocentro@iol.it

In Personality Disorders the capacities of understanding and regulating mental states can be compromised. The different ways in which this compromised situation takes place cause different profiles of the metacognitive deficit. In this article we discuss the profile of the metacognitive malfunctioning in Borderline Personality Disorder (B.P.D.), based upon literature and clinical examples, which were taken from transcribed sessions. We sustain that this profile is characterized by a deficit of the integration capacity, a deficit in the capacity of differentiating between representation and reality, and a deficit in the mastery capacity and the capacity of regulation of the emotional states.

Besides that, the relationship between metacognitive deficits and the influence each of them exercise on different symptoms of the disorder are discussed.

Key words: Borderline Personality Disorder; metacognition; mastery; regulation of emotional states; psychological integration.

La controversia en torno al concepto Borderline ha vivido una alternancia de momentos en que, en la explicación del trastorno, ha predominado una tendencia reduccionista y otros en los cuales ha dominado la conciencia de la multiplicidad de factores que contribuyen a la formación de los cuadros clínicos que se suelen denominar bajo la etiqueta única de Trastorno de Personalidad Borderline (Maffei, 1993a). Algunas recopilaciones recientes de contribuciones (Maffei, 1993b; Paris, 1993) nos han ofrecido una visión de una complejidad impresionante: factores genéticos y temperamentales, historia de desarrollo, acontecimientos traumáticos, déficit de funciones mentales, distorsiones cognitivas, ambiente relacional, todo ello parece desempeñar un papel en la etiopatogénesis y el mantenimiento del Trastorno de Personalidad Borderline. El cuadro resultante es tal que desalienta cualquier tentativa de reducir dicha complejidad a uno o pocos factores. Por ello, en la presente contribución nos limitaremos a concentrarnos sobre un único problema: el papel de la disfunción metacognitiva en el Trastorno de Personalidad Borderline. En primer lugar, intentaremos esclarecer qué entendemos por disfunción

metacognitiva y los principios que guían nuestro enfoque en el estudio de los procesos metacognitivos en la práctica clínica. Presentaremos una breve reseña de los autores que han descrito déficits metacognitivos en este trastorno. Indicaremos cuáles de estos déficits hemos encontrado en el trabajo clínico y de investigación. Discutiremos luego las relaciones entre diversos tipos de déficit y entre los déficits metacognitivos y la sintomatología manifiesta. Finalmente, en las conclusiones, apuntaremos a algunas implicaciones de la intervención terapéutica.

Metacognición y déficits metacognitivos en los Trastornos de Personalidad

En los últimos años, la atención de los clínicos ha empezado a orientarse hacia el papel de los procesos metacognitivos en los trastornos psicopatológicos.

Se han propuesto diversas definiciones de metacognición que destacan sus aspectos de relevancia clínica. Por ejemplo, Carcione y otros han definido la metacognición como “la capacidad de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar este conocimiento con fines estratégicos para resolver tareas y dominar estados mentales fuente de sufrimiento subjetivo” (Carcione y otros, 1997; Carcione y Falcone, 1999). Wells y Pourdon, a su vez, definen la metacognición como aquel “aspecto del *procesamiento de la información* que gobierna, interpreta, valora y regula los contenidos y los procesos de la propia organización” (Wells y Pourdon, 1999).

Ambas definiciones subrayan dos aspectos de las funciones metacognitivas: el conocimiento y la regulación de los estados mentales. Teniendo en cuenta estos dos aspectos, conocimiento y regulación, hemos incluido entre los autores que se han ocupado de la disfunción metacognitiva en el Trastorno de Personalidad Borderline aquellos que han subrayado defectos en estas funciones, independientemente del hecho de que hicieran referencia explícita al concepto de metacognición.

La primera definición sugiere además la existencia de una *pluralidad* de operaciones metacognitivas, la segunda propone una lista de ellas: monitoreo, interpretación, evaluación y regulación. En efecto, la actividad metacognitiva puede ser vista como el resultado de subfunciones relativamente independientes y heterogéneas (Semerari y otros, 2001). Por ejemplo, una cosa es poseer la capacidad de gobernar y definir los pensamientos y las emociones, y otra es organizar esta información en una visión coherente e integrada de los propios estados mentales.

Distinguir entre las diversas subfunciones metacognitivas es extremadamente importante en la clínica porque existen realidades psicopatológicas donde sólo algunas de ellas, y no otras, se hallan perturbadas (Semerari, 1999; Dimaggio y otros, en prensa; Semerari, Carcione y Nicolò, 2001). En otras palabras, conservar la distinción entre subfunciones evitando tratar la metacognición como un todo homogéneo nos ofrece la posibilidad de dibujar los perfiles de disfunción metacognitiva específicos del trastorno, de las clases de trastorno o incluso de cada

uno de los pacientes.

Finalmente, el estudio de los Trastornos de Personalidad ha permitido poner de manifiesto un aspecto importante relativo a los déficits metacognitivos.

El término déficit puede evocar la idea de algo fijo, estable y con una base orgánica. El desarrollo de las funciones metacognitivas en el curso de una psicoterapia con pacientes con Trastorno de Personalidad demuestra que no siempre es así. En estos casos, el rendimiento puede variar de forma dramática, para mejor o para peor, según el desarrollo de las relaciones, el tratamiento y los acontecimientos de vida. Lo que resulta deficitario en estos pacientes es, por tanto, el rendimiento y no las competencias básicas, resintiéndose fuertemente dicho rendimiento tanto del contexto interpersonal, como de los acontecimientos de vida.

