

# MODELOS DE MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Giancarlo Dimaggio, Antonio Carcione, Antonio Semerari, Massimo Marraffa, Maurizio Falcone, Giuseppe Nicolò, Igor Pontalti, Michele Procacci

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

*In this article we are proposing a hypothesis of perpetuating personality disorders. In order to understand how these pathologies remain stable over time they are broken down in constitutive mental dimensions: dominant mental states; dysfunctional metacognitive profile; typical interpersonal cycles; modality of the regulation of choices; modality of the regulation of self-esteem. We then describe how these variables interact between themselves creating circuits of perpetuation regarding the syndromes. We are proposing models of the dependent, narcissistic, avoidant and paranoid personality disorder.*

*Key words: Personality disorders; dominant mental states; dysfunctional metacognitive profile; interpersonal cycles; self-regulation.*

---

## 1. Los requisitos de un modelo descriptivo de los trastornos de personalidad

El tratamiento de los pacientes que padecen trastornos de personalidad plantea muchos retos al terapeuta cognitivo. Trabajar únicamente sobre la dimensión de los contenidos es totalmente insuficiente: a veces estos pacientes los expresan de manera confusa, incomprensible, piénsese (por ejemplo) en el discurso de los borderline; otras veces los pacientes son lacónicos (y) los contenidos inaccesibles. Pasar por alto la importancia de la relación terapéutica es pues un error que compromete el tratamiento: el terapeuta no es nunca neutral en la terapia, las dinámicas transferenciales están siempre activas, pero en las terapias con pacientes que padecen trastorno de personalidad, se vuelven particularmente intensas, y el mismo paciente sitúa la relación terapéutica como objeto del discurso. El terapeuta halla dificultades en el intento de reconocer y utilizar sabiamente sentimientos negativos a menudo desagradables e intensos.

Piénsese en la sensación de amenaza evocada por un paranoide, la sensación de embarazo y vergüenza que acompaña la conversación con un evitante. Una hora de terapia con un sujeto esquizoide puede dar la sensación de que la vida es una cosa desmesurada, insoportable, un lago en el que estamos condenados a navegar. La construcción de la relación terapéutica es tan importante como costosa, las emociones y los pensamientos perturbadores pueden llevar paciente y terapeuta a sentimientos de rechazo, juicio moral y al deseo de interrumpir el tratamiento (Semerari, 1999a). El paciente puede llegar a vivir el mismo clima negativo que tan bien conoce en la vida cotidiana.

En estos pacientes puede verse comprometida la que, por lo general, debería ser la base del tratamiento: la capacidad de acceder a los propios estados internos, de comprender los estados mentales del otro y de compartir con éstos el conocimiento, a través de la formulación de un discurso comprensible, dotado de coherencia textual y de acuerdo con la dimensión preverbal (Villegas, 2000). Los sujetos con personalidad borderline relatan historias entrelazadas de manera confusa, saltan de un tema a otro sin apenas establecer nexos de conexión (Dimaggio, Semerari, 2001); los narcisistas hablan de todo en la terapia excepto de sus emociones negativas (Peyton & Safran, 1998; Jellema, 2000; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Procacci, pendiente de publicación). Ante estos relatos, el terapeuta halla dificultad en comprender, se siente intimidado, se irrita, se pierde.

Formular modelos que describan y expliquen válidamente los trastornos de personalidad, en la línea de las descripciones y explicaciones de la autoperpetuación de los trastornos neuróticos de algunos autores constructivistas (Kelly, 1955; Mancini & Semerari, 1985; Winter, 1992), significa llevar a cabo dos operaciones: 1) describir adecuadamente el trastorno, analizando cada uno de sus componentes; 2) explicar cómo interactúan los elementos en la construcción y el mantenimiento de los cuadros nosográficos, de los prototipos caracteriales reconocibles, que son unitarios y estables en el tiempo.

Diversos autores se mueven en esta dirección. Horowitz (Horowitz, 1987; Horowitz, Cooper, Fridhlander, Perry, Bond, Vaillant, 1992) analiza para cada trastorno las siguientes dimensiones: estados mentales, esquemas de relaciones interpersonales denominados “modelos papel-relación”, procesos de control y mecanismos de defensa. Ryle (Ryle, 1997; Golyunkina & Ryle, 1999) presta atención a tres niveles de patología borderline: (1) los patrones relacionales self/otro; (2) la disociación, es decir, la falta de integración entre los diversos modelos de rol, debida a la imposibilidad de gestionar la experiencia emocional, traumática desde la edad de desarrollo; (3) autorreflexividad disminuida. El enfoque de Fonagy (Fonagy, 1991; Fonagy & Target, 2000), además de prestar la atención psicoanalítica habitual a los contenidos inaccesibles a la conciencia, focaliza la observación y la intervención sobre las capacidades metacognitivas; (b) la capacidad de atribuir significado a los estados mentales en el ámbito de las relaciones interpersonales; (c)

la distinción fantasía/realidad cuando se halla disminuida.

La construcción de los modelos que expondremos aquí toma en consideración las siguientes cinco dimensiones de la vida mental:

1) Los *contenidos*, es decir, el modo cómo los temas de significado se organizan en forma de narraciones y se experimentan bajo la forma de estados mentales bien distinguibles entre sí (Horowitz, 1987). En algunos trastornos, el sentimiento de no pertenencia asume un relieve particular entre los temas de significado.

