

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Epoca II, Volumen XII - 1er. trimestre 2001



45 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, JAUME SEBASTIÁN, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XII - N° 45 - 1er. trimestre 2001

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 2.000 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
MODELOS DE MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	5
Giancarlo Dimaggio, Antonio Carcione, Antonio Semerari, Massimo Marraffa, Maurizio Falcone, Giuseppe Nicolò, Igor Pontalti, Michele Procacci	
LA DISFUNCIÓN METACOGNITIVA EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE	21
Antonio Semerari	
ESTADOS MENTALES, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y CICLOS INTERPERSONALES EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA	39
Antonino Carcione, Laura Conti, Giancarlo Dimaggio, Giuseppe Nicolò, Antonio Semerari	
EL NARCISISMO EN ACCIÓN. UN MODELO DE PSICOPATOLOGÍA ILUSTRADO POR EL ANÁLISIS INTENSIVO DE UN CASO INDIVIDUAL	65
Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari	
EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN. DE LA PSICOTERAPIA DESCRIPTIVA A UN MODELO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO.	93
Michele Procacci, Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari	
METACOGNICIÓN Y TRASTORNO PARAONOIDE DE PERSONALIDAD	117
Giuseppe Nicolò, Giancarlo di Maggio, Antonio Semerari & Antonino Carcione	
EL NUCLEO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UNA HIPOTESIS INTEGRADORA	137
Giovanni Liotti	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrrega, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

- Forma de pago:
- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 - Adjunto cheque bancario núm.:
 - Contrareembolso
 - VISA
 - MasterCard



Tarjeta N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la
suscripción anual para 2001
para España 5.800 pts.
para el extranjero 70 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:

--	--	--	--

 Oficina:

--	--	--	--

 DC:

--	--

 Cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

Este número monográfico dedicado a los trastornos de personalidad presenta una doble particularidad. Se trata, en primer lugar, de un trabajo de equipo integrado por los miembros del III Centro di Psicoterapia de Roma, que trabajan con un modelo homogéneo, compartido por todos. Esto confiere al conjunto de los distintos trabajos la sensación de un tratado más que de un mosaico de artículos diversos sobre una temática común. El segundo aspecto que queremos destacar hace referencia a la orientación terapéutica aplicada que preside todos los trabajos, más allá de brillantes teorías etiológicas al uso.

Abre la monografía un artículo introductorio, firmado por el conjunto de los autores. En él se plantea el fenómeno del mantenimiento y estabilidad de los trastornos de personalidad a través del tiempo en base a las dimensiones mentales que los constituyen, a saber: estados mentales dominantes; perfil de disfunciones metacognitivas; ciclos interpersonales típicos; modalidades de regulación de las elecciones y de la autoestima.

El desarrollo específico de estas características comunes a los distintos trastornos de personalidad inicia con un trabajo de Antonio Semerari dedicado al establecimiento del perfil de disfunción metacognitiva en el Trastorno de Personalidad Borderline, caracterizado 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.

Pese a que el Trastorno de Personalidad por Dependencia representa uno de los trastornos más frecuentes de los descritos en el DSM, a veces se pasa por alto su dimensión clínica, debido al carácter poco específico de sus síntomas y a la escasez de problemáticas en el ámbito de la relación terapéutica. Los autores, encabezados por Antonio Carcione, presentan en el tercero de los artículos un modelo psicopatológico que pone de manifiesto los estados mentales característicos de los sujetos que padecen Trastorno de Personalidad por Dependencia, su variación en las relaciones interpersonales, las disfunciones metacognitivas que se considera que están en su base, que conllevan una dificultad en la regulación de elecciones autónomas, y los ciclos interpersonales que se perpetúan determinando la estabilización del cuadro psicopatológico.

El narcisismo, como proponen los autores en el siguiente de los artículos, Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari, a través del análisis exhaustivo de un caso particular, está caracterizado por: a) un conjunto típico de estados mentales (grandioso, depresivo terrorífico, de transición, de vacío); b) un modelo de disfunciones metacognitivas, en particular la falta de acceso a las emociones y los deseos del sujeto); c) un sentimiento grandioso de no-pertenencia a los grupos y

una incapacidad de compartir la experiencia con el otro; d) distorsiones cognitivas de regulación de la autoestima; e) el uso de los valores como modalidad dominante de regulación de las elecciones; f) ciclos interpersonales disfuncionales en los cuales o bien el sujeto tiene dificultades por pedir y recibir ayuda o bien entra en una competición rabiosa.

El evitante se describe como el trastorno de personalidad más sensible al fracaso en el establecimiento de relaciones. A partir de las dimensiones mentales que lo componen (déficits metacognitivos, sentido de no pertenencia, estados mentales disfuncionales) los autores, encabezados por Michele Procacci, intentan proponer un modelo psicopatológico que vaya más allá de la mera descripción de síntomas propuesta por el DSM IV. En este sentido, la descripción de los ciclos interpersonales disfuncionales más característicos también aporta elementos que permiten comprender las dificultades relacionales que se presentan al iniciar una psicoterapia con estos individuos.

El artículo sobre Trastorno de Personalidad Paranoide identifica los ciclos interpersonales característicos, los esquemas de relación, los estados mentales problemáticos y el perfil metacognitivo que según los autores, con Giuseppe Nicolò a la cabeza, le son propios, señalando el poder modificador de una relación terapéutica vicaria o sustitutoria.

Cierra la monografía un texto de Giovanni Liotti, que aunque incide sobre uno de los temas ya tratados con anterioridad, el del trastorno límite o borderline de personalidad, merece a nuestro juicio insertarse en ella por ser uno de los autores más prolíficos en este campo y constituir en gran parte la fuente en que se han ido inspirando el resto de autores que contribuyen a esta monografía. El autor considera el trastorno límite de personalidad desde dos perspectivas, la psicoanalítica, con especial referencia a la teoría de Kernberg, y la cognitivo-conductual, inspirada en el trabajo de Linehan. El artículo plantea la posibilidad de integrar ambas perspectivas tanto desde el punto de vista teórico como clínico, basándose en el concepto de desorganización del apego, extraído de los estudios de Bowlby sobre apego en los primeros años de vida del niño y aplicándolo a la comprensión de las características del trastorno límite de personalidad.

De nuevo la notoriedad y cualidad de los trabajos nos ha llevado a sobrepasar en mucho la extensión de este número simple, a pesar de haber ampliado ya desde el primer número de este milenio el número de páginas mínimo que debería ser de 112 a 160. Todo ello lo ofrecemos sin ningún coste adicional a nuestros lectores por el interés que presenta el conjunto de los trabajos que de otra manera se verían mutilados. Podemos anticipar al lector de habla castellana la próxima aparición de un libro sobre la misma temática de este grupo de autores en la editorial bilbaina Desclée De Brouwer, traducción de su homólogo italiano *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, editado por Raffaele Cortina, recientemente en Milano.

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 objetivos¹.

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 dos².

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"> 1) Autoeficacia 2) Vacío 3) coerción 4) rebelión a la coerción 5) overwhelming 	<ul style="list-style-type: none"> 1) falta de acceso a los deseos 2) buena función de identificación 3) déficit de descentramiento 4) comprensión de la mente ajena variable según los subtipos 5) déficit de integración estado dependiente 6) hipertrofia en el recurso a la coordinación interpersonal como estrategia de mastery 	<ul style="list-style-type: none"> 1) oblativo 2) sado-masoquista 3) caótico-desregulado 	Coordinación interpersonal
Evitante	<ul style="list-style-type: none"> 1) cohibido 2) temeroso 3) constrictivo / rabioso 4) revancha narcisista 	Déficit de monitoraje. Falta de acceso a los estados psicológicos y emocionales personales con imposibilidad para confrontarlos con los de los demás Inibición del descentramiento	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"> 1) grandioso 2) de vacío 3) represivo/ terrible 4) de transición 	Alexitimia. Falta de acceso a los deseos. No conecta estado interno y marcha de las relaciones. Descentramiento empeorado.	Rabioso. Si se halla necesitado de ayuda, elicitó 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"> 1) Agresivo 2) Abatido 	Déficit de Descentramiento Déficit de diferenciación	Rabioso considera haber sufrido un daño, con activación neurovegetativa, probablemente secundaria a una sensación de exclusión y desapego Evita las relaciones interpersonales y se refugia en el lamento social con riesgo suicidario	

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

- ¹ 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.
- ² 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 (2nd. 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 arquitectura 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 2nd 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

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

monitoreo 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 monitoreo metacognitivo para referirse al conjunto de las capacidades de reflexionar sobre estados mentales propios y ajenos. Por monitoreo 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 monitoreo 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 patogénico 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 problemática 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 monitoraje 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 típico 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.

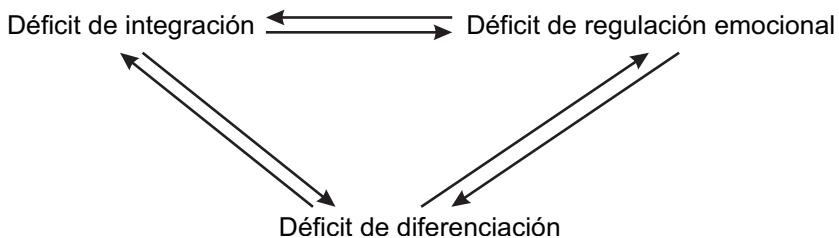
Cabe observar cómo, en la última fase, el paciente considera hipotética su creencia e intenta situarse en la perspectiva del otro. Sin embargo, estas capacidades estaban completamente ausentes en el estado problemático.

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.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

(ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

ESTADOS MENTALES, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y CICLOS INTERPERSONALES EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Antonino Carcione, Laura Conti, Giancarlo Dimaggio, Giuseppe Nicolò,
Antonio Semerari

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

Although the Dependent Personality Disorder is one of the most frequent personality disorders is rarely considered in current clinical diagnosis. The similarity with other clinical problems, the lack of specific symptoms and the appearance of good alliance in the first steps of therapeutic relationships are probably the causes of this phenomenon. The article presents a psychopathological model to describe the characteristic mental states of individual that suffer of the Dependent Personality Disorder, related to interpersonal relationships and metacognitive dysfunctions. All these questions are illustrated with literal transcriptions of different cases.

Key words: Dependent Personality Disorder; metacognition; personality disorders; autonomy; interpersonal relationships; therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Personalidad por Dependencia se convierte en una entidad nosográfica en el DSM-III (APA, 1987) y su cuadro descriptivo y, aunque con mayores precisiones sintomatológicas, no varía sustancialmente en el DSM-IV (APA, 1994). Se describe como caracterizado por:

- pasividad en las relaciones interpersonales,
- tendencia a asumir un papel pasivo y subordinado a los demás,
- baja autoestima.

El DSM-IV subraya la importancia peculiar de este trastorno, señalado como uno de los Trastornos de Personalidad más frecuentes.

La relativamente baja especificidad de los síntomas dificulta a menudo el diagnóstico diferencial con los trastornos de ansiedad, como la agorafobia y los

ataques de pánico; hay que destacar la frecuente comorbilidad con otros síndromes psiquiátricos del Eje I, de modo particular con Depresión Mayor, Trastorno de Angustia, Ciclotimia, Fobia Social, Abuso de Sustancias.

La mayoría de los autores han puesto de manifiesto el carácter dócil, sumiso, ingenuo y necesitado de atenciones de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia. Millon (1999) distingue un nivel comportamental caracterizado por docilidad, falta de asertividad, necesidad de atenciones y evitación de las responsabilidades adultas con la consiguiente sumisión en las relaciones interpersonales; ingenuidad, sentimientos de ineptitud e inadecuación caracterizan la imagen de sí. Los dependientes se describen por tanto como no competitivos, afectuosos y dulces. Algunos autores (Millon, 1981; Kubacki & Smith, 1995) caracterizan el funcionamiento intrapsíquico por el uso masivo de la introyección como mecanismo de defensa, para sufragar una organización mental incompleta y, en consecuencia, un funcionamiento social no autónomo.

En el ámbito cognitivo-comportamental, Beck y Freeman (1990) se remiten al concepto de esquema cognitivo, concibiendo el trastorno de personalidad como el resultado de una activación de esquemas disfuncionales. Los autores consideran que el Trastorno de Personalidad por Dependencia está caracterizado por esquemas que se basan en una concepción del sí mismo como débil, necesitado e indefenso y de las personas significativas como capaces de asegurar cuidado y protección. Sobre esta base, un sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia desarrollará creencias erróneas acerca del conocimiento de sí mismo y del propio mundo relacional. Los autores consideran esencial el logro de la autonomía de los demás, manteniendo la capacidad de desarrollar relaciones íntimas y cercanas. Por lo tanto, según Beck y Freeman, el paciente debe aprender a separarse de las personas significativas, incluido el terapeuta, aumentando la seguridad en sí mismo y la sensación de autoeficacia.

Como afirma Bornstein (1993), las conclusiones a las que se ha llegado en los últimos cuarenta años de investigación sobre la etiología, la dinámica y el predominio de los rasgos de personalidad dependiente, son que la dependencia es un fenómeno psicológico omnipresente. Fernández Álvarez subraya que la dependencia problemática, ligada a la estabilidad de relaciones interpersonales inadaptadas, constituye un elemento básico que no siempre configura un Trastorno de Personalidad por Dependencia, sino que es una dimensión común en diversos trastornos de personalidad. Birtchell (1997), por ejemplo, subraya que la dependencia puede ser normal en algunas situaciones como las enfermedades que dejan incapacitado o en los niños, en quienes el sistema motivacional interpersonal del apego (Bowlby, 1988) está fisiológicamente activo, llegando incluso a considerar la dependencia en los adultos como el equivalente del apego en los niños. El autor destaca como característica del trastorno dependiente de personalidad la incapacidad de establecer una propia identidad separada de la de las figuras de referencia, además,

naturalmente, de las otras características ya presentes en las definiciones del DSM-IV y en ICD-10 (Birtchell & Borgherini, 1999).

Aquello que, según Bornstein, distingue la dependencia normal de la patológica es la modalidad con las que se persigue; en el Trastorno de Personalidad por Dependencia se halla descontrolada, no modulada e inadaptada, lo cual determina las manifestaciones patológicas características del trastorno: el intenso miedo de abandono, la pasividad, la constante búsqueda de ayuda y seguridad. En la opinión de los mismos autores, los síntomas fóbicos están orientados precisamente a minimizar la separación (Bornstein, 1996).

Stone (1993) considera que la continua demanda de seguridad, la imposibilidad de expresar desacuerdo y el ofrecerse incluso para tareas desagradables, son modalidades dirigidas a mantener la dependencia de las figuras significativas; la sumisión, el sentirse herido con facilidad por la crítica y la desaprobación y el apego a las relaciones son, en cambio, maniobras defensivas típicas del trastorno, cuyo fracaso da cumplida cuenta de la sintomatología y los otros criterios descriptivos del DSM.

Desde el punto de vista clínico debe considerarse la dependencia como una actitud etológicamente bien definida y apropiada en algunos contextos (búsqueda de protección en el otro, considerado más fuerte), pero que puede determinar en algunas situaciones clínicas un grave menoscabo del funcionamiento personal y social del individuo (Nicolò y Carcione, 1996).

El objetivo de este trabajo es proponer un modelo articulado del Trastorno de Personalidad por Dependencia más heurístico que los simples análisis de los criterios descriptivos que propone el DSM, sacando a la luz los aspectos principales del funcionamiento mental.

Con el intento de unir la atención hacia el funcionamiento intrapsíquico, como en los modelos descritos por Millon (1999), y hacia el interpersonal, como proponen otros autores como Birtchell (1977), intentaremos describir y poner de manifiesto los estados mentales que caracterizan el Trastorno de Personalidad por Dependencia, su variación en las relaciones personales, las disfunciones metacognitivas que consideramos que se hallan en su base y los ciclos interpersonales que se perpetúan determinando la estabilización del cuadro psicopatológico.

ESTADOS MENTALES

Los trabajos en la literatura específica describen, tal como hemos visto, el Trastorno de Personalidad por Dependencia como caracterizado por estados mentales problemáticos, consistentes esencialmente en una sintomatología variable entre la ansiedad y la depresión. En realidad, el cuadro parece más complejo y en este sentido nos ayuda el concepto de estado mental (Horowitz, 1987). La experiencia mental del individuo se organiza en estados mentales discretos que en la terapia se expresan a través de las narraciones que el paciente hace sobre sí mismo

y sus experiencias de vida. Estos estados mentales se pueden definir como sensaciones subjetivas de diversos tipos, identificables y separables las unas de las otras y que difieren cualitativamente entre sí, esencialmente según las diversas emociones y el tono hedónico, dominante, agradable o desagradable; como se ha dicho en el artículo introductorio de este mismo número monográfico, consideramos los estados problemáticos como el agregado de temas de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas que se ponen de manifiesto en las descripciones narrativas de los pacientes. Algunos estados mentales se evitan sobre la base de la creencia inconsciente de que experimentarlos es subjetivamente peligroso, de modo que todos los individuos buscan particulares estados mentales deseados, algunos de los cuales tienen el objetivo de evitar los estados mentales temidos.

Desde esta perspectiva, sostenemos que el funcionamiento mental de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia se caracteriza esencialmente por la oscilación entre estados de autoeficacia, en los que el sujeto tiene una imagen positiva de sí, fuerte y adecuada, y estados de un terrible vacío desorganizado.

A estos estados mentales, más estables, se le añaden otros más ligados a la marcha de las relaciones interpersonales: el estado de desbordamiento (*overwhelming*) y el estado de coerción. Pasemos a describir cada uno de estos estados.

Estado de autoeficacia: es el estado deseado, caracterizado por una sensación de bienestar psíco-físico, dominio de sí, seguridad y alegría.

Respecto a la *sensación de autoeficacia* nos remitimos a la definición de Bandura, quien lo considera como la creencia en las propias capacidades de organizar y gestionar las tareas y las situaciones que hay que afrontar para alcanzar los objetivos prefijados (Bandura, 1995). Este concepto esclarece la diferencia entre autoeficacia y autoestima y puede considerarse análogo a lo que Castelfranchi llama *autoestima de competencia* para diferenciarla de la *autoestima ética*, que abarca de modo más general el valor del individuo (Castelfranchi, 1988).

Como subraya Bandura, la sensación de autoeficacia puede derivar de cuatro fuentes: a) las experiencias de gestión eficaz; b) la observación de personas similares a uno mismo que alcanzan adecuadamente objetivos análogos (la experiencia vicariante); c) el contexto interpersonal, capaz de convencernos de nuestras propias competencias; d) la mejora y el mantenimiento de buenas condiciones psicofísicas. La experiencia subjetiva de autoeficacia depende de la valoración inmediata de la relación entre las tareas que nos representamos y los recursos que percibimos como disponibles.

En los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia el estado de eficacia personal está ligado de modo característico a la presencia de una relación significativa segura y estable. En efecto, en el sistema cognitivo de un sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, la dependencia no es la enfermedad,

sino su curación (Nicolò, Carcione, 1996). La separación del otro ni siquiera se puede llegar a imaginar; lo que conlleva, como consecuencia, que mientras persista el estado de autoeficacia, la dependencia será absolutamente egosintónica y el paciente raramente, y menos en su juventud, acudirá a terapia por este problema. En efecto, en estas situaciones, lo que motiva la demanda de terapia es la ruptura de una relación significativa o el miedo exagerado a su verificación; o bien, la preocupación de los familiares respecto al grado de mal funcionamiento social o laboral causado por el comportamiento dependiente; o bien, la aparición de sintomatología de la que se queja el propio paciente, perteneciente en general a la clase de los trastornos de ansiedad, activada por todas aquellas situaciones que ponen en peligro o que amenazan la dependencia de las figuras autorizadas de referencia (Bornstein, 1996). Es en efecto la ruptura de la dependencia lo que genera la ansiedad en el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, al contrario, por ejemplo, que en el sujeto fóbico, en el cual es justamente la sintomatología ansiosa la que determina la necesidad de la dependencia, percibida por tanto como egodistónica.

La ruptura de la dependencia genera el estado mental temido, de *vacío desorganizado*. El estado de *vacío desorganizado* está caracterizado por temas de pensamiento de abandono y pérdida y ausencia de deseos activos; la sintomatología, ligada a la sensación de baja eficacia personal, puede ser de tipo depresivo, pero también disociativo con despersonalización, desrealización y alteración del esquema corporal. Una paciente explica:

P: *Cuando estoy sola y me alejo de mis padres me siento disgregada, es como si en el espejo no lograra verme entera, sólo consigo verme fragmentada, a trocitos. Ni siquiera puedo imaginarme toda entera.*

En el siguiente ejemplo observamos muy bien cómo la variación del contexto relacional, tal como subrayan Millon y Davis (1996), interfiere dramáticamente en el estado mental:

P.: *El otro día tenía que entrar en un concesionario para ver un coche, pero no lo logré.*

T.: *¿Por qué?*

P.: *Estaba sola.*

T.: *¿Y...?*

P.: *No lo consigo si estoy sola, si hubiera estado R. [su novio] habría sido distinto.*

T.: *¿Lo habría pedido él?*

P.: *No, lo habría hecho yo, lo habría hecho yo, no habría problema.*

T.: *¿Le hubiera dicho él qué tenía que hacer o decir?*

P.: *No, no me habría dicho nada, absolutamente nada, e incluso no me importa lo que diga... no es esto, pero cuando estoy sola es como si me quedara paralizada.*

T.: *¿Qué piensa?*

P.: *Nada, vacío absoluto, no sé qué hacer, si está él u otra persona es distinto.*

T.: *¿Pero lo hace siempre todo usted si hay otro? ¿También reservar los billetes para las vacaciones de este verano?*

P.: *Sí, incluso me molesta cómo lo hace él.*

Es evidente que la coordinación interpersonal es una condición indispensable para experimentar la sensación de autoeficacia y que, en consecuencia, la presencia del otro significativo no refleja simplemente la necesidad de alguien que haga las cosas para y en el lugar del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, sino que permite la transición de un estado mental de inadecuación e incapacidad personal, a uno de autoeficacia e incluso de aparente absoluta autonomía en la gestión del problema.

Estado de desbordamiento (overwhelming): en este estado predomina la representación caótica y simultánea de un conjunto múltiple de objetivos y tareas, sin la capacidad de seleccionar uno en el que centrar la atención consciente. En consecuencia, estos sujetos pasan de una tarea a otra, sin organizar planes y establecer prioridades; o bien, cuando se ven solicitados por múltiples contextos relacionales, activan conductas desreguladas. Este estado se caracteriza por una sensación de confusión, abatimiento y poca eficacia personal. Recordemos que nuestro sentimiento de eficacia depende del balance que efectuamos de manera inmediata e intuitiva entre las tareas representadas y los recursos que nos atribuimos. Cuando este balance es favorable solemos sentir un sentimiento de vigor y confianza respecto a las tareas, mientras que un balance incierto va acompañado de un sentimiento de irritabilidad disfórica; si, finalmente, consideramos que las tareas son excesivas o los recursos inadecuados, entonces sentimos una profunda abulia y astenia.

Subrayamos que el balance del que derivamos nuestro sentimiento de eficacia no tiene lugar entre motivos y tareas *objetivas*, sino entre motivos y tareas *representadas*: una dificultad en la regulación de la representación de los objetivos determinará una oscilación entre experiencias de vacío o de desbordamiento, ambas acompañadas de un sentimiento de baja eficacia personal.

P.: *He intentado volver a tomar las riendas de la situación a propósito de mi tesis... Una persona normal hubiera empezado a leerlo todo de manera metódica, desde el primer capítulo. A causa de la agitación que me invadía, la confusión, las ganas de hacerlo todo; he empezado el primer capítulo, luego he empezado el segundo capítulo, el tercero y luego el cuarto. Cada día me levantaba y empezaba otro capítulo para perderme después en un párrafo. La confusión, la angustia de no conseguirlo me hacía pasar del primero, al segundo, del tercero al cuarto capítulo. La confusión es esta vida mía, esta sensación de malestar, este estado de ánimo alterado, me*

hace ir de una tarea a otra, sin saber bien hacia dónde voy.

T.: Un manera posible es no dejarse poseer por este estado de confusión...

P.: No consigo enfrentarme a esto.

En este ejemplo, se observa cómo la paciente explica una sensación de confusión ligada a la dificultad de seleccionar un objetivo y llevarlo a término; de ello se sigue un sentimiento de poca eficacia personal y de incapacidad de controlar el estado mental.

También en los sujetos deprimidos se halla presente un bajo sentimiento de eficacia personal pero, en este caso, parece más ligado a la sensación de tener pocos recursos que a una excesiva y confusa representación de las tareas. La diferencia la muestra también el cuarto criterio diagnóstico del DSM IV que especifica “*presenta dificultades en iniciar proyectos o hacer cosas autónomamente (por falta de confianza en el propio juicio o en las propias capacidades más bien que por falta de motivación o de energía)*” (APA, 1994).

También en los pacientes que padecen esquizofrenia es posible encontrar la sensación de desbordamiento, que sin embargo depende, en su caso, de la dificultad de distinguir entre estímulos relevantes e irrelevantes y, por lo tanto, las informaciones útiles para la solución de las tareas. Las informaciones se presentan de modo simultáneo e igualmente relevante, impidiendo cualquier intento de programar acciones o comportamientos.

Así pues, como describiremos a continuación, el estado de desbordamiento no sólo está ligado a un déficit autorreflexivo, sino también a una incapacidad de variar autónomamente el eje mental, llevando a cabo una selección entre objetivos múltiples respecto al contexto y las circunstancias.

Estado de coerción y de rebelión a la coerción: está caracterizado por ansiedad, rabia, sensación de injusticia sufrida y de sujeción a la autoridad.

Como subrayaremos mejor a continuación, los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia no son autómatas, faltos de objetivos personales, dócilmente guiados por las expectativas ajenas: tienen objetivos propios, que sin embargo no tienen acceso a la representación consciente. La acción (y la vida misma) están programadas coordinándose con las expectativas, los deseos y los objetivos de las figuras de referencia. El contexto interpersonal se convierte en el faro que guía las elecciones personales. No obstante, cuando las expectativas del otro significativo no son compatibles con los objetivos personales (existentes, pero no representados), éstos experimentan una sensación de obligación a conformarse a la cual se rebelan emocionalmente. La activación será rabiosa, pero el paciente no reconoce la rabia como emoción fundamental que sostiene el estado de coerción. El *arousal* (sensación de sofoco, respiración corta, nudo en la garganta, etc.) correlacionado se describirá como ansiedad generalizada o pánico, que puede llevar a la demanda de una terapia, sin la conciencia de las causas de los síntomas.