Los trastornos funcionales del Trastorno de Personalidad Borderline

El modo peculiar cómo funciona la mente de los pacientes borderline siempre ha llamado la atención de los clínicos. He aquí los tres defectos metacognitivos que se han subrayado con más frecuencia: defectos en la capacidad de integración, defectos en las funciones de dominio de los estados emocionales y defectos en la capacidad de diferenciar entre representación y realidad.

Entre los terapeutas de diversos enfoques, existe un acuerdo ampliamente compartido sobre la presencia de trastornos en estas funciones. La controversia se refiere en cambio a los factores etiológicos y los procesos de desarrollo que los causan, así como al peso que cabe asignar a cada uno de ellos en la determinación de la fenomenología del trastorno. Como es sabido, Kernberg fue el primero en poner el acento sobre el carácter extremo, contradictorio y no integrado de las representaciones en los sujetos con Organización de Personalidad Borderline. Según el autor, esta organización estaría caracterizada por una particular intensidad innata de los impulsos agresivos y el uso masivo de defensas primitivas, en primer lugar de la escisión (Kernberg, 1975; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999).

El exceso de impulsos agresivos llevaría, a través de la identificación proyectiva, a representaciones terribles y persecutorias del otro. La necesidad de proteger en todo caso la relación con el objeto activaría defensas primitivas, en particular, la escisión entre las partes “buenas” y las partes “malas” del objeto y del self. De este modo, el sujeto con Organización de Personalidad Borderline se hallaría oscilando entre representaciones extremas, totalmente positivas o totalmente negativas, de sí mismo y del otro, sin un punto de vista integrador. La presencia del defecto de integración descrito por Kernberg ha gozado de tan amplio reconocimiento que se ha incluido en las categorías diagnósticas del Trastorno Borderline (DSM IV, APA). Motivo de controversia son en cambio la teoría etiológica propuesta y el papel atribuido a los impulsos agresivos innatos y a los mecanismos de defensa primitivos.

En el ámbito de la Terapia Cognitivo-Analítica, Ryle ha elaborado una descripción análoga pero con una distinta explicación de las causas (Ryle, 1997).

Según el modelo de la Terapia Cognitivo-Analítica cada persona posee un repertorio de roles recíprocos que gobiernan y modulan nuestras conductas relacionales. El término recíproco indica que el individuo se representa las relaciones en términos bipolares (por ejemplo prestar - recibir ayuda, perseguidor - víctima) y el self puede oscilar alternativamente del uno al otro de los roles representados. Un rol recíproco define, junto a las emociones dominantes, un estado mental. Por lo tanto, los procedimientos que gobiernan las transiciones entre los roles relacionales recíprocos gobiernan también las transiciones entre estados mentales. Normalmente, dichas transiciones se suceden de modo coherente con la variación de las relaciones gracias a metaprocedimientos que conectan las representaciones de rol a los acontecimientos de vida.

De este modo, podemos modificar nuestras representaciones de rol cuando, de interaccionar con un colega del trabajo, pasamos a hacerlo con nuestro hijo, o cuando nos encontramos con un viejo amigo después de haber interactuado con alguien a quien detestamos. La coherencia global de la conducta y la sensación subjetiva de continuidad se mantienen gracias a la capacidad de reflexionar sobre los propios roles recíprocos y sobre la manera cómo cambian con el variar de las relaciones.

Según Ryle (1997) el Trastorno de Personalidad Borderline está caracterizado por la disociación parcial de los roles recíprocos y los estados mentales. Esta disociación no estaría ligada al uso de defensas primitivas sino al hecho de que ciertas experiencias reales traumáticas de maltrato o de abuso, interacciones caóticas o graves carencias de cuidado a los que los sujetos borderline habrían sido expuestos durante la infancia, dañarían el repertorio de roles y los procedimientos de transición a tres niveles. En el primer nivel, el daño comportaría una restricción y un empobrecimiento del repertorio de roles. En el segundo nivel, se verían dañados los metaprocedimientos que regulan y modulan las transiciones de rol en coherencia con la evolución de las relaciones en curso. Finalmente, en el tercer nivel se verían afectadas las capacidades autorreflexivas que permiten desarrollar un pensamiento consciente sobre los diversos procedimientos de rol y que proporcionan coherencia a la conducta y continuidad al sentido de sí. De estos daños derivaría una organización de estados mentales disociados y recíprocamente segregados con tendencia a oscilar entre sí de modo rápido, caótico y poco modulado.

Un segundo déficit funcional que se halla presente en el Trastorno de Personalidad Borderline atañe a los aspectos de gestión de los estados internos y se conoce con el nombre de déficit de regulación emocional (Linehan, 1993). Según Linehan, los borderline padecerían tanto de una particular vulnerabilidad emocional como de una dificultad en regular las emociones. La vulnerabilidad se resiente de factores genéticos y temperamentales y consiste en la tendencia a reaccionar de modo intenso y rápido ante estímulos emocionales incluso mínimos. La desregulación consiste en la incapacidad, una vez activada la emoción, de realizar las operaciones

necesarias para reducir la intensidad y volver al tono emocional de base.

Contrariamente a Kernberg, quien subraya el rol de la agresividad, Linehan sostiene que la vulnerabilidad y la desregulación afectarían a todo el repertorio emocional y no solamente a los estados de cólera.