2) El *déficit de las funciones metacognitivas*. La capacidad de *auto* y *hetero*-atribución de los estados mentales, de salir de la perspectiva egocéntrica al realizar las hetero-atribuciones, de utilizar el conocimiento psicológico para resolver o gestionar el sufrimiento psíquico, todos ellos son aspectos de esta función, que pueden verse comprometidos, de diverso modo y con diversa gravedad, en los trastornos de personalidad (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997; Semerari, 1999b).

3) Los *ciclos interpersonales disfuncionales*, es decir, según la definición de Safran y Segal (1990), el modo cómo la relación con el otro crea circuitos que refuerzan la patología a causa de las señales –predominantemente no verbales, automáticas y emocionales- que los pacientes intercambian con sus parejas de interacción.

4) La *regulación de las elecciones*, es decir, el proceso a través del cual el sujeto realiza decisiones, dirigido en gran medida al logro de un difícil equilibrio entre (a) objetivos-deseos, (b) creencias que conciernen al sistema de valores y al self ideal y (c) hetero-regulación basada en el contexto interpersonal.

5) La *regulación de la autoestima*, la necesidad de reducir al máximo la distancia entre la imagen real y la imagen ideal de sí.

En este número de la revista, expondremos los modelos de los trastornos por dependencia, por evitación y paranoide. Presentaremos además un caso analizado intensivamente en el que se ilustra, a través de las transcripciones de las entrevistas, el modelo de funcionamiento del narcisista. Del trastorno borderline describiremos solamente, dada la complejidad del síndrome, el perfil de disfunciones metacognitivas.

## **2. Las cinco dimensiones de la vida mental**

Examinemos ahora, sintéticamente, cada una de las dimensiones, evitando entrar más en detalle en las descripciones de cada uno de los trastornos.

### *2.1. Los contenidos: los estados mentales en las relaciones*

Según algunos autores, la experiencia subjetiva se organiza en forma de estados mentales discretos: estando cada uno de ellos caracterizado por emociones específicas, temas de pensamiento, estados somáticos, variaciones reconocibles en la expresión del rostro o el tono de voz, alteraciones bruscas del *arousal* y el uso de

diferentes modalidades de enfrentamiento con la experiencia (Horowitz, 1987). Muchos clínicos han descrito estados mentales típicos de algunas patologías. Horowitz (1991) observa, por ejemplo, que las personalidades histéricas oscilan entre estados dramáticos, animados por la búsqueda de atención hacia un cuerpo erotizado o enfermo, estados depresivo-terribles, basados en miedos de abandono y estados rabiosos. Guidano y Liotti (1983) describen la experiencia fóbica como oscilante entre estados de miedo, pérdida de control, sentimiento de abandono y de escasa eficacia personal en un extremo y, por el otro, estados de deseo de libertad, sentimiento de constricción, alta eficacia personal. En los narcisistas se ha descrito el tránsito entre estados de grandiosidad despreciativa, inadecuación humillante y amenazadora, vacío desagradable, autocomplacencia compulsiva (Kernberg, 1975; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Procacci, en prensa; Young & Flanagan, 1998; Peyton & Safran, 1998).

Según los autores que han dado vida al paradigma narrativo en psicología (Bruner 1990; Sarbin 1986; Labov & Fansel, 1977; Spence 1992), el sujeto organiza la propia experiencia uniendo los elementos internos (estados del cuerpo, emociones) y los externos, en historias relatadas, en el texto de un discurso (Villegas, 1992; 2000). Los seres humanos se representan escenas, evocan imágenes mentales que tienen la función de fundamentar el sentido de identidad personal, el self autobiográfico, de guiar las elecciones cotidianas y la acción intencional en el mundo (Damasio, 1994; Dimaggio y Semerari, 2001; Neimeyer, 2000). Damasio sostiene que las escenas mentales (microhistorias) marcadas por emociones positivas constituyen estados del mundo que el sujeto tenderá a perseguir; mientras que la marcación negativa de dichas escenas indicará estados del mundo a evitar (véase más abajo, 2.4).

Los cambios en el texto de la narración del paciente en la entrevista, ayudan al terapeuta a identificar los cambios de un estado mental a otro. Algunos marcadores narrativos pueden ser: el cambio de un tema de pensamiento, la variación de la expresión del rostro que desvela el surgimiento de una nueva emoción, un salto temporal en el relato, el pasaje a una nueva escena (Dimaggio, Serio, Ruggeri, 1998; Dimaggio y otro, 2001; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Ruggeri y Alleva, en prensa). En el interior de este paradigma teórico, intentaremos ilustrar los estados mentales típicos de los trastornos de personalidad que describiremos: narcisista, por evitación, por dependencia, paranoide. Las diferencias entre los trastornos son claras y constituyen la base de las distinciones nosográficas: el sentimiento de amenaza alternado con la agresión reactiva constituye el color triste del paisaje mental del paranoide; la proximidad tranquilizadora y vitalizadora es la nota caliente del dependiente en presencia de las figuras queridas, al menos hasta que éstas no se vuelvan tiranas o constrictivas; el evitante vive la vida como un extranjero en tierra extranjera, un pez fuera del agua, un marciano en la tierra expuesto a la humillación de la mirada de todos.