P.: *¿Sabe cómo me sentía? Como me siento tantas veces, me ocurre muchas veces. Cuando no me doy oportunidades, cuando no me doy alternativas me siento como en un callejón sin salida. Entonces, me siento tan adentro que no tengo otra posibilidad, que tengo que hacer eso, y muchas veces me comporto así, y no sólo con mi madre. Muchas veces no puedo decir que no, no consigo ser yo misma, ni siquiera con los amigos, ni con nadie; en el trabajo, no consigo ser una persona decidida, decir que no quiero hacer una cosa porque no tengo ganas. Cedo a muchas cosas. Pero luego interiormente no me apetece hacerlas. Y esto me hace estar (pausa), emocionalmente, es difícil de explicar (pausa), te sientes reprimida (pausa), sin (pausa), no lo sé, es difícil (pausa), no lo sé.*

T.: *Me parece que ya lo ha dicho, creo que lo estaba definiendo muy bien.*

P.: *..., emocionalmente, lo que me provoca esta sensación no lo sé describir... es una sensación negativa... no te da la posibilidad de poder elegir.*

T.: *Me parece que está describiendo su estado de ánimo de manera muy clara. ¿Querría una etiqueta?*

P.: *No, pero las sensaciones, que tengo...*

T.: *Tal vez usted no las puede etiquetar porque no son ninguna de las sensaciones etiquetables. O sea, quizá no es ansiedad, ni tristeza, ni rabia.*

P.: *No.*

T.: *Es algo distinto, y usted lo expresa con la metáfora. Es como si estuviera en un callejón sin salida, me siento reprimida, coartada, bloqueada, no puedo salir de ahí.*

P.: *Sí.*

T.: *Y puede que no exista una definición específica, pero así usted ha expresado la idea, y yo lo he entendido.*

P.: *Ya veo.*

T.: *Tal vez le habrá ocurrido, darse cuenta de que a veces lo que uno siente no puede expresarse con la forma de una etiqueta precisa...*

P.: *[aliviada y riendo] Sí, me he dado cuenta...*

T.: *Pero esto no quiere decir que usted no lo sienta. Puede significar que no existe una palabra adecuada.*

P.: *De hecho, muchas veces, cuando escribo, lo que siento es más que lo que escribo, porque en aquel momento no tengo ni idea, y entonces escribo sentimiento de culpabilidad, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, agitación, pero tal vez hay siempre algo más que no puedo llegar a escribir.*

Nótese cómo, en este ejemplo clínico, la paciente describe la dificultad de asumir sus propios objetivos e integrarlos en la dimensión interpersonal, privilegiando la sumisión a objetivos ajenos. No obstante, emocionalmente experimenta una profunda egodistonia. La búsqueda de la coordinación interpersonal induce a

la paciente a conformarse al objetivo del otro y asumirlo como propio, experimentando un intenso estado de abatimiento. El terapeuta prefiere, estratégicamente, no atribuir ninguna “etiqueta” al estado de la paciente, valorizando en cambio la descripción elicitada; la paciente no percibe ninguna obligación a conformarse a la opinión del terapeuta y, por lo tanto, responde inmediatamente con emociones positivas, creando un clima de compartición interpersonal con el terapeuta en términos de no subordinación coartada.

En ocasiones, el sujeto se rebela ante estos estados: emerge un estado mental de gran eficacia personal, acompañado, sin embargo, de sentimiento de culpa y pena, temor de abandono o castigo, con las consiguientes estrategias reparadoras, orientadas a mantener la relación. En el siguiente ejemplo, observamos cómo la paciente nota el sentimiento de culpa cuando percibe un estado de ánimo disonante con el de la madre.

T.: *¿Cuál cree que es el mayor obstáculo que impide que disminuya este “yo hago míos sus malhumores” [referidos a la madre].*

P.: *Me siento culpable de vivir mi vida tan feliz y contenta, sabiendo que en cambio ella está mal. No tengo derecho a hacerlo. Es injusto que yo esté verdaderamente contenta, sabiendo que la persona a quien quiero, que me ha dado la vida, está mal. Toda su vida ha estado planificada para mí y para mi hermana, y por tanto sería una ingratitud infinita ser feliz sabiendo que ella es infeliz. Una vellaquería... Es imposible pedirlo. Lo peor es que no puedo hacer nada porque su vida se la ha construido ella. Pero yo no la noto autónoma. A parte de que yo no soy autónoma de nadie, empezando por mi familia, aquí está el problema. Si mis alegrías y mis penas dependen de una persona, que he conocido hace apenas un mes, imagine de una persona que me ha dado la vida. Es el lazo más fuerte. Lograr desatarme de este vínculo significaría haber conseguido desligarme de todas las ataduras que, de manera enfermiza, me mantienen próxima a las personas que me rodean. Por ejemplo, yo no tenía ganas de hacer el amor con aquella persona, lo hice porque era una manera de acercarla a mí.*

EL FUNCIONAMIENTO METACOGNITIVO: EL DÉFICIT DE REPRESENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Consideramos que los estados mentales que caracterizan la sintomatología del trastorno dependiente se sostiene sobre un déficit en el funcionamiento metacognitivo, caracterizado por la dificultad de acceder a una representación de los propios deseos, de las propias metas y de los planes para conseguirlos (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999).

Algunos objetivos se hallan biológicamente determinados (comer, dormir, etc.), otros están relacionados esencialmente con nuestra personalidad y al contexto ambiental y cultural (trabajar, estudiar, ligar, ganar a las quinielas, ir de discotecas).

Metas y planes de acción se hallan íntimamente interconectados, desde el momento en que para conseguir cualquier objetivo es necesario un plan de acción, pero estos últimos no tienen ningún sentido sino en relación a algún objetivo.

Naturalmente, no todos los objetivos requieren la elaboración consciente de un plan de acción, algunos están automatizados, al igual que sus respectivos planes de acción. Dado que el sistema cognitivo humano posee muchos objetivos, organizados jerárquicamente en subobjetivos, deben existir mecanismos que regulen el acceso a la conciencia de un número finito de ellos, a fin de hacer posible la acción orientada. En efecto, si nuestros objetivos afloraran a la conciencia de manera desregulada nos quedaríamos paralizados en nuestra relación con el mundo. El proceso de regulación puede ser disfuncional en dos sentidos: por defecto o por exceso. En el primer caso, no conseguimos representarnos ninguna meta y predomina la experiencia de vacío. En el segundo caso, nos representamos demasiadas metas y predominan las experiencias de confusión, ineficacia y desbordamiento (*overwhelming*).

Quisiéramos subrayar que estamos hablando de un déficit en el *acceso a la conciencia*, y no de ausencia o exceso de objetivos. Del mismo modo, por exceso de representación no entendemos la presencia en el sistema de demasiados objetivos, sino el hecho de que el sujeto, ante múltiples objetivos, no logra realizar una selección adecuada al contexto y a la circunstancia. Por ejemplo, si estamos haciendo un examen en la universidad, aunque veamos un amigo al que no veíamos hace tiempo, difícilmente se activará de forma inmediata el objetivo de saludarle. Las metas que nos prefijamos en ese momento serán *coherentes con el contexto*, situacional e interpersonal, en el que estamos inmersos: acabar el examen, aprobar a poder ser con buena nota, conseguir la licenciatura. Por lo general, no hay que hacer ningún esfuerzo para seleccionar y activar conscientemente objetivos coherentes con el contexto. La regulación basada en el contexto interpersonal es un motor de elección utilizado masivamente, sin ella seríamos antisociales o, en el mejor de los casos, asociales regulados por metas autárquicas y extravagantes. No obstante, no siempre estamos en relación con alguien y, otras veces, ni siquiera logramos establecer una relación imaginaria. Además, dada la complejidad de las relaciones sociales en las que estamos inmersos, puede suceder que los contextos interpersonales soliciten objetivos múltiples y recíprocamente incompatibles. Por estas razones es necesario que a los procesos de heterorregulación que se basan en el contexto se unan mecanismos autónomos de autorregulación que también nos permitan ser activos (y sentirnos vivos) cuando nos hallamos solos y saber qué objetivo perseguir, incluso cuando se nos plantean de modo contradictorio. Cuando hablamos de déficit de representación de los objetivos nos referimos, para ser exactos, a una debilidad de estos mecanismos de autorregulación que hace que, en ausencia de relación con el otro, el sujeto experimente una sensación de vacío y, en presencia de demandas relacionales múltiples, una sensación de desbordamiento.

Hemos visto ya en el artículo introductorio cuáles son los procesos de autorregulación que interactúan entre sí en la modulación de la representación de los objetivos y, en última instancia, las elecciones de acción. Hemos visto también que, según algunos autores (Damasio, 1994), las emociones marcan somáticamente, en sentido agradable o desagradable, algunos escenarios mentales.

Si, por ejemplo, vemos un vestido de buena calidad y a buen precio, no necesariamente nos activaremos para comprarlo. Pero sí lo haremos en cambio si el vestido nos gusta y nos gusta imaginarnos en una fiesta con aquel vestido. En este caso, sabemos qué nos gusta, dónde encontrarlo, cómo hacernos con él. Pero no sólo la activación emocional guiará la elección, sino que ésta nos inducirá a verificar la compatibilidad con los valores (*¿puedo permitírmelo económicamente? ¡no lo robaré!*) y el contexto interpersonal (*¿le gustará a mi pareja? ¿quedará gracioso o ridículo?*). Por lo tanto, una regulación equilibrada de las elecciones supone que marcación somática, objetivos y deseos, valores, self ideal y contexto interpersonal se influyan mutuamente a fin de regular las incompatibilidades y los conflictos. Cuando, por la razón que sea, el uso de alguno de estos factores resulta deficitario, los otros tienden a hacerse hipertróficos. *El uso generalizado y unilateral del contexto interpersonal para determinar las elecciones y los objetivos a perseguir caracteriza el Trastorno de Personalidad por Dependencia.*

Ausencia de deseos activos

Lo que se halla somáticamente marcado no son tanto los escenarios de los propios objetivos sino las percepciones de coincidencia o de contraste entre objetivos propios y ajenos. Es característico en estos pacientes el hecho de que la solución que se representa para los problemas que plantea una discrepancia casi nunca consiste en un análisis de la situación y en la búsqueda de una mediación a partir de la conciencia de tener objetivos distintos, sino más bien en una espera de la modificación de las expectativas y del estado mental del otro para establecer de este modo la coincidencia deseada. Refiriéndose a las vacaciones inminentes, le dice una paciente al terapeuta:

P.: *“No sé si quiero ir de vacaciones con usted, pero quiero que usted me pida pasarlas juntos”.*

La asunción de las expectativas ajenas tiene lugar de modo sintónico, inmediato y se busca de forma activa. El sujeto muestra una motivación extremada en la persecución de objetivos y metas. Sin embargo, una vez ha alcanzado el objetivo, percibe una sensación de extrañeza respecto a la meta alcanzada.

P.: *Estos días me ocurre, desde que no tengo que ir a casa de Giovanni, una cosa extraña. Cuando termino el trabajo a las cinco tengo una terrible sensación de vacío.*

T.: *¿Siente la ausencia de Giovanni?*

P.: *No, no es una sensación de ausencia... es una cosa interior, como si no*

tuviera una dirección, no sé donde ir.

T.: Pero, ¿cómo se siente emocionalmente?

P.: No es un sufrimiento, es realmente una nada. No sé cómo emplear mis energías, me siento sin energía.

T.: ¿Se siente sin energías o no sabe cómo emplearlas? Quiero decir, ¿tiene una sensación de inquietud, una necesidad de moverse, o...?

P.: A veces sí, tengo esta falta de cosas por hacer, a veces me siento sin energía, una sensación de aflojamiento. Es extraño, con Giovanni siempre me sentía llena de cosas por hacer, a punto del sofoco, obligada a hacer. Cuando está Giovanni me siento obligada, y pienso lo bonito que sería estar sola, leer, salir si me apetece, estar en el sofá escuchando música... Cuando no está me siento anulada.

T.: ¿Qué piensa cuando se siente anulada?

P.: No se me organiza la mente. Es como si me disgregara. No consigo tener deseos.

T.: ¿No intenta combatir este estado?

P.: Anteayer me forcé a ir a la Universidad, estaba contenta de haber decidido algo. Apenas entré tuve una sensación de cosa artificial, de falsedad, de postizo. Cuando volví a casa me vino un sueño incontenible.

En el siguiente ejemplo, podemos observar también de qué modo el otro sugiere objetivos que la paciente asume automáticamente, aunque en un momento anterior estaba clara la no coincidencia con los propios objetivos.

P.: Me he matriculado en el curso de inglés.

T.: ¿Otra vez? ¿Pero no había dicho que ya no tenía ganas?

P.: Sí, es verdad, pero luego mi tía me pidió si quería...

T.: ¡Debe haber insistido mucho!

P.: No, sólo me preguntó si me apetecía continuar y no logré decir que no; por otro lado, también es correcto, así me saco el diploma, el certificado.

T.: Entonces, ¿ahora está contenta de hacerlo?

P.: No, en absoluto, me siento mal sólo con la idea de volver a empezar, sólo me faltaba esto... la universidad, las clases, los proyectos, ¡Dios mío!

T.: ¿Qué siente?

P.: A veces un sentido de sofoco aquí o me vienen ganas de llorar, otras veces lo echaría todo a perder.

T.: ¿Hubiera preferido hacer otra cosa?

P.: No, de hecho es también esto... una cosa va por la otra, así que...

Las dificultades descritas, parecen sostenidas por un mal funcionamiento metacognitivo que da origen a un perfil caracterizado por:

- 1) buena capacidad de identificar los propios estados emocionales y cognitivos.
- 2) dificultad por identificar los propios deseos.
- 3) déficit de integración.

- 4) la comprensión de la mente ajena puede ser deficitaria o potenciada.
- 5) déficit de descentramiento.
- 6) uso hipertrófico de la coordinación interpersonal como estrategia de *mastery* (control o dominio)
- 7) fallo en el uso de las estrategias de *mastery* más sofisticadas, que requieren la regulación autónoma del orden mental.

Cabe subrayar el carácter marcadamente estado-dependiente del déficit. Como podemos observar en el ejemplo precedente, los sujetos no son alexitímicos ni tienen, necesariamente, una dificultad en diferenciar, describir y caracterizar sus estados internos. Sin embargo, en ausencia de una coordinación con la mente del otro, su estado mental parece precipitarse en un vacío indiferenciado. Nótese cómo la paciente del primer ejemplo de este apartado distingue agudamente las características del estado: su aparición repentina cuando desaparece la coordinación interpersonal (cuando salgo del trabajo); la diferencia con la sensación de ausencia afectiva (no es un vacío de ausencia..., sino una falta de cosas por hacer); los efectos sobre la percepción del estado físico: la disminución de la voluntad y la restricción de la conciencia (un sueño incontenible). En ambos fragmentos se explican las sensaciones de coerción y de desbordamiento.

En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos ni siquiera consiguen pensar en sí mismos, pudiendo desaparecer la cohesión del esquema corporal. En estos casos, la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos o ir en busca de estados de excitación erótica que pueden verse como una activación vicariante de objetivos biológicos más primitivos y menos interpersonales o como intentos de “sentirse”, de volver a tomar contacto con el propio cuerpo. Esto determinará asimismo una activación emocional agradable que contrastará con la sensación de astenia, abulia y anhedonia de la que hablan los pacientes como representación de sí en ausencia de relación. De este modo, se obtendrá también una sensación transitoria de eficacia personal mientras permanezca la sensación del bienestar físico.

Queda un problema: si el sujeto no tiene la necesidad de que el otro significativo realice las tareas en su lugar, sino que más bien se siente absolutamente adecuado en presencia del otro, ¿por qué las experiencias de gestión eficaz y el recuerdo de la buena ejecución no permiten mantener la sensación de autoeficacia en ausencia de una figura de referencia? Una explicación posible está ligada a un mal funcionamiento metacognitivo particular, relativo a la capacidad de integrar estados mentales distintos. Otra se halla ligada a la atribución de la gestión eficaz a la presencia del otro (*locus of control* externo).

Por cuanto se refiere al déficit de integración, en los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia es fuertemente estado dependiente. Se manifiesta una dificultad en la posibilidad de integrar representaciones contrastantes relativas a un mismo acontecimiento. A diferencia de los pacientes con trastorno *borderline*

o disociativo, en quienes la no integración se presenta con narraciones fragmentadas, donde se entrelazan confusamente diversos hilos narrativos (Dimaggio, Semerari, 2001), los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia muestran una narración fluida e internamente coherente. En el siguiente ejemplo observamos cómo la paciente tiene dos representaciones diferentes y contrastantes de la relación con su novio y cómo éstas no se hallan integradas entre sí, pero sin embargo la narración resulta clara e íntegra.

T.: *¿Qué tiene de especial esta historia?*

P.: *Que parece una historia de película; lo tiene todo de especial, por lo menos al principio. Ahora es una porquería. Sin duda ahora no es especial... Fue un flechazo y luego me hizo la corte de una manera bestial, todos los días durante más de un mes me mandaba rosas y rosas y rosas a casa, por esto la llamo una historia de película.*

T.: *Estas historias tan arrebatadoras, que te transportan...*

P.: *Luego hubo un sentimiento fortísimo entre nosotros, era como si ya nos conociéramos, cuando estaba con él era como estar con otro yo. Él fue la primera persona que me aceptó como soy, contribuyendo así a darme seguridad. Fue un periodo precioso. Luego seguimos estando juntos y todo lo demás... En cualquier caso, para mí siempre ha sido una historia de película, porque era bonito. Los fines de semana juntos, los regalos inesperados, me llevaba a cenar todos los días.*

Éste es el relato de una historia de amor espléndida. En un momento posterior de la sesión:

P.: *Luché para que mi novio viniera a vivir con mis padres, además ellos se mostraron muy abiertos y lo aceptaron en seguida, para dar una mano ellos son los primeros. Pero desde que se fue para volver a su casa, él no recuerda nada de aquella época, más bien incluso se ríe, después de que mis padres le trataran como a un hijo. Y luego tengo la sensación de que me utiliza para cualquier cosa; necesita ir al notario y le busqué uno; entonces estaba cariñoso y disponible, pero cuando llegamos allí me trató fatal. De vez en cuando tengo la sensación de ser un poco...*

T.: *¿Y la tiene con estos cambios tan rápidos? Se estaba perdiendo en estos recuerdos apasionados e inmediatamente después ha recordado esta sensación de ser utilizada.*

P.: *No, pienso en eso cuando digo que es un bastardo, entonces intento recordar las cosas negativas, si no me abandono a estos recuerdos tan bonitos que luego quizá en el momento en que los vivía eran pesadísimos. Sólo que desde fuera los veo siempre como algo fantástico, momentos preciosos, que en cambio, en realidad, son una mierda.*

Ésta es la historia de una relación parasitaria. El novio no cambia. En el relato de la sesión, la paciente muestra una buena capacidad de integración, reconoce el

cambio de las representaciones de su pareja y de la percepción de la relación, pero esta representación fracasa en los momentos en que la relación está en curso: la paciente presenta dificultades para construirse una representación unitaria del otro (Kernberg, 1993).

En consecuencia, captar este déficit de integración requiere que el terapeuta preste particular atención a no dejarse deslumbrar por la claridad de las narraciones de los pacientes en las sesiones. Resumiendo: el déficit de integración que se detecta en el Trastorno de Personalidad por Dependencia es diferente del que encontramos en el Trastorno de Personalidad Borderline o en los trastornos disociativos, en los cuales las narraciones aparecen extremadamente confusas y el escenario mental se describe de modo caótico, debiendo funcionar el terapeuta como memoria vicaria del paciente, a fin de posibilitarle la integración de los diversos y contradictorios estados mentales que caracterizan los acontecimientos narrados.

Algunos autores de procedencia psicoanalítica identifican como característica de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia la tendencia a infravalorar los aspectos negativos de las relaciones y focalizar exclusivamente los positivos, con el objetivo de mantener la misma relación y evitar el riesgo de ponerla en cuestión, para no afrontar eventuales momentos de crisis o separación. Esto se debería al uso generalizado de la negación como mecanismo de defensa que permitiría volver agradables incluso las relaciones más dramáticas y evitar impulsos hostiles (Kubacki & Smith, 1995). Es esto, según Millon (1981), lo que hace a estos pacientes poco introspectivos, ingenuos y poco críticos.

Nosotros sostenemos, en cambio, que no es tanto el mecanismo de negación de las representaciones negativas del otro lo que es funcional al mantenimiento de la dependencia, sino que más bien es el déficit de integración lo que, manteniendo disociadas las representaciones del otro, impide estrategias adaptativas de gestión de la relación (véase más adelante la descripción de los ciclos interpersonales).

Los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia se presentan con dos posibles variantes respecto a la capacidad de comprender la mente ajena. En un caso, la comprensión de la mente ajena se halla particularmente potenciada y sofisticada, especialmente respecto a la representación de los deseos y los objetivos del otro, a modo de compensación del déficit de representación de los propios. En este caso, la coordinación interpersonal se obtiene con mucha facilidad incluso en ausencia de la figura de referencia, asumiendo la perspectiva ajena y haciéndola propia.

En un segundo caso, en cambio, la comprensión de la mente ajena puede ser también deficitaria, en cuyo caso se busca con demandas apremiantes de seguridad y consejos la coordinación con los objetivos, deseos, intenciones y expectativas del otro.

En cualquier caso, la función de descentramiento continúa resultando deficitaria; de hecho, la mejor comprensión de la mente ajena se efectúa, igualmente, según una

perspectiva egocéntrica, orientada principalmente al mantenimiento de la relación.

Es justamente esta diferencia lo que origina diversas tipologías de ciclos interpersonales que automantienen la patología, como describiremos a continuación.

CICLOS INTERPERSONALES

Pasemos ahora a ilustrar los ciclos interpersonales que, en nuestra opinión, son recurrentes en la modalidad y la historia relacional de los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia.

Como hemos dicho en el artículo introductorio de esta monografía, con la expresión “ciclo interpersonal” nos remitimos a los *ciclos cognitivos interpersonales* descritos por Safran y Segal (Safran & Segal, 1990). Este concepto se basa en el presupuesto de que los seres humanos, en su búsqueda etológicamente fundada de establecer relaciones interpersonales, realizan previsiones sobre su desarrollo y precisamente en base a estas previsiones establecen sus estrategias de relación. En el caso de que dichas expectativas sean negativas y estables, inducen en el otro sujeto implicado en la relación respuestas que confirman las mismas expectativas, perpetuando un ciclo relacional que mantiene, e incluso autoalimenta, el problema relacional y las creencias sobre uno mismo y los demás.

No cabe ninguna duda de que para los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia la búsqueda de relaciones seguras y protectoras es un objetivo primario. El aspecto principal es que la presencia de figuras significativas confiere al sujeto una sensación de autoeficacia para evitar el vacío terrorífico. Sobre la base de estos supuestos, sostenemos que en los modelos de relación de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia es posible identificar tres ciclos interpersonales disfuncionales prototípicos, a los que hemos llamado *ciclo oblativo*, *ciclo caótico-desregulado* y *ciclo sado-masoquista*. Los describiremos a continuación detalladamente.

Los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia son personas que saben verdaderamente cómo hacer feliz al otro satisfaciendo y anticipándose incluso amablemente y eficazmente a las necesidades del otro. Estos sujetos tienen incluso la impresión de desear las metas del otro, que asimilan y no distinguen de las propias, presentes pero poco representadas. Tales sujetos tienen, por tanto, una gran capacidad de comprensión del otro, acompañada, sin embargo, de un déficit de descentramiento, que impide la diferenciación entre los propios objetivos y deseos y los ajenos (Fig. 1).

Un colega nos explica una anécdota muy significativa: al inicio de una entrevista, mientras hacía pasar a su despacho a una paciente con Trastorno de Personalidad por Dependencia miró por un instante la librería de la habitación y vio que algunos libros habían caído en la repisa; tuvo la idea de colocarlos bien, pero no lo hizo. La paciente atrapó su mirada un instante, y mientras él se sentaba, ella

misma se puso a ordenar la librería.

T.: *¿Qué está haciendo?*

P.: *Le pongo bien los libros, es sólo un momento.*

T.: *¿Cómo se le ha ocurrido?*

P.: *He entendido, por cómo los ha mirado, que tenía la intención de ponerlos de pie, pero probablemente le daba reparo hacerlo porque yo estaba aquí.*

La extraordinaria habilidad con la que leen la mente de los demás hace a estos pacientes excepcionales en la relación interpersonal, pero absolutamente ineptos en ausencia de un contexto interpersonal, aunque sea imaginario.

Tales pacientes, con el objetivo de mantener la presencia y proximidad de la

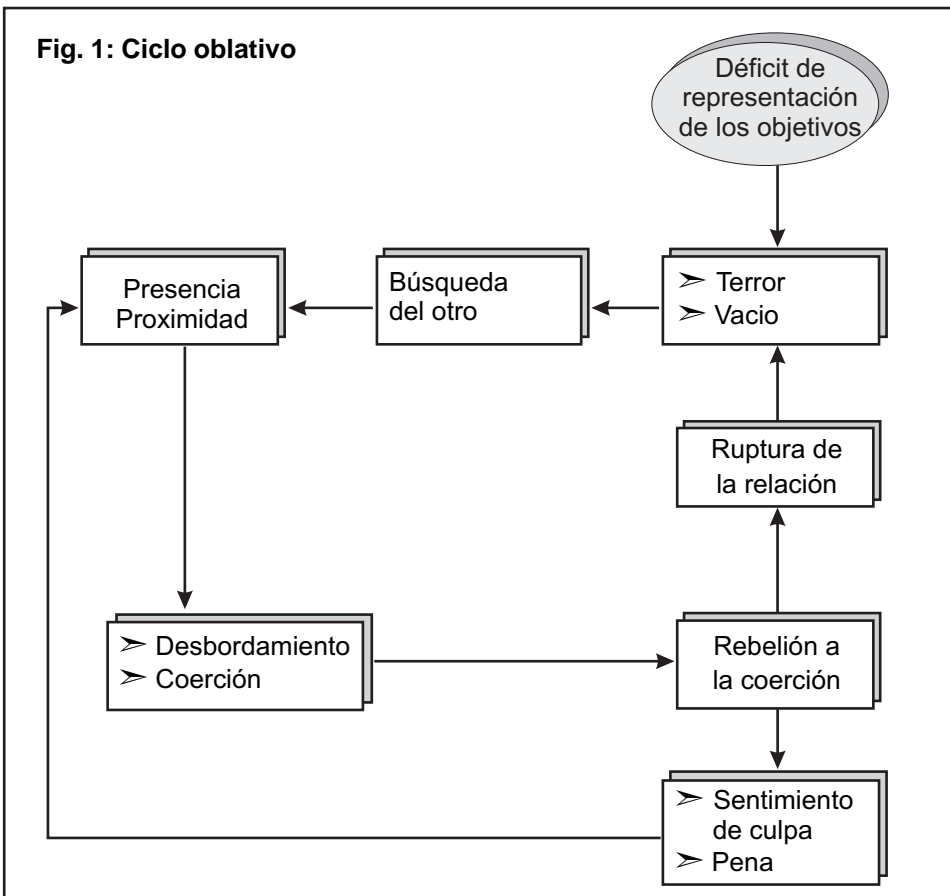


figura de referencia, se adhieren constantemente a las expectativas y los deseos del otro. Los intentos de asumir las propias metas son casi siempre ficticios; en realidad,

las nuevas metas se manifiestan en un nuevo contexto interpersonal y suelen ser la representación de las metas del nuevo contexto. Incluso los gustos culinarios, deportivos y estéticos pueden cambiar en función del otro. Mientras está en vigor la relación interpersonal, el paciente percibirá que estas metas le pertenecen, pero cuando esta relación pierde peso, las metas pierden el sentido y el valor que habían adquirido precedentemente.