Entre las causas de desarrollo existentes en la base de la desregulación, se daría según la autora el crecimiento en un ambiente invalidante. Según la definición de Linehan, *invalidante* es un ambiente donde la comunicación de la experiencia interior recibe respuestas caóticas, inapropiadas y extremas. En el modelo, la desregulación emocional representa el elemento patogenético fundamental del Trastorno de Personalidad Borderline; se halla conectada con tres aspectos fundamentales del trastorno: los comportamientos impulsivos, el trastorno de identidad y el caos interpersonal. Los comportamientos suicidas y otros comportamientos impulsivos pueden constituir modos disfuncionales de interrumpir estados afectivos intensos y penosos o ser la consecuencia directa de las tendencias a la acción que están presentes en las emociones no moduladas. Además, la capacidad de prever, dar sentido y continuidad a las propias experiencias afectivas, representa un prerrequisito indispensable para fundamentar un sentido de identidad y continuidad de sí que se ve gravemente afectado por la constante exposición a un ambiente invalidante. Finalmente, la capacidad de formar relaciones estables y satisfactorias requiere estabilidad afectiva y capacidad de comunicar y modular las emociones en el interior de un contexto interpersonal.

De la teoría del apego procede una fuerte demanda de profundizar en la relación entre desarrollo metacognitivo y relaciones reales de cuidado entre padres e hijos. En este ámbito, Mary Main fue la primera en apuntar que la capacidad de atribuir estados mentales a los padres protege al niño del comportamiento problemático del padre. A la inversa, la ausencia de capacidades metacognitivas lo hace vulnerable a los comportamientos incoherentes de las figuras de apego (Main, 1991).

Por su parte, Fonagy observó que los padres con una puntuación elevada en la *self-reflective scale*, una escala que evalúa el número de observaciones reflexivas sobre los estados mentales propios y ajenos, tenían una probabilidad de 3 a 4 veces superior de tener un hijo con apego seguro (Fonagy, 1991). Aplicando sucesivamente estos conceptos al Trastorno de Personalidad Borderline, Fonagy llegó a la conclusión de que estos pacientes, a causa de las interacciones caóticas y traumáticas, han evitado sistemáticamente pensar en contenidos de la mente de los padres para defenderse de la idea intolerable de que éstos quisieran causarles daño. De esto se derivaría una tendencia al desconocimiento sistemático de los estados mentales del otro y un defecto de metapensamiento que hace problemáticos el reconocimiento de los propios estados internos y la distinción entre representación y realidad. Así pues, el funcionamiento mental de estos sujetos se caracterizaría por tres defectos básicos: escasa capacidad de tener en cuenta los estados mentales del otro, bajo

monitoreaje metacognitivo relativo a los propios estados mentales, una incapacidad para darse cuenta de que las ideas solamente representan la realidad externa y no coinciden con ésta (Fonagy, 1991; Fonagy y otros, 1995). El trabajo de Fonagy tiene el mérito de subrayar otros dos aspectos de la disfunción metacognitiva: la no comprensión del estado mental del otro y la disminución de la consciencia de la naturaleza representacional del pensamiento, de lo que se deriva la imposibilidad de pensar “como sí”. Esta capacidad que el niño adquiere a través del juego de simulación (Leslie, 1987) puede haber desaparecido en los sujetos borderline haciendo que, a sus ojos, las representaciones sean expresiones directas de lo real. Este trastorno, que en nuestra terminología se designa con el nombre de defecto de diferenciación, reduce las capacidades críticas y aumenta la tendencia a la acción.

A fin de evitar confusiones terminológicas hay que tener presente que Fonagy habla de monitoreaje metacognitivo para referirse al conjunto de las capacidades de reflexionar sobre estados mentales propios y ajenos. Por monitoreaje metacognitivo nosotros nos referimos en cambio a una subfunción específica: la capacidad de reconocer cada uno de los componentes ideacionales y emocionales de los propios estados mentales y sus relaciones inmediatas. Esta capacidad, como veremos más adelante, no se halla siempre disminuida en los sujetos borderline. Al no recurrir a la distinción entre subfunciones, Fonagy incluye en el concepto de déficit de monitoreaje a aquellos que para nosotros son defectos de integración y de diferenciación.

Partiendo de las observaciones de Main y Fonagy, Liotti propone una hipótesis del desarrollo de los déficits funcionales en el Trastorno de Personalidad Borderline centrado en el rol patogenético del Apego Desorganizado. Llevado por la observación de que los niños ante figuras de apego espantadas y/o amenazantes exhiben, en la “*strange situation*”, un patrón de apego caracterizado por comportamientos incoherentes y contradictorios, el autor formula la hipótesis de que dicha condición se convierte en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de Trastornos Disociativos de la Conciencia y de Trastornos Borderline (Liotti, 1994, 1999; Liotti y Intreccialagli, 1998). Según esta perspectiva, en la desorganización del apego se infringe la unidad y la coherencia de los modelos operativos internos que generan las representaciones del otro y de sí. Por ejemplo, a partir de una memoria implícita de una figura de apego que le acoge con una expresión de miedo, el niño puede construir una memoria implícita de sí como espantoso, causa del miedo ajeno. Simultáneamente, sintiéndose, a su vez, asustado, puede construir una representación del otro como responsable perseguidor del miedo experimentado y del self como víctima. Al mismo tiempo, puede percibir la figura de apego que lo acoge como salvador que le consuela, pero también como víctima a quien consolar y el self como aquel que consuela y cuida. La problematicidad de estas representaciones no reside sólo en la incompatibilidad de los roles recíprocos sino también en su presentación simultánea y en su sucesión caótica, de lo que derivaría una tendencia

a generar representaciones múltiples, contradictorias y no integradas de sí y del otro. Además, la falta de desarrollo de las funciones metacognitivas, derivada de la problematicidad de las relaciones de apego, dañaría la capacidad de reflexionar con distancia sobre los propios estados mentales, impidiendo el desarrollo de las habilidades de regulación emocional.