## 2.2. Los perfiles de las disfunciones metacognitivas

Los sujetos que padecen un trastorno de personalidad tienen dificultades para comprender los estados mentales propios y/o ajenos, realizar operaciones cognitivas respecto a ellos, gestionarlos adecuadamente, utilizar el conocimiento psicológico para resolver problemas o para hacer frente a estados fuente de sufrimiento subjetivo (Semerari, 1999b, Semerari, Nicolò, Carcione, 2000). Son precisamente dichas capacidades las que agrupamos bajo la definición de *función metacognitiva* (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997; Carcione, Falcone, 1999; Marraffa, 2001). Nuestra hipótesis es que los sujetos individuales pueden distinguirse sobre la base de perfiles de disfunciones específicas, y que pacientes que padecen el mismo trastorno de personalidad tienen perfiles similares, que comprometen su funcionamiento intrapsíquico y social de maneras reconocibles, orientando las reacciones hacia desarrollos parcialmente previsibles.

Según nuestra hipótesis (Semerari *et al.*, en prensa), las cuatro variables fundamentales, cuya integración constituye los perfiles, son las siguientes:

1) *Función de monitoraje*. Consiste en la capacidad de identificar y distinguir los estados emocionales y las operaciones cognitivas, y de captar sus relaciones mutuas, así como las variables ambientales y comportamentales. Por lo tanto, se refiere a la capacidad de reconocer las emociones y asociarles sus (relativas) causas internas o externas (“*me puse ansiosa durante la representación, cuando él entró*”). La incapacidad de realizar tales operaciones vuelve la mente opaca.

2) *Función de diferenciación*. Se refiere a la capacidad de reconocer la naturaleza representacional del pensamiento, de diferenciar entre representación y realidad y de realizar operaciones de descentramiento captando las diferencias entre el funcionamiento mental propio y ajeno. (“*Me gustaría que ella pensara como yo, pero sé que tiene una opinión distinta a la mía, tal vez igual de válida*”). Si no diferenciamos y no descentramos, nuestra mente será *egocéntrica y/o autárquica*.

3) *Función de integración*. Consiste en la capacidad de captar los nexos entre los diversos estados mentales y modalidades de funcionamiento propio y ajeno, organizando las descripciones en narraciones coherentes y comprensibles para el interlocutor. El fracaso en estas operaciones lleva nuestra mente a la *confusión* y la *disociación*.

4) *Función de mastery*. Comprende la capacidad de definir los problemas en términos psicológicos, formularlos adecuadamente y activar estrategias apropiadas para su solución o para hacer frente al sufrimiento psicológico que se deriva de ellos. La incapacidad de realizar estas operaciones vuelve nuestra mente *impotente* y *desregulada*.

Se intuye, por lo tanto, que estos déficits influyen las características del cuadro psicopatológico, las modalidades de organizar el discurso y la marcha de la relación terapéutica. Una parte importante de la intervención estará por tanto dirigida a recuperar o compensar las funciones deficitarias.

Hemos observado que el déficit de las funciones metacognitivas no se halla necesariamente generalizado, sino que puede atañer a ciertas subfunciones específicas y no a otras e, incluso, no estar siempre presente sino sólo en determinados contextos o con relación a estados problemáticos específicos. De esta observación se sigue nuestra hipótesis de que existen prototipos de déficits metacognitivos que varían según el trastorno del paciente.

El paciente con trastorno narcisista parece, en efecto, caracterizarse por un déficit específico en las funciones de monitoraje (escasa capacidad de reconocer deseos y emociones dolorosas) que le dificulta acceder a los estados emocionales y establecer relaciones causales entre estados internos y variables externas. Un déficit análogo se halla presente en el paciente con trastorno evitante, en el cual la sensación constante y difundida de ser un marciano en la Tierra parece asociada precisamente a las dificultades de monitoraje de los estados mentales propios y ajenos y a la función de descentramiento deficitaria. Están presentes adecuadamente, en cambio, las funciones de monitoraje, así como las funciones integradoras, en la personalidad paranoide, que se caracteriza por un mal funcionamiento en el uso de la función de diferenciación que dificulta efectuar operaciones de descentramiento. Los pacientes dependientes presentan una buena capacidad de acceso a los estados emocionales, pero escaso acceso a los deseos y, a menudo, dificultades en integrar estados mentales diferentes: presentan además déficit en la capacidad de autorregular las elecciones y gestionar los estados mentales desagradables. En consecuencia, los pacientes paranoides viven en un mundo en el cual de los demás provienen sólo intenciones amenazadoras, comportándose consiguientemente, como si vivieran en pie de guerra; los pacientes dependientes son poco capaces de percibir los propios objetivos y construir planes de vida adecuados para alcanzarlos, sin recurrir a la coordinación con otras personas significativas.

Nuestro grupo de investigación ha elaborado a este propósito un instrumento para evaluar el desarrollo de la Metacognición en el curso del proceso psicoterapéutico: La Escala de Evaluación de la Metacognición (E.E.M.) (para la descripción de la estructura y el método véase Carcione y otros, 1997; Semerari, 1999b). El análisis de los textos (escritos de los pacientes, transcripciones de la sesión) permite evaluar si existen perfiles metacognitivos específicos, y cuáles, para cada uno de los trastornos de personalidad específicos.

La hipótesis de que a cada trastorno de personalidad le corresponde un perfil metacognitivo disfuncional es indudablemente falsa en su forma radical: un trastorno-un perfil. Sin embargo, los datos hasta ahora obtenidos van en la dirección de que los pacientes que muestran semejanzas en los contenidos psicopatológicos y en los estilos de interacción, las presentan también en las disfunciones metacognitivas (Semerari y otros, en fase publicación).