En estas situaciones, no se trata de una simple subordinación o sumisión a los objetivos del otro, a quien se considera más fuerte, para obtener su apoyo y protección y poder efectuar valoraciones correctas, sino de asumir realmente los objetivos ajenos como propios, para dar forma y organizar la propia experiencia.

El concepto de ciclo interpersonal considera que las respuestas relacionales del otro implicado en la relación mantienen el ciclo problemático, perpetuando las creencias y las expectativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y los demás. En el ciclo que acabamos de describir, podemos formular la hipótesis de que el otro puede tener modalidades de control sobre la relación, de poder decisional o de centramiento de atención sobre las propias necesidades y deseos. Esta actitud favorece y mantiene en el Trastorno de Personalidad por Dependencia el comportamiento dirigido a buscar la proximidad y la presencia de la figura de referencia que, en el curso de la interacción, puede aumentar la sensación de coerción o incrementar, todavía más, la tendencia del dependiente a asumir los objetivos del otro.

En esta modalidad relacional la comprensión de la mente ajena del Trastorno de Personalidad por Dependencia es extremadamente elevada y sofisticada, pero la ausencia de descentramiento hace imposible percibir el contraste eventual entre objetivos propios y ajenos cuando aparece la coerción. En consecuencia, los síntomas que se derivan del estado de coerción o de la sensación de desbordamiento son interpretados como un acontecimiento inexplicable e imprevisto. La sensación de coerción, producida en la relación, conduce a la rebelión que podrá tener dos resultados según el estado mental o la relación de la otra figura de la relación: en un caso, el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, si ve o se representa al otro como víctima, experimentará un sentimiento de pena y de culpa, lo cual comportará un juicio moral sobre su propio comportamiento que, por lo tanto, una vez juzgado inaceptable, irá rápidamente seguido de comportamiento reparador, dirigido a restablecer el *status quo* anterior. En el segundo caso, en cambio, ante una reacción o amenaza de alejamiento del otro debida al cambio en la relación, el sujeto entrará en un estado de vacío terrorífico, que le empujará a buscar nuevamente la relación reiterando el ciclo y manteniendo el problema.

El siguiente ejemplo muestra las características de esta modalidad de relación que se ponen de manifiesto en la narración de una paciente que, fuera del estado problemático, describe coherentemente su adhesión progresiva a los objetivos ajenos como organizadora de su proceso de identidad.

P.: *Creo que el error que cometo es partir de una situación que es normal*

para todos, en la que yo me quedo en mi esfera y la otra persona permanece en la suya. Llega un momento, a medida que la situación avanza... tal vez aquella persona me atrae un poco más de lo debido, es decir, me siento admirada, estimo a aquella persona, me gusta, me da seguridad; entonces empiezo a subir muchos peldaños hacia aquella persona... recorro un camino que va en su dirección y abandono mi vida, para entrar totalmente en la de aquella persona, mi único objetivo ya no es mi vida, sino sus problemas, sus asuntos, sus dolores, sus cosas y las mías desaparecen. En el momento en que he recorrido este camino estoy expuesta a todo tipo de sufrimiento. Si lograra permanecer en y con mi vida; aproximarme a estas personas, relacionarme permaneciendo en mí, otro gallo cantaría.

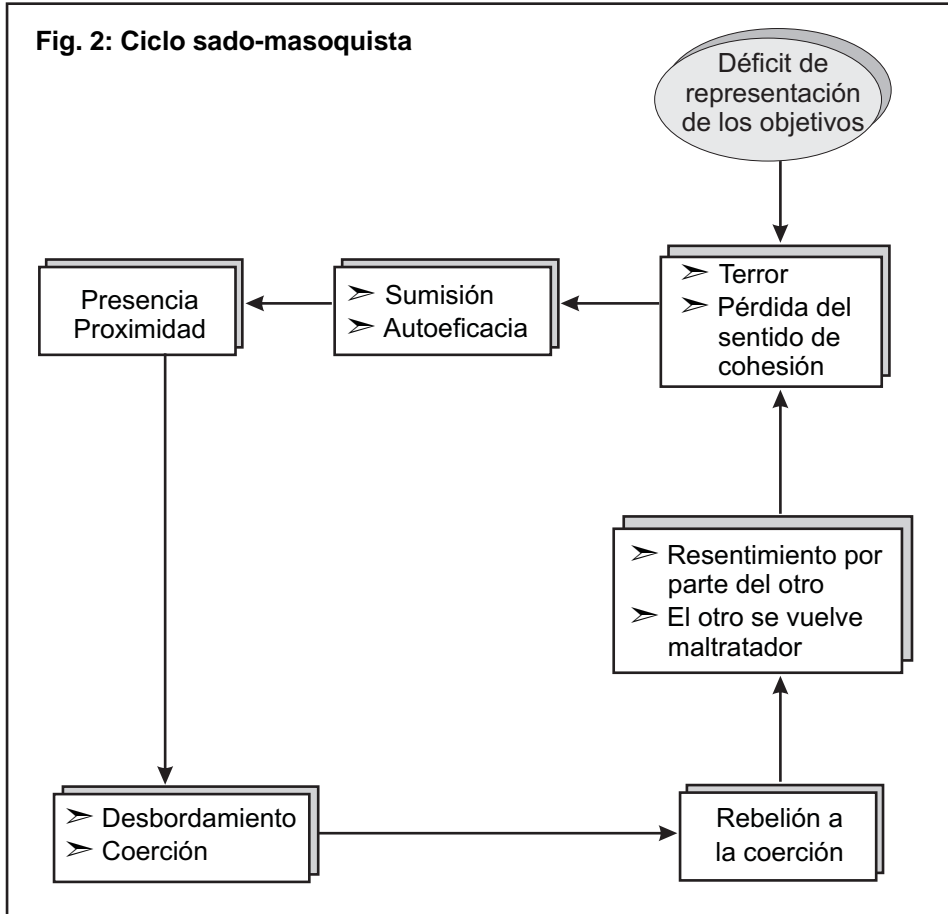
T.: Yo también lo creo.

P.: En cambio no entiendo el momento en que estoy caminando hacia el otro. Mientras estoy recorriendo aquel camino no consigo ver que estoy abandonando mi realidad para entrar a imaginarme totalmente en la suya. Me encuentro ya dentro y, por lo tanto, para mí, volver atrás sería muy costoso, ahora ya he entrado de pleno y estas cosas me hacen estar mal.

Cuando la figura de referencia del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia presenta una modalidad de relación basada en el dominio y poder sobre el otro (por ejemplo sujetos con rasgos de personalidad borderline o narcisista), puede ocurrir que la rebelión frente al estado de coerción por parte del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia suscite una reacción de resentimiento en el otro, hasta llegar a asumir, incluso, aspectos de maltrato. La pérdida de poder percibida por parte del otro puede inducirlo a restaurar el control a través de actitudes de poder que actúan sobre el miedo de pérdida y de abandono que experimenta el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia. De este modo, el otro percibe la sensación de aumento de poder sobre el otro, incrementando posteriormente comportamientos de maltrato. En este caso, la lejanía percibida y el miedo de un posible abandono inducen sensaciones de vacío terrorífico, a menudo acompañadas de pérdidas del sentido de cohesión, que incitan a la búsqueda sucesiva de la proximidad a través de la sumisión. Este ciclo puede definirse como *sado-masoquista* (Fig. 2).

Observamos también en este caso que la utilización de las capacidades de comprensión de las metas ajenas es muy sofisticada, tanto en la anticipación de las necesidades y deseos del otro, como en la captación de señales de alejamiento, crítica y abandono. Lo que resulta deficitario es la capacidad de descentrarse, que impide distinguir las propias modalidades relacionales de las del otro significativo. Con frecuencia, sin embargo, el otro se muestra incapaz (por carácter, constitución o patología) de validar objetivos ajenos, de dar apoyo o de asegurar y favorecer la autonomía. En consecuencia, en situaciones de rebelión percibida del Trastorno de Personalidad por Dependencia y de la consiguiente pérdida de control, el sujeto

Fig. 2: Ciclo sado-masquista



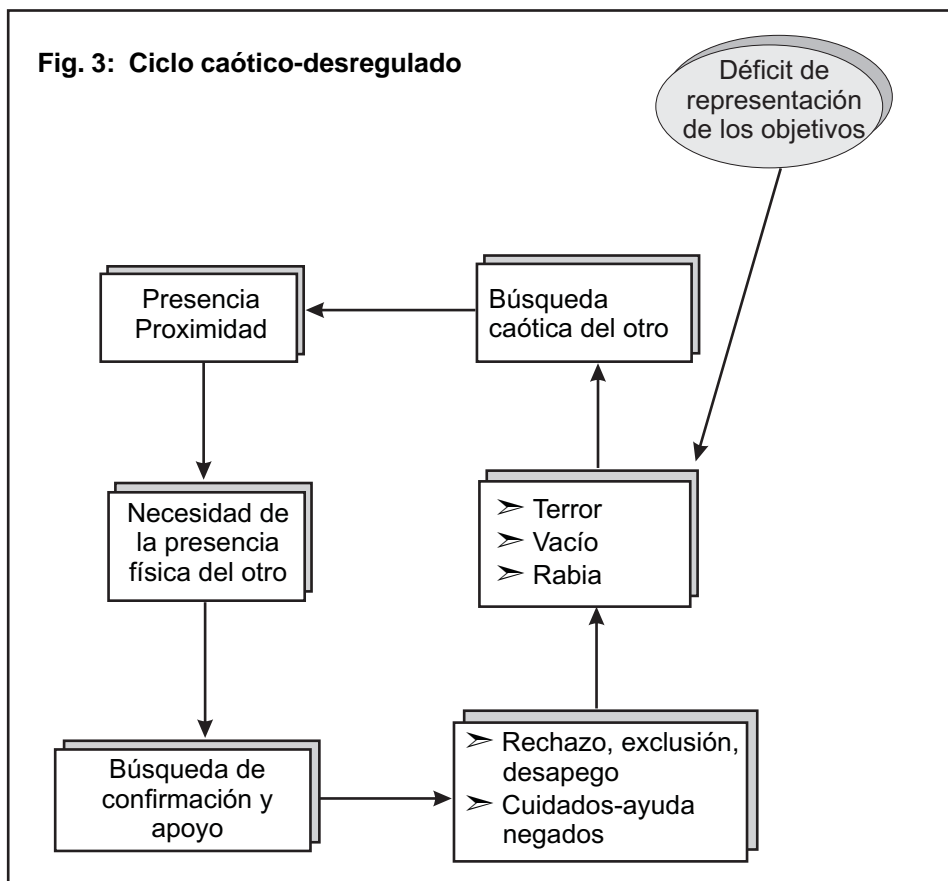
tenderá a reestablecer su poder. Precisamente por la falta de capacidad que tiene el Trastorno de Personalidad por Dependencia de descentrar, esta actitud maltratante será interpretada como exclusivamente inducida por un comportamiento propio, considerado exagerado o equivocado. El déficit de descentramiento obstaculiza además la posibilidad de percibir que el sentimiento de abandono y desapego está causado y activado también por un previo sentimiento propio de rabia y rebelión. Este último elemento está sostenido por el déficit de integración, en el sentido de que lo que resulta difícil es la posibilidad de retener en la memoria diversas representaciones del otro (maltratante, abandonador, constrictivo) que permitan construir una imagen de él, única e integrada.

En el establecimiento del ciclo interpersonal que hemos denominado *caótico-desregulado*, el sujeto tiene una comprensión de la mente ajena deficitaria que le impide comprender e integrar los estados mentales de los demás, lo cual dificulta

la construcción de una representación estable de la mente del otro; esto exaspera la necesidad de consejos y confirmaciones continuas. En consecuencia, es posible que estos pacientes impliquen a familiares y personas significativas en extenuantes y obsesivos rituales de confirmación. No es inusual encontrar que las figuras de referencia manifiesten o hayan manifestado, a su vez, comportamientos o actitudes caóticas y contradictorias que permitan dar cuenta de las dificultades de estos pacientes en estabilizar una representación de la mente ajena (Fig 3).

En ocasiones, el *setting* individual no permite captar claramente el nexo que puede existir entre las formas obsesivas de manifestar la dependencia y la conducta caótica de las figuras de referencia. En estos casos, la terapia familiar puede constituir un contexto de observación privilegiado (Carcione, Nicolò, Pontalti, 1995; Nicolò, Carcione, 1996).

Este ciclo interpersonal y el funcionamiento mental subyacente presentan muchas similitudes con el Trastorno de Personalidad Borderline, creando a veces problemas en el diagnóstico diferencial. Considerando que es frecuente observar



una comorbilidad de los dos trastornos (Morey en una reseña de 1998 refiere una superposición en el 50,8% de los casos), lo que diferencia los dos cuadros psicopatológicos es la estabilidad de las relaciones interpersonales en los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia y las frecuentes y rápidas oscilaciones del tono del humor en los sujetos con Trastorno de Personalidad Borderline.

EL MODELO GENERAL DE FUNCIONAMIENTO

El objetivo que ha guiado este trabajo ha sido definir un modelo psicopatológico, más que etiológico del Trastorno de Personalidad Dependiente, que tenga un poder heurístico capaz de proporcionar elementos útiles para un diagnóstico más preciso en términos de funcionamiento y contenidos mentales, y orientar la estrategia terapéutica.

Por consiguiente, ahora, después de haber analizado profundamente cada uno de los elementos que constituyen este cuadro, es posible proporcionar una visión de conjunto que permita comprender las relaciones entre ellos sobre la base de la estabilidad de la patología.

Tal como se observa en la fig. 4, el modelo general de funcionamiento puede leerse de modo circular, por lo que cada uno de los elementos del ciclo remite y mantiene los demás. A fin de no confundir este modelo psicopatológico con uno etiológico, atribuimos un poder heurístico mayor a un análisis del ciclo que empiece con una descripción de la disfunción metacognitiva que mantiene estados mentales problemáticos y ciclos interpersonales inadaptados. Esta disfunción, como hemos venido diciendo hasta ahora, está ligado a un déficit en la representación consciente de objetivos y deseos que determina una modalidad estable de regulación de las elecciones personales a través de la dependencia de figuras significativas. La coordinación interpersonal confiere al sujeto una fuerte sensación de identidad y autoeficacia, en tanto que los deseos y las expectativas del otro se viven como propias en virtud de un déficit de descentramiento. Este estado permite al sujeto evitar el estado mental temido de vacío terrorífico, ligado precisamente a los déficits metacognitivos descritos. En el proceder de las relaciones interpersonales, la distonía, no percibida subjetivamente dado que se mantiene a un nivel pre-representacional, entre deseos propios y ajenos, determina en el sujeto dos estados mentales; uno caracterizado por un sentido de coerción, rabia e injusticia sufrida; el otro, de desbordamiento en el que el sujeto percibe a la vez una multiplicidad de objetivos a perseguir. Ambos estados generan una manifestación sintomatológica variable que induce a sustraerse de la relación con modalidades disfuncionales, que no resuelven el cuadro psicopatológico, sino más bien lo contrario, autopercetúan el funcionamiento problemático. El restablecimiento de la dependencia impide el ejercicio de las propias habilidades, lo cual no ayuda al dependiente a aprehender las modalidades de representación y logro de los objetivos personales y no favorece la sensación de auto-eficacia. La falta de desarrollo de habilidades que promueven

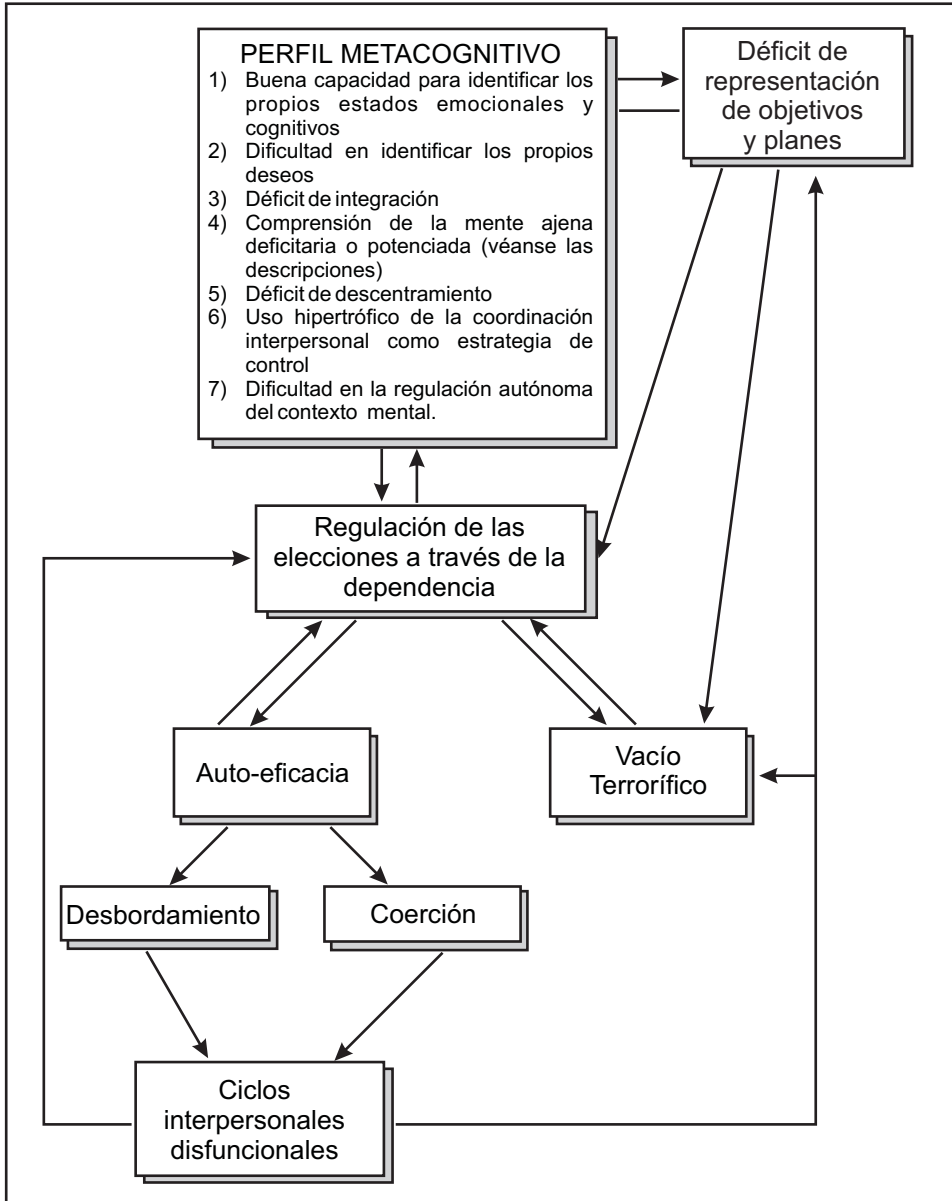


Fig. 4: Modelo general de funcionamiento del Trastorno de Personalidad por Dependencia

autonomía, genera una sucesiva dependencia.

Esta situación genera a veces en la relación terapéutica reacciones emocionales extremadamente indicativas de las características del ciclo interpersonal que el

sujeto reproduce con más frecuencia. A veces, el temor que tiene el terapeuta de crear una nueva relación de dependencia puede llevarle a apresurarse en la consecución de los objetivos concordados o a asumir actitudes propositivas, sugiriendo soluciones o proponiendo nuevos objetivos de vida para llenar el vacío. Esto contrasta con la necesidad de ayudar más bien al paciente a regular autónomamente las elecciones favoreciendo la representación de objetivos y deseos propios.

Para terminar queremos recordar que en estos sujetos la dependencia compensa una dificultad de base en representar y perseguir objetivos personales. En este sentido, incitar a una ruptura del vínculo de dependencia significa intentar eliminar los procesos de compensación y de autocuración, más que el trastorno en su globalidad y corre el riesgo de precipitar al paciente en un vacío cargado de angustia. El contrato terapéutico deberá orientarse no tanto a luchar contra la dependencia, sino a aumentar la capacidad de reconocer metas y objetivos personales. Una vez obtenido este objetivo, se hace posible discutir con el paciente modalidades más adaptativas para regular sus propios estados mentales y gestionar los momentos inevitables de ruptura relacional sin activar los ciclos inadaptados.

Pese a que el Trastorno de Personalidad por Dependencia representa uno de los trastornos más frecuentes de los descritos en el DSM, a veces se pasa por alto su dimensión clínica. El carácter poco específico de los síntomas y la escasez de problemáticas en el ámbito de la relación terapéutica, por lo menos en las fases iniciales, dificultan a veces el diagnóstico diferencial y muchas de sus características psicopatológicas se atribuyen a éste o aquel trastorno codiagnosticado, en lugar de estimular una comprensión más unitaria de la complejidad del cuadro. Los autores presentan un modelo psicopatológico que describe el funcionamiento mental poniendo de manifiesto los estados mentales característicos de los sujetos que padecen Trastorno de Personalidad por Dependencia, su variación en las relaciones interpersonales, las disfunciones metacognitivas que se considera que están en su base, que conllevan una dificultad en la regulación de elecciones autónomas, y los ciclos interpersonales que se perpetúan determinando la estabilización del cuadro psicopatológico. Las descripciones van acompañadas de ejemplos clínicos extraídos de sesiones grabadas en magnetofón para ilustrar cuanto expuesto.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad por Dependencia; metacognición; autonomía; relaciones interpersonales; alianza terapéutica

Traducción Laia Villegas Torras

Nota Editorial: El presente trabajo ha recibido el apoyo del fondo n°96/QT/23 del Proyecto Nacional para la Salud Mental, ISS.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed., Rev.). Washington, DC: APA
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.). Washington DC: APA
- BANDURA, A. (1995). Il senso di Autoefficacia Personale e Collettivo. In Bandura A. (ed.) *Il senso di Autoefficacia*. Trento: Erikson.
- BECK, A.T., FREEMAN, A. (1990). *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. Tr. it. Firenze: Mediserve, 1993
- BIRTCHELL, J. BORGHERINI, G. (1999). A new interpersonal theory and the treatment of the dependent personality disorder. In Derken et. al. (eds.) *Treatment of personality disorders* New York: Plenum Publisher.
- BIRTCHELL, J. (1997). Personality set within an octagonal model of relating. In Plutchik, R. Conte, H.R. (eds.) *Circumplex models of personality and emotions*. Washington, DC: American Psychology Press.
- BORNSTEIN, R.F. (1993). *The Dependent Personality*. New York: The Guilford Press.
- BORNSTEIN, R.F. (1996). *Dependency*. In Costello, C.G. (ed.) *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: John Wiley Sons, Inc.
- BOWLBY, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge.
- CARCIONE, A. NICOLÒ, G. PONTALTI, C. (1995). L'evoluzione delle rappresentazioni mentali come indice del processo in psicoterapia familiare. *Terapia Familiare*, 48, 11-26.
- CARCIONE, A. NICOLÒ, G. SEMERARI, A. (1999). Deficit di rappresentazione degli scopi. In Semerari A. (ed.) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- CASTELFRANCHI, C. (1988). *Che figura: emozioni e immagine sociale*. Bologna: Il Mulino.
- DAMASIO, A.R. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., CARCIONE, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M. (2001) Modelli di mantenimento dei disturbi di personalità, *Revista de Psicoterapia*, in questo numero.
- DIMAGGIO, G. SEMERARI, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1-23.
- FERNANDEZ ALVAREZ, H. (2000). Dependencia afectiva patologica. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 3, 271-282.
- HOROWITZ M.J. (1987). *States of Mind. Configurational analysis of individual psychology 2nd edition*. New York: Plenum Press.
- KERNBERG, O. (1993). The psychotherapeutic treatment of borderline patients. In PARIS, J. (ed.) *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- KUBACKI, S.R. SMITH, P.R. (1995). *An Intersubjective approach to assessing and treating ego defenses using the MCMI-III*, In Retslaff P.D. (ed.) *Practical psychotherapy disorders an MCMI-III—Based approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley-Interscience.
- MILLON, T. (1999). *Personality-Guide Therapy*. New York: Wiley-Interscience
- MILLON, T., DAVIS, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley-Interscience.
- MOREY, L.C. (1988). A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 2.
- NICOLÒ, G., CARCIONE, A. (1996). Disturbo Dipendente di Personalità: ipotesi per un modello clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 3, 81-91
- SAFRAN, J.D. SEGAL, Z. (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 1993.
- STONE, M.H. (1993). *Abnormalities of personality, within and beyond the realm of treatment*. New York: W. W. Norton Company

EL NARCISISMO EN ACCIÓN. UN MODELO DE PSICOPATOLOGÍA ILUSTRADO POR EL ANÁLISIS INTENSIVO DE UN CASO INDIVIDUAL

Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari

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

e-mail: terzocentro@iol.it

Narcissism, as explained by the authors, is characterized by: a) a typical set of mental states (grandiose, terrific depressive, of transition, of emptiness); b) a dysfunctional metacognitive pattern, in particular the poor access to emotions and desires on behalf of the subject; c) a grandiose sense of not belonging to groups and the incapacity of sharing experiences with the other; d) cognitive biases in order to regulate self-esteem; e) the use of values as a dominant modality of regulating choices; f) dysfunctional interpersonal choices in which the subject shows difficulties in asking and in receiving care or the beginning of an angry competition. These elements contribute, by interacting between themselves, to the perpetuation of the syndrome over time. We are presenting the intense description of a patient affected by Narcissistic Personality Disorder and whose entire therapy has been taped and transcribed. After a synthesis of the circuits of perpetuation of the psychopathology we are showing some session narratives which have been commented on in order to illustrate the exposed theory.

Key words: Narcissistic Personality Disorder; mental states; cognitive biases; metacognition; emotions.

INTRODUCCIÓN

En un artículo reciente hemos propuesto que: el trastorno de personalidad narcisista puede describirse mediante su descomposición en áreas disfuncionales y contenidos típicos y que estos elementos básicos interactúan entre sí estabilizando la psicopatología en el tiempo (es decir, convirtiéndolo en un trastorno de personalidad). En este artículo, después de describir el trastorno y exponer el modelo de mantenimiento, analizaremos exhaustivamente el primer año de terapia de una paciente con trastorno de personalidad narcisista, enteramente grabado y transcrito. Nuestro objetivo es ilustrar las disfunciones y algunos de los recorridos más significativos del circuito de auto-perpetuación.