EL PERFIL METACOGNITIVO EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE.

Con los colegas del III Centro de Psicoterapia Cognitiva, hemos analizado el comportamiento de las funciones metacognitivas en las transcripciones de 214 sesiones de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline (Semerari, 1999). Discutiremos a continuación los diversos déficits descritos por la literatura clínica basándonos en ejemplos extraídos de este material.

Ante todo, cabe especificar los déficits que **no** se han encontrado. En general, solamente algunos pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline presentan trastornos en el monitoreo metacognitivo, es decir, de la capacidad de identificar cada uno de los elementos emocionales y cognitivos que componen sus estados mentales y de indicar las motivaciones y las causas inmediatas de la conducta. En muchos otros casos, esta función se preserva o incluso se halla potenciada. Este dato es congruente con la clara diferencia que se encuentra en la clínica entre los sujetos Borderline y los sujetos Alexitímicos. Los Borderline no evocan aquella sensación de opacidad del estado mental que es típica de la Alexitimia y de otros Trastornos de Personalidad. A menudo, su lenguaje es rico en términos emocionales y a preguntas del tipo: “¿en qué pensaba?” o “¿qué sentía?” responden con inmediatez y riqueza de detalles. Más que una sensación de opacidad, éstos evocan en los terapeutas una sensación de confusión, expresión del caos y no de inaccesibilidad a los estados mentales.

Por el contrario, se encuentran fácilmente los otros déficits de funcionamiento metacognitivo que describe la literatura: no integración, desregulación emocional, déficit de diferenciación.

No integración

La literatura clínica ha subrayado la dificultad de estos pacientes en integrar distintos estados mentales caracterizados por representaciones múltiples y opuestas. Sin embargo, el déficit de integración también se muestra de forma evidente en la incapacidad de ofrecer una descripción ordenada y dotada de sentido de algunos estados mentales problemáticos *en particular*.

He aquí un ejemplo de dicha dificultad:

P.: *Mi relación con la muerte es alucinante, había épocas, hace años, no, ahora también, ahora también me pasa, cuando oigo, no sé una persona quemada viva, no es masoquismo, lo juro, no. No sé que pasa en mi cabeza,*

como si quisiera decir, no consigo enfocar bien, qué pensamientos, pero intento identificarme en las sensaciones, en la reacción que yo podría tener y en la defensa de estas sensaciones, pero es algo terrible.

T.: *¿Qué siente?*

P.: *Bueno, quizá no es tan terrible, a lo mejor lo puedo soportar, una cosa de este tipo... una cosa que se relaciona con el dolor universal, ir por caminos..., bueno, no sé.*

La confusión que sentimos al leer el fragmento no se debe a la falta de acceso al estado interior, como sucedería en el caso de defecto de monitoraje. La paciente se refiere a la fantasía terrorífica. Nos permite entender la oscilación emocional entre una sensación de anulación y un sentimiento de dominio omnipotente (“a lo mejor lo puedo soportar”). Podemos incluso realizar inferencias, como observadores externos, sobre el sentido de la experiencia y leerla como un intento desregulado de sentirse invulnerable. No obstante, la paciente misma permanece confusa sobre el significado de lo que está explicando. Capta algunos elementos de su estado interior pero no desarrolla una reflexión que los integre y les dote de sentido.

La dificultad por integrar el estado mental puede manifestarse también en una tendencia al desarrollo fragmentado de la narración.

P.: *Nada, quiero decir, si es un periodo de estrés, entonces cómo se hace. Porque el otro día fui..... de sufrimiento de dolor. Yo el otro día, era jueves, fui con Lucia a comprar unas gafas para el cumpleaños de Daniele. Él ayer estaba cansado y yo...o sea a parte este hecho. Fuimos a esa tienda y me vino interiormente un temblor, estaba nerviosa en esta tienda que son clientes de...*

En este caso, diversos hilos narrativos, el cansancio de Daniel, las informaciones no particularmente pertinentes sobre los propietarios de la tienda, parecen amontonarse al mismo tiempo en la mente de la paciente mientras intenta describir sus estados emocionales amenazando la integridad narrativa del discurso (Dimaggio y Semerari, 2001).

La dificultad de integrar estados mentales distintos puede, naturalmente, expresarse en la forma Kernbergiana de representaciones opuestas de la relación con el otro. Por ejemplo, una paciente, hablando de su relación con una terapeuta anterior, la describe así:

P.: *La recuerdo muy acogedora... me daba seguridad. Siempre insistía en que debía intentar tener más confianza en mí misma.*

Pocas sesiones después, hablando de la misma terapeuta:

P.: *No la notaba sincera, había algo que no me convencía. También este hecho de la confianza en mí misma..., pero ¡qué confianza ni ocho cuartos! En ella habría tenido que tener la confianza!*

En otros momentos, en cambio, más que la oscilación entre dos representaciones opuestas aparece en primer plano la multiplicidad de las representaciones de un

modo que recuerda mucho la fragmentación de los modelos operativos internos en el apego desorganizado que describe Liotti.

Por ejemplo, una paciente que, cada tarde, concluía regularmente con peleas feroces las llamadas telefónicas al novio que trabajaba, temporalmente, en otra ciudad, narra de este modo lo que sucede.