### 2.3. *Los ciclos interpersonales disfuncionales*

Si hay un concepto que todos o casi todos los clínicos comparten es que existen esquemas, representados en diversos formatos de memoria, que prevén y dirigen la marcha de las relaciones. Entre los múltiples modelos, el que creemos más útil para comprender el funcionamiento social de los pacientes que padecen trastornos de personalidad es el del *ciclo cognitivo interpersonal* de Safran (Safran, 1984; Safran & Segal, 1990), para quien los procesos de construcción del significado del individuo conducen a comportamientos típicos y comunicaciones que eliciten en el otro respuestas previsibles. La motivación de base asumida por el autor es la necesidad del sujeto de relacionarse con el otro, el deseo subyacente a los esquemas relacionales es el de mantener la relación. Los ciclos se vuelven rígidos y disfuncionales de diversos modos: a) El sujeto puede seleccionar a otros en función de jugar papeles complementarios a los asumidos por el self (si el self presta cuidados seleccionará a otros necesitados de ayuda), recibiendo respuestas que confirmarán las suposiciones subyacentes (los demás tienen necesidad de mi ayuda); b) el sujeto anticipa las reacciones de los otros y reacciona de modo consecuente con estas previsiones, elicitando precisamente las reacciones previstas; c) el sujeto disocia algunos aspectos de sí. Éstos vuelven a emerger en el comportamiento no verbal y promueven respuestas en el otro. A su vez, las respuestas refuerzan las creencias (incluso inconscientes) que habían llevado a disociar aquellos aspectos. Si, por ejemplo, el sujeto se siente injustamente víctima, disocia la rabia. Ésta emergerá en las expresiones y en los comportamientos, elicitando una rabia imprevisible en los demás, que reforzará la creencia de ser víctima de ataques sin motivo; d) ante la espera de acontecimientos temidos, como el abandono, el sujeto activará defensas, como la congelación emocional, que elicitan en el otro la respuesta temida: el otro se distancia del sujeto frío e inexpresivo (Safran y Muran, 2000).

Pacientes con determinados trastornos de personalidad mueven ciclos interpersonales típicos del eje patológico. Por ejemplo, un narcisista puede percibir a nivel preverbal, emocional, la activación de señales de miedo, fragilidad personal, necesidad de ayuda, pero, a escala consciente, estas señales no afloran, mientras que los temas son los de la acusación del otro por su ineptitud o escasa capacidad de admirar. El otro no responderá a la demanda de atención, inconsciente en el narcisista, que no puede haber captado, sino a la agresión verbal. En consecuencia, se sentirá asustado o pasará al contraataque: esta respuesta no satisfará la demanda inconsciente de ayuda que permanecerá presente junto a la activación emocional negativa, confirmando el modelo operativo interno (Bowlby, 1969) self necesitado de ayuda ↔ otro rechazante, acentuando en el paciente los comportamientos críticos y rabiosos (Peyton & Safran, 1998; Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999). Los ciclos interpersonales disfuncionales son, incluso considerados aisladamente, un poderoso medio de perpetuación del trastorno en el área de las relaciones.

#### 2.4. La regulación de las elecciones

Según la teoría clásica y normativa de la decisión, es posible explicar las acciones humanas sobre la base de pocos elementos: los objetivos y las creencias del sujeto, un cierto número de acciones posibles, un criterio en base al cual evaluar las supuestas consecuencias de las opciones. La formulación más conocida de dicho criterio es el principio de *maximización de la utilidad esperada*, según el cual el sujeto optimiza las elecciones, es decir, elige, entre las diversas opciones, aquella que genera con mayor probabilidad las mejores consecuencias posibles. No obstante, es sabido que la aplicación de este principio presenta un gran inconveniente: impone a la persona que ha de decidir examinar *todas* las posibles opciones y consecuencias; solamente un sujeto *ideal*, omnisciente y omnipotente, dispondría y sería capaz de utilizar una información exhaustiva relativa al universo de las elecciones posibles. El sujeto *real*, en cambio, impedido por la rémora de su relativa capacidad computacional (por ejemplo, límites mnemónicos y de atención), se limita a *satisfacer* la utilidad esperada: acepta la primera línea de conducta juzgada *satisfactoria* (Marraffa, 1998).

La plausibilidad de esta perspectiva de racionalidad *limitada* depende de la disponibilidad de un criterio de “satisfacción” en base al cual el sujeto, en un momento determinado, interrumpe el análisis coste-beneficio de las opciones. Damasio (1994) propuso un criterio de este tipo con la ya citada hipótesis del *marcador somático*: en el caso de la toma de decisión, existe un mecanismo que pre-selecciona las opciones de acción, asociando las representaciones de los resultados futuros de estas opciones a estados positivos o negativos del cuerpo. Los deseos están sujetos a este tipo de marcación: un estado del mundo va asociado a un estado del cuerpo agradable y consiguientemente buscado. Estos marcadores somáticos son reacciones emocionales (aprendidas) a posibles escenarios futuros; los escenarios no marcados permanecen fuera del proceso decisional. Existen pruebas que confirman esta hipótesis, que provienen de estudios realizados sobre pacientes con lesiones en el córtex prefrontal ventromedial. En efecto, según Damasio, estos sujetos ya no son capaces de activar marcadores somáticos y, precisamente por esto, permanecen atrapados en un análisis interminable de costes y beneficios de numerosas opciones y objetivos en conflicto.

A nuestro juicio, la relevancia clínica de la hipótesis del marcador somático se extiende más allá de la neuropsicología del paciente frontal. Se puede proponer la hipótesis, en efecto, de que incluso algunos pacientes con trastornos de personalidad presentan diversos tipos de déficit a cargo de la marcación somática (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Procacci, *en fase de publicación*). En estos casos, el proceso decisional se hace posible por la adopción de estrategias de compensación, que consisten en asignar la función de distorsión de las informaciones relativas a una situación de acción a un mecanismo de regulación de la elección distinto del de la marcación; o bien a un uso selectivo de

la marcación, a saber, un empleo limitado a un determinado tipo de objetivos<sup>1</sup>.