RADIOGRAFÍA DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA

La personalidad narcisista puede describirse a partir de un conjunto de elementos psicológicos que interactúan reforzándose recíprocamente y manteniendo el síndrome. En el modelo integrado del narcisismo, que constituye la base teórica de nuestro enfoque terapéutico, los elementos constitutivos de la psicopatología son los siguientes:

1) Un conjunto de diversos estados mentales: el *Estado Grandioso* cuyos temas son grandiosidad, autosuficiencia, superioridad, unicidad, extrañeza respecto a los grupos o sentimiento de pertenecer a comunidades ideales, a menudo fantasiosas. Las emociones son: frialdad e indiferencia o euforia, percepción de fuerza y sentimiento de gran eficacia personal. El cuerpo a veces se siente como fuerte, vital, pero es común que no se preste atención a las sensaciones somáticas. El estado negativo presenta dos subtipos. El primero es un *Estado de Vacío desagradable* constituido por: vacío, frialdad, refugio en el mundo de las fantasías, aislamiento relacional, no-pertenencia al grupo. La indiferencia emocional, respecto al Estado Grandioso, tiene un matiz de diversidad más que de excepcionalidad y en esta fase el sujeto no siente deseos, vive en una irrealidad incómoda. El segundo es un *Estado Depresivo*. Los pacientes no lo explican de buena gana, es intensamente negativo, los temas son: fracaso, expulsión del grupo y sentimiento de amenaza, derrota, autodesprecio, inconsistencia de la identidad y sumisión. Las emociones son: tristeza, vergüenza, nostalgia de la edad de oro, ansiedad hasta el pánico, sentimiento de fragmentación. Se presentan síntomas hipocondriacos. El estado negativo corresponde en gran parte a la descripción de los pacientes que da Kohut (1971, 1977). Si el paciente percibe el riesgo de caer en el Estado Depresivo entra en el *Estado de Transición* compuesto por: rabia, dirigida a defender la autoestima y eliminar los obstáculos, desregulación emocional que lleva al *acting-out* auto y hetero-agresivo (Kernberg, 1975; Millon y Davis, 1996), consumo de sustancias, *workaholism* (Young y Flanagan, 1998).

2) Un déficit de la función metacognitiva, a saber, la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos y de utilizar este conocimiento para regular la conducta y manejar el sufrimiento psicológico (Fonagy, 1991; Carcione, Falcone, 1999). Los aspectos disfuncionales son: a) dificultad en autorrepresentarse emociones y deseos no integrados en la imagen grandiosa de sí, tanto en su componente emocional (alexitimia) como cognitiva (Jellema, 2000; Krystal, 1998; Lowen, 1983); dificultad en conectar los estados internos con la evolución de las relaciones (Kernberg, 1975); b) descentramiento: brilla por su ausencia la capacidad de salirse del egocentrismo cognitivo (Piaget, 1926) y, por tanto la de asumir la perspectiva del otro, de comprender sus motivaciones y deseos, la historia personal que guía sus conductas (Beck, Freeman y otros, 1990; Benjamin, 1993; DSM-IV, APA, 1994; Fiscalini, 1994; Kohut, 1966; Kernberg, 1967; Millon y Davis, 1996). Los narcisistas tienen una buena teoría de la mente pero no tienen en

cuenta el conocimiento disponible para dar sentido a las relaciones. Si el otro no garantiza atención, admiración y apoyo, el narcisista no utiliza el conocimiento disponible para comprender y aceptar su conducta.

3) Una dificultad estable en compartir las experiencias con el otro en una relación dual y en sentirse pertenecientes a grupos (Beck, Freeman, 1990; Ornstein, 1998; Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999).

4) Predominio del uso de los valores por encima de las emociones y el acuerdo interpersonal, en la regulación de las conductas. Los narcisistas fijan un conjunto limitado de objetivos que una persona ideal debería perseguir y dejan que esto guíe su acción. Esperan que todos sigan ese sistema de valores. El canal emocional se escotomiza, las relaciones personales se ven continuamente amenazadas porque el otro tiende a ser juzgado como un transgresor de la ley (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999).

5) Modalidades típicas de regulación de la autoestima. El Self real debe coincidir con el Self ideal (Kernberg, 1975) y el Self ideal, en algunos pacientes, se representa como un ser que asciende a grados progresivos de perfección (véanse los esquemas implacables de exigencia “*unrelenting standards*”, Young y Flanagan, 1998). La regulación de la autoestima está ligada a distorsiones cognitivas, disminución de la autoexaltación (“*self-enhancement*”, Dimaggio, Pontati, 1997; John y Robins, 1994; Robins y John, 1997). Si en la confrontación entre las dos imágenes se perciben discrepancias, la autoestima se ve amenazada y el sujeto corre el riesgo de caer en estados negativos.

6) Ciclos interpersonales disfuncionales (Milton y Davis, 1996; Peyton y Safran, 1998). Los esquemas prevalentes entran en las áreas de la competición y la evitación de la intimidad (Gilbert, 1992; Jellema, 2000). Si no se satisface la demanda de admiración, el paciente acusa al otro, le culpabiliza o bien se retira resentido de la relación. El otro reacciona sometiéndose y evocando desprecio, o bien compite activamente y a la larga se distancia de la relación, dejando al paciente solo en una torre de marfil, poblada por fantasías grandiosas o resentimiento paranoide. Las demandas de atención se formulan de manera incongruente, difícil de comprender y dejan al narcisista insatisfecho por la respuesta, sometiéndolo al riesgo de fluctuaciones de la autoestima.

El modelo de funcionamiento narcisista

La interacción entre un número limitado de estos elementos puede mantener el síndrome en su totalidad, mientras que el predominio de algunos factores respecto a otros da cuenta de los diversos subtipos de narcisistas, descritos por la literatura (Akhtar y Thomson, 1982; Cooper y Ronningstam, 1992; Gabbard, 1989; 1998; Kohut, 1971; Kernberg, 1985; Fiscalini, 1994; Peyton y Safran, 1998; Millon y Davis, 1996). Describiremos esquemáticamente los principales circuitos que permiten que la personalidad narcisista permanezca estable, así como su evaluación

empírica, haciendo del modelo una buena heurística para la comprensión del trastorno y el carácter verificable del modelo de tratamiento.

Partamos del déficit metacognitivo: incapacidad de acceder a los propios deseos, objetivos y emociones (déficit de autorreflexividad) junto a la dificultad de descentramiento. Su expresión subjetiva inmediata es el sentido de no-pertenencia. Tener dificultades en reconocer los estados internos y en adoptar la perspectiva del otro disminuye la habilidad de captar rasgos comunes entre mundos interiores y desarrollar un diálogo cooperativo: el resultado es una experiencia de diversidad, extrañamiento, conflicto. La no-pertenencia hace vulnerable la autoestima. Los narcisistas, que obedecen un conjunto de valores rígidos, se perciben fácilmente juzgados según estándares inflexibles. Dado que su autoestima depende de la coincidencia entre la imagen real y la ideal de sí, cuando perciben discrepancias (a causa por ejemplo de la idea de haber sido juzgados negativamente) entre las dos autorrepresentaciones, caen en los estados mentales negativos o en el de transición que tiene un valor defensivo.

La falta de acceso a los estados internos no integrados en la autoimagen grandiosa, unido al déficit de descentramiento, compromete la atribución de sentido a las relaciones interpersonales que se evitan. A la larga, esto puede conducir al aislamiento y vacío. Sobre esta base, los estados internos y las relaciones actuales pierden la conexión psicológica: las relaciones no se consideran como causas posibles de los estados internos (si no es en los términos de si los demás reconocen o no sus cualidades y responden con la debida atención). El razonamiento se vuelve autárquico. Un estado de malestar no se conecta, por ejemplo, con el distanciamiento de la pareja a causa de un viaje, sino que se atribuye a una fluctuación específica del humor. Las relaciones interpersonales reales son conflictivas y empeoran las capacidades metacognitivas: los estados de competición, falta de reconocimiento y desprecio no ayudan ni a decodificar el estado interno ni a formular hipótesis sobre el estado mental del otro, escuchando con atención y sensibilidad su discurso.

La falta de acceso a los propios deseos hace problemática la regulación de las elecciones y el canal del acuerdo social se halla demasiado comprometido para poder utilizarlo provechosamente; en consecuencia, se utilizan los valores como un mecanismo substitutivo. Sin embargo, su uso extensivo excluye activamente de la conciencia la información sobre los estados internos propios y de los demás y conduce a una visión del mundo rígida y estereotipada. La rigidez de las expectativas, dictada por los valores, reactiva fácilmente la puesta a prueba de la propia perfección. La búsqueda del estado grandioso y la evitación de los estados negativos se vuelven compulsivos. Evitar los estados negativos no permite construir estrategias articuladas metacognitivamente para resolverlos. Los narcisistas entran en estados en los que se sienten amenazados e, incapaces de pedir ayuda, tienden a modalidades de auto-cuidado. La afección de las relaciones no permite a los demás prestar ayuda para manejar el dolor psíquico. Las estrategias de evitación de la

relación se refuerzan. La reducción de las interacciones con los demás no permite ejercitar ni mejorar las habilidades metacognitivas.

Recrearse en la autoimagen grandiosa refuerza la sensación de no-pertenencia y aumenta el desapego. La salida de los estados negativos se busca a través de la comprobación dirigida a negar la fundamentación de las imágenes negativas del sí mismo: a este fin los narcisistas se plantean objetivos altamente valorizados que intentan alcanzar de modo compulsivo. Si tienen éxito en la operación se supera de nuevo el test de la autoestima y de nuevo se supera y experimenta una sensación de fuerza y actividad. El circuito vuelve a funcionar. Cuando vuelve a aparecer la sensación de culpa del superviviente empeora el trastorno (Modell, 1984, atribuye una importancia central a esta emoción en el mantenimiento del síndrome). Cuando uno intenta realizar los propios deseos, las relaciones interpersonales empeoran de forma paradójica. Se percibe a los compañeros como débiles, tirando hacia abajo, el sujeto espera ser absuelto por su ambición. La rabia y la arrogancia se convierten, desde este punto de vista, en formas de reivindicación de un derecho imaginariamente amenazado. El sentimiento de culpa puede llegar a ser tan insoportable que el narcisista reprime activamente los estados de deseo, lo que empeora el déficit de autorreflexividad, hace indignos los proyectos dignos, inconfesables y expuestos a la reivindicación por parte de los demás. El único modo de poder acceder a los deseos y de connotarlos como valores, es garantizar una pátina de justicia objetiva, divina, que justifica las elecciones de la vida.

Análisis de caso único

Ahora bien, ¿de qué instrumentos podemos disponer para no quedarnos en el campo de la pura teoría y garantizar a nuestro modelo una base empírica más confortable? El análisis de caso único es el camino que seguimos, aplicando instrumentos de valoración del proceso tanto a las sesiones grabadas y transcritas en su totalidad, como a fragmentos de las mismas, que ilustren con las inferencias mínimas, los elementos del trastorno y las interacciones que mantienen activo el circuito. En este artículo seguiremos la segunda metodología^{1&2}, Exponemos un análisis intensivo de las primeras 38 sesiones (el primer año de terapia) de una paciente afectada por el trastorno narcisístico de personalidad, además de dos fragmentos de sesiones del segundo y tercer año de tratamiento en el que se perciben claramente los cambios. Hemos subdividido las sesiones del primer año en tres fases, a fin de ilustrar las áreas disfuncionales dominantes para cada periodo y las intervenciones del terapeuta, dirigidas a ponerlas de relieve. Cada fase corresponde a un cambio de contenido, de funciones metacognitivas o de cualidad en las relaciones. A través de los fragmentos comentados iremos ilustrando: a) cada una de las disfunciones; b) algunas de sus interacciones; c) el cambio entre las diversas modalidades de funcionamiento mental en el seno de la relación terapéutica; d) la evolución de la relación terapéutica.

LA HISTORIA DE CARMEN

El problema para el que Carmen solicita una terapia hace referencia a la dificultad de elegir, acompañada de una sensación de agotamiento mental y un estado depresivo. Tiene 25 años, es licenciada desde hace un año y no logra tomar decisiones sin una agotadora reflexión sobre los pros y los contras de cualquier situación que se le presente. Pide consejo a las personas cercanas pero “*sólo para oír su opinión, luego hago la mía*”. El objetivo parece ser el de realizar la mejor elección posible. El humor es establemente negativo, tiene a menudo crisis de llanto, cuyo motivo no comprende.

Sus padres están en proceso de separación. Carmen niega sentir emociones negativas a causa de este acontecimiento. Lo describe todo con distancia, como problemas que solamente merecen ser tratados racionalmente para favorecer una comunicación civilizada entre personas equilibradas. Tiene un hermano tres años más joven que sufre por la separación, pero Carmen, irritada, no entiende el motivo. Es una chica guapa, atlética, inteligente, viste informal al estilo de la burguesía de la ciudad y le gusta estar en todas partes, en los círculos sociales, los clubs más elitistas, pero siempre sin sentirse completamente perteneciente a un único lugar. La descripción de sus relaciones afectivas es llana, explica sin mover una ceja que tuvo una relación importante que duró cinco años, acabada por consenso y sin crisis, ambos acordaron seguir caminos diferentes en la vida. La demanda de Carmen es de una terapia cognitiva porque es breve, va directamente al problema y no es necesario buscar quién sabe dónde. La idea de una terapia larga le molesta e irrita.

LAS FASES DEL TRATAMIENTO

Primer periodo (sesiones 1-14): la ausencia de emociones. Déficit de autorreflexividad, sensación de no-pertenencia, evitación de la intimidad. Elecciones según valores y según distorsiones de autoexaltación

Las primeras sesiones con Carmen tenían una función predominantemente diagnóstica. El objetivo común del terapeuta y de la paciente era, por tanto, el de identificar los estados internos de la paciente, su autoimagen y los mecanismos que la guiaban en sus elecciones. Los elementos psicopatológicos dominantes en esta fase de 3 meses de terapia son: 1) el déficit de autorreflexividad, en particular la alexitimia y la falta de conexión del estado interno con las variables relacionales; 2) el predominio del estado mental de vacío y la tendencia a la evitación de la intimidad; a veces Carmen oscila hacia el estado depresivo; 3) la sensación de no-pertenencia, destacado y crónico (con excepción del contexto familiar, al cual Carmen siente pertenecer); 4) las elecciones realizadas según el uso de valores y distorsiones de autoexaltación.

Veamos algunos ejemplos de déficit de autorreflexividad, en la primera sesión, partiendo de la falta del escaso reconocimiento de los deseos y las emociones que lleva a Carmen a tener una sensación crónica de confusión y fatiga:

P.: *Estoy siempre haciendo razonamientos, o teniendo una visión en la que todo va bien o todo va mal, de todo o nada... para poner un ejemplo, a veces voy a pasear con los tejanos rotos, y otras con vestido-chaqueta... y así un poco en todo, o sea me gustan muchas cosas... estoy que no sé cuál es mi dirección... me gusta muchísimo hacer deporte, me he sacado el carnet de submarinista, he ido en ala delta, luego voy al gimnasio y juego al voleibol...*

T.: *¿le gustaría ser una persona más tranquila?*

P.: *sí, así es, y luego me,... digamos, tengo este sobreesfuerzo mental... soy licenciada desde hace dos años, estoy preparando unas oposiciones... pero digamos en realidad me he hartado de llevar una vida dedicada sólo a los estudios, o sea también quisiera entrar en un mundo de trabajo... luego me meto en situaciones en las que hago de todo; un poco sí me gusta tener muchas cosas que hacer, pero por ejemplo me ocurre que tengo demasiados hobbies, demasiados, y no saber elegir.*

En este fragmento se observa que falta la connotación emocional de los acontecimientos, el proceso de decisión se intenta a través de la confrontación racional entre cada una de las alternativas o se abandona del todo. De hecho, Carmen no realiza elecciones. En la misma sesión se observa la falta de acceso a las emociones negativas: explica una separación afectiva como si fuera un proceso de acuerdo recíproco entre dos personas que reflexionan sobre la conveniencia de tomar dos caminos distintos (que no especifica) en la vida: no aduce ningún motivo por el que tenía que terminarse la historia.

P.: *... la historia ya se tambaleaba de antes, y cuando volví (de un viaje a América) continuó durante un año muy bonito... yo con este chico he estado desde los diecinueve a los veinticuatro, por lo que luego cada uno también tiene, verdaderamente, la necesidad de crecer solo... estuvimos bastante de acuerdo sobre esto,... aunque luego durante un año entero nos despedíamos diciendo "sí, yo te quiero, yo también te quiero, pero, sabes, en este momento no podemos estar juntos".*

T.: *Típico.*

P.: *Típico, absolutamente clásico (ríe) algo absurdo, pero fue así.*

Además de la ausencia de marcación somática, Carmen también muestra haber llevado a cabo automáticamente un comportamiento de evitación de la intimidad sin un motivo declarado: el motor de la acción es la necesidad de estar sola para crecer.

En la segunda sesión, vuelve a aparecer la alexitimia que acompaña una elección efectuada según una autoexaltación, distorsión típicamente narcisista, la búsqueda de estados superiores de perfección.

P.: *El problema es que tenía un pecho que no me gustaba porque era demasiado pequeño, me gustaba la forma pero era demasiado pequeño... ¡no es que tuviera complejo o que hubiera tenido problemas! (niega*

decididamente la presencia de emociones negativas)... yo que sé, un chico que me hubiera dicho algo...; así que, también me planteé que tal vez había algo debajo que intentaba tapar con esta operación... me daba cuenta perfectamente de los riesgos de esta operación... había esta sensación de malestar, de querer cambiar algo que no me gustaba,... era realmente una exigencia primaria de mi vida en ese momento,... absorbía mucha energía hasta convertirse en un pensamiento dominante.

T.: *¿Una idea fija?*

P.: *Sí, como una idea fija.*

T.: *¿Qué pensó? ¿en qué consistía esta fijación, cuál era el pensamiento?*

P.: *Digamos que fue pensar en el hecho de si era correcto o no hacer una cosa de este tipo (la elección se realiza en ausencia de marcación emocional, recorriendo a los valores, en este caso el de la adecuación) porque desde cierto punto de vista es una violencia que uno le hace a su cuerpo,... quería valorar todos los pros y contras... es un salto en el vacío porque igualmente uno no sabe si después le gustará o no...*

T.: *Disculpe la pregunta, puede parecer indiscreta, pero...*

P.: *(anticipándose al terapeuta) no, pero no es tanto, cambió de una talla... pasé de la primera a la segunda, o sea normal.*

T.: *Es decir, hizo una operación muy atenta, calculada.*

P.: *Sí, decididamente... debía ser algo coherente con mi físico, o sea, era como si le faltara un trozo tal como era, no sé cómo explicarlo.*

T.: *¿Qué buscaba?*

P.: *Buscaba la armonía con todas las otras partes de mi cuerpo.*

T.: *Es decir, ¿un ideal?*

P.: *Un ideal mío, relativo a mí, no de alguna otra persona sino sólo mío.*

T.: *¿Cómo debe ser el ideal de sí misma?*

P.: *Un ideal que perseguía es un ideal de proporción, de armonía.*

T.: *¿Inspirado en?*

P.: *En mis ideas personales... una visión mística de la belleza en general.*

En este episodio, Carmen es completamente autorreferencial, poco después afirmará que siempre ha tenido esta sensación interna de insatisfacción. El terapeuta explora los acontecimientos relacionales anteriores a la operación en busca de emociones negativas que la hubieran motivado. La respuesta es que, pocos meses antes, la relación de cinco años de duración había acabado y que pasaba una época de fuerte depresión. Niega sin embargo que ésta estuviera ligada a la separación: en su representación, el problema era la dificultad de reorganizar la vida sola, unida a la relación problemática con su padre que hacía poco que se había ido de casa. El terapeuta plantea la hipótesis de que estos elementos hubieran podido influir en la decisión, pero la respuesta es un no rabioso y helado. Este dato es conforme con la observación de Kernberg (1975) según la cual los narcisistas no conectan los

estados internos a las variables relacionales. Se observa que los afectos negativos ligados al final de la relación (el estado de depresión fuerte), previamente escotomizados del relato, aparecen ahora: al narcisista no le falta la experiencia emocional, sino que la excluye selectivamente del campo de la conciencia. Paralelamente, Carmen describe el sentido de no-pertenencia a los grupos:

P.: *Soy una outsider, no pertenezco a nada, ni a nadie... no sé; unas Navidades jugué tres millones en una partida, y al día siguiente estaba en otra partida donde el premio era de ventemil liras... estoy muy bien en todas partes, estoy completamente cómoda, tranquila, pero me falta el hecho de tener un grupo mío, en el que sienta que soy igual que todos.*

Algunas sesiones después, Carmen dirá que siempre se siente con un pie fuera, porque siente que no es inferior a nadie, que tiene cualidades que los otros de ese grupo no tienen, como si ella fuera la suma de todas las cualidades asimiladas de todos los ambientes que frecuenta³. En la quinta sesión, se mantiene el estilo narrativo alexitímico (Dimaggio, Semerari, 2001):

P.: *El martes me levanté como si estuviera en coma (sonríe) no sé por qué, tenía, realmente no logré estudiar, estaba medio atontada y además había ido el fin de semana a Porto Ercole con aquel amigo mío, Biagio,... pero desapareció; entonces yo el martes estaba en coma por mi cuenta, luego decía “pero, qué extraño, éste ha venido igual que se va”, es un comportamiento un poco contradictorio,... luego pensé en la tarea principal que me había dado para casa, que era el de observar, ¿no? Lo que quería, sentía, etcétera, etcétera.*

T.: *Empezó por elegir si hacer la terapia o no.*

P.: *Sí, eso es, empecé con esto... no es que decidiera en seguida... no podía ni concentrarme en el estudio porque tenía, a parte precisamente esto de la terapia... si en realidad lo podía resolver de otra manera, o bien si ahora no era el momento, porque en realidad siento que algo está cambiando, al margen de la terapia, que en definitiva todavía no es... sí, serán concomitantes (ríe)... dije “bueno, yo, yo, nunca habría llamado a este tío”, en cambio dije “no, bueno, quiero llamarle”, llamé...*

En este episodio se muestra el componente de distanciamiento y el sentimiento subjetivo de falta de adherencia al mundo, en fases más avanzadas de la terapia será más relevante el componente de distancia resentida y frialdad relacional. En la continuación del episodio, la paciente se interroga sobre la idea de emprender una terapia. La primera solución mental es autorreferencial: “*Siento que algo está cambiando, al margen de la terapia*”. El relato es anecdótico, los estados internos vagos y la intención comunicativa no es explícita: ¿por qué explica una cita a la que no acudió Biagio? No se aportan las informaciones relevantes: ¿de qué modo está teniendo lugar el cambio? ¿respecto a qué objetivos? ¿por qué el interlocutor debería considerar importante su decisión de llamar a Biagio y cuál es el estado que

movió esta decisión? De todos modos, el tema común reconocible es el de la entrada en las relaciones.

En este periodo, las elecciones se realizan basándose en valores. En el siguiente sueño es posible establecer un nexo psicológico entre una voluntad fuerte que aplasta los deseos (“*paso por encima de mis cosas, pero al final obtengo lo que quiero*”) y el miedo de la agresión. La escena del sueño es una playa, el riesgo que corre la protagonista es el de ser asesinada. La vía de escape es agarrarse a un cable de acero suspendido en el vacío. El terapeuta subraya los dos aspectos de esta vía de escape:

T.: *El cable de acero es fuerte pero no está atado a nada... ¿la han descrito alguna vez como una chica que tiene algo de acero, como el carácter?*

P.: Sí.

T.: *¡Ah! Es decir, le han dicho una vez que tiene un carácter de acero.*

P.: *Sí, sí, me dicen que soy muy dura conmigo misma... es una parte de mi carácter... cuando he decidido hacer o tener una cosa, quizá paso por encima de mis cosas, pero al final obtengo lo que quiero.*

Poco después, refiriéndose a otra escena del sueño en la que, en lo alto del cable observa unas chicas haciendo una competición de voleibol, describe la dinámica narcisística, la forma de autoexaltación en la que domina la búsqueda constante de autosuperación (Dimaggio, Pontalti, 1997)

P.: *...Me las tengo conmigo misma, con mis límites... las peleas son conmigo misma.*

El fragmento es coherente con las observaciones por las que la activación del poner a prueba la autoestima según formas de autoexaltación parte a menudo de la evitación de estados negativos; tanto el tema de las elecciones según el deber ser, como la autosuperación, siguen el relato de un sueño en el que una subida permite evitar un peligro mortal.

Segundo periodo (sesiones 15-26): la evitación de las emociones y de las relaciones íntimas y su vínculo con el juicio negativo recibido. El estado de vacío. La evitación de la relación terapéutica.

El segundo periodo se caracteriza por la marcada tendencia a la evitación de la relación para buscar el retiro en la autosuficiencia. Esta estrategia también está ligada al juicio negativo recibido. Carmen habla de un momento de ternura con la primera pareja pero niega que la relación tenga un papel en generar un estado interior agradable (sesión 18)

P.: *Gregorio llegó en avión... le fuimos a buscar, durmió en mi casa y luego por la mañana le acompañamos al aeropuerto...*

T.: *¿tiene un significado este encuentro con Gregorio?*

P.: *¿un significado? Pues,... sí.*

T.: *Si me lo ha explicado, quiere decir que tal vez tiene un significado*

particular.

P.: *Sí, algún sentido tendrá, sinceramente no sé qué sentido tiene (tres años después Carmen compra una casa con Gregorio y piensan en casarse).*

T.: *¿qué significado tiene Gregorio en su vida ahora?*

P.: *No lo sé, porque en este momento no me gusta nada cómo soy, cómo trato las personas, ¿no me gusta en absoluto! No me soporto sola... ¿qué significado tiene? ¿qué quiere decir? ¿no lo sé!... no me gustan algunas de mis actitudes... nadie logra pillarme del todo.*

T.: *¿Existe alguna persona que... sea más capaz de entenderla?*

P.: *¡Mi hermana! Ah, hablaba de hombres: Gregorio.*

T.: *¿Gregorio? Intentemos entender qué significa esta relación.*

P.: *He elegido un hombre del cual sé seguro que no me puedo enamorar porque, haría una locura, por lo tanto la elección ya me parece indicativa de... ¿ni yo sé de qué! Quizá del hecho de no querer meterse totalmente en el juego y ¿qué significa? No lo sé, probablemente significa tener las espaldas cubiertas, no sé.*

T.: *¿En qué sentido?*

P.: *Que igualmente, no estar completamente sola... se trata de la presencia física de una persona... le puedo tocar, abrazar...*

T.: *¿Es importante esto?*

P.: *Sí, creo que no puedo prescindir de ello.*

T.: *¿Por la cosa en sí o por el hecho de que sea precisamente Gregorio quien la abraza?*

P.: *Sí, por el hecho en sí.*

T.: *Aunque fuera de otro cualquiera.*

P.: *No, de uno cualquiera no, pero en definitiva, hay tantos chicos en el mundo, si no fuera él ¿probablemente habría otro!... pienso que es una manera mía de ser con las personas, me encariño, les quiero, ahora parecerá feo, pero también con los animales.*

Carmen niega la tendencia a establecer una relación con Gregorio y la intervención del terapeuta está orientada a conectar la descripción (“*me ha abrazado y me ha gustado*”) a la relación afectiva con otra persona significativa. Poco después, en la misma entrevista, Carmen describe el placer que experimentó al haber recibido cumplidos de Gregorio, pero al mismo tiempo afirma que si él no estuviera no cambiaría nada. En este punto, la intervención del terapeuta mira a conectar un pasaje de la relación terapéutica en una sesión anterior con lo que sucede en la relación actual entre Carmen y Gregorio, con tal de mostrar que no se trata de un verdadero desinterés sino de la evitación de los afectos positivos y de comportamientos de búsqueda de atención.

T.: *¿Se acuerda de aquella sesión hace poco tiempo en la que no tenía ganas de decir nada, no tenía ganas de hablar? Yo le dije: la respeto,*

¡salgo fuera! Y usted me respondió: ah no, pero que hace, ¿me deja sola?