P.: *Me siento tan terriblemente sola, quisiera que me llamara y tengo la necesidad de llamarle.*

T.: *¿Qué quisiera que le dijera en esos momentos? ¿Qué se imagina?*

P.: *No es una imagen precisa. Imagino una sensación de... como de calor, de...*

T.: *¿Consuelo?*

P.: *Sí, consuelo.*

T.: *¿Consuelo de qué? ¿Se siente muy triste?*

P.: *Triste sí, un poco... como asustada... también.*

T.: *Entiendo, son momentos en los que sentimos más que nunca la necesidad de alguien que nos consuele”.*

P.: *¡Sí! Me imagino, no sé! Que me dice que él se ocupará de todo, que no me preocupe.*

T.: *¿Cuándo cambia esta imagen? ¿Cómo es que cada vez acaba enfadándose?*

P.: *Apenas oigo su voz. ¡Pero qué digo! Apenas acabo de marcar el número, pienso que le estoy agobiando, la imagen distante. Cuando responde, me enfado y empiezo a reprocharle que no me llame nunca. Luego me enfado también conmigo misma porque me meto en esta situación, elijo siempre los hombres equivocados. ¡Bueno! Luego... luego también pienso que estoy loca y que le estoy haciendo la vida imposible.*

Es notable en este caso la claridad y la eficacia del monitoraje metacognitivo que nos permite formarnos una idea muy precisa de los acontecimientos mentales de la paciente. Sin embargo, en el breve arco de tiempo de una llamada telefónica, se suceden en su mente una representación de sí misma como necesitada de ayuda y del otro como atento y protector a la que sigue una imagen del otro rechazante y de un self abandonado. Sigue una rabia de abandono y una rápida señal de orgullo herido y luego una representación de sí como loca y persecutoria y del otro como víctima. Pese a la lucidez y la coherencia narrativa con la que explica los acontecimientos interiores y a pesar del carácter penetrante de los procesos de monitoraje que captan sofisticados matices emocionales, la paciente parece oscilar entre estas representaciones sin momentos de síntesis integradora. También sorprende la diferencia entre la elevada capacidad de automonitoraje y la dificultad de descentramiento cognitivo. En ningún momento la paciente intenta comprender la mente del otro prescindiendo de su propia perspectiva y sus necesidades y en ningún momento parece pensar que su representación del otro es hipotética y discutible.

El déficit de integración se expresa de formas distintas, pero es evidente que en el Trastorno de Personalidad Borderline esto no depende de problemas en las funciones de monitoraje que en algunos casos se muestran incluso extremadamente sofisticadas.

La desregulación emocional

El segundo déficit funcional que se describe en el Trastorno de Personalidad Borderline atañe a la incapacidad de regular eficazmente los estados emocionales. La regulación de las emociones puede tener lugar a distintos niveles. El nivel más simple puede referirse a la regulación del componente somático de la emoción y a la gestión de la relación con el ambiente. Por ejemplo, para calmarnos podemos tomar un tranquilizante o podemos evitar una situación temida. En un nivel más complejo, podemos intervenir sobre la tendencia a la acción inherente a la emoción, imponiéndonos o inhibiendo un comportamiento o intervenir sobre la atención consciente decidiendo en qué pensar y en qué no pensar. Finalmente, podemos actuar sobre el componente cognitivo intentando evaluar críticamente algunas de nuestras ideas o bien intentando reducir algunas de nuestras sensibilidades peculiares. ¿Qué sucedería si **no** poseyéramos estos mecanismos de regulación? Sabemos que nuestros procesos cognitivos influyen en nuestros estados emocionales. También sabemos, por la experiencia cotidiana más que por las investigaciones en psicología de la emoción, que también es cierto lo inverso. Un estado emocional orienta la ideación favoreciendo recuerdos congruentes con dicho estado, facilitando la selección de las informaciones coherentes con él y obstaculizando la asimilación de las discrepantes. Si estamos tristes recordamos y percibimos más fácilmente cosas tristes, si estamos enfadados recordamos y vemos errores e injusticias. Bower (1981) llamó a este proceso “*mood congruity effect*” y este efecto es muy importante para comprender algunas distorsiones del pensamiento en el Trastorno de Personalidad Borderline. En efecto, el “*mood congruity effect*” implica que, en ausencia de mecanismos de regulación, nos veremos siempre atrapados en círculos viciosos. Un estado emocional induciría una ideación congruente, que a su vez produciría una emoción congruente y así sucesivamente o, dicho de otro modo, una representación activaría un estado emocional que orientaría la ideación hacia otras representaciones del mismo tipo que alimentarían siempre la misma condición emocional. En estos circuitos, también el contenido del pensamiento podría verse gravemente distorsionado. El siguiente ejemplo puede mostrar cómo esto se verifica Trastorno de Personalidad Borderline:

P.: *Fui a cenar a casa de una amiga de A. [la novia]. Entro ahí dentro y me encuentro con un ex de A., sabe aquel... ¡Ni le cuento cómo me sentí! Me quedé con la chaqueta puesta, en el umbral. Tenía ganas de vomitar. La cabeza me daba vueltas, como si se me desenrajara el cuello... Como un tornillo, dolor en el brazo. Estaba confuso, ya no entendía nada, era como*

si hubiera perdido la noción del tiempo: no sé cuánto tiempo me quedé en la puerta. A. se me acercó. Le dije: “Yo me voy” ella insistió... “Venga ven”, “Podrías haberme avisado, decírmelo”. Decidí controlarme. Pensé en usted [indica al terapeuta] y decidí continuar con la fiesta. Él se fue al cabo de cuarenta minutos. Estaba ausente, estuve ausente toda la noche... no participé.