Por ejemplo, el dependiente intenta compensar un déficit masivo de la función de marcación (que permite reconocer los deseos) fundando cualquier toma de decisión sobre la (*hetero*-)regulación basada en el contexto. En otras palabras, desde el momento en que la ausencia de marcación hace al sujeto incapaz de representar los objetivos *internamente*, éstos últimos pueden permanecer estables solamente a condición de que se representen *externamente*. Desde este punto de vista, el dependiente se parece al paciente frontal que, por ejemplo, puede pasar horas evaluando si es mejor aceptar la cita el jueves a las 19.00 o el miércoles a las 15.00, para decidir luego inmediatamente si el médico muestra preferencia por alguna de las dos<sup>2</sup>.

Un ejemplo de uso *selectivo* de la marcación lo proporciona en cambio el trastorno narcisista. En efecto, es plausible suponer que en el narcisista la función de marcación está *parcialmente* afectada: el sujeto marca con predominio un subconjunto particular de objetivos: los generados por los *valores* y el *self ideal*. Aclaremos este punto. Con el término “valor” entendemos un tipo muy particular de *creencia*. Igual que la valoración, el valor es una creencia que produce objetivos; pero mientras que una valoración produce objetivos *instrumentales* (aquellos que se persiguen en vistas a un supraobjetivo), un valor produce objetivos *terminales* (que *no* se persiguen en relación con un supraobjetivo). La expresión “self ideal” designa, en cambio, la organización de las creencias que atañen a la esfera del “cómo aspira a ser el individuo”; éstas, como los valores, son valoraciones “truncadas”, es decir, carentes de supraobjetivo (dada la creencia valorativa “x es bueno”, el objetivo derivado de “comprar x” es terminal) (Miceli y Castelfranchi, 1992). Ahora bien, en el narcisista parecería verse afectada la capacidad de marcar los escenarios mentales conectados a los objetivos instrumentales, y a los deseos no ligados al logro de la imagen ideal de sí; permanece intacta en cambio la capacidad de marcar un subconjunto de los objetivos terminales: a saber, aquellos producidos por las creencias que conciernen los valores y/o el self ideal. La decisión se toma entonces evaluando la coincidencia entre la representación de los resultados futuros de las opciones de acción y una secuencia restringida de escenarios “permitidos” por el sistema de valores y/o por el self ideal, sobre los cuales puede ejercerse, de forma masiva y unilateral, la función reguladora de la marcación positiva.

## 2.5. La regulación de la autoestima

Una fuerte necesidad que motiva a los sujetos es conocida como “tendencia sistemática a la autoexaltación”, es decir, la exigencia de elaborar sentimientos y valoraciones positivas respecto a uno mismo y de salvaguardar, proteger y aumentar la propia autoestima (Rosenberg, 1967; John & Robins, 1994; Arcuri y Castelli, 2000). Por ejemplo, en las valoraciones sociales comparativas, el sujeto tiende a atribuirse a sí mismo a su propia capacidad un nivel levemente más alto de lo que

harían los demás. Todos los sujetos normales se autoevalúan positivamente comparándose con los demás, sintiéndose levemente superiores a la media; siendo los únicos que se autoevalúan realísticamente, los deprimidos

Los estudios experimentales y las observaciones clínicas han mostrado que en los narcisistas se detecta la tendencia a presentar niveles elevados de autoexaltación (John, Robins, 1994; Robins, John, 1997; Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999), es decir, a acentuar la diferencia entre el nivel de capacidad efectivamente conseguido y su percepción de dicho nivel. Los narcisistas no pueden percibir excesivas discrepancias entre la imagen real y la imagen ideal de sí (Kernberg, 1975). El precio de la diferencia son sentimientos de angustia, fragmentación, rabia defensiva. Con este fin, cuando un narcisista percibe la amenaza de una discrepancia entre self real y self ideal, somete a control su propia autoimagen para evaluar el estándar alcanzado. Las respuestas obligadas son la autosuperación (y la victoria en la competición) y la perfección. La necesidad de hacer coincidir el self real y el self ideal, y evitar fluctuaciones de la autoestima, que en estos pacientes son siempre extremadas y catastróficas, lleva a los narcisistas a tensiones constantes, tanto interiores (cualquier desviación de la perfección es una amenaza), como interpersonales: cualquier ausencia de confirmación es percibida como una amenaza o una afrenta, y el paciente responde como si fueran reales. Hasta aquí, hemos evaluado la importancia de las fluctuaciones de la autoestima en el mantenimiento de los trastornos de personalidad únicamente en relación con las personalidades narcisista y evitante (Dimaggio, Pontalti, 1997; Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999; Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999), otros autores han subrayado su importancia en el resto de trastornos (Millon, 1999). Por ejemplo, Pretzer y Beck (1997), al describir la terapia del trastorno de personalidad paranoide, atribuyen una gran relevancia al trabajo sobre la baja autoestima de estos pacientes.