P.: No.

T.: ¿Le dejo escuchar la cinta? (con tono fingido de amenaza).

P.: No, no, de esto me acuerdo perfectamente, pero no me parecía que fuera eso.

T.: ¿Usted alimenta la atención a través de decir no me interesa en absoluto lo que hacemos aquí?

P.: No, “no me interesa en absoluto lo que hacemos aquí”, es imposible.

T.: ... “hoy no tengo ganas de trabajar”...

P.: (ríe) “hoy no tengo ganas de trabajar”, eso ya es más aceptable.

T.: Entonces hay que ver lo motivado que estoy para hacerme cargo de usted, ¿no?

P.: No lo creo, porque hubiera sido una prueba estúpida...

T.: No es una prueba estúpida, usted dice: “yo no quiero trabajar” y yo respeto su deseo, pero en realidad su deseo era trabajar, intercambiar alguna cosa.

P.: Bueno... a veces, cuando a uno no le apetece puede dejarse llevar por otra persona...; pero es un problema mío, no dejo que las personas entren en mi espacio.

En las sesiones 22-25 se observa que la evitación de las relaciones está correlacionada con el juicio negativo recibido. Carmen no pasa el examen y la tendencia comportamental es a recluirse en la torre de marfil; se alternan el estado depresivo y el de vacío.

P.: Estoy muy desanimada... ahora no consigo pensar qué hago en septiembre, cómo vuelvo a estudiar, si tengo que matricularme a un curso o no, si tengo que trabajar, me siento pachucha, deprimida.

T.: (el terapeuta nota que el tono de voz es ansioso): ¿porqué está angustiada?

P.: No lo sé... una sensación de vacío, de no tener nada que hacer.

T.: Es una novedad para usted. Está siempre tan atareada. ¿Cómo es esta sensación de vacío?

P.: Más o menos como una sensación de frenesí (sonríe) uno tiene pensado organizar doscientas mil cosas y luego... confusión... necesito una semana de aislamiento.

En la siguiente sesión, la distancia afectiva de Carmen es completa: programa meses de vacaciones mientras sostiene que quiere volver a intentar las oposiciones (que requiere mucho esfuerzo y es totalmente incompatible con sus proyectos). La actitud hacia el terapeuta es de desprecio de adolescente. El terapeuta pregunta a Carmen las motivaciones que la podrían guiar en la elección entre dos profesiones, obteniendo una respuesta inadecuada al nivel cultural de la paciente, pronunciada con suficiencia. El terapeuta la encara duramente con esta actitud.

T.: *Creo que esta charla de ahora...*

P.: *iluminadora...*

T.: *no me ayuda mucho.*

P.: (ríe)

T.: *Tengo que decirlo, ¡Carmen!: estamos hablando sobre una elección de vida,... quiero decir usted es una chica inteligente, y me responde con estas dos palabritas... Una entrevista a una niña de dieciséis años me aportaría respuestas más profundas que la suya...*

P.: *Me ha dado un poco de pereza.*

T.: *Ah, le ha dado pereza, pero es de su vida que estamos hablando.*

En la siguiente sesión, Carmen aumenta el esfuerzo relacional y se vuelve capaz de metarreflexionar sobre los temas discutidos. Decide no hacer las vacaciones y estudiar con esfuerzo. El relato detallado de un diálogo con la pareja (el estilo narrativo ya se está modificando, aumenta la referencia a estados internos, los episodios relacionales toman el lugar de las teorías sobre el mundo) desvela un conciencia sobre su propio mundo mental.

P.: *Siempre tengo miedo de que descubran que no soy capaz... esta noche hemos hablado toda la noche de cómo soy yo, de traiciones, seguridades, inseguridades... del hecho de que yo no lo digo todo por miedo de ser juzgada. No digo ni las cosas demasiado bonitas ni las demasiado feas... hago razonamientos poco lineales y él a veces me riñe: no, porque tú aquí o dices una cosa o dices otra, no es posible que sea así. Entonces yo me extraño (sonríe), o sea, me doy cuenta de que tiene razón, sé que soy así... nadie nunca se ha dado cuenta porque no le he dado la posibilidad... o porque estaba totalmente segura de las tonterías que decía que igualmente las aceptaban... Gregorio dice que tengo miedo de que me encuadren...*

Carmen se salta dos sesiones antes de las vacaciones de verano. La primera sesión después de regresar se caracteriza por un cambio significativo positivo en las capacidades metacognitivas. Identifica mejor los estados interiores, accede a los aspectos de placer de la intimidad y de miedo a la pérdida y problematiza el tema de constricción en el interior de las relaciones íntimas.

P.: *Lo que me deja más perpleja es que él siempre tiene que saber dónde estoy, qué hago. Por una parte me gusta, nunca me sucedió tener una persona cerca cuando estaba mal... por otra parte estoy celosa de mi libertad... yo me ofendo por algunas cosas, me empieza a hacer todos los epílogos de la historia: "porque al final nos dejaremos mal". Yo me extraño y estoy mal.*

T.: *¿Qué significa me extraño? ¿a qué tipo de emociones se refiere?*

P.: *Sufro.*

T.: *Es decir, ¿me extraño significa enfadarse, estar triste?*

P.: *Sí, una mezcla de rabia y sufrimiento.*

Carmen también ha asimilado las observaciones del terapeuta sobre su dificultad por pedir ayuda de manera congruente.

P.: *Me doy cuenta de que se debe un poco a mi dificultad por saber pedir... un poco a la dificultad de los demás de entender lo que necesito de verdad.*

En esta sesión, Carmen muestra cambios significativos, aumenta el bienestar subjetivo (disminución de la sensación de desbordamiento), integra mejor los elementos de la experiencia y reconoce el trabajo hecho en la terapia. Y sin embargo, intenta salir de la relación terapéutica. Pide interrumpir la terapia porque cree que ha resuelto definitivamente sus problemas. El terapeuta está perplejo, la pátina de frialdad, distancia y desprecio no parece haberse atenuado, pese a las modificaciones iniciales observables. Tampoco están presentes signos que indiquen la utilización de los deseos para realizar elecciones y todavía describe al otro de modo estereotipado. El terapeuta propone entonces dos meses de terapia para re proyectar la terapia, decidir juntos si continuarla y con qué objetivos. En las sesiones sucesivas, el estado mental problemático cambia radicalmente: el estado de transición, dominado por la rabia, se convierte en la forma de experiencia principal.

Tercer periodo (sesiones 27-38): Las mejoras de la autorreflexividad y la representación de las oscilaciones entre imágenes extremas de sí. El aumento de la implicación en las relaciones íntimas y la aparición de la rabia en el estado de transición.

En esta fase, aumenta la autorreflexividad de Carmen, los estados internos son más legibles, su comportamiento está conectado con la vida de relación. El estado mental cambia: se activa el estado de transición, sobre todo en las relaciones íntimas. La rabia es la emoción dominante: los temas de pensamiento son: la protesta por la incapacidad del otro de prestar ayuda (que se pide con las típicas modalidades agresivas), la reivindicación de las ofensas sufridas y la competición por el rango. Veamos pasajes clave. En la sesión 28, Carmen reconoce los aspectos de omnipotencia fantástica.

P.: *Pienso que soy bastante arrogante, pero quizá en el fondo del fondo pienso que no soy capaz de hacer las cosas, que todos los demás son mejores que yo, que tarde o temprano alguien descubrirá que estoy haciendo cosas que en realidad no sé hacer y ésta es una sensación muy fuerte... no puedo entender cómo yo viéndome una arrogante y presuntuosa...*

T.: *¿qué significa ser arrogante y presuntuosa?*

P.: *Significa... pensar que se tienen límites que se pueden superar de alguna manera... cuando la comparación no es conmigo misma sino con el mundo externo, con los otros o con las situaciones de fuera, me siento y me digo que no soy... eso, que no soy capaz, que cualquier otro es mejor.*

En este pasaje, las autoimágenes de Carmen oscilan entre los polos externos:

la positiva está dirigida por la autoexaltación progresiva, la negativa es extrema: “*cualquier otro es mejor*”. La narración es integradora, Carmen se explica con buena capacidad metacognitiva, las dos imágenes se juntan desde una meta-perspectiva. En las primeras sesiones sólo se describía la imagen positiva, la negativa se protegía y era inaccesible. En este punto de la entrevista, el terapeuta hace una larga intervención integradora, ampliamente compartida por la paciente, en la que describe el conjunto de estados mentales que caracterizan a Carmen y el modo cómo la oscilación entre las imágenes de sí misma está ligada a las fluctuaciones de la autoestima y a la incapacidad del otro de proporcionar las atenciones requeridas. Carmen comenta que a ella no le basta recibir atención, espera también la sensación de intercambio y comunicación, pero en ella permanece la idea estable de que ella y el otro, la madre, en su ejemplo, hablan lenguas diferentes. La sensación de no compartición es estable y esto hace la autoestima frágil. La solución es la autosuficiencia obligada.

P.: *Tal vez tengo el síndrome del incomprendido... éste es el mecanismo de huida y cierre que me lleva a decir “lo hago sola, me las arreglo por mi cuenta”, tampoco me queda otra alternativa.*

La capacidad recuperada de Carmen de acceder a estados internos permite reconocer dos áreas: la primera es el sentimiento de culpa del superviviente y la imposibilidad de sentirse con el derecho de vivir la propia vida, temas que el terapeuta relee a la luz de lo que Modell observó (1984): la dificultad de elegir puede ser debida a la percepción de que un deseo propio se defiende continuamente de las acusaciones imaginarias de los demás. La segunda área es la evitación de los estados negativos, conectada con la reconstrucción de la historia familiar. Carmen describe que ambos padres se han estropeado la vida rumiando y reprochándose mutuamente el propio malestar.

P.: *Sé perfectamente que aquí hay arenas movedizas, por lo tanto no tengo que pasar... por este punto no paso ni que me maten.*

Carmen practica a conciencia una operación de exclusión de los afectos negativos por miedo a entrar en estados sin salida e incontrolables (son estados temidos y submodulados, en términos de Horowitz, 1987; Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt, Rosenbaum, 1984).

Durante la sesión 32, el terapeuta pide a la paciente, después de una serie de intervenciones, todas ellas rechazadas con disgusto mal disimulado, que hable de la rabia en las relaciones humanas. Carmen no se hace rogar y desde la sesión 33 el estado de transición toma espacio en los relatos. Se mantendrá como el estado mental dominante durante varios meses. Carmen explica con viveza infinidad de episodios narrativos sobre sus relaciones interpersonales:

P.: *No se me ponía en marcha el ciclomotor.*

T.: *¿Ah!*

P.: *Esto me ha hecho pensar en lo que decía usted la otra vez: cuando me*

viene la rabia... ¿es absolutamente verdad!... las cosas burocráticas... no puedo acostumbrarme... me enoja tener que hacer seis horas de cola para un certificado...

T.: *¿Cuál es el contenido de pensamiento de la rabia?*

P.: *No sé ni si hay un contenido. ¡Es un brote! ¡Un brote de rabia!... llamé a mi padre el domingo a las seis, todavía estaba durmiendo, le dije que le llamaría más tarde. A las tres me llama y me dice: “¿Por qué no me has llamado?”. Dije: “Nada, sólo quería escucharte”... me cabrea que su primera reacción cuando alguien le llama sea: “¿qué ha sucedido?” ¿quieres que pase, te llamo y punto... el otro día también me vino este brote de rabia hacia Gregorio por el hecho de que ¡él tiene una hija con otra mujer! Estoy muy enfadada.*

T.: *¿Qué es lo que la hace enfadar?*

P.: *El hecho de que yo estoy con un hombre que tiene una hija con otra mujer (ríe) en lugar de estar libre... igualmente lo he elegido y ¡no puedo hacer nada al respecto!*

T.: *¿Qué tipo de dolor le provoca?*

P.: *¡Me da rabia! ¡No lo sé! ¡Me da rabia!... Me parece la misma rabia que ante mi madre: cuando hace dos cosas al horno a la vez, alguna se le quema, ¡esto me cabrea!*

T.: (ríe)

P.: *digo: ¡eres imbécil!*

T.: *¿En este caso también se enfadó?*

P.: *Porque no puedo hacer nada por una cosa que quizá podría evitarse.*

En la sesión 34, Carmen consigue realizar la operación de conectar el estado interno con el desarrollo de la relación. El punto de partida del ciclo interpersonal es la necesidad, no expresada, de recibir atenciones. A la falta de respuesta consoladora de la pareja sigue la rabia que activa el ciclo negativo: la pareja se aleja posteriormente o compite por la búsqueda de atención.

La respuesta del otro no es congruente con la demanda de atenciones, esta vez expresada, sino con la imagen de autosuficiencia: el rostro que Carmen presenta habitualmente. En consecuencia, al otro le resulta difícil integrar la imagen, rara vez comunicada, en la que ella es débil y busca afecto.

P.: *Tal vez haya descubierto otra causa de mis enfados: cuando hago una demanda afectiva explícita y la respuesta es no: ¡me cabrea mucho!*

T.: *¿le ha sucedido esta semana?*

P.: *... Es como si yo tuviera que ser siempre perfecta pero luego cuando dejo de ser perfecta me atacan... el jueves me levanté y ya estaba nerviosa... cojo el coche, voy a casa. Gregorio me acusaba de que había estado fría la noche anterior y, digamos que no estaba a la perfección, porque no tenía el humor normal que va bien... esto me hizo enfadar porque no es justo que*

uno deba tener el humor normal, perfecto, estar siempre haciendo mimos, riendo...

T.: Porque, ¿normalmente le hace mimos?

P.: O sea, uno lo suele hacer normalmente... pero, hay situaciones tuyas pesadas... Está la madre de su hija que cada día tiene un problema. Claramente, él habla de ello conmigo y yo estoy siempre allí, tranquila, pero no es que lo haga porque me esfuerce, ¡lo hago porque me gusta! Pero luego por la noche soy yo quien está mal, no es que esté al borde del suicidio pero no estoy al tope de afectuosa... en ese punto si no vengo vienes tú a darme un besito.

T.: ¿cómo se sentía la noche anterior? Decía que ya se sentía abatida.

P.: Sí, estaba harta, molesta y enfadada... me viene miedo del examen de diciembre y me toca las narices que él tenga una hija con otra mujer, por lo que él siempre está nervioso, dice que estoy poco en su casa... es un círculo vicioso, si tú vuelves a casa cabreado y yo me cabreo porque tú estás cabreado (golpea las manos) o sea, ¡mejor que cada uno se vaya a su casa!

El terapeuta intenta reconstruir la secuencia interactiva de las peleas.

T.: entonces, usted tiene la exigencia de recibir, si lo he entendido bien, afecto, atención.

P.: Sí.

T.: Y de no ser juzgada por casos en los que es distinta de lo que los demás se esperan.

P.: Exacto.

T.: Necesitaría atención, contacto con las otras personas.

P.: Exacto, y luego, si esta atención llega me pasa enseguida (la rabia), si no llega me crea un problema serio... esto me hace estar mal.

T.: Vale. Luego, el modo cómo describe a los demás, Gregorio en este caso.

P.: Sí, sí.

T.: Hay juzgados y jueces, no sé bien si hay más jueces o juzgados. Ves, te has comportado mal, o bien: no me agobies.

P.: hmm (dudosa)

T.: ¿Cuál de las dos?

P.: El juez dice: ¡tú te has comportado así!

T.: Esto para el juez.

P.: Sí, además quien hace de juez rechaza la demanda.

T.: Es decir, juzgan mal y rechazan la demanda.

P.: Exacto.

T.: (en este punto, intenta explicar la falta de integración entre la necesidad de atención experimentada y el comportamiento expresivo que es hostil). No obstante, hay un aspecto que me ha parecido captar que quizá nos

permita entender porqué las cosas no han funcionado. Usted tenía una espera interior de atención y la necesidad de recibir afecto. Al mismo tiempo tenía también un estado de ánimo precedente de irritación, ¿no?

P.: Sí.

T.: ...esto... ¡condiciona la relación! Si uno pide afecto es improbable en este punto que lo reciba, es más difícil.

P.: ¿Pero es evidente!... cuando volví a casa con mi madre (se refiere a otro episodio) ni siquiera era una demanda de afecto, era una demanda de “déjame en paz cinco minutos,... pero (refiriéndose a Gregorio) dejadme mi tiempo si necesito una tarde en la que estoy más taciturna, necesito esta tarde, ¡no me podéis tocar las narices (ríe) por una tarde en cuatro meses!

El terapeuta pide a Carmen en qué medida se permite a sí misma relajarse y esperar afecto, dado que siempre tiene que ser perfecta. En la respuesta se ve cómo la demanda de afecto no es simple: la expectativa de perfección y disponibilidad se aplica a sí misma y a la pareja.

P.: Yo también tendré mis expectativas respecto a los demás (irritada). Si yo me divido en cuatro, equivocado o correcto no lo sé! Pero cuando espero algo, tengo que recibirlo porque si no ¡no lo aguanto!

T.: ¿Qué quiere decir: espero algo, si no, no lo aguanto?

P.: Porque también en mis expectativas... si una vez ocurre que tengo necesidad de afecto y no me lo dan, bueno pase. La siguiente vez no me lo dan y bueno. La siguiente vez me lo debes dar porque (ríe).

T.: no pasa.

El clima relacional es bueno y en este punto el terapeuta utiliza las señales emocionales en la relación terapéutica para hacer notar a Carmen la disfuncionalidad de las secuencias interactivas descritas, en particular la escasa capacidad de la paciente de evocar en el otro las atenciones deseadas.

T.: Le diré algo que a lo mejor le hace enfadar.

P.: ¡adelante!

T.: En realidad puede ser que la haga enfadar, pero puede que nos ayude a reflexionar. Volviendo a pensar sobre las cosas que hemos dicho... no consigo llegar a sentirla como una persona que tiene necesidad o expresa necesidad de afecto o de atención.

P.: o sea, según usted, ¿pienso que lo expreso y no logro expresarlo? ¡No lo entiendo!

T.:... tengo que decir que tal vez nunca he sentido dentro de mí hacia usted una emoción de solicitud, como, dicho entre comillas, «¡pobrecita, necesitaría ayuda, cuánto quisiera ayudarla!».

P.: Bueno, daré la impresión que me cuido yo solita, pero yo sola no me sé cuidar.

T.: Por esto se lo estoy diciendo, para entender el motivo de la rabia. Una

de las sensaciones que tengo es bastante similar a las que le hacen enfadar... Este es el problema que debemos enfrentar... Si usted ve un gatito en la calle, el gatito le envía toda una serie de señales que se interpretan bastante instintivamente como: ¡oh, pobre gatito, necesita mimos! Pobrecito, qué bonito, qué minino!

P.: *Bueno (ríe) Evidentemente no doy la impresión de un gatito, pero*

T.: *Eso.*

P.: *He entendido lo que quería decir (ríe)*

T.: *Usted da mucho más la idea de una chica determinada, autosuficiente, despabilada, ¡que se las sabe arreglar sola! Ahora, después de algunos meses de conocernos, está diciendo, y le cuesta, después de haber insistido siempre en su independencia: pero, quizá el deseo*

P.: *Pero yo estoy segurísima (ríe) tal vez mi mayor deseo es que alguien me coja y me diga: ¡gatito bonito! Yo pienso en ti... es una cuestión de equilibrio, yo quizá en el 80% de mi tiempo estoy en el estado selvático, pero luego cuando llega el minino de tres meses necesita algunas cosas. Si no las tengo, me derrumbo.*

T.: *Pero si usted dice: necesito (imita el tono de orden) estas cosas.*

P.: *No, no, no.*

T.: *Uno dice: ¡este minino me está arañando! El mensaje que comunica no es: “miauuuu” Es: “ grrrrr”. ¿me explico? (ríe)*

P.: *(ríe) Sí.*

En este episodio, el terapeuta ha trabajado en el estilo de Safran y Segal (1990); ha reconstruido la evolución de los ciclos interpersonales típicos de la relación con la paciente. Ha reconocido que él percibe los mismos indicadores que la paciente evoca habitualmente en los demás: se siente desafiado y poco disponible al cuidado. Sostiene que el desvelamiento no es peligroso en esta fase, que hay suficiente distancia crítica por parte de Carmen a propósito de la relación terapéutica (con la cual siempre se ha declarado poco comprometida) para poder reconocer cuánto contribuye a los ciclos disfuncionales. La capacidad de lectura de la mente de Carmen puede beneficiarse de la exposición serena de un estado interno en una relación en la que se halla implicada. La finalidad de la intervención es mostrar a Carmen que la comunicación tiene como objetivo la relación y que comunicar de una manera distinta puede elicitar respuestas sintónicas con los deseos.

¿Qué ha cambiado después de un año de terapia? La sintomatología depresiva y la sensación de desbordamiento se han reducido; permanece la dificultad en realizar elecciones sobre la base de deseos sentidos como propios; el estilo narrativo se desplaza más hacia el relato de episodios que en la exposición de teorías generales sobre el mundo; ha mejorado la autorreflexividad: ha aumentado el acceso a los estados emocionales y se ha hecho posible la conexión entre estado interno y relaciones. El estado de vacío, hastío e indiferencia se ha hecho menos relevante,

dando lugar a reacciones más calientes de activación rabiosa. Los problemas que permanecen son: 1) Acceso difícil a los antecedentes situacionales de la rabia; 2) Dificultad en conectar el sentimiento de incompreensión, por un lado, con la tendencia de la paciente a sustraerse de las relaciones y, por el otro, con su tendencia a no dejar entrever su mundo interior (la intervención del terapeuta sólo ha sido el primer paso en esta dirección). Después de algunos meses la paciente dirá “*soy impenetrable, como mi padre*”; 3) Las elecciones todavía están guiadas por el uso de los valores, la adherencia a la imagen social y el sentimiento de culpa. Los deseos raramente guían las elecciones. 4) Escaso acceso consciente a los estados mentales de ternura, cuidado recíproco y compartición interpersonal.

La terapia en el segundo o tercer año: reconstrucción e integración del conjunto de estados mentales. El cambio de los criterios de elección..

Resumamos brevemente la continuación de la terapia, que ejemplificamos con fragmentos extraídos de dos sesiones significativas. Cuando, después de tres años, se acuerda pasar a una sesión cada 15 días, el cuadro es el siguiente: el estilo narrativo se ha transformado, el relato de episodios detallados ha ocupado el lugar de los juicios de valor y las descripciones genéricas. Carmen ha comprendido el motivo del desbordamiento: la tendencia a no desmentir la imagen perfecta que los demás deberían tener de ella. Los deseos se han hecho más accesibles, ya no siente que los demás son un obstáculo para ella. Las descripciones del otro se han vuelto más articuladas y complejas. La relación de Carmen con Gregorio se ha estabilizado: lo describe como profundamente cambiado (junto al terapeuta bromean sobre el hecho de que quien se ha beneficiado verdaderamente de la terapia ha sido Gregorio.), espléndido, paciente y comprensivo. Compran una casa juntos y hacen planes de matrimonio.

En la sesión que aportamos, al final del segundo año de terapia, se reconstruye, con una precisión antes impensable, el mundo interior de Carmen. Los estados mentales, representados por personajes de fantasía, corresponden a los del modelo (Grandioso, De vacío, De transición), los cambios entre los estados están vinculados a la marcha de las relaciones. El clima de la sesión es jocoso, Carmen tiene el tono de voz de quien explica un cuento, si bien sabe que el tema es serio.

P.: *Me siento fea, cuanto más me dicen que soy guapa más me tocan las narices. También puedo ser fea, pero será fea normal.*

T.: *¿Pero se ve fea de verdad?*

P.: *Algunos días sí... también según los estados de ánimo. Gregorio ayer por la noche me decía: “¡Qué dulce que eres. Yo me sentía una hiena. Sentía esta discrepancia, pero él decía que yo normalmente soy bastante dulce. En aquel momento era todo lo contrario.*

T.: *Según usted, ¿qué ha visto Gregorio?*

P.: *Ha visto su visión habitual de mí. La mayoría de las veces soy dulce.*

Cuando es así soy distante... estoy realmente en otra parte.

T.: El otro día hablábamos de que usted se sentía como un gusanillo, que necesita una coraza protectora...

P.: Lo que yo siento que sale en estos momentos es lo contrario del gusanillo, es la hiena... El gusanillo es la parte más sensible, más empática con las personas. La de estos días es la cínica que pasa de todo, que está en otro lugar.

T.: La distancia es una coraza excelente...

P.: No sé; si me mantengo lejos... es una protección para ambas partes, si me alejo muerdo menos.

T.: La distancia es una cosa distinta respecto al gusanillo y la coraza.

P.: Pienso que es una consecuencia de las dos...

T.: Hagamos un juego, simulemos que hay tres personajes: el gusanillo, el personaje con la coraza y el personaje distante. Busquemos un nombre para los otros dos.

P.: ...al personaje con la coraza le llamaría hienita y al personaje distante (pausa) le llamaría (pausa)... el león... el rey de la selva, se siente un poco así... este don nadie... es una distancia arrogante, despectiva hacia todo lo demás.

T.: Descríbame estos tres personajes...

P.: ... vayamos por orden de aparición... el gusanillo: es un animalito bueno, muy bueno. Por lo tanto debe ir con mucho cuidado y vigilar porque el gusanillo es un poco como el pobre minino y entonces le falta mucho la coraza, sino las cosas le afectan directamente. Entonces yo pienso que cuando las cosas le afectan directamente y alguien se aprovecha de él... recibe un bastonazo en los dientes, entonces el gusanillo se transforma en una hienita (aquí encontramos la mejor descripción posible del pasaje de un estado mental en el que se es débil, indefenso, al estado de transición en condición de amenaza interpersonal) que es muy sarcástica, muy calculadora, espera la ocasión para vengarse. Y es bastante agresiva, al contrario del gusanillo que es más adaptable y busca una solución de equilibrio, la hienita va directa a su objetivo.

T.: La hienita es la que interviene cuando ve que tocan al gusanillo...

P.:... La hienita es muy mala, hay que tener cuidado. Pero la hienita es mejor que el león, porque la hienita es agresiva y por tanto hay una interacción con el exterior que con el león falta. Cuando llega el león adiós a todos.

T.: ¿Cuándo llega el león?

P.: No sé cuando. Tal vez cuando la hienita se cansa de ser hienita porque tampoco está bien ser sólo agresivo, uno se aburre. Y entonces llega el león que se distancia de este mundo cruel y vive en un mundo de injusticia y está

absolutamente protegido porque al león no le importa nada de nada. Mientras que la hienita agrede y es agredida, ¡el león nada! El león es frío, hace morir las cosas por el hielo, es inalcanzable. (El personaje del león describe muy bien el estado de vacío, de aislamiento relacional. También está claro que este estado es buscado como solución de los problemas interpersonales y que se caracteriza por la búsqueda de una anestesia emocional que se transforma en indiferencia). *Este león, normalmente, no dura mucho porque al cabo de un rato se aburre, al final él también se va y se vuelve a una situación digamos de normalidad.*

Como se observa, Carmen reconoce el cambio de escenrio interno al cambiar el estado de las relaciones. La narración es rica en referencias a los estados internos, integrados en un sentido coherente de identidad personal.

Un año y dos meses después de esta sesión, Carmen describe la prueba escrita de las oposiciones por las que ha estudiado durante varios años. No estaba suficientemente preparada. Es la ocasión para volver a discutir completamente los criterios que han guiado sus elecciones de vida. Reconoce que ha caminado por caminos que no eran suyos, que ha obedecido a deseos que no se originaban en su interior y que el terapeuta tenía razón al observar esto años antes. Afirma que es el momento de cambiar de una vez por todas.

P.: *Las oposiciones han ido bastante mal.*

T.: *¿bastante mal?*

P.: *Sí, pero he entendido un montón de cosas, que tal vez usted había intentado hacerme entender antes pero, tenía que pegármela como se suele decir y, sobre todo hablando después con mi padre que está convencido de que en mi vida ahora tengo que ser opositora porque si no he tirado todos estos años por la borda. Yo en cambio estoy convencida de que la vida de opositora no es para mí, sufro mucho, he estado muy estresada... no es una vida que vaya conmigo. En realidad, he pretendido colmar con la voluntad las cosas que no tengo como pasión... no es lo que ahora quiero hacer... tal vez lo hubiera conseguido si lo hubiera hecho en el momento correcto de mi vida, pero en aquel momento no tenía la mollera para hacerlo... quería intentar estas oposiciones renunciando a cosas, pero no del todo, he querido probarlo a mi modo. He entendido que esto no es suficiente y la decisión es que: ¡basta!. Ahora buscaré una profesión tranquila, beatífica, aprenderé desde el principio lo que haya que aprender y echaré para adelante así... mi problema es que suelo cambiar, por lo que la decisión pierde garra... a lo mejor me digo: trabajando, una hora al día estudio. No es así cómo tiene que ir. ¡Basta!. Estoy bastante contenta de haber entendido estas cosas, tal vez ya las había entendido, pero las he concretado. Es verdad que no es agradable porque en estos años... me sentía realmente mal. También he relacionado mis estados emocionales*

(negativos y disfóricos) con lo que hacía concretamente. Lo importante es reconocer un recorrido y aceptarlo por lo que ha sido hasta ahora. Desde ahora se cambia.

T.: Tenía que pegársela.

P.: Sí, tenía que pegármela. Tenía que pegármela en la destrucción concreta del síndrome del decatleta⁴. Tenía que probarme a mí misma que no es posible. Lo sabía, pero tenía que experimentarlo de forma tangible. También porque luego me cansé muchísimo esos tres días de las oposiciones, porque...

T.: Se ha rendido.

P.: Sí, me he rendido, pero estamos en otro nivel respecto a otras personas que dedicaban su vida a esto, que estudiaban tranquilamente porque ese era su deber, se sentían en su lugar, como debe ser. Personas que tienen otro tipo de pasión, no basta la voluntad de estudiar; es la base, luego uno tiene que tener la pasión para profundizar... buscar los casos extraños, las oposiciones son tan selectivas,... al segundo día ya no podía. Mi voluntad es bastante fuerte, pero respecto a las cosas que siento y quiero hacer; porque cuando decido y quiero hacer una cosa, si la decisión es verdadera funciona, va bien: me organizo, me muevo, hago las cosas. Si me tengo que convencer me cuesta más. En este caso, me estaba intentando convencer, con un cansancio y un estrés emocional que no valen la pena...; pensaba que había asumido un compromiso respecto a quien ha sostenido esta elección inicial, por lo que tenía que llevarla a cabo. No soy la persona que puede vivir de este modo ahora...; me autoimpongo una escala de valores que no corresponde a cómo soy yo... Ya no va, es mejor que haga más esfuerzos en otra dirección y haga lo que siento.

Los valores, como sostenemos, sirven para guiar la acción, dispuesta para el uso que compensa la ausencia de marcación emocional de las elecciones y permite no paralizarse en la vida. El efecto a largo plazo, como ha observado Carmen es que ya no puede distinguir lo que se impone de lo que se siente.

En este fragmento, se detectan los signos de un cambio radical: se critican las elecciones efectuadas sin que las fundamente el deseo, la imagen social y la aprobación de los otros significativos pierden importancia, la sensación de sobrecarga mental se reconoce por lo que es: el síntoma de haber realizado elecciones forzadas. La hiperactividad que caracterizaba las primeras sesiones se ve con distancia. El tono del relato es reflexivo, Carmen ya no necesita desafiar al terapeuta, se mira dentro y lee la vida pasada a la luz del cambio actual.

CONCLUSIONES

La historia descrita hasta aquí, aunque de forma limitada, de una terapia de una paciente narcisista puede ayudar a ilustrar el modelo. En ella se pone de manifiesto

cómo algunos de los circuitos de refuerzo psicopatológico ilustrados por el modelo de Dimaggio y otros (en prensa) están presentes en el diálogo terapéutico. Los estados mentales descritos corresponden a lo previsto: las oscilaciones entre estados depresivos, rabiosos y de vacío con tendencia al aislamiento son reconocibles y reconstruidos por la paciente. La autoimagen grandiosa está poco desarrollada, pero se describen con abundancia los estándares de perfeccionismo, excepcionalidad y adecuación a la imagen ideal. El déficit de autorreflexividad resulta dominante: en las primeras sesiones brilla por su ausencia el relato de las emociones, los deseos no son reconocidos y no guían la acción, no se consideran las relaciones como causa posible de los estados internos. Aunque no se ha subrayado el déficit de descentramiento, éste se halla presente, hay una carencia de descripciones articuladas de los estados internos de los demás. De todos modos, la capacidad de descentramiento de Carmen no estaba gravemente afectada. La regulación de la autoestima está guiada por distorsiones de autoexaltación: auto perfeccionamiento y alcance de niveles elevados en todos los objetivos socialmente perseguidos (ilusión del decatleta); el juicio negativo amenaza la autoestima y la modalidad de dominio preferida es la huida de las relaciones (la aparición del león) o el contraataque rabioso. Los valores guían las elecciones y esta modalidad no se abandona hasta al tercer año de terapia, a favor de las elecciones de acuerdo con sus inclinaciones y deseos. Los ciclos interpersonales disfuncionales están bien descritos, en particular la espera inútil de atenciones por parte de quien las da y el cambio hacia la competición de quien las espera recibir. Se observa igualmente que la huida de las relaciones es tanto la solución para la amenaza de la autoestima como para los fracasos relacionales. Esto, a la larga, lleva a un estado de vacío desagradable. De cuanto llevamos dicho, los elementos psicopatológicos fundamentales en el mantenimiento del narcisismo de Carmen parecen ser el déficit de autorreflexividad, la evitación del juicio negativo, así como la oscilación entre rabia y evitación de la intimidad. El cambio terapéutico ha permitido progresivamente la resolución de los estados depresivos y de desbordamiento, el acceso a los estados internos, la modulación de la rabia, la capacidad de despertar en el otro respuestas más satisfactorias con la consiguiente mejora de la calidad de las relaciones y la elección según los deseos.

Otros pacientes con el mismo trastorno presentarán, sin duda, modalidades distintas de mantenimiento de la psicopatología, a la que los distintos elementos contribuyen con pesos específicos, pero la dirección teórica emprendida por los autores permite describir con rigor el modo cómo se mantiene el narcisismo.

Notas:

- 1) En otros artículos hemos desarrollado métodos para el análisis de los contenidos: *Grid of Problematic States* (GPS, Semerari y otros) y para el análisis de las funciones metacognitivas: *Metacognitive Assessment Scale* (MAS, Semerari y otros).
- 2) En un segundo plano, se podrán observar algunas de las intervenciones del terapeuta, que son una ilustración inicial de nuestro enfoque terapéutico a la personalidad narcisista.
- 3) Para una descripción de la sensación de no-pertenencia en el narcisismo y en los demás trastornos de personalidad véase Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999; Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999.
- 4) La tendencia a imponerse la consecución de niveles superiores a la media en todos los objetivos que el sujeto siente poder o querer conseguir. La finalidad es la confirmación de la autoimagen grandiosa. A este fin los pacientes (particularmente Carmen) dividía su vida en mil riachuelos, buscando la excepcionalidad en todo, sin darse cuenta que esto cansa, resulta pesado, lleva a una sensación de desbordamiento y sobre todo es imposible de conseguir la excepcionalidad en un campo, dedicando el tiempo a otros diez objetivos simultáneamente (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999).

El narcisismo, como proponen los autores, está caracterizado por: a) un conjunto típico de estados mentales (grandioso, depresivo terrorífico, de transición, de vacío); b) un modelo de disfunciones metacognitivas, en particular la falta de acceso a las emociones y los deseos del sujeto); c) un sentimiento grandioso de no-pertenencia a los grupos y una incapacidad de compartir la experiencia con el otro; d) distorsiones cognitivas de regulación de la autoestima; e) el uso de los valores como modalidad dominante de regulación de las elecciones; f) ciclos interpersonales disfuncionales en los cuales o bien el sujeto tiene dificultades por pedir y recibir ayuda o bien entra en una competición rabiosa. Estos elementos contribuyen, interactuando entre sí, a estabilizar el síndrome a través del tiempo. Presentamos aquí la descripción exhaustiva del caso de una paciente con Trastorno de Personalidad Narcisista, cuya terapia fue enteramente grabada y transcrita. Tras una síntesis de los circuitos de mantenimiento de la psicopatología, presentaremos fragmentos de sesión comentados a fin de ilustrar la teoría expuesta.

Palabras clave: Trastorno narcisístico de personalidad; estados mentales; distorsiones mentales; metacognición; emociones

Traducción: Laia Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AKHTAR, S., THOMSON, J. A. (1982). Overview: Narcissistic Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), 12-20-
- BECK, A.T., FREEMAN A.F. ET. ASSOCIATES (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.

- BENJAMIN, L. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders: A structural approach*. New York: Guilford.
- CARCIONE A, FALCONE, M. (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicopatologia In Semerari, A. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave. Metacognizione e relazione terapeutica* Milano Raffaello Cortina
- COOPER, A.M., RONNINGSTAM, E. (1992). *Narcissistic personality disorder*. In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 11 Tasman, R., Riba, M.B. (Eds.), 80-97. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DIMAGGIO, G., PONTALTI, C. (1997). L'organizzazione narcisstica nei disturbi di personalità. *Rivista di psicoterapia cognitiva e comportamentale*, vol. 2, 3, 51-65.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A. (2001) *Psychopathological narrative forms*. "Journal of Constructivist Psychology", 14, pp. 1-23.
- DIMAGGIO, G., PROCACCI, M., SEMERARI, A. (1999). *Deficit di condivisione e di appartenenza*. In Semerari, A. (Ed.) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica* (pp. 231-280). Milano: Raffaello Cortina.
- DIMAGGIO, G., CARCIONE, A., SEMERARI, A., MARRAFFA, M., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PONTALTI, PROCACCI, M. (en este número) *Modelli di mantenimento dei disturbi di personalità*. *Revista de Psicoterapia*, 45.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M. (en prensa). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*
- FISCALINI, J. (1994) Narcissism and coparticipant inquiry: explorations in contemporary interpersonal psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 747-776.
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking : some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*", 72, 639-656
- GABBARD, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin Menninger Clinic*, 53, 527-532.
- GABBARD, G.O. (1998) *Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients*. In Ronningstam E. F. (Ed.) *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp.125-146). Washington DC: American Psychiatric Press
- GILBERT, P. (1992). *Human nature and suffering*. New York: Guilford.
- HOROWITZ, M.J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology 2nd edition*. New York: Plenum Press.
- 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.
- KOHUT, H. (1966). Forms and transformation of narcissism. *Journal of American. Psychoanalytic Association*, 14, 243-272.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- KERNBERG, O. F. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aaronson
- KERNBERG, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- KRYSTAL, H. (1998) Affect regulation and narcissism: Trauma, alexithymia and psychosomatic illness in narcissistic patients. In Ronningstam E. F. (Ed.) *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp.299-325). Washington DC: American Psychiatric Press
- LOWEN, A. (1983). *On narcissism. Denial of the true self*. New York: Mac Millan.
- MILLON, T., DAVIS, R.D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Chichester: Wiley.
- MODELL, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. New York: International University Press.
- ORNSTEIN, P.H. (1998). Psychoanalysis of Patients with primary self-disorder. In Ronningstam E.F. (Ed.). *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 147-169). Washington DC: American Psychiatric Press
- PIAGET, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

- 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 and Sons.
- 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*, 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.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (pendiente de publicación) *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. (pendiente de publicación) *Metacognitive deficits in personality disorders*
- YOUNG, J., FLANAGAN, C. (1998). Schema-Focused therapy for narcissistic patients. In Ronningstam, E.F. (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. American Psychiatric Press: Washington DC.

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A continuación describiremos los aspectos que acabamos de resumir.

Los estados mentales de la personalidad evitante

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

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

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

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

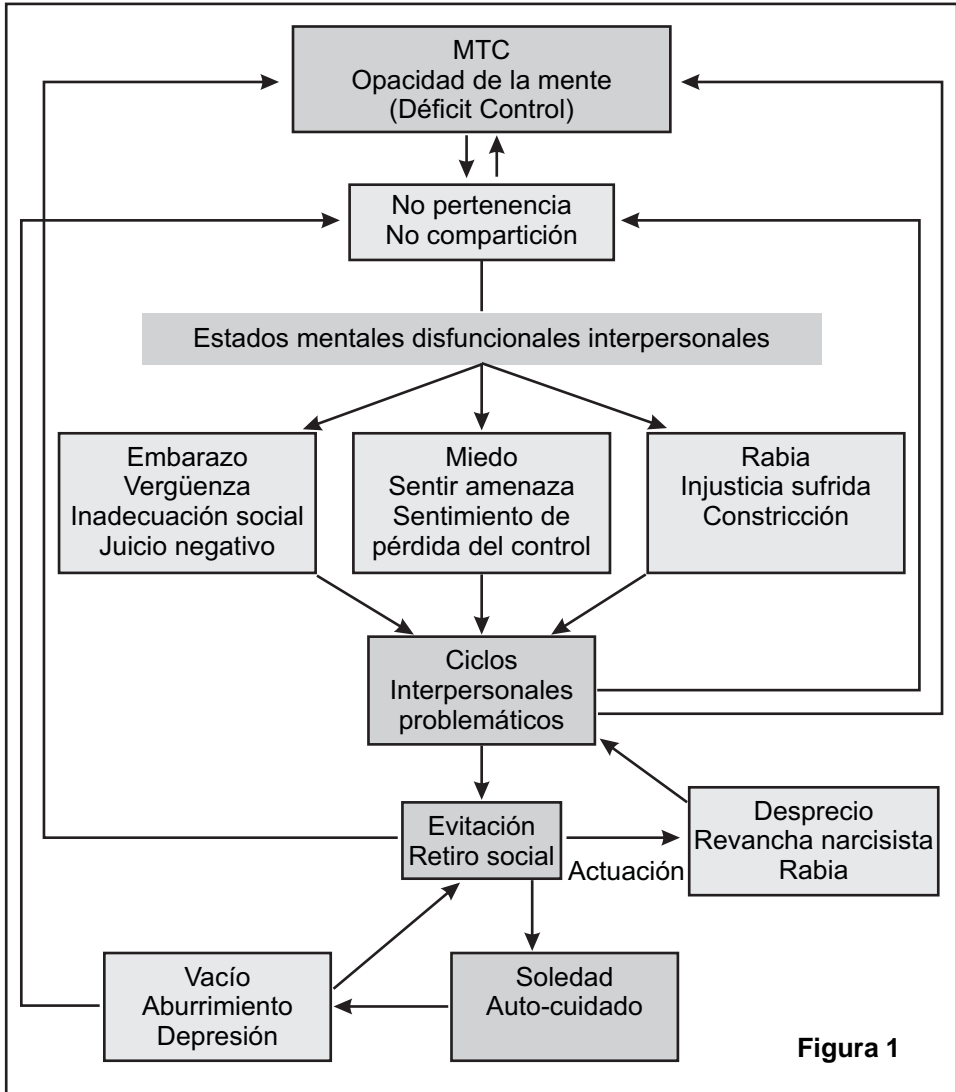


Figura 1

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

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

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

T.: *¿Cómo fue eso?*

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

T.: *Y usted ¿qué pensó?*

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

T.: *Y ¿qué hizo?*

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

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

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

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

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

T.: *¿Pero, no se siente solo?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: De sentirse retraído?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Se enfada o se avergüenza?*

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

T.: *Desde luego*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿A quién se refiere?*

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

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

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

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

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

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

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

P.: *Sí, mucho más, diez veces más.*

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

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

La sensación de no compartición y de no pertenencia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Qué ha hecho, entonces?*

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

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

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

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

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

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

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

Las disfunciones metacognitivas

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

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

T.: *¿Cómo se ha sentido?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Qué sensaciones tenía?*

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

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

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

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

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

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

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

T.: *Y ¿consiguió hablarle?*

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

T.: *Y ¿usted qué ha hecho?*

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Y que ha hecho?*

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

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

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

T.: *Y en este caso, ¿qué ha hecho?*

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

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

La disfunción metacognitiva típica de estos pacientes puede resumirse así:

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

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

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

Ciclos interpersonales problemáticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Por qué?*

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

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

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

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

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

La regulación de la autoestima y de las elecciones

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

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

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

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

Incluso algunas veces ellas han tenido que abortar.

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

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

T.: ¿Qué piensa en estos momentos?

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

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

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

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

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

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

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

al no tener otra alternativa, lo aceptaba.

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

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

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

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

El modelo general de mantenimiento

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

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

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

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

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

Notas sobre la terapia

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas:

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

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

METACOGNICIÓN Y TRASTORNO PARAONOIDE DE PERSONALIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

La fenomenología de la personalidad paranoide

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un modelo integrado de la personalidad paranoico

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

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

Estados mentales problemáticos

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

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

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

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

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

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

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

P.: *27 o 28 años.*

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

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

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

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

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

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

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

Y otro paciente

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

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

P.: *Sí, de falta de tono.*

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

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

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

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

Déficits metacognitivos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

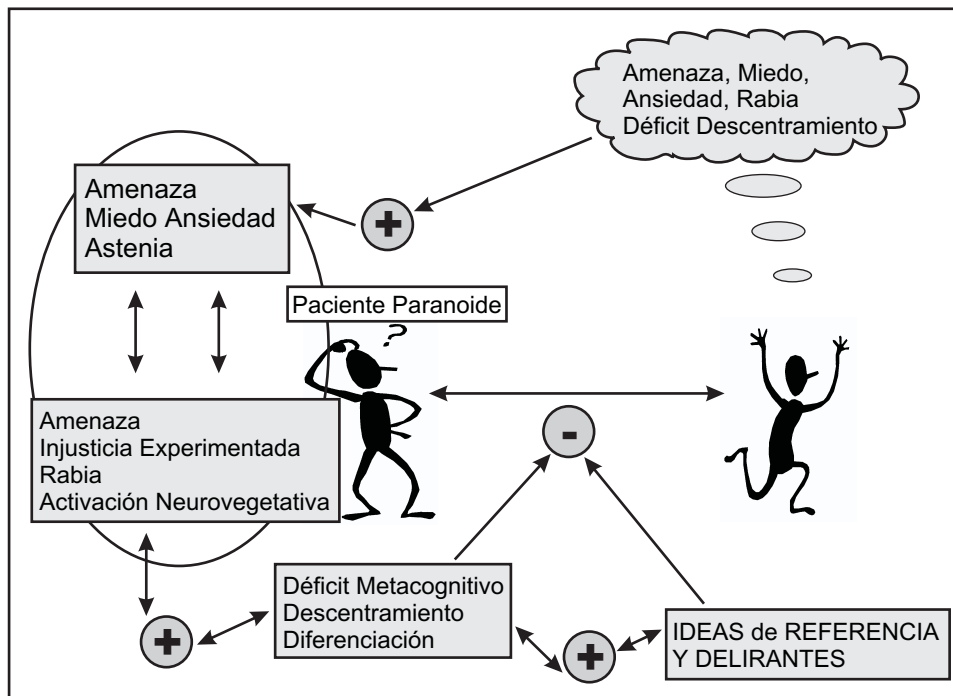
T.: *¿Continúa pensando lo mismo ahora?*

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

Ciclos interpersonales y circuitos de mantenimiento de la psicopatología

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P.: *Quiero dejar la terapia*

T.: *¿En qué momento lo ha decidido?*

P.: *Son asuntos míos*

T.: *Respeto su decisión.*

P.: *¡Sólo faltaría!*

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

P.: *Mejor no hablar de ello.*

T.: *Bueno, yo necesito entender.*

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

T.: *¿Cómo dice...?*

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

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

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

T.: *¿Con Giovanna?*

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

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

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

T.: *Y ¿qué ha hecho pues?*

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

T.: *¿En mí?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problemas para el tratamiento psicoterapéutico

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

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

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

P.: *La he conseguido por casualidad*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

Notas

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

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

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

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

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

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

EL NUCLEO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UNA HIPÓTESIS INTEGRADORA

Giovanni Liotti

Scuola di Formazione in Psicoterapia della Associazione di Psicologia Cognitiva (A.P.C.)
Viale Castro Pretorio, 116. 00189 – Roma (Italia)

E-mail: liotti@apc.it

In this article two different approaches to borderline personality disorder are considered. The first comes from psychoanalytical tradition (Otto Kernberg), the second one is inscribed in the cognitive-behavioural context (Marsha Linehan). The integration of both is attained by the author through theoretical explanations and clinical observations. The main concept to explain the characteristics of the borderline personality disorder is the disorganization of attachment in early childhood, derived from Bowlby's theory of attachment.

Key words: Attachment, personality disorders, borderline, psychoanalysis, cognitive-behavioural therapies.

El Trastorno Límite de Personalidad ha sido objeto de mucha atención y de muchas controversias en la nosografía psiquiátrica y en la psicoterapia contemporánea (Paris, 1993). La atención se debe a la elevada frecuencia con que se presentan en la observación clínica los sufrimientos atribuidos al trastorno. Las controversias se deben a los problemas diagnósticos y etiopatogénicos que el estudio del Trastorno Límite de Personalidad conlleva.

Para hacer el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) tienen que darse, simultáneamente, al menos cinco de los nueve criterios diagnósticos siguientes, relativos a los estilos de comportamiento y a las actitudes emocionales habituales del paciente:

- 1) fuertes sentimientos de inestabilidad e incertidumbre sobre la propia identidad,
- 2) miedo crónico a ser abandonado,
- 3) dramática inestabilidad en las relaciones afectivas,
- 4) marcada reactividad del humor (rápidas oscilaciones del tono emotivo entre depresión, euforia, irritabilidad y ansiedad),
- 5) frecuentes experiencias de cólera inmotivada,

- 6) sentimientos crónicos de vacío interior,
- 7) síntomas disociativos transitorios, pero recurrentes (despersonalización, amnesias lacunares, estados oníroides) o bien ideación paranoide,
- 8) comportamientos autolesivos impulsivos o incontrolables (atracones compulsivos, promiscuidad sexual sin atender a los riesgos de infecciones o de embarazos no deseados, cleptomanía, abuso del alcohol o drogas, heridas autoinfligidas),
- 9) amenazas o intentos recurrentes de suicidio.

La complejidad de la evaluación diagnóstica necesaria para identificar, más que síntomas psiquiátricos bien definidos (como sucede en la ansiedad, la depresión, la fobia, las conductas alimentarias anormales, las obsesiones o el delirio), estilos de comportamiento emocionales –los cuales inevitablemente se desdibujan, entre los diferentes candidatos al diagnóstico, de los límites de la normalidad a la patología evidente- contribuye a las dudas sobre la legitimidad de elevar el Trastorno Límite de Personalidad al rango de categoría nosográfica distinta y bien definida. En efecto, basándonos en los criterios del *DSM-IV*, es a menudo imposible distinguir claramente el Trastorno Límite de Personalidad de los demás trastornos de personalidad, sobre todo los del espectro impulsivo (Paris, 1993, 1996). Otros motivos de duda sobre la existencia de una categoría nosográfica propia y distinta que sea posible denominar Trastorno Límite de Personalidad provienen del estudio de la etiopatogénesis.

El desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad ha sido atribuido a la coincidencia de numerosos factores de riesgo. En especial, el modelo bio-psico-social (Paris, 1996) sostiene que factores biológicos (ligados al aspecto hereditario del temperamento o a disfunciones neuropsicológicas específicas), factores psicológicos (ligados a experiencias traumáticas o a estilos anormales de cuidado y comunicación en el seno de la familia) y a factores sociales (ligados a la anomia, es decir, a la disgregación de los valores tradicionales, típica de las sociedades occidentales contemporáneas) intervienen en variadas combinaciones en la etiopatogénesis del Trastorno Límite de Personalidad. La complejidad de los itinerarios etiopatogénicos que, en el curso del desarrollo, deberían llevar al trastorno contribuye a desdibujar la fisionomía. Y tal fisionomía indefinida se refleja, por otra parte, en la elevada frecuencia de comorbilidad existente entre el Trastorno Límite de Personalidad y los otros trastornos psiquiátricos (Paris, 1993).

Quienes afirman la existencia de una específica organización de personalidad –que, en situaciones de descompensación clínica, se manifiesta con todos o muchos de los nueve criterios diagnósticos enumerados en el *DSM-IV*- han intentado responder a las dudas sobre la legitimidad del diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad a través de la identificación de un único núcleo, bien definido, del trastorno. De este único problema nuclear emergerían las actitudes y los estilos desregulados de conducta y de experiencia emocional que componen el cuadro

clínico del trastorno. Dicho cuadro clínico podría, pues, ser reconocido como una categoría nosográfica distinta a pesar de la multiformidad de los criterios diagnósticos propuestos para identificarlo. Si existe dicho problema central, podríamos además estudiar cómo los varios factores de riesgo convergen y concurren a constituirlo y reforzarlo en el curso del desarrollo, hasta que resulta tan imponente e insoluble para el paciente como para dar lugar a los varios signos y síntomas del Trastorno Límite de Personalidad: podría de este modo reconducirse, a pesar de su multiforme etiopatogénesis, a un itinerario bien definido de desarrollo anormal.

Sobre el problema nuclear del Trastorno Límite de Personalidad se han propuesto diferentes modelos teóricos, tanto en el ámbito psicoanalítico como en el ámbito cognitivo-comportamental. El hecho que dichos modelos aparezcan (al menos a primera vista) en fuerte contraposición entre sí parecería que dificulta la ardua tarea de atribuir una dignidad nosográfica distintiva al Trastorno Límite de Personalidad a través de la identificación de su núcleo. En este artículo, sostengo que este contraste entre los diferentes modelos del núcleo del Trastorno Límite de Personalidad es más aparente que real: en otras palabras, es posible entrever un modelo unitario e integrado del núcleo del Trastorno Límite de Personalidad, considerando las diferentes descripciones que los psicoanalistas y cognitivistas han dado sobre dicho núcleo *como diversos aspectos de un único proceso de desarrollo morboso*. Hay que añadir que, si la hipótesis formulada en este artículo fuera correcta, contribuiría a identificar un grupo de procesos psicopatológicos de los cuales forman parte, además del Trastorno Límite de Personalidad, también otros desarrollos morbosos. Sobre este grupo de procesos psicopatológicos próximos al Trastorno Límite de Personalidad se hará mención en el penúltimo apartado de este artículo. En cambio, ahora, es necesario iniciar nuestra reflexión recordando los diferentes modelos del núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad .

1. El núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad: Teorías psicoanalíticas y cognitivistas

La teoría psicoanalítica dominante concibe el núcleo del Trastorno Límite de Personalidad como un *conflicto* entre pulsiones libidinosas y agresivas, surgido en la etapa pre-edípica, que es afrontado con un mecanismo de defensa primitivo, la escisión (*splitting*). La escisión impide confrontar entre sí, en la conciencia, las representaciones positivas y negativas de sí mismo y de las otras personas (Kernberg, 1975). Otras teorías psicoanalíticas sostienen que el trastorno central de la personalidad límite deriva no de un conflicto, sino de un *déficit* en la representación interna (introyección) de la persona cuidadora, causado por la grave incapacidad de dicha persona (en general, la madre) de sintonizar con las necesidades de apoyo y protección del niño. A causa de este déficit, en momentos de estrés emocional, el paciente no tiene la capacidad de evocar mentalmente imágenes tranquilizadoras: de ello deriva la extrema vulnerabilidad a las experiencias dolorosas de miedo,

vergüenza, soledad y abandono (Adler, 1985). También otras teorías psicoanalíticas subrayan el papel del déficit en las capacidades metacognitivas (capacidad de distinguir apariencia y realidad, de pensar sobre el propio pensamiento, de formarse una “teoría de la mente”: Fonagy *et al.*, 1995; Maffei, 1998). Otras teorías psicoanalíticas se sitúan en una posición de equilibrio entre las tesis opuestas del conflicto y del déficit. Estas teorías postulan un déficit en la atención, por parte de la madre, de las necesidades de autonomía e individuación (más que de cuidado y de apoyo) que el niño manifiesta alrededor de los dos años, pero también un consiguiente conflicto entre la necesidad de autonomía y de protección (Masterson, 1972).

En el ámbito de las psicoterapias cognitivas, se han propuesto dos modelos del problema nuclear del que emerge el Trastorno Límite de Personalidad: el modelo de Aaron Beck y el de Marsha Linehan. Según Beck y sus colaboradores, el núcleo de la patología límite está constituido por la concurrencia y concatenación de tres temas fundamentales sobre el Sí mismo y el mundo, de los cuales emergen las creencias patógenas correspondientes: la creencia que el mundo es peligroso y malo, la creencia de ser especialmente frágil y vulnerable, y la creencia de ser intrínsecamente inaceptable y, por tanto, destinado a ser abandonado por los demás. De la primera creencia derivan el miedo y las fobias pero también la propensión a la cólera inmotivada e intensa. De la segunda, derivan la incapacidad de implicarse en proyectos coherentes de vida y también las fuertes reacciones emocionales ante el abandono en las relaciones interpersonales. De la tercera creencia derivan el sentimiento de vacío y los comportamientos autolesivos (Pretzer y Beck, 1995).

En cambio, el modelo de Marsha Linehan del Trastorno Límite de Personalidad afirma que el núcleo del trastorno consiste en un grave déficit del sistema de regulación de las emociones. A causa de tal déficit, todas las emociones tienden a manifestarse con excesiva intensidad, tanto en la experiencia subjetiva como en el comportamiento y en la comunicación. De este modo se explican, según el modelo de Linehan, la rabia inmotivada e intensa, las oscilaciones rápidas del humor o estado de ánimo, la intensidad caótica de las relaciones afectivas, el miedo exagerado ante la posibilidad de ser abandonado, y la incapacidad de controlar los impulsos emocionales que pueden llegar a convertirse en comportamientos autolesivos. En el intento de reducir la experiencia dolorosamente intensa y caótica de las emociones, el paciente límite puede hacer uso de las drogas, el alcohol o los atracones de comida, o bien puede conseguir inhibir totalmente, en algunos momentos, la experiencia emocional completa, lo cual le lleva a experimentar inquietantes sensaciones de vacío y anihilamiento (Linehan, 1993). Según la teoría de Linehan, el déficit del sistema de regulación de las emociones deriva de la interacción entre variables ligadas al temperamento, que comportan una respuesta emocional especialmente intensa y rápida (vulnerabilidad emocional), y variables ligadas al aprendizaje social del valor y significado de las emociones. Estas variables aprendidas se resumen en el concepto de “invalidación de la experiencia

emocional”: el ambiente interpersonal dentro del cual el paciente desarrolla el conocimiento de sí mismo y de los otros le llevaría a quitar significado y valor a las emociones que percibe en sí mismo y que observa en los demás (Linehan, 1993).

Y finalmente podemos apuntar, entre los modelos cognitivistas del Trastorno Límite de Personalidad, algunas aportaciones recientes que, como sucede con los psicoanalíticos de Fonagy y de Maffei citados anteriormente, subrayan el papel central del déficit metacognitivo (Cotugno, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998).

2. ¿Es posible integrar los diferentes modelos del Trastorno Límite de Personalidad?

Los diversos modelos propuestos para identificar el núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad insisten, aunque con lenguajes teóricos diferentes, sobre tres problemas fundamentales:

- 1) la respuesta emocional anormal ante acontecimientos reales o imaginarios de abandono, separaciones y soledad (Adler, Beck, Materson);
- 2) la dificultad de modular las reacciones emocionales a causa de un déficit de procesos mentales superiores destinados a tal función (Adler, Fonagy, Linehan);
- 3) la representación múltiple, contradictoria y no integrada que el paciente tiene de sí mismo y de los demás (puesta en relieve sobre todo en el modelo de Kernberg).

Al clínico que lleva en psicoterapia pacientes límite, estos tres problemas le parecerán razonables candidatos a ocupar el centro o núcleo del trastorno. En el trabajo psicoterapéutico concreto, a menudo no parece necesario escoger uno solo entre los tres problemas anteriores como centro alrededor del cual giran las diversas disfunciones del paciente (Maffei, 1997). En otras palabras, para el psicoterapeuta a menudo es ventajoso escuchar al propio paciente límite teniendo presente que el núcleo central de su trastorno es tanto una representación contradictoria y no integrada de sí mismo y de los demás, como una especial reactividad ante el abandono y, a la vez, una dificultad de modular y regular la experiencia emocional. Desde esta perspectiva, evidentemente sería muy deseable un modelo teórico unitario e integrado de la patología límite, que describa su núcleo de tal manera que tanto las representaciones disociadas de sí mismo como la sensibilidad ante el abandono y la regulación anormal de las emociones aparezcan como aspectos de un único proceso patológico del desarrollo mental.

En la perspectiva de la investigación sobre la etiopatogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, y, por tanto, sobre los factores de riesgo que facilitan su aparición, un modelo integrado y unitario del trastorno nuclear que está en la base de la patología límite sería tan importante como desde la perspectiva del tratamiento. Si pudiéramos identificar un proceso unitario que determinara tanto la multiplicidad representacional disociada como la reactividad ante el abandono y la escasa

regulación de las emociones, sería más fácil reflexionar sobre el peso relativo que, en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, tienen los diversos factores de riesgo hasta el momento conocidos o supuestos (rasgos de personalidad genéticamente determinados, disfunciones en la comunicación familiar, traumas psicológicos, factores sociales de riesgo: Paris, 1996).

La tesis central de este artículo es la siguiente: *en la actualidad es posible identificar un proceso mental e interpersonal unitario, que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego (que implica, por tanto, directamente las dinámicas de separación), y del cual emergen tanto una representación múltiple y disociada del Sí mismo como una dificultad de reconocer y regular los estados mentales (incluidas las emociones)*. Este proceso unitario se conoce como **“Desorganización del Apego”** (Main, 1995; Main y Hesse, 1990, 1992; Main y Solomon, 1990; Solomon y George, en prensa). Si esto es cierto, resulta interesante no sólo investigar en qué medida la Desorganización del Apego puede considerarse tanto un factor de riesgo en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad, como reflexionar sobre la posibilidad de que ésta constituya, en su desplegarse dinámico a lo largo de todo el desarrollo y después en edad adulta, un modelo adecuado del núcleo central de la patología límite.

3. La Desorganización del Apego

La investigación sobre el apego durante el primer año de vida demuestra que, en las familias de bajo riesgo de trastornos psicopatológicos, la mayor parte de los niños consigue *organizar* su comportamiento de apego hacia cada uno de sus progenitores. Los niños organizan su comportamiento de apego hacia cada uno de sus progenitores según una modalidad o patrón (*pattern*) que refleja el estilo con que el progenitor los cuida (revisiones de las investigaciones sobre el tema se han publicado a lo largo de los años, confirmando siempre dichas conclusiones: Ainsworth *et al.*, 1978; Bretherton, 1985, 1990; Main, 1995; Meins, 1997). Han sido identificados tres patrones organizados de apego, llamados *seguro*, *inseguro-evitante* e *inseguro-resistente*. Alrededor del 80% de los niños en las muestras de bajo riesgo consigue organizar el propio comportamiento de apego según alguno de estos tres patrones. Entre el 15% y el 20% de los niños de estas muestras, en cambio, no consigue realizar esta tarea organizativa: el comportamiento de apego de estos niños aparece desorganizado (Main y Morgan, 1996; Solomon y George, en prensa). Si posteriormente se estudia el comportamiento de apego, al final del primer año de vida, en los niños provenientes de familias de alto riesgo (hijos con madres solteras, adolescentes y con dificultades económicas; niños que crecen en familias caóticas y donde hay maltratos; o bien hijos de madres gravemente deprimidas o alcohólicas), se encuentra que la mayoría o casi la mayoría (alrededor del 40% al 80%, según las muestras estudiadas) muestra desorganización en el apego (Carlson *et al.*, 1989; Lyons-Ruth, 1996; O'Connor, Sigman y Brill, 1987; Radke-Yarrow *et al.*, 1995).

Podemos comprender el constructo teórico “Desorganización del Apego” en contraste con las tres estrategias organizadas básicas del apego. Como es conocido, estas estrategias organizadas (*pattern*) han sido identificadas, al final del primer año de vida, mediante una secuencia estandarizada de breves episodios de separación y reencuentro entre niños y progenitores u otras figuras de apego estables. Esta secuencia se conoce como “Situación de Extañamiento” (*Strange Situation*) (Ainsworth *et al.*, 1978). En el patrón de apego seguro (observado en casi el 50-60% de los niños en las muestras de bajo riesgo), los niños protestan en la fase de separación, y se calman rápidamente en el momento de reencuentro con la figura de apego. En el patrón inseguro-resistente (relativo al 5-10% de las muestras de bajo riesgo), en cambio, los niños se resisten al consuelo que se les ofrece en el momento del reencuentro y continúan protestando, aunque se encuentren en brazos de la figura de apego. Y finalmente, en el patrón inseguro-evitante (observado en el restante 15-20%) los niños no protestan en el momento de la separación; y además evitan el contacto con la figura de apego en el momento del reencuentro. Estos tres patrones están correlacionados con el tipo de respuesta que los niños han obtenido de la figura de apego a lo largo del primer año de vida. El patrón seguro es la consecuencia de respuestas rápidas y eficaces ante las demandas de cuidado, consuelo y protección del niño. El patrón evitante se correlaciona con una invitación coherente a la autosuficiencia emocional que la figura de apego dirige al niño, a través de una actitud estable de no estar disponible ante las demandas de proximidad que el niño hace con su llanto. El patrón resistente deriva de respuestas del adulto ante el llanto de separación del niño que son imprevisibles e inconstantes oscilando entre la aproximación y la desatención. Fácilmente se puede inferir como el patrón de apego que el niño muestra en la Situación de Extañamiento es una estrategia bien organizada que se corresponde al modo con el cual el progenitor le ha cuidado. En el patrón seguro el niño expresa en su comportamiento el recuerdo y expectativa de una respuesta rápida a su llanto. En cambio, en el patrón evitante expresa la intención de no molestar inútilmente a la figura de apego con demandas de proximidad que en la experiencia del niño no han sido ni bien recibidas ni bien acogidas. El patrón resistente evidencia la memoria de la imprevisibilidad en perder y obtener la proximidad de la figura de apego (el niño continúa llorando aunque esté en los brazos del progenitor, como si temiera un nuevo y repentino alejamiento e intentase prevenirlo o impedirlo). En los tres casos, los niños saben bien qué se puede esperar de la figura de apego, y organizan coherentemente su comportamiento basándose en tal expectativa (para más información sobre los tres patrones de apego organizado, ver: Ainsworth *et al.*, 1978; Bretherton, 1985; Liotti, 1994; Meins, 1997).

Como queda dicho, un porcentaje considerable de niños en las muestras de bajo riesgo, y la mayoría de los de las muestras de alto riesgo, no consiguen organizar el comportamiento de apego, al final del primer año de vida, de ningún modo coherente (es decir, ni en el sentido de una demanda segura de proximidad,

ni en el de una demanda persistente aunque la proximidad se haya conseguido, ni en el de una actitud autosuficiente o bien evitativa de cualquier demanda de proximidad). Por definición, el comportamiento de apego no organizado se manifiesta con modalidades que pueden ser diferentes entre sí, pero que tienen todas ellas en común la presencia simultánea, o en rápida sucesión, de acciones incompatibles entre sí o dotadas de finalidades irreconciliables, o bien de la pérdida de orientación y finalidad de la conducta (Main y Solomon, 1990). Se clasifican como apego desorganizado casos en que, en la Situación de Extrañamiento, los niños buscan la proximidad de la figura de apego durante la separación, para después evitarla activamente durante el reencuentro. También se consideran casos de apego desorganizado aquellos en que los niños se dirigen hacia la figura de apego con la cabeza girada hacia otro lado, evitando el contacto ocular, o aquellos en que después de la demanda de proximidad, siguen claras manifestaciones de miedo, de inmovilidad repentina o de fuga. Muy a menudo, durante la realización de acciones en las que coexisten la tendencia a aproximarse y la tendencia a alejarse, también se manifiestan en los niños con apego desorganizado expresiones del rostro o posturas que sugieren la existencia de alteraciones funcionales de la atención y de la conciencia, parecidas a las que se observan en los estados de trance (Main, 1995; Main y Hesse, 1992; Main y Morgan, 1996): mirada fija en el vacío, pérdida de la expresividad del rostro, posturas corporales extrañas, movimientos especialmente enlentecidos, tonos de voz insólitos que resulta difícil atribuir a un estado emocional experimentado comúnmente en la Situación de Extrañamiento (miedo, cólera, tristeza, interés).

Las investigaciones que han intentado definir los antecedentes de la Desorganización del Apego en el primer año de vida han identificado hasta el momento una fuerte correlación con la existencia de duelos u otros traumas no elaborados e irresueltos en el progenitor hacia el cual el comportamiento de apego del niño resulta desorganizado (los niños con apego desorganizado hacia un progenitor muestran a menudo una suficiente organización del apego hacia el otro progenitor, lo cual excluye la hipótesis de que la Desorganización del Apego dependa de variables de temperamento o de disfunciones neurológicas primarias). La correlación entre Desorganización del Apego en los niños y traumas no resueltos en los padres fue observada por primera vez por Main y Hesse (1990, 1992). Posteriormente, dicha observación ha sido replicada diversas veces por grupos de investigación independientes (Ainsworth y Echberg, 1991; Benoit y Parker, 1994; Lyons-Ruth y Block, 1996; Ward y Carlson, 1995).

Para explicar la asociación entre duelo o trauma no resuelto en los progenitores y la Desorganización del Apego en los niños, Main y Hesse (1990, 1992) han planteado la siguiente hipótesis. El recuerdo del trauma no resuelto tiende a aflorar en la conciencia de un modo compulsivo, fragmentario e imprevisible (Horowitz, 1986). Cuando esto sucede en la mente de un progenitor que está cuidando a un niño pequeño, se producen expresiones de miedo en el rostro del progenitor, y el niño

se asusta al percibir las (la tendencia innata de los niños pequeños a reaccionar con miedo ante el miedo percibido en el rostro del adulto que lo cuida es bien conocida: Fields y Fox, 1985). Se crea de este modo en el niño un conflicto irresoluble entre dos sistemas motivacionales innatos²: el sistema de apego, que lo obliga a buscar la proximidad protectora del progenitor cada vez que se encuentra en peligro, y el sistema defensivo más arcaico, que lo obliga a huir o a inmovilizarse frente a un estímulo que le provoca miedo (Main y Hesse, 1990, 1992). Naturalmente este conflicto insoluble entre necesidad de proximidad protectora y necesidad de alejarse del progenitor convertido en fuente de miedo o de peligro se da igualmente aunque el progenitor con un trauma no resuelto se muestre repentinamente violento hacia el niño mientras lo cuida (la posibilidad de que padres traumatizados y asustados se vuelvan repentinamente violentos hacia sus propios hijos ha sido magistralmente examinada por Bowlby, 1988, Capítulo 5). De todas formas, para que se produzca la Desorganización del Apego, no es necesario que el padre provoque miedo al niño mediante la violencia: el simple hecho de mostrar miedo hace que el progenitor mismo se convierta en una fuente de miedo para el niño, activando de este modo el conflicto entre sistema de apego y otros sistemas motivacionales defensivos. Main y Hesse (1990, 1992) han llamado *frightened/frightening* (asustado / inductor de miedo) al progenitor responsable de la desorganización del apego del niño.

4. Desorganización del apego y multiplicidad de las representaciones del sí mismo

La teoría del apego (Bowlby, 1969/1982, 1988) afirma que la experiencia realizada por el niño durante las primeras experiencias de apego queda grabada en determinadas estructuras de la memoria implícita (Amini *et al.*, 1996), llamadas *Internal Working Models* (Modelos Operativos Internos). Los Modelos Operativos Internos contienen representaciones del Sí mismo y del progenitor dentro de las relaciones de apego, y guían por consiguiente el comportamiento de apego (Bowlby, 1973, 1988; Bretherton, 1985, 1990). Es gracias a la acción de los diversos Modelos Operativos Internos que el comportamiento de apego, de por sí innato, se va diferenciando en función de la experiencia y se organiza en uno de los tres patrones (seguro, evitante o resistente), o bien resulta desorganizado.

En el patrón seguro, el Modelo Operativo Interno contiene una representación unitaria, coherente y organizada del sí mismo o self y de la figura de apego, en la cual las emociones experimentadas por el self son valoradas positivamente porque son validadas por una figura de apego disponible y fiable. En el patrón evitante, las emociones de vulnerabilidad del self son inversamente representadas como una fuente de molestias para la figura de apego, y por tanto como algo cuya expresión hay que evitar. A pesar de la representación negativa de las emociones de apego, el Modelo Operativo Interno del patrón evitante conserva suficientes características de unidad, coherencia y organización. También el Modelo Operativo Interno del

patrón resistente permite una suficiente coherencia representacional: la figura de apego resulta imprevisible en sus respuestas, mientras que el self es representado, aún unitariamente, como dispuesto a manifestar con especial energía y continuidad las propias emociones de apego, en modo de poder controlar los movimientos (de otra forma serían imprevisibles) de alejamiento de la otra persona. En cambio, en el Modelo Operativo Interno correspondiente a la Desorganización del Apego, cualquier unidad y coherencia representacional, por débil que sea, se ve inexorable y gravemente dañada (Hesse y Main, en prensa; Liotti, 1992, 1995; Main, 1991).

La naturaleza múltiple, incoherente y fragmentaria del Modelo Operativo Interno correspondiente a la Desorganización del Apego puede ser captada con una simple inferencia: ¿qué contenidos representacionales explícitos corresponderían a la experiencia grabada en la memoria implícita³ de los niños cuidados por progenitores *frightened/frightening*? El niño, a partir de la memoria implícita de la figura de apego que *lo acoge con la expresión de miedo*, puede construir una representación de sí mismo como la causa del miedo que ve en el rostro del otro (Self “perseguidor”, Otro “víctima”), pero también, y *simultáneamente*, una representación del otro como malo, y como responsable del miedo que experimenta uno mismo (Self “víctima”, Otro “perseguidor”). Además, el niño, a partir de la misma secuencia registrada en la memoria implícita, puede representar el Self como “víctima” y al Otro como “salvador” (la figura de apego *acoge* al niño, aunque sea con la expresión de miedo), y también el Self como “salvador” y el progenitor como “víctima” (el progenitor traumatizado, que *acoge* al niño mientras evoca con miedo un trauma no elaborado, será fácilmente consolado por la ternura que normalmente induce el contacto con un niño). Y finalmente, el niño podrá representar tanto el self como la figura de apego como vulnerables, asustados e impotentes frente a algo invisible, y por eso mismo aún más amenazador y peligroso (Self “víctima”, Otro “víctima”). En resumen, se puede inferir que la experiencia de ser cuidado por un progenitor *frightened/frightening* queda reflejada en la tendencia a construir representaciones del Sí mismo-con-el Otro en el apego que son múltiples y recíprocamente incompatibles, mutando continuamente entre las polaridades representacionales dramáticas del “salvador”, del “perseguidor” y de la “víctima” (Liotti, 1995, en prensa). Esta inferencia es avalada por una serie de estudios sobre la representación del self en niños en edad escolar y en adolescentes que han sido desorganizados en su apego precoz (para una revisión de estos estudios, pueden verse Hesse y Main, en prensa; Liotti, 1999, en prensa; Main y Morgan, 1996).

Es evidente la semejanza entre el estilo representacional fragmentario y contradictorio que emerge del Modelo Operativo Interno del Apego Desorganizado, y el que corresponde a los efectos de la “escisión” (*splitting*) según Kernberg (1975). Se podría objetar que en la teoría de Kernberg la escisión es un mecanismo de defensa intrapsíquico, mientras que el Modelo Operativo Interno Desorganizado debe la multiplicidad disociada de sus representaciones a dinámicas cognitivas

(traducción de los elementos de la memoria implícita en conocimientos declarativos) que se basan, a su vez, en características de una relación real. Sin embargo, las diferencias en la teoría explicativa de base (teoría pulsional clásica en el modelo de Kernberg; epistemología evolucionista y neuropsicología cognitivista en el caso de la teoría del apego) no anulan el hecho que se pone el mismo acento sobre el estilo representacional múltiple, contradictorio y sobre todo no integrado, que caracteriza tanto al paciente límite según Kernberg como al apego desorganizado.

5. Desorganización del apego y déficit en el desarrollo metacognitivo

Una línea de investigación de gran interés teórico y clínico relaciona la inseguridad del apego en general, y la Desorganización del Apego en particular, con un déficit en el desarrollo y en las funciones metacognitivas (Flavell, 1979).

Un grave déficit en el monitoraje metacognitivo (es decir, en la capacidad de observar las operaciones mentales del pensamiento y de la afectividad en curso, de tal manera que sea posible controlar su desarrollo) es característico de las relaciones en cuyo interior aparece la Desorganización del Apego (Main, 1991; Main, 1995; Main y Hesse, 1992; Main y Morgan, 1996). También otra función dependiente de la metacognición, la capacidad del Self de reflexionar sobre los estados mentales (pensamientos, emociones, creencias, recuerdos) como entidades discretas, relativas y subjetivas, parece estar especialmente afectada en las relaciones de apego inseguro, y, por tanto, también de apego desorganizado (Fonagy *et al.*, 1995). Ciertamente, la seguridad del apego en el primer año de vida se correlaciona con una mayor capacidad de superar, entre los tres y cinco años, las tareas de la falsa creencia que demuestran que los niños han construido una “Teoría de la Mente” (Meins, 1997). Por tanto, los niños con un apego seguro muestran, respecto a los niños con apego inseguro o desorganizado, una facilitación de las funciones metacognitivas implicadas en la distinción entre apariencia y realidad (sobre la cual se basan las tareas de la falsa creencia: Flavell, Flavell y Green, 1983; Wimmer y Perner, 1983). Adolescentes con historias de Desorganización del Apego muestran una menor capacidad de pensamiento lógico-formal respecto a sus coetáneos de igual inteligencia pero con historias de apego seguro o inseguro-resistente o inseguro-evitante (Jacobsen, Edelstein y Hoffman, 1994)⁴. En un estudio reciente, adolescentes que habían sido desorganizados en su apego precoz (a un año de edad) eran considerados por sus profesores como inclinados a “ausentarse mentalmente”, es decir, a entrar en un estado de atención y conciencia parecido a un trance espontáneo (Carlson, 1997): tal tendencia a los estados disociativos de la conciencia indica un uso reducido y disfuncional de las capacidades metacognitivas.

Es evidente que el monitoraje metacognitivo y la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos son pre-condiciones esenciales para regular y modular la experiencia emocional tanto cuando uno está solo como cuando interactúa con los demás. Por tanto, la metacognición y la “Teoría de la

Mente” constituyen el centro del sistema mental de regulación de la experiencia emocional que Linehan (1993) considera deficitario en su modelo del Trastorno Límite de Personalidad. Sólo gracias a un eficiente monitoreo metacognitivo es posible, a lo largo del desarrollo cognitivo-afectivo: (1) comprender la naturaleza contextual, relacional y transitoria de las emociones (así como también de todos los estados mentales); (2) construir una “teoría” eficiente de la relación entre emociones y determinados acontecimientos ambientales; (3) asignar a cada emoción un nombre apropiado. En pocas palabras, solamente gracias a las capacidades metacognitivas es posible disponer, en el curso del desarrollo, de instrumentos mentales que, según Linehan, constituyen el sistema de regulación de las emociones.

Naturalmente, la idea que de una relación de apego perturbada se pueda derivar un déficit de las funciones mentales (metacognición) que intervienen en la modulación de la experiencia emocional está totalmente de acuerdo con la tesis central de los modelos psicoanalíticos vinculados a la Psicología del Yo. Dicha tesis afirma que las funciones del objeto-yo (de crucial importancia para la capacidad de auto-consuelo) resultan deficitarias debido a determinados trastornos en las primeras relaciones de objeto. Gracias a esta similitud, un modelo de la patología límite derivado de la Desorganización del Apego resulta compatible no sólo con el modelo cognitivo-comportamental de Linehan, sino también con modelos psicoanalíticos del Trastorno Límite de Personalidad como el de Adler (1985).

6. Desorganización del Apego y respuestas a traumas

La teoría del apego postula que, en el curso de la vida, las respuestas más funcionales a la separación, a la pérdida, al abandono y en general a los acontecimientos traumáticos están relacionadas con la experiencia previa de (al menos un) apego seguro, y por tanto, a la existencia de un Modelo Operativo Interno seguro en el momento de la separación, de la pérdida o del trauma (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1080). Los datos provenientes de investigaciones disponibles hasta el momento avalan y confirman esta hipótesis, pero sólo en parte. En particular, un estudio sugiere que la dimensión organización-desorganización es más importante que la dimensión seguridad-inseguridad en la medida en que permite prever, en función del apego, respuestas negativas a traumas de separación y pérdidas (Adams, Keller y West, 1995). En otras palabras, sería la desorganización previa –más que la simple inseguridad- del apego lo que llevaría a anticipar respuestas claramente patológicas a acontecimientos traumáticos o de pérdida.

Visto el papel que los traumas parecen ejercer en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad –un rol central aunque controvertido (Paris, 1996)- el tema de la Desorganización del Apego como factor predisponente a los trastornos afectivos post-traumáticos merece una digresión y algunas reflexiones.