T.: *¿Recuerda lo que pensó?*

P.: *Que había acabado lo mío con A., todo acabado, me sentía como un trapo sucio.*

El relato del paciente muestra muy bien lo que se entiende por *vulnerabilidad emocional*. La reacción emocional es inmediata e intensa e implica globalmente el orden general del organismo con síntomas de conversión y desrealización. La ideación es totalmente congruente con el estado emocional y gira alrededor de temas de pérdida. Además, el contenido es absolutamente extremo: “lo mío con A., todo acabado”. Sucesivamente, la postración y la sensación de pérdida se transforman en rabia de separación y el paciente describe la formación progresiva del círculo vicioso emotivo-ideacional.

P.: *Por la mañana –casi no había dormido- estaba muy cabreado. Luego la tomé con A. Empezamos a discutir. Quería destruir todo lo que le he regalado desde que estamos juntos. Desgarré todos los vestidos. No quería pegarla. Sabía que no tenía que hacerle daño. No le hice daño.*

T.: *¿Recuerda cuándo empezó a destruir? ¿Qué es lo que le hizo actuar así? ¿Qué sentía? ¿Qué imaginaba?*

P.: *No, no lo recuerdo.*

T.: *Intente hacer un esfuerzo.*

P.: *No recordaba la noche anterior... dónde estaban sentados. Ahora sé que estaban sentados en lugares opuestos [indica las posiciones], él allí y ella aquí. Pero esa mañana no me acordaba... les veía juntos hablando, yo era el marginado, el cornudo.*

Los recuerdos cambian totalmente de contenido según el estado emocional. En la tranquilidad de la sesión el paciente tiene un recuerdo de la velada completamente distinto al que tenía durante la crisis. El estado emocional orientaba los procesos cognitivos hacia temas de traición y engaño hasta el punto de hacer desaparecer toda capacidad de diferenciar entre fantasía y realidad.

P.: *Hubo una cosa que lo desencadenó. ¡Esta mujer no hablaba! No respondía, era como si ese silencio fuera un asentimiento a la situación. Estaba furioso. Tenía en la mano el reloj que le regalé, lo rompí. Quería tirarme por la ventana, ella me agarró por la camiseta... No sé cómo habría acabado. Cuando noté que la camiseta se rompía, me di cuenta de lo que estaba haciendo. Espere, me acuerdo de que ella se estaba maquillando delante del espejo, me imaginé que se estaba maquillando después de un*

adulterio. Estaba muy mal... me dolía el brazo, no entendía quién era, como una extraña. Entonces rompí el reloj. Quería destruir cualquier huella de esta relación.

Al final, el crescendo emotivo-ideacional se interrumpe introduciendo, a través del dolor físico, una variación brusca en el estado del cuerpo.

P.: *Empecé a golpearme contra la pared. Daba cabezazos. Uno me hizo ver las estrellas.*

T.: *¿Y el dolor le calmó?*

P.: *Sí, es como si me hubiera sedado. Luego tomé tres Xanax y ese día pude ir a trabajar, pero estaba fatal.*

Son evidentes la desregulación emocional, el déficit de diferenciación y la incapacidad de descentrar poniéndose en el punto de vista del otro. No obstante, durante la crisis las capacidades de monitoraje se conservan y podemos formarnos un cuadro muy claro de la sucesión de emociones y pensamientos.

El déficit de diferenciación

En el ejemplo anterior hemos podido observar de qué modo la función de diferenciación entre representación y realidad disminuye durante el estado problemático, mientras que se muestra intacto durante la sesión. En nuestra experiencia, esto parece ser una característica frecuente del defecto de diferenciación en el Trastorno de Personalidad Borderline, su ser estado dependiente y su manifestarse y desaparecer según la emoción y el clima interpersonal del momento. Como hemos visto, el déficit de diferenciación se expresa a menudo en la incapacidad de comprender los estados mentales de los demás y de descentrar. Por ejemplo, otro paciente nos permite observar la oscilación de las capacidades de diferenciación en base al estado emocional.

P.: *La esperé a la salida de su trabajo, sabía que también tenía que venir él, trabajan juntos ya se lo he dicho, ella no llegaba, él tampoco, eran casi las nueve, la noche anterior no había conseguido localizarla, cuando llegó me miró de modo extraño, como si estuviera asustada, le pregunté con quién había ido a cenar la noche anterior, y me miró sorprendida, entonces supe que tenía razón, estaba asustada porque sabía que lo había comprendido, que había descubierto su juego, miraba a su alrededor, tal vez tenía miedo de que hubiera llegado él y que la pudiera descubrir, me imaginé que su mirada quería decir –te he puesto los cuernos- se lo leía en la cara. Para evitar pegarla, di una patada a un palo y me rompí el pie, tuve que ir a urgencias.*

T.: *¿Qué piensa ahora de lo sucedido?*

P.: *Tal vez me precipité, pero de repente ya no entendía nada.*

T.: *¿Es verdad que le ha traicionado?*

P.: *Pienso que hay algún amorío, pero probablemente aquella mañana*

estaba demasiado agitado para poder entender bien, me parecía todo clarísimo, cada respuesta suya me parecía una representación falsa. Ahora pienso que en realidad su comportamiento venía determinado por el miedo que debería haber sentido al verme alterado. Por esto la veía extraña.

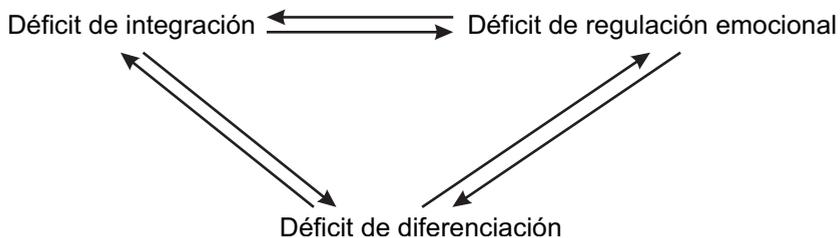
Cabe observar cómo, en la última fase, el paciente considera hipotética su creencia e intenta situarse en la perspectiva del otro. Sin embargo, estas capacidades estaban completamente ausentes en el estado problemático.

La relación entre los déficits

Una vez descritos los déficits metacognitivos en el Trastorno de Personalidad Borderline, se plantean dos cuestiones importantes. La primera atañe a las relaciones recíprocas entre los diversos déficits. ¿Es posible, por ejemplo, imaginar relaciones jerárquicas en las que un déficit es primario y los otros derivados secundariamente del primero? La segunda cuestión se refiere al peso que tiene cada déficit en la determinación y mantenimiento de la sintomatología del trastorno. En efecto, si es probable que, en su conjunto, la disfunción metacognitiva influya en el conjunto de la fenomenología clínica, también es probable que dicha influencia no se halle distribuida de modo equiparable. Algunos déficits metacognitivos tendrán una influencia mayor sobre algunos síntomas y menor sobre otros. Este último aspecto tiene una implicación evidente para el tratamiento. En efecto, si supiéramos que cierta clase de síntomas se ve particularmente influida por un déficit determinado, entonces, en los casos en que predomina ese tipo de síntomas se podría orientar el tratamiento hacia el tipo de déficit que resulta más influyente. Por cuanto se refiere a las relaciones jerárquicas entre los déficits, en primer lugar, podemos observar que la no integración y la desregulación emocional pueden determinarse recíprocamente, sin que sea posible establecer una jerarquía de relevancia entre éstos. Las representaciones dicotómicas y extremas pueden, en efecto, suscitar emociones cuya intensidad elevada está directamente ligada al carácter totalizador y sin matices de los contenidos de las representaciones. Además, el carácter variable y caótico de las emociones puede explicar la variabilidad y el caos emocional de los pacientes Borderline. Sin embargo, este razonamiento puede fácilmente invertirse. La carencia de instrumentos de regulación puede dar lugar, a través del “*mood congruity effect*”, a una ideación completamente orientada por un estado emocional de intensidad creciente donde desaparecen los matices grises a favor de representaciones extremas, congruentes con el estado emocional del momento. Además, la tendencia a responder intensamente a los más mínimos estímulos emocionales de la vida cotidiana llevaría a una extrema variabilidad en los afectos que explicaría, siempre a través del “*mood congruity effect*” el carácter caótico y contradictorio del estilo representativo. Distinta y más subordinada se muestra la posición del defecto de diferenciación. En nuestros ejemplos, la capacidad de distanciarse críticamente

del propio pensamiento dependía fuertemente del contexto interpersonal y del estado emocional. En un clima de diálogo sereno, los pacientes se mostraban capaces de diferenciar entre representación y realidad, mientras que hablaban de situaciones emocionalmente intensas en las que dicha capacidad se hallaba ausente. Es probable que el déficit de regulación emocional, a través de círculos viciosos emotivo-ideacionales, lleve a la exclusión progresiva de datos incongruentes hasta suspender, transitoriamente, la capacidad crítica. Además, el carácter caótico y contradictorio de la ideación y la falta de puntos de vista que integren las diversas representaciones hacen de por sí difícil la reflexión crítica sobre el propio pensamiento. No obstante, hay que destacar que, pese a estar influida por las capacidades de integración y de regulación, la diferenciación no coincide con éstas. En el trastorno de personalidad paranoide, por ejemplo, se puede hallar una gran coherencia en las representaciones, un control emocional que puede llegar a la capacidad de simular los afectos junto a un grave déficit de la capacidad de diferenciar (Nicolò, 1999). Existen, naturalmente, casos de Trastorno de Personalidad Borderline en los que el defecto de diferenciación se presenta tan estable y constante como los otros dos. Con todo, mientras que el déficit de integración y de desregulación emocional son constantes en todos los casos, el déficit de diferenciación sólo lo es en algunos. Hay que tener presente esta diferencia a la hora de delinear el perfil prototípico de la disfunción metacognitiva del trastorno.

En síntesis, el trastorno de las funciones metacognitivas en el Trastorno de Personalidad Borderline puede esquematizarse del siguiente modo:



La figura coloca en una posición jerárquicamente primaria los déficits de integración y de regulación emocional y considera el déficit de diferenciación como resultado de los otros dos.

Por lo que se refiere a las relaciones entre cada uno de los déficits y la sintomatología borderline, tomaremos en consideración tres aspectos fundamentales de esta sintomatología: el descontrol de los impulsos, la inestabilidad de los afectos y de las relaciones, la debilidad de la identidad.

El déficit que más directamente contribuye al descontrol de los impulsos es indudablemente la desregulación emocional. Cualquier emoción implica una tendencia específica a la acción que, en ausencia de procesos eficaces de regulación,

acaba con su activación. Además, los comportamientos impulsivos, especialmente los de tipo autolesivo, pueden, como hemos visto, constituir intentos desregulados de salir de un estado emocional insostenible, actuando dramáticamente sobre el componente somático de la emoción. No es casual que la terapia dialéctico-conductual de Linehan (Linehan, 1993), centrada en el aprendizaje de la capacidad de regular los estados emocionales, se haya desarrollado con pacientes con graves comportamientos parasuicidas y autolesivos. Los resultados alcanzados hasta el momento con este método parecen demostrar que una mayor capacidad de regulación emocional va acompañada de una importante reducción de este tipo de comportamientos (Linehan, Heard y Armstrong, 1993).