### **3. Los circuitos de automantenimiento**

A partir de la descomposición en cinco áreas de las funciones y los contenidos mentales, es posible trazar perfiles específicos de todos los trastornos de personalidad que se basan en la observación clínica de los diversos tipos y que son verificables empíricamente. Pasemos a los modelos de automantenimiento. En todos los artículos, el lector podrá reconocer un denominador: después del análisis del trastorno en sus componentes, se intentará reconstruir un modelo que, con la estructura de un circuito cerrado, describa la perpetuación de la psicopatología. En esta introducción mostramos solamente, a modo de ejemplo, un posible circuito de mantenimiento del narcisismo, el primer trastorno que desde esta óptica hemos intentado transponer en un modelo (Dimaggio y otros, en prensa). El objetivo de este ejemplo es solamente ilustrativo, en los artículos se verá en detalle el funcionamiento de los demás circuitos.

El narcisista tiene como estado deseado la grandiosidad, en la que se percibe

fuerte, superior, distante, omnipotente, inatacable. En este estado es incapaz de acceder a las emociones negativas (déficit metacognitivo de la función autorreflexiva), en particular las de miedo, fragilidad, ternura, ligadas a la activación de los sistemas motivacionales de apego y de comprender los estados mentales del otro (déficit metacognitivo de descentramiento). Si percibe que el otro no confirma la propia imagen grandiosa se sentirá amenazado y potencialmente frágil, pero no podrá, a causa del déficit metacognitivo, percibir y controlar la sensación de debilidad. Por otra parte, la dificultad de descentrar no le permitirá ni evaluar la intención real crítica del otro ni apoyarse en figuras cuidadoras que podrían protegerlo adecuadamente (para formular esta demanda debería reconocerse frágil y temeroso). La amenaza de la salida del estado grandioso y el déficit metacognitivo activarán un ciclo interpersonal disfuncional: el sujeto saldrá del estado grandioso entrando en un estado de reactividad agresiva, en el que atacará al otro percibido como amenazador, quien a su vez podrá contraatacar, aumentando tanto la sensación inconsciente de ser frágil y rechazado, como la rabia y la tendencia al ataque. Este circuito se rompe con la salida de la relación, un arma que el narcisista siempre tiene a mano. El aislamiento en la torre de marfil tiene como efecto la falta de ejercicio de las habilidades metacognitivas en las relaciones: el paciente no se entrenará en atribuir significado a los propios estados interiores y a los comportamientos de los demás simplemente porque se ha desapegado de las relaciones. En este punto, el aislamiento tiende a conducirlo a un estado de vacío irreal, desagradable, del cual finalmente deseará salir. Sin embargo, tendrá la necesidad de realizar elecciones que reconfirmen su propia imagen grandiosa, la coincidencia entre el self real y el self ideal: el déficit de autorreflexividad le impide reconocer los deseos, la regulación interpersonal se ve comprometida, y entonces deberá basarse en los valores. Elegirá por tanto metas grandiosas que deberá, en la realidad o en la fantasía, alcanzar. Si percibe el éxito penetra en el estado grandioso y se aproxima de nuevo a las relaciones interpersonales desde una presunta posición fuerte que, sin embargo, se verá fácilmente amenazada por los demás que normalmente no están dispuestos a la devoción y la admiración que el narcisista requiere. El ciclo puede volver a empezar.

#### **4. La utilidad para el tratamiento**

Un buen modelo de psicopatología es una de las mejores guías para el tratamiento. Si las etapas de los circuitos que exponemos son correctas, tendremos las bases para llevar a cabo un tratamiento eficaz. En efecto, en los momentos en que logramos atribuir un peso diferente a cada uno de los elementos e identificar el efecto que tiene una disfunción sobre otras, podemos orientar la intervención hacia aquella disfunción y prever, al menos en parte, sus efectos (Fig. 1).

En cualquier caso, esquematicemos los parámetros generales según los cuales dirigimos el tratamiento: 1) reconocer los estados mentales dominantes, ayudar al

Trastorno de personalidad	Estados mentales	Perfil metacognitivo	Ciclos interpersonales típicos	Modalidades dominantes de elección
Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Autoeficacia</li> <li>2) Vacío</li> <li>3) coerción</li> <li>4) rebelión a la coerción</li> <li>5) overwhelming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) falta de acceso a los deseos</li> <li>2) buena función de identificación</li> <li>3) déficit de descentramiento</li> <li>4) comprensión de la mente ajena variable según los subtipos</li> <li>5) déficit de integración estado dependiente</li> <li>6) hipertrofia en el recurso a la coordinación interpersonal como estrategia de mastery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) oblativo</li> <li>2) sado-masoquista</li> <li>3) caótico-desregulado</li> </ul>	Coordinación interpersonal
Evitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) cohibido</li> <li>2) temeroso</li> <li>3) constrictivo / rabioso</li> <li>4) revancha narcisista</li> </ul>	<p>Déficit de monitoraje. Falta de acceso a los estados psicológicos y emocionales personales con imposibilidad para confrontarlos con los de los demás</p> <p>Inibición del descentramiento</p>	Cohibido, se siente extraño, teme que el otro le pueda juzgar mal, o obligar en las relaciones. Evoca extrañez en el otro. Si percibe al otro como extraño teme sus intenciones. Tendencia a evitar las relaciones	Uso de la heterorregulación. Se adecúa para permanecer en un contexto socialmente útil. No siente el placer o la posibilidad de compartir las elecciones. Sin embargo, puede realizar elecciones solitarias (hobbies)
Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) grandioso</li> <li>2) de vacío</li> <li>3) represivo/ terrible</li> <li>4) de transición</li> </ul>	<p>Alexitimia. Falta de acceso a los deseos. No conecta estado interno y marcha de las relaciones. Descentramiento empeorado.</p>	Rabioso. Si se halla necesitado de ayuda, elicitaba sumisión o rechazo. Demanda de admiración que evoca competición. Tendencia a salir de las relaciones	Uso de los valores
Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Agresivo</li> <li>2) Abatido</li> </ul>	<p>Déficit de Descentramiento</p> <p>Déficit de diferenciación</p>	<p>Rabioso considera haber sufrido un daño, con activación neurovegetativa, probablemente secundaria a una sensación de exclusión y desapego</p> <p>Evita las relaciones interpersonales y se refugia en el lamento social con riesgo suicidario</p>	