Ser víctima de un acontecimiento psicológico potencialmente traumático comporta, por definición, la activación del sistema motivacional de apego (para una

profundización sobre este tema, véase Liotti, en prensa (1 y 2)). El dolor físico y psíquico, unido a la percepción de la propia vulnerabilidad, constituye el más potente activador de la necesidad humana innata de ayuda, consuelo, protección (apego). Por tanto, la respuesta al trauma psicológico comporta la activación no sólo de la necesidad innata de apego, sino también del Modelo Operativo Interno que lo regula, es decir, de las expectativas sobre la respuesta que los otros darán a la propia demanda de cuidado y el significado y valor atribuido a las propias emociones de apego. Las expectativas de respuestas positivas de los demás y el significado positivo atribuido a la propias emociones (expectativas vinculadas al Modelo Operativo Interno del Apego seguro) reducen, en el plano intrapsíquico, los efectos dolorosos del trauma, y guían eficazmente el comportamiento, en el plano relacional, hacia interacciones interpersonales reales intrínsecamente capaces de dar ayuda y consuelo. Así pues, el Modelo Operativo Interno del Apego Seguro constituiría un factor de protección de cara al Trastorno por Estrés Postraumático. Y viceversa, los Modelos Operativos Internos de los diferentes tipos de apego inseguro, y aún más los Modelos Operativos Internos del Apego Desorganizado, conllevan expectativas de rechazo, de intrusividad o (en el caso del apego desorganizado) de posteriores peligros conectados a las propias demandas de apego, y, por tanto, no protegen de los efectos psicológicos de los acontecimientos traumáticos, bien al contrario, incluso los amplifican (Liotti, en prensa (1 y 2)). En el caso del Modelo Operativo Interno Desorganizado, su activación además acarrea, de por sí, una experiencia disociativa. Efectivamente, un Modelo Operativo Interno de este tipo vehicula representaciones no integradas, contradictorias y dramáticas del Sí mismo y del Otro a quien se pide ayuda. A los bien conocidos efectos disociantes del trauma se suma de este modo la disociación en la representación del Sí Mismo-con-el Otro, derivada de la Desorganización del Apego. De este modo, resultan comprensibles los datos aportados por investigaciones, como la citada de Adams *et al.*, (1995): la Desorganización del Apego es un factor de riesgo para el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático.

Si tenemos presente que las familias donde se da más fácilmente la Desorganización del Apego son también familias donde el riesgo de abuso (maltratos o violencia) es más alto (Carlson *et al.*, 1989), podemos entender por qué dos factores de riesgo para el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad –la Desorganización del Apego precoz y la exposición a traumas psicológicos durante el desarrollo– están frecuentemente interconectados en la aparición de la disociación o escisión que caracteriza este trastorno. Además, el hecho que la Desorganización del Apego sea ya de por sí un factor de disociación de las representaciones del Sí mismo-con-el Otro, puede ayudar a comprender los casos de Trastorno Límite de Personalidad en cuya historia de desarrollo no encontramos ninguna experiencia traumática en particular. Y finalmente, el valor protector de los Modelos Operativos Internos de apego seguro puede contribuir a explicar por qué no siempre la exposición a traumas

durante el desarrollo da lugar a la aparición de patologías disociativas en general y a la Límite en particular (ver Paris, 1996, para una reflexión crítica sobre el papel de los traumas en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad).

7. Una hipótesis sobre el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad a partir de la Desorganización del Apego

Todo lo expuesto permite entender de qué manera la Desorganización del Apego proporciona un modelo unitario de los dos principales trastornos nucleares hipotetizados para la patología límite por los modelos psicoanalíticos (en particular, el de Kernberg) y los modelos cognitivo-comportamentales (en particular, el de Linehan). La multiplicidad representacional del Sí mismo y el déficit en la función de regulación de las emociones dolorosas (conectada al déficit metacognitivo) aparecen como dos aspectos de un mismo desarrollo (intrapésquico y relacional al mismo tiempo) que es la Desorganización del Apego. Además, un modelo de la patología límite centrado en la Desorganización del Apego permite comprender otros dos aspectos cruciales en el desarrollo y en la expresión clínica de estos trastornos: la respuesta a los traumas y la reacción anormalmente intensa a la separación (el sistema de apego media tanto las respuestas a los traumas como la reacción a la separación).

Los modelos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales (basados sobre la multiplicidad disociada y dramática de la representación del Sí mismo-con-el Otro, sobre la escasa regulación de la experiencia emocional y sobre los déficits de la metacognición) explican bien, a partir del trastorno nuclear hipotetizado, los aspectos clínicos del Trastorno Límite de Personalidad: impulsividad, oscilaciones entre idealización y desvalorización de uno mismo y de los demás, sentimiento de vacío, cólera inmotivada e intensa, comportamientos autolesivos, relaciones inestables e intensas. Así pues, el modelo basado sobre la Desorganización del Apego es capaz de explicar dichos aspectos clínicos, ya que unifica en un único proceso mental e interpersonal los trastornos nucleares hipotetizados por los otros modelos. El modelo de la Desorganización del Apego explica mejor, además, la *dinámica interpersonal* que podría estar a la base de las experiencias y de las conductas típicas de los pacientes límite. Esta dinámica interpersonal puede relacionarse con la activación del sistema motivacional de apego.

El niño con apego desorganizado tenderá a tener representaciones mentales dramáticas, disociadas, no integradas de sí mismo y de los demás cada vez que se active en él el sistema motivacional de apego. Dicha activación: (1) se produce *inevitablemente* cada vez que se experimenta malestar o vulnerabilidad personal⁵; (2) comporta, en la medida en que es mediado por el Modelo Operativo Interno Desorganizado, interacciones emocionalmente muy intensas, y también dolorosas de los demás a quienes se pide ayuda (recuérdese la representación del Sí mismo-con-el Otro oscilante entre los roles de perseguidor, de salvador y de víctima); (3)

implica también el riesgo de terroríficas experiencias disociativas (sensaciones de anihilamiento, estados alterados de conciencia) conectadas con la imposibilidad de gestión, por parte de las funciones integradoras de la conciencia, de las representaciones incompatibles simultáneas del Sí mismo y del Otro vehiculadas por el Modelo Operativo Interno Desorganizado. Además de desarrollar un estilo relacional inestable y emocionalmente intenso, quien viva repetidas veces esta dolorosa experiencia inherente a la activación del sistema de apego, tenderá con toda probabilidad a inhibir defensivamente dicho sistema. Para hacerlo, existen dos posibilidades: (1) esforzarse para conseguir un distanciamiento emocional, o bien (2) activar subrepticamente otras modalidades de relación, distintas del apego, cuando se advierte la propia vulnerabilidad (por ejemplo, modalidades seductoras-sexuales, modalidades competitivas: Gilbert, 1989; Liotti, 1994)⁶. De este manera, pueden darse, en el contexto de activación del sistema de apego, experiencias de distanciamiento emocional (el sentimiento de vacío del cual frecuentemente los pacientes se lamentan) o bien tendencias a comportamientos sexuales promiscuos o de riesgo, o incluso explosiones inmotivadas de cólera competitiva. En el esfuerzo a alcanzar un distanciamiento emocional que proteja de la dolorosa experiencia de la desorganización durante interacciones de apego, es posible también que el paciente aprenda a utilizar estímulos que lo “distrayan” de la desesperada y desesperante necesidad de un consuelo que nunca llega (abusando de la comida, del alcohol y de las drogas, o lanzándose a conductas de riesgo que por otra parte corresponden con las dos representaciones negativas del Self –perseguidor o víctima impotente- que forman parte del Modelo Operativo Interno Desorganizado). La deficitaria capacidad metacognitiva impide, durante dicho proceso de desarrollo anormal, la reflexión crítica sobre la propia conducta y de sus propios estados mentales que sola –*en ausencia de importantes experiencias relacionales correctivas del apego desorganizado*- podría dar lugar a diferentes tipos de conductas interpersonales y explorar diversas modalidades de gestión de las emociones dolorosas.

Subrayamos que la hipótesis presentada en este artículo identifica en el Apego Desorganizado el trastorno nuclear de la patología límite, pero no afirma en ningún momento que la Desorganización del Apego sea el único factor de riesgo. Diferentes factores pueden converger junto con los efectos de la Desorganización del Apego en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad. *Es probable que ninguno de dichos factores produzca, por sí solo, el trastorno* que como la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, tiene una génesis multifactorial o bien bio-psico-social (Paris, 1996). Experiencias traumáticas, posteriores a una Desorganización del Apego precoz, contribuyen ciertamente, en modo notable, a dirigir el desarrollo de la personalidad hacia una condición límite. Rasgos de personalidad determinados por variables genéticas o constitucionales (por ejemplo, la impulsividad y la especial reactividad del sistema neurovegetativo a los estímulos emocionales) son

probablemente importantes factores de riesgo añadidos (Linehan, 1993; Paris, 1996). Anomalías neuropsicológicas congénitas o adquiridas podrían sumarse a la Desorganización del Apego y a los efectos psicológicos de los traumas en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad (Van Reekum, Links y Boiago, 1993). Estilos anormales de comunicación familiar no directamente implicados en las interacciones de apego seguramente también tienen un peso en la génesis del trastorno. Y además es absolutamente necesario, al estudiar la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, considerar el rol de los factores protectores que pueden, en el curso del desarrollo, neutralizar la influencia de los anteriores factores de riesgo. En este sentido, la existencia de experiencias posteriores de apego seguro, que corrijan las precedentes experiencias de desorganización, son obviamente un importante factor de protección.

8. Desorganización del Apego y trastornos psicopatológicos diversos

El modelo interpretativo que estamos considerando permite estudios empíricos precisos, destinados a verificar o invalidar la hipótesis que afirma que la Desorganización del Apego precoz es un factor de riesgo importante en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad. Una posibilidad de contrastar la hipótesis nos la ofrece la correlación hallada entre la Desorganización del Apego del niño y la falta de elaboración de duelos o traumas en quien lo cuida, correlación que ya ha sido ampliamente comentada en el apartado 3 de este artículo. Los pacientes límite tendrían que tener una mayor probabilidad que otros pacientes psiquiátricos de ser hijos de padres con duelos o traumas no elaborados en el período en que los pacientes desarrollaron los primeros patrones de apego. Una amplia investigación epidemiológica destinada a contrastar si esto es cierto se está realizando en Italia, y sus resultados preliminares (Pasquini, 1998) están a favor de la hipótesis según la cual el apego desorganizado es un factor de riesgo para el Trastorno Límite de Personalidad.

En interesante subrayar, que se han hallado relaciones entre experiencias de duelo no resueltas en los padres y riesgo de desarrollos patológicos en los hijos (siendo presumiblemente la Desorganización del Apego el mediador entre la experiencia traumática del progenitor y los trastornos de los hijos) no sólo para el Trastorno Límite de Personalidad, sino también para los trastornos disociativos (Liotti, 1992, en prensa (1 y 2); Liotti, Intreccialagli y Cecere, 1991) y los trastornos de la conducta alimentaria (Dalle Grave, Oliosí y Todisco, 1998). Además, el modelo de la Desorganización del Apego parece estar en la base de las experiencias disociativas de pacientes víctimas de abusos (Anderson y Alexander, 1996; Coe *et al.*, 1995), independientemente del hecho que el cuadro clínico en el que aparecen las experiencias disociativas corresponda a un Trastorno Límite de Personalidad, a un trastorno disociativo, a un trastorno de ataques de pánico con fuertes síntomas de despersonalización, o bien a otro tipo de trastorno. Clínicamente, el modelo de

la Desorganización del Apego ha sido estudiado en el marco de la relación terapéutica con pacientes que durante el tratamiento presentaban síntomas de tipo obsesivo-compulsivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998; Monticelli, comunicación personal), lo cual recuerda las semejanzas estructurales profundas observadas entre algunos subtipos de pacientes obsesivos y pacientes con trastornos disociativos de identidad (Ross y Anderson, 1988). Y finalmente, el modelo de la Desorganización del Apego ha sido contrastado, clínicamente, en la relación terapéutica con pacientes que sufrían otros tipos de trastornos de personalidad. ***Estas observaciones nos llevan a considerar la Desorganización del Apego como un factor de riesgo y como un trastorno nuclear subyacente en un continuum psicopatológico caracterizado por la experiencia disociativa y por la desorganización de los significados personales*** (desorganización de tipo y de grado distinto de la que se observa en los trastornos esquizofrénicos). Dentro de dicho *continuum* se hallarían cuadros actualmente diagnosticados como Trastorno Límite de Personalidad o como trastornos disociativos, pero también otros cuadros diversos, en los que la desorganización cognitiva y la experiencia disociativa quedan englobadas en cuadros sintomatológicos que los hacen menos evidentes a los ojos del clínico que no los busca activamente. Disociación y desorganización de los significados personales pueden observarse en algunos casos de trastorno de personalidad no-límite o en comorbilidad con el Trastorno Límite de Personalidad (sobre todo en trastornos del espectro impulsivo), y por otra parte algunos subtipos de trastornos psicógenos de la alimentación (donde la experiencia disociativa generalmente toma forma de una grave alteración del esquema corporal), de trastornos de ataques de pánico (despersonalización), y de trastornos obsesivo-compulsivos (donde la desorganización y disociación aparecen cuando no pueden realizarse los rituales).

Así pues, partiendo de la investigación de un modelo integrado del núcleo de la patología límite, que permite el concepto de Desorganización del Apego, podemos llegar a identificar un grupo de trastornos no psicóticos que tienen en común el fracaso, más o menos evidente, en la construcción de una organización de significados personales (organización de conocimiento del Sí mismo, en el sentido que se da a este término en la psicopatología cognitivista: Guidano y Liotti, 1983). Este grupo de trastornos, caracterizado por una *desorganización* cognitiva, se distinguiría, por una parte, de los trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria ligados a *organizaciones* cognitivas disfuncionales (Guidano y Liotti, 1983), y por otra parte de los trastornos psicóticos. Si esto corresponde a una distinción nosológica válida, entonces quedarían por estudiar los factores de riesgo añadidos que, *a partir de la Desorganización del Apego*, pueden decantar el desarrollo psicopatológico hacia un típico Trastorno Límite de Personalidad más que hacia otro trastorno de personalidad, o hacia un trastorno disociativo, o hacia un trastorno que enmascare la disociación bajo la apariencia de una anorexia o una bulimia (Vanderlinden y Vanderreycken, 1997), de un trastorno obsesivo-compul-

sivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998), o de un trastorno agorafóbico con ataques de pánico (Liotti, 1993a, pág. 31-33).

9. Implicaciones para la psicoterapia

El modelo de la Desorganización del Apego permite una aproximación a la psicoterapia de los pacientes límite que integra técnicas igualmente útiles a pesar de estar basadas en modelos considerados recíprocamente incompatibles, como el psicoanalítico de Kernberg o el cognitivo-comportamental de Linehan. Al partir de un único y coherente modelo, el terapeuta puede apuntar tanto al aumento de las capacidades metacognitivas de su paciente (por ejemplo, realizando una validación sistemática de la experiencia emocional como sugiere Linehan), como apuntar a la integración de representaciones escindidas del Sí mismo (como propone Kernberg). Un buen ejemplo de este doble foco de tratamiento puede hallarse en el reciente trabajo de Cotugno (1997).

Teniendo presente que la mayor parte de las dificultades relacionales y experiencias anormales del paciente límite se explican, en último término, por la activación del sistema de apego, el terapeuta puede obtener notables ventajas de prestar especial atención a la manera en que la dimensión motivacional de apego es vivida dentro de la relación terapéutica. Gracias a esta especial atención focalizada en captar los momentos en que el paciente manifiesta y dirige sus necesidades de apego al terapeuta, es posible dar sentido a muchas dificultades típicas de la relación con el paciente límite (Cotugno, 1997; Liotti, 1995, en prensa (3); Liotti e Intreccialagli, 1998). Y también es posible, gracias al modelo de la Desorganización del Apego, comprender el valor de las co-terapias de cara a reducir el riesgo del abandono (*drop-out*)⁷ durante el proceso de psicoterapia de los estados límite (Liotti, en prensa (3)). Un tipo de co-terapia que ha mostrado ser capaz de reducir el número de abandonos en la psicoterapia de los pacientes límite es el formato de doble setting, individual y grupal, con dos terapeutas diferentes, tal como plantea el modelo de Linehan (1993). La co-terapia, según el modelo de la Desorganización del Apego, previene el riesgo que el terapeuta sea percibido exagerada y dramáticamente como peligroso o como impotente. Dicha percepción es inevitable dentro del triángulo representacional “Salvador-Perseguidor-Víctima”, conectado a su vez con la reactivación, en la relación terapéutica, de los Modelos Operativos Internos de apego desorganizado. Al poder el paciente dirigir sus necesidades de apego a dos terapeutas distintos (que, subrayamos, *tienen que* estar en estrecha colaboración y seguir un modelo teórico común), el sistema motivacional no se activa hacia ninguno de los dos con aquel grado de intensidad que cabría esperar en un paciente que sólo ve en un único terapeuta la fuente de toda esperanza y consuelo. Si el sistema de apego no se activa tan frecuentemente y con intensidad tan alta, es más probable que el paciente no experimente estados de desorientación y las representaciones mutables y amenazantes de Sí mismo y del Otro conectadas al

Modelo Operativo Interno Desorganizado. Y si estas penosas experiencias no se repiten dentro de la relación terapéutica, es más probable que el paciente límite no abandone el tratamiento.

Notas

- 1) Comentarios sobre la hipótesis de que la desorganización del apego precoz pueda contribuir al desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad pueden consultarse en los trabajos de Liotti (1993, 1994) y de Cotugno y Monticelli (1995), donde se afirma la existencia de semejanzas y de continuidad entre los trastornos disociativos (que fueron históricamente los primeros en relacionarse genéticamente con el apego desorganizado) y los estados límite. En este artículo, dicha hipótesis será analizada detalladamente.
- 2) La naturaleza innata de las tendencias en las crías de los mamíferos en general y de los primates en particular a buscar, cuando se sienten ante el peligro, la proximidad protectora de los adultos que habitualmente cuidan de ellos es la tesis de fondo de la teoría del apego de Bowlby (1969). Naturalmente se activan otros sistemas motivacionales innatos para hacer frente al peligro a través de la fuga, de la agresión defensiva o de la inmovilidad repentina (LeDoux, 1996) que en los primates coexisten con el sistema que controla la conducta de apego.
- 3) La memoria implícita (Amini *et al.*, 1996) contiene recuerdos que no están mediados por el pensamiento conceptual ni por el lenguaje (esquemas perceptivo-motores, esquemas emocionales). Debido a su naturaleza, estos recuerdos no tienen, por tanto, la cualidad de ser claramente conscientes como sucede con los contenidos de la memoria explícita (llamada también declarativa o bien, al referirse al Sí mismo, autobiográfica; Rubin, 1986). Algunos usan el término “memoria implícita” como sinónimo de “memoria inconsciente” (Le Doux, 1996).
- 4) La capacidad de realizar operaciones formales, hipotético-deductivas, del pensamiento en edad adolescente, tal como la define Jean Piaget, se correlaciona con la capacidad de descentramiento, que a su vez está ligada a la metacognición (Flavell, 1963).
- 5) Recuérdese que el sistema de apego, al ser innato, media la búsqueda de proximidad protectora “de la cuna a la tumba” (Bowlby, 1988). El sistema es activado por la percepción de vulnerabilidad personal.
- 6) Diferentes sistemas motivacionales innatos median las relaciones humanas. Dichos sistemas se activan normalmente ante determinadas condiciones subjetivas e interpersonales: la percepción de vulnerabilidad activa el sistema de apego; las señales de reto para conquistar un bien escaso activan el sistema agonístico; las señales de cortejo activan el sistema sexual (Gilbert, 1989; Liotti, 1994). Se afirma que es posible, en presencia de una vulnerabilidad percibida, una activación vicaria e impropia de otros sistemas motivacionales, como el sexual o el agonístico-competitivo. Esto puede suceder siempre y cuando el Modelo Operativo Interno del apego anticipe un fracaso de la demanda directa de protección o consuelo.
- 7) El elevado riesgo de interrupción prematura de la psicoterapia es unánimemente reconocido como uno de los principales motivos del fracaso en el tratamiento del paciente límite (Gunderson *et al.*, 1989; Linehan, 1993).

El autor considera el trastorno límite de personalidad desde dos perspectivas, la psicoanalítica, con especial referencia a la teoría de Kernberg, y la cognitivo-conductual, inspirada en el trabajo de Linehan. El artículo plantea la posibilidad de integrar ambas perspectivas tanto desde el punto de vista teórico como clínico, basándose en el concepto de desorganización del apego, extraído de los estudios de Bowlby sobre apego en los primeros años de vida del niño y aplicándolo a la comprensión de las características del trastorno límite de personalidad.

Palabras clave: apego, trastornos de personalidad, personalidad límite, psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Referencias bibliográficas:

- ADAM, K. S., KELLER, A.E.S. & WEST, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation and abuse in disturbed adolescents. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- ADLER, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C, WATERS, E. & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- AINSWORTH, M.D.S. & EICHBERG, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experiences. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge (pp.160-180).
- ANDERSON, C.L. & ALEXANDER, P.C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59: 240-254.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMINI, F. ET AL. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- BENOIT, D. & PARKER, K.C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment* (2nd ed.: 1982). London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss*. London: Hogarth Press
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- BRETHERTON, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp.3-35). Chicago: Monographs of the Society for Research in Child Development, The University of Chicago Press.
- BRETHERTON, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. In R. Thompson (Ed), *Socioemotional development*. Lincoln: University of Nebraska Press (pp.57-113).
- CARLSON, E.A. (1997). A prospective longitudinal study of consequences of attachment disorganization/disorientation. *Paper read at the 62nd Meeting of the Society for Research in Child Development*.
- CARLSON, E.A, CICCETTI, D, BARNETT, D. & BRAUNWALD, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- COE, M.T, DALEENBERG, C, ARANSKY, K.M. & RETO, C.S. (1995). Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, 8: 142-154.
- COTUGNO, A. (1995). La psicoterapia nella patologia borderline. *Psicoterapia*, 1: 89-116.
- COTUGNO, A. (1997). Psicoterapia cognitiva e stati borderline. *Psicobiettivo*, 17(3): 17-34.
- COTUGNO, A, MONTICELLI, F. (1995). Disturbi dissociativi e disturbo borderline di personalità: Analogie e differenze. In: *Una sola moltitudine: La coscienza e i suoi disturbi* (a cura di A.Cotugno & Intreccialagli). Roma: Melusina.

- DALLE GRAVE, R, OLIOSI, M. & TODISCO, P. (1998). *Esperienza di lutto tra le madri di pazienti con disturbi del comportamento alimentare e caratteristiche psicopatologiche delle figlie*. Articolo presentato al IX Congresso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino, 13-15 Novembre 1998.
- FIELDS, T.M. & FOX, N.A. (1985). *Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ahler.
- FLAVELL, J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FLAVELL, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- FLAVELL, J.H. FLAVELL, E.R. & GREEN, F.L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15, 95-120.
- FONAGY, P. et al. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 233-278).
- GILBERT, P. (1989). *Human nature and suffering*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- GUNDERSON, J.G. et al. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 177: 38-42.
- HESSE, E. & MAIN, M. (próxima aparición). Second-generation effects of trauma in non-maltreating parents: Previously unexamined risk factor for anxiety. *Psychoanalytic Inquiry*.
- HOROWITZ, M.J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. New York: Aronson.
- KERNBERG, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- JACOBSEN, T, EDELSTEIN, W. & HOFMANN, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representation of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30 (1), 112-124.
- LE DOUX, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI, G. (1993a). *Le discontinuità della coscienza*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (1993b). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration developmental-ethological approach to cognitive therapy. In K.T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.). *Cognitive therapies in action* (pp.213-239). San Francisco: Jossey-Bass.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.
- LIOTTI, G. (1995). Disorganized / disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 343-363).
- LIOTTI G. (próxima aparición(1)). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: J. Solomon, C. George (Eds), *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (próxima aparición(2)). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*.
- LIOTTI, G. (próxima aparición(3)). Disorganised attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Psychology Press.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1998). Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In C. Perris & P.D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. Chichester: Wiley (pp.333-349).
- LIOTTI, G, INTRECCIALAGLI, B. & CECERE, F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26: 283-291.
- LYONS-RUTH, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- LYONS-RUTH, K. & BLOCK, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving and infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-275.

- MAFFEI, C. (1997). Interpretazione di transfert e relazione interpersonale nella psicoterapia analitica dei disturbi di personalità. In: *Conoscenza ed emozione nei disturbi di personalità* (a cura di L.Barone & C. Maffei). Milano: Angeli.
- MAFFEI, C. (1998). *Disturbo borderline di personalità, metacognizione ed autoregolazione*. Articolo presentato al IX Congresso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino, 13-15 Novembre 1998.
- MAIN, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.127-159). London: Routledge.
- MAIN, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press. (pp. 407-474).
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- MAIN, M. & HESSE, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori. In *Attaccamento e psicoanalisi* (a cura di M. Ammaniti & D. Stern). Roma: Laterza (pp. 86-140).
- MAIN, M. & MORGAN, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp.107-137). New York: Plenum Press.
- MAIN, M. & SOLOMON, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- MASTERSON, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: The developmental approach*. New York: Wiley
- MEINS, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- O'CONNOR, M.J, SIGMAN, M. & BRILL, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 831-836.
- PARIS, J. (Ed). (1993). *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- PARIS, J. (1996). *Social factors in the personality disorders*. New York: Cambridge University Press.
- PASQUINI, P. (1998). *Risultati preliminari di uno studio caso-controllo su lutti e traumi nelle madri di pazienti borderline e dissociativi*. Contributo alla giornata di studio su "Scissione e dissociazione nei disturbi borderline e dissociativo", Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, 5 Dicembre 1998.
- PRETZER J.L. & BECK, A.T. (1995). Cognitive theory of personality disorders. In: J.F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Theories of personality disorders*. New York: Guilford
- RADKE-YARROW, M. et. al. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- ROSS, C. & ANDERSON, G. (1988). Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176: 295-299.
- RUBIN, D. (Ed.). (1986). *Autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press. Solomon, J. & George, C. (Eds.). (próxima aparición). *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press.
- VANDERLINDEN, J. & VANDEREYCKEN, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse control in eating disorders*. New York: Bruner/Mazel.
- VAN REEKUM, R, LINKS, P.S. & BOIAGO, I. (1993). Constitutional aspects of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- WARD M.J. & CARLSON E.A. (1995). The predictive validity of the adult attachment interview for adolescent mothers. *Child Development*, 66: 69-79.
- WIMMER, H. & PERNER, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representations and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 44 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Casado Esquius, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

Consejo Editorial: Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2001 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

A.- Suscripción para el año 2001 (números 45-48): 5.800 ptas. (IVA incluido).

Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 41-44).

B.- Suscripción al resto de la colección desde principios de 1990 hasta finales de 2001. Oferta por 25.000 ptas. (IVA incluido).

Comprende la suscripción para el año 2001 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.

C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 500 ptas. (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)
C./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel. (93) 408.04.64 - Fax: (93) 352.43.37

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Fax.: 933 217 532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (IRIF, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: 934 080 464
Fax: 933 524 337**