El déficit de diferenciación también puede jugar un rol en el descontrol de los impulsos en tanto que reduce las capacidades críticas sobre las propias representaciones. Sin embargo, también en este caso, los sujetos con ideación paranoide demuestran que un déficit de diferenciación no es de por sí incompatible con las capacidades de autocontrol. Igualmente indirecto es, probablemente, el rol del defecto de integración, que puede influir en el descontrol de los impulsos reduciendo las capacidades críticas y potenciando la desregulación emocional.

El defecto de integración tiene en cambio un rol directo y de primordial importancia sobre la inestabilidad de las relaciones. Puede intuirse que oscilar entre representaciones distintas y contradictorias de sí mismo y del otro sin un punto de vista integrador lleva a reacciones caóticas e inestables. Naturalmente, sobre este elemento tienen un peso igualmente importante la intensidad y la desregulación emocional que llevan a una alternancia de sentimientos entendidos y de signo opuesto.

Los déficits transitorios de diferenciación constituyen una agravante ulterior en tanto que, reduciendo las capacidades críticas, facilitan todavía más el paso al acto de los afectos de signo opuesto.

Finalmente, el déficit de integración juega un rol primario en la determinación de la debilidad de la identidad. Puede deducirse de ello que las oscilaciones caóticas y extremas en las representaciones de sí y de las propias relaciones impiden la estabilización de una imagen de sí suficientemente coherente. Además, la no integración menoscaba básicamente la capacidad narrativa autobiográfica y anula la posibilidad de colocar el self en una dimensión histórica dotada de continuidad.

Estas consideraciones conllevan implicaciones para el tratamiento. Cuando en un caso específico o en una fase determinada de la terapia, pase a primer plano el problema del descontrol de los impulsos, entonces el foco del tratamiento debería centrarse sobre la reducción de la desregulación emocional, mientras que, ahí donde prevalezca la debilidad de la identidad el foco, debería ser la reducción del déficit de integración.

Dado que los sujetos borderline pueden presentar en distintos momentos el predominio de una u otra clase de síntomas, deberían ser tratados por terapeutas o

equipos capaces de trabajar sobre diversos niveles de déficit y de evaluar sobre cuáles es necesario concentrarse más en un momento determinado.

En otras palabras, el Trastorno de Personalidad Borderline representa una realidad cíclica que impone integrar diversas modalidades de tratamiento desarrolladas en escuelas y contextos distintos. El enfoque metacognitivo podría ofrecer la base conceptual para integrar los diversos modelos patogénicos del trastorno y ofrecer un soporte teórico para una intervención integrada.

En los trastornos de personalidad puede verse afectada la capacidad de comprender y regular los estados mentales. Las diferentes modalidades de dicha afectación dan lugar a diversos perfiles de déficit metacognitivo. En este artículo, se discute el perfil de disfunción metacognitiva en el Trastorno de Personalidad Borderline. En base a la literatura y ejemplos clínicos, extraídos de sesiones transcritas, los autores sostienen que este perfil se caracteriza por un déficit de la capacidad de integración, un déficit en la capacidad de diferenciación entre representación y realidad y un déficit en la capacidad de dominio y regulación de los estados emocionales.

Se plantean, además, las relaciones entre déficits metacognitivos y la influencia que cada uno de ellos ejerce sobre los diversos síntomas del trastorno.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad Borderline; metacognición; control; regulación de estados emocionales; integración psicológica.

Traducción: Laia Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^a ed., Washington, DC:APA.
- BOWER, G. H. (1981). Mood and memory, *American Psychologist*, 31: 129-148.
- CARCIONE, A. & FALCONE, M. (1999). "Il concetto di metacognizione como costruito clinico fondamentale per la psicoterapia" en: Semerari, A., (ed.) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- CLARKIN, J. F., YEOMAS, F. E. & KERNBERG, O. F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G. & PROCACCI, M. (en prensa). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: a proposed integrated narcissism model, *Journal of Psychotherapy Integration*.
- DIMAGGIO, G. & SEMERARI, A. (2001). Psychopathological forms of narratives. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1: 1-23.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGHT, T., KENNEDY, R., MATOON, G. & TARGET, M. (1995). "Attachment, the reflective self, and borderline states", en: Goldberg, S., Muiz, R., Kerr, J. *Attachment theory: social developmental and clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- LESLIE, A. M. (1987). Pretense and representation: the origin of "theory of mind". *Psychological Review*, 94: 412-426.

- LINEHAN, M. (1993). *Cognitive-Behavioural treatment of Borderline Personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. L. & AMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives General of Psychiatry*, 50: 971-974.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- LIOTTI, G. (1999). Il Nucleo del Disturbo Borderline di Personalità. Un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16/17: 53-65.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1998). "Metacognition and motivational systems in psychotherapy: a cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients", en: Perris, C., Mc Gorry P. D. (eds.) *Cognitive Psychotherapy of psychotic and personality disorders*, New York: Wiley
- MAIN, M. (1991). "Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research", en: Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (eds.). *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- NICOLÒ, G. (1999). "Deficit di decentramento e ideazione delirante", en: Semerari, A. (ed.) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- RYLE, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: the model and the method*. New York: Wiley.
- SEMERARI, A. (ed.) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A. & NICOLÒ, G. (2000). Metacognición y relación terapéutica en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9, 3: 257-270.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., FALCONE, M. & NICOLÒ, G. (2001). È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia. *Sistemi Intelligenti*, 13, 1.
- WELLS, A. & PURDON, C. (1999). Metacognition and cognitive-behaviour therapy: a special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6: 71-72.