**Fig. 1 Cuadro sinóptico de los elementos típicos de los trastornos**

paciente a dominar los estados mentales desagradables y a entrar en los deseados; 2) compensar o recuperar las disfunciones metacognitivas; 3) en la relación terapéutica: buscar los estados de compartición, reconocer los ciclos interpersonales disfuncionales, hacerlos explícitos y encontrar el camino para salir de ellos junto al paciente; 4) promover la activación normal de la marcación somática de los objetivos, contrastando el uso masivo y unilateral del contexto interpersonal, o la limitación de la marcación a los objetivos producidos por las creencias relativas a los valores y al self ideal; 5) mostrar que las modalidades de regulación de la autoestima favorecen el acceso a los estados mentales desagradables (la búsqueda de estándares perfeccionistas expone al riesgo del fracaso); 6) reconocer, en fases avanzadas de la terapia, las modalidades de funcionamiento mental e interpersonal, los nudos de los circuitos patológicos y encontrar nuevos estados intrapsíquicos y de relación: se puede por ejemplo mostrar que una demanda de atención formulada agresivamente suscita en el otro rechazo en lugar de admiración o cuidado, así como pedir al otro que decida por nosotros empeora nuestro sentido de eficacia personal.

Si el trastorno principal de los dependientes radica en presentar dificultades en el acceso a los propios objetivos y deseos, esto se convertirá en el primer objetivo de la psicoterapia, y sólo posteriormente se reconstruirán los esquemas interpersonales. Si como consecuencia de la falta de acceso a los propios deseos estos pacientes tienden a hacer propios los objetivos de los demás, es fácil que caigan presa de una sensación de cansancio mental (¡demasiadas demandas por satisfacer!): en este punto, la terapia intentará resolver este estado de desbordamiento.

El evitante vive constantemente fuera de las relaciones sociales, percibe una diversidad entre él y los demás, teme su rechazo o juicio. Un primer paso para la intervención será el de crear estados de comunión sobre el problema de la extrañeza y la exclusión. A partir de la conciencia del problema, el terapeuta podrá animar al paciente a explorar las situaciones relacionales, intentará ayudarlo a adquirir habilidades conversacionales más incisivas, a consolidar las relaciones personales extraterapéuticas, basadas inicialmente en los intereses comunes entre el paciente y los demás.

Los paranoides tienen un déficit de descentramiento estable y difuso que les impide atribuir a las relaciones un sentido diferente al de: “el otro me amenaza”. En este contexto es fácil que el terapeuta pueda ser percibido también como amenazador (Nicolò, 1999). A fin de evitarlo, el terapeuta deberá ser claramente legible respecto a sus intenciones e intentar dirigir el discurso terapéutico hacia temas que permitan la máxima compartición interpersonal, de modo que el paciente, al notar sintonía, no perciba amenaza. Es inútil intentar modificar el sistema de significados si no se alcanzan estos estados de compartición, cualquier intención del terapeuta sería percibida como peligrosamente crítica o guiada por intenciones malvadas.

## Notas

- <sup>1</sup> El término “objetivo” designa una familia de estados mentales que tienen en común el hecho de ser representaciones a las cuales un sistema cognitivo, a través de la acción, intenta adecuar al mundo. Además de los deseos, puede pensarse en las aspiraciones, los arrepentimientos, las intenciones, las necesidades y las expectativas.
- <sup>2</sup> Las cosas pueden hacerse más complejas cuando con la expresión “contexto interpersonal” se haga referencia también a la necesidad de *belonginess*, compartición y pertenencia al grupo: en efecto, en tal caso, también se halla presente una marcación intensa (piénsese en la pasión deportiva).

*Este artículo se plantea una hipótesis de mantenimiento de los trastornos de personalidad. A fin de comprender el fenómeno de su estabilidad en el tiempo se descomponen en primer lugar en sus dimensiones mentales constitutivas, a saber: estados mentales dominantes; perfil de disfunciones metacognitivas; ciclos interpersonales típicos; modalidades de regulación de las elecciones; modalidades de regulación de la autostima. Se describen posteriormente las formas en que estas variables interactúan entre ellas circuitos de mantenimiento de los síndromes. Finalmente se proponen modelos del trastorno dependiente, narcisista, evitante y paranoide.*

Palabras clave: *Trastornos de personalidad; estados mentales dominantes; disfunciones metacognitivas; ciclos interpersonales; modalidades de regulación.*

Nota Editorial: Este estudio forma parte de un proyecto de investigación dirigido por Antonio Semerari y Giuseppe Ruggeri y apoyado por el Proyecto Nacional de Salud Mental del Istituto Superiore di Sanità, Roma, Contrato Nr. 96Q/T/23.

Traducción: Laia Villegas Torras

## Referencias bibliográficas

- ARCURI L., CASTELLI L. (2000), *La cognizione sociale*. Laterza, Roma-Bari.
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachemnt and Loss. Vol. I (2<sup>nd</sup>. Ed.)*. London: Hogarth Press.
- BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 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., NICOLÒ, G. SEMERARI, A. (1999). Deficit di rappresentazione degli scopi. In A. SEMERARI (Ed.) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- DAMASIO, A. R. (1994). *Descartes's Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Grosset/Putnam.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A. (2001) *Psychopathological narrative forms*. “Journal of Constructivist Psychology”, 14, pp. 1-23.
- DIMAGGIO G., SERIO V.A., RUGGERI G. (1999). *La architettura narrativa de la personalidad a través del sueño: Las autonarraciones nucleares recursivas*. Revista de Psicoterapia, 34/35, pp. 93-109.
- DIMAGGIO, G., PROCACCI, M., SEMERARI, A. (1999). Deficit di condivisione e appartenenza, In A. Semerari (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina

- DIMAGGIO, G., NICOLÒ, G., SEMERARI, A., CARCIONE, A., FALCONE, M., PONTALTI, I., PROCACCI, M. (2001) *Stati mentali discreti e narrazioni. Come variano nel corso del processo psicoterapeutico?* Quaderni di Psicoterapia Cognitiva”, 7.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M. (in stampa). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking. Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, pp. 639-656.
- FONAGY, P., TARGET, M. (2000) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- GUIDANO, V.F., LIOTTI, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford, NY.
- HERMANS, H.J.M., KEMPEN H.J.K. (1993). *The dialogical self. Meaning as movement*. San Diego: Academic Press Inc.
- HOROWITZ, M.J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology 2<sup>nd</sup> edition*. New York: Plenum Press.
- HOROWITZ, M.J. (ed.) (1991) *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Aronson Northvale New Jersey London.
- HOROWITZ, M.J., COOPER, S., FRIDHANDLER, B., PERRY, J.C., BOND, M., VAILLANT, G. (1992). Control processes and defense mechanisms. *Journal of psychotherapy practice and research*, 4, 324-336.
- JELLEMA, A. (2000). Insecure Attachment States: Their Relationship to Borderline and Narcissistic Personality Disorders and Treatment Process in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 138-154.
- JOHN, O.P. & ROBINS, R.W. (1994). Accuracy and Bias in Self-perception: Individual Differences in Self-Enhancement and the role of Narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 66, 1, 206-219.
- KELLY, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton NY.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. NY Jason Aaronson.
- LABOV, W. & FANSHEL, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- MANCINI, F., SEMERARI, A. (Eds.) (1990). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: NIS.
- MARRAFFA M. (1998). Apprendimento organizzativo e teoria cognitiva della cultura. Sistemi e Impresa, XLIV, 6, pp. 55-65.
- MICELI M. E CASTELFRANCHI C. (1992). *La cognizione del valore*. Franco Angeli, Milano.
- MILLON, T. (1999) *Personality Guided Therapy*. Wiley & Sons New York
- NEIMEYER, R. A. (1987). An orientation in Personal Construct Therapy. In R.A. Neimeyer e G.J. Neimeyer (Eds.) *Personal Construct Therapy Casebook*. New York: Springer.
- NEIMEYER, R. A, FEIXAS, G. (1990). I disturbi di costruzione, in F. Mancini, A. Semerari (Eds.) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: NIS.
- NEIMEYER, R. A. (2000) Narrative disruptions in the construction of the self. In Neimeyer, R.A. & Raskin J. D. (Eds.) *Constructions of disorder*. Washington DC: APA Press
- NICOLO', G. (1999). Deficit di decentramento e ideazione delirante, In A. Semerari (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina
- PEYTON, E., SAFRAN, J. (1998). *Interpersonal process in the Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. In Perris, C. & McGorry, P.D. (Eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*. New York: Wiley & Sons.
- PRETZER J.L., BECK T. A., (1997) Teoria Cognitiva dei Disturbi di Personalità In Clarkin J.F., Lezenwenger M.F. (Eds.) *I Disturbi di Personalità*, pagg. 37-105. Milano: Raffaello Cortine Editore.
- PROCACCI M, DIMAGGIO G, SEMERARI A. (1999) El Deficit de compartir y de pertenencia en los trastornos de la personalidad; Clinica y Tratamiento *Boletín de Psicología*, n°65, 75-100.
- ROBINS, R.W. & JOHN, O.P. (1997). Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: Is seeing believing? *Psychological Science*, 8, 37-42.
- ROSENBERG, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- RYLE, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy and borderline personality disorder: the model and the method*. Chichester: Wiley.
- SAFRAN, J.D. SEGAL, Z. (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 1993.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford.

- SARBIN, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T.R. Sarbin (Ed.) *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*. (pp. 1-27) New York : Praeger.
- SEMERARI, A. (1999 a) La relazione terapeutica e la tecnica del colloquio, In A. SEMERARI (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina
- SEMERARI, A. (1999 b) (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (submitted a) *Assessing problematic states inside patient's narratives. The Grid of Problematic States*.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (submitted b) *Metacognitive deficits in personality disorders*
- SPENCE, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapeutico. *Revista de psicoterapia*, 10-11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (2000). *L'analisi del discorso terapeutico*. Urbino: Quattroventi.
- WINTER, D.A. (1985). Neurotic disorders: The course of certainty, in K. Gournet (Ed.) *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm
- WINTER, D.A. (1990). Disturbi di costruzione: psicopatologia e strategia, in F. Mancini, A. Semerari (Eds.) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: NIS.
- YOUNG, J., FLANAGAN, C. (1998). Schema-Focused therapy for narcissistic patients. In Ronningstam, E.F. (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington