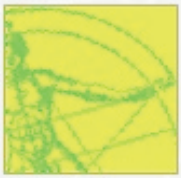
Antonio Semerari
Giancarlo Dimaggio (Eds.)



LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Modelos y tratamiento





biblioteca de psicología





DESCLÉE DE BROUWER

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Modelos y tratamiento

GIANCARLO DIMAGGIO y ANTONIO SEMERARI

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Modelos y tratamiento

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
I DISTURBI DI PERSONALITÀ.
Modelli e trattamento.
© 2003, Gius. Laterza & Figli Spa, Roma-Bari, Italia.

Traducción: Laia Villegas

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.
Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-2220-2
Depósito Legal: BI-524/08
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

Índice

Prólogo 9

PARTE I

1. El mantenimiento de los trastornos de la personalidad: un modelo 15
   Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari

2. Metarrepresentación y psicopatología 65
   Maurizio Falcone, Massimo Marraffa y Antonio Carcione

3. Líneas generales de tratamiento de los trastornos de la personalidad 109
   Laura Conti y Antonio Semerari

PARTE II

4. El trastorno límite de la personalidad 149
   Donatella Fiori y Antonio Semerari

5. El trastorno límite de la personalidad: la terapia 187
   Igor Pontalti y Antonio Semerari

6. El trastorno narcisista de la personalidad: la enfermedad de la "vida grandiosa" 221
Giancarlo Dimaggio, Daniela Petrilli, Donatella Fiori y Serena Mancioppi

7. La psicoterapia de la personalidad narcisista 273
Giancarlo Dimaggio, Daniela Petrilli, Donatella Fiori y Serena Mancioppi

8. Trastorno de la personalidad por dependencia. Modelo clínico 321
Antonino Carcione y Laura Conti

9. ¿Paciente ideal o paciente difícil? El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia 355
Antonino Carcione

10. El trastorno de la personalidad por evitación: Modelo clínico.. 391
Michele Procacci y Raffaele Popolo

11. El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación.. 429
Michele Procacci, Daniela Petrilli y Giancarlo Dimaggio

12. El modelo del trastorno paranoide de la personalidad 473
Giuseppe Nicoló y Maria Sveve Nobile

13. El tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad 515
Giuseppe Nicoló

Bibliografía 563

Los autores de este libro y del Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma 597

Prólogo

El Terzo Centro existe desde 1996. Es un despacho profesional a la vez que la sede de un grupo de investigación especializado en el análisis del proceso psicoterapéutico con pacientes difíciles. El grupo desempeña su actividad en el marco de una escuela de especialización en psicoterapia cognitiva, la APC-SPC, siendo sus miembros asimismo docentes de dicha escuela. La iniciativa nació de un taller de formación en psicoterapia cognitiva conducido por Semerari y en el que participaban Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò y Procacci.

Casi por casualidad, los participantes habían empezado a grabar y transcribir sus sesiones, y gran parte del taller se desarrolló a propósito de los comentarios de estas transcripciones. El contexto problemático era el de un libro, *Los procesos cognitivos en la relación terapéutica*, que Semerari había publicado en 1991. En un lenguaje distinto al actual, aquel trabajo sostenía que en el curso de la terapia el paciente se forma una representación de la representación que el terapeuta tiene de él y la utiliza para comprender mejor y gobernar sus propios estados mentales problemáticos. Esta tesis supone no obstante un problema que no tardó en aflorar en las reflexiones surgidas durante el taller: ¿por qué en algunos pacientes esto no se pro-

duce o bien se produce con gran dificultad? Nuestra respuesta fue: a causa de un déficit en la capacidad de metarrepresentar los estados mentales propios y ajenos (y, consecuentemente, también los del terapeuta). La exigencia de confirmar esta hipótesis dio inicio a un período de elaboración de instrumentos de investigación, observaciones clínicas, análisis cualitativos y cuantitativos de sesiones que en 1999 llevó a la publicación del volumen *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Desde entonces el trabajo ha proseguido y el grupo se ha nutrido con nuevos miembros, como testimonia la lista de autores de este libro.

En el presente volumen, la hipótesis que reconduce los trastornos de la personalidad a un déficit de metarrepresentación se confirma como un óptimo marco de referencia en el que principalmente nos hemos planteado dos interrogantes: ¿es posible descomponer los trastornos de la personalidad en sus componentes disfuncionales básicos? ¿Es posible construir modelos que puedan explicar el mantenimiento de los trastornos a partir de la identificación de dichos elementos disfuncionales? Estas preguntas habían ocupado ya al grupo de investigación en artículos publicados en el número 45 de la "Revista de Psicoterapia" a cargo de Dimaggio; y los modelos clínicos aquí propuestos nacen del intento de mejorar los modelos elaborados en aquel encuentro.

Además, si la respuesta a estas preguntas es afirmativa, es decir, que es posible descomponer los trastornos en componentes básicos y que es posible dar constancia de su estabilidad en el tiempo, se desprende una tercera: ¿es posible formular un modelo de tratamiento dirigido a interrumpir los circuitos de refuerzo entre los diversos elementos de la psicopatología? En este volumen formulamos por primera vez de manera completa una teoría de la curación.

El libro está dividido en dos partes. La primera se articula en tres capítulos: el primero introduce el concepto de trastorno de la personalidad; el segundo discute el concepto de metarrepresentación; el tercero delinea los principios y las líneas generales del tratamiento. La segunda parte se ocupa de cinco trastornos: límite, narcisista, por dependencia, por evitación y paranoide. A cada uno de estos trastor-

nos se le dedica dos capítulos: uno que describe el modelo prototípico y otro el tratamiento. Hemos evitado afrontar sistemáticamente todos los trastornos mencionados en las diferentes ediciones del DSM, limitándonos a aquellos sobre los cuales tenemos conocimiento real y experiencia clínica.

La lista de agradecimientos sería realmente muy larga. Somos demasiados para poder agradecer por su paciencia a hijos e hijas, esposas y maridos, prometidos y prometidas.

Aún más amplio es el número de colegas con quién nos sentimos en deuda a nivel cultural y profesional. La mejor manera que hemos encontrado para agradecerles ha sido discutir sus ideas a lo largo del volumen.

Nos queda sin embargo la amargura de pensar que este libro no será leído por un colega, amigo y maestro, que siempre nos ha animado y apoyado: Carlo Perris. Lo dedicamos a la memoria del maestro de la psicoterapia del paciente difícil.

Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari

I PRIMERA PARTE

1 El mantenimiento de los trastornos de la personalidad: un modelo

Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari

1.1. Describir los trastornos de la personalidad

La idea de que la manera en que el sujeto se relaciona con los demás pueda ser en sí misma patológica tiene bases sólidas en el mundo científico (Livesley, 2001a, b). La personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales: construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar, relacionarse con los demás, encontrar soluciones a problemas planteados por el entorno. Los mecanismos dedicados a estas operaciones pueden funcionar incorrectamente. Y cuando la disfunción se extiende a varias áreas de la vida social e interna, asume la forma de trastorno de la Personalidad.

Experiencia clínica e investigación empírica muestran que la comorbilidad con trastornos de la Personalidad agrava el pronóstico de los trastornos del Eje I, retrasa la respuesta al tratamiento y disminuye su eficacia (Pilkonis, Frank, 1988), en particular empeora el pronóstico de la depresión (Charney, Nelson, Quinlan, 1981; Frances, Fyer, Clarkin, 1986; Shea, Pilkonis, Beckham, Collins, Elkin, Sotsky, Docherty, 1990). Se encuentran datos similares para los trastornos de ansiedad, somatomorfos y de abuso de sustancias (Reich, Vasile,

1993; Stein, Hollander, Skodol, 1993). El terapeuta acostumbrado a tratar pacientes graves desconfía por lo tanto de tratamientos focalizados en los síntomas, como en el caso de la ansiedad y la depresión –por citar los que más frecuentemente ofuscan la vista de quien diagnostica de forma imprudente.

Ampliar la perspectiva para poder incluir la manera en que el sujeto organiza su mundo interior (emociones, estados somáticos y sistema de significados), las relaciones con los demás y la pertenencia a grupos (o bien las funciones de la personalidad) se convierte en una tarea ineludible, bajo riesgo de que el tratamiento sea ineficaz.

En este volumen nos hemos basado en los presupuestos siguientes: 1) la patología de la personalidad es frecuente en la clínica y habitualmente difícil de tratar; 2) ésta se organiza en prototipos caracterizados por elementos comunes que se condensan en modalidades reconocibles de funcionamiento intrapsíquico e interpersonal (APA, 1994; Millon, Davis *et al*., 1996; Westen, Shedler, 2000); 3) al mutar el prototipo cambian los problemas clínicos.

En consecuencia, diagnosticar correctamente el tipo patológico y las modalidades de su funcionamiento resulta indispensable para intervenir sobre los problemas realmente presentes y no perder el tiempo en operaciones inútiles, a fin de mejorar la eficacia del tratamiento y reducir la tasa de abandonos.

La pregunta central que hemos intentado responder es: ¿cómo es posible explicar la permanencia y la autoperpetuación de un trastorno?

Imaginemos un hombre cuyo tema de vida es la sensación de inadecuación, imbuido de vergüenza. Al entrar en una relación lo único que espera es menosprecio o rechazo. Continuemos con nuestra fantasía: este hombre no es un hábil psicólogo, carece de la capacidad de intuir los pensamientos de los demás a partir de expresiones y comportamientos. Interpreta cada señal comunicativa como menosprecio; intuye en cada mirada que su defecto ha sido descubierto. Se presenta a una entrevista de trabajo. Lee desprecio en el examinador. Turbado, se encierra en sí mismo. Termina la entrevista desilusionado, dejando en el otro una impresión negativa.

Imaginemos ahora un hombre que viva el mismo tema de indignidad e incomodidad, pero dotado de una óptima capacidad de lectura de la mente de los demás. Se presentará a una entrevista de trabajo lleno de ansiedad, seguro de que su incapacidad será desenmascarada. El entrevistador tiene un impulso de aprecio que nuestro sujeto reconoce, sin duda, sincero. Se relaja, su actuación es convincente. Es admitido. Comprende, utilizando la información aprendida de la relación, que su sensibilidad al juicio negativo es excesivo. Continuará siendo susceptible a la vergüenza, pero podrá obtener satisfacción de las relaciones, modular las emociones negativas. ¿Se puede reconocer fácilmente en el primer ejemplo un trastorno de la personalidad por evitación?

Nuestra lógica, simulada en el experimento mental, es ésta: hemos analizado dos dimensiones separadas de la persona. La primera es el tema de vida con las emociones que lo colorean, la segunda es la capacidad de reconocer los estados mentales de los demás. El tema de vida es fuente de expectativas patógenas, la ausencia de una habilidad psicológica le inmoviliza, impidiéndole utilizar la información que podría invalidarle. En el segundo ejemplo la habilidad psicológica está presente, cambiando la perspectiva del sujeto sobre sí mismo y sobre el mundo. La operación que, de manera constante, trazará el recorrido de nuestro razonamiento es: *identificar un trastorno, descomponerlo en las dimensiones que lo constituyen, reconstruir la manera en que éstas interaccionan entre ellas manteniéndolo en el tiempo*.

Construiremos por lo tanto un modelo de psicopatología (Dimaggio, Carcione, Semerari, Marraffa, Falcone, Nicolò, Procacci, 2001; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002). Formalizaremos modelos de tratamiento aptos para afrontar las dificultades, las líneas de ruptura, los círculos viciosos específicos de cada trastorno.

Las dimensiones relevantes emergen a la luz de las siguientes preguntas: *a) ¿qué piensa y experimenta una persona? De aquí la atención al sistema de los significados; b) ¿en qué grado es capaz de acceder a los pensamientos propios y ajenos? El interés por la capacidad de metarre-*

presentar los estados mentales nos permite encontrar una respuesta; c) ¿en qué modo el sujeto elicita respuestas que confirman sus expectativas? De aquí se focaliza sobre los procesos interpersonales; d) ¿cómo cumple las decisiones el sujeto y cuáles son los principios que lo guían? Dedicamos entonces especial atención a los procesos de decisión, a los motores de la acción, a las modalidades de razonamiento.

1.2. El contexto influyente

Cada razonamiento se desarrolla en una comunidad de pensadores, un *Zeitgeist* en el que sentirse en buena compañía. Nuestro colectivo está poblado de autores que intentan reconstruir los procesos psicológicos que estabilizan los trastornos y ponen límites a las posibilidades que un individuo puede realizar en su vida. El trabajo de Millon es de particular importancia. Dicho autor opina que debemos estudiar la manera en que los elementos cognitivos interaccionan con los mecanismos de defensa, los estilos interpersonales, los esquemas, las necesidades, las motivaciones, generando un funcionamiento holístico, estable en el tiempo. El objetivo del clínico es "destilar de la turbina de la corriente de los comportamientos un conjunto de principios lógicos subyacentes que capturen con precisión el funcionamiento del individuo" (Millon, Davis *et al.*, 1996, p.9). Veamos cómo se traduce esto en la descripción a modo de ejemplo de un trastorno específico. La personalidad por evitación se caracteriza a nivel comportamental por: *a)* expresiones de inquietud; *b)* conductas interpersonales aversivas. A nivel fenomenológico, destacan: *c)* distracción cognitiva; *d)* imagen alienada de sí mismo; *e)* representaciones del objeto como vejatorio. A nivel intrapsíquico muestra: *f)* mecanismos de fantasía para satisfacer sus deseos; *g)* una organización frágil que no permite el control de las emociones. Finalmente: *h)* el estado de ánimo es angustiado. A partir de este escenario, el evititativo realiza maniobras de *coping* que perpetúan el trastorno: el distanciamiento social impide nuevas experiencias y reduce la posibilidad de alcanzar objetivos, intensifica la alineación social, deja al paciente

solo ante emociones imposibles de manejar. El comportamiento sospechoso evoca distanciamiento en los demás, el estilo temeroso invita a los demás a humillarle –lo que empeora la autoestima. La hipersensibilidad a las señales de crítica le lleva a buscar cualquier mínima pista en los otros, impidiéndole articular el conocimiento sobre quienes se relacionan con él. Imagina, a largo plazo, vivir en un mundo en el que todos le intuyen defectuoso, llevándole a vivir en un clima de continua vergüenza y angustia. El estilo cognitivo le conduce a distorsionar la información con fines defensivos, a convertir los propios pensamientos en fragmentados, confusos, vagos. Esto disminuye la relación que tiene con los propios sentimientos y con la realidad, aumentando la sensación de extrañamiento social.

Carlo Perris (1993, 1999) ha seguido un recorrido similar, trabajando sobre el constructo de vulnerabilidad individual, es decir, el conjunto formado por la dotación biológica y los modelos operativos internos que llevan al sujeto a desarrollar una forma de psicopatología de la interacción con el ambiente. Los factores relevantes son: *a*) el sistema motivacional y afectivo que genera una construcción activa del mundo, la organización del conocimiento y la aparición del sentido de identidad; *b*) la carga genética; *c*) las experiencias ligadas a los estilos de crianza de los padres; *d*) las heurísticas que caracterizan la elaboración de la información; *e*) los modelos operativos internos. Aproximándose al estudio de los trastornos de la personalidad, Perris abrazó la psicología evolucionista. Según esta perspectiva, el sujeto persigue objetivos fundamentales para vivir en grupo y mediante el grupo garantizar su supervivencia. Los trastornos del comportamiento son significativos cuando se alteran estos procesos. En algunas patologías, por ejemplo, resulta nuclear el proceso de búsqueda de la distancia protectora respecto a los demás: convicciones de fracaso en la búsqueda de una distancia óptima respecto a la figura de referencia (motivación de apego en la que pensamientos y emociones adquieren significado) generan sufrimiento. Esto lleva al sujeto a menospreciar las señales emocionales (mecanismo de afrontamiento) y a permanecer distante de los demás (formación de un estilo interpersonal). Como se ve, dimensiones psicológicas diferentes sostienen un trastor-

no en el que se puede reconocer el núcleo de la personalidad por evitación. El trabajo de Liotti (1994, 2000) y Lorenzini y Sassaroli (1995) se desarrolla en el mismo contexto teórico.

Ryle (1997) presta atención a tres aspectos disfuncionales: 1) los roles recíprocos sí mismo-otro que se manifiestan mediante formas empobrecidas o peligrosas de autocuidado y de relación con los demás; sobre la base de estos procedimientos interactivos los pacientes entran en relaciones que refuerzan la patología; 2) la disociación entre los patrones, es decir, la carencia de integración entre los varios modelos de rol, debido a la imposibilidad de manejar la experiencia emocional, traumática, desde la edad de desarrollo; 3) la autorreflexividad reducida.

Antes de formular nuestras hipótesis es indispensable confrontarnos con el debate existente sobre qué es un trastorno de la personalidad, de qué está constituido, si existen entidades nosográficas bien diferenciadas y cuáles pueden ser. Pensar en términos de trastorno de la personalidad no significa reducir el sujeto a la patología, el individuo a la clase. Simplemente, por un lado, tener en mente tipologías generales permite recoger asociaciones que se presentan con regularidad y formular previsiones rápidas. El clínico que encuentra una persona a partir de la imagen de sí mismo débil e inepta, guiado por el constructo "trastorno de la personalidad por dependencia", explorará si aquella persona adopta un estilo sumiso y gregario en las relaciones y prescindirá de averiguar si se trata de una persona desconfiada y sospechosa. Siempre puede ser desmentido, pero ¿para qué perder tiempo? Por otra parte, no reducimos el sujeto a la patología: el análisis del caso único presenta siempre peculiaridades que hacen que la vida de cada uno sea única; funcionar según modalidades narcisistas no implica que el sujeto pueda, en algunas relaciones, cooperar con los demás o mostrar una visión del mundo incorrupta de la idea de ser un dios.

En el presente volumen proponemos modelos de varios trastornos asumiendo que existan, sean reconocibles, y diferentes el uno del otro. En realidad, proporcionar esta nosografía no es un problema resuelto definitivamente (Livesley, 2001b).

1.3. Cómo clasificar los trastornos de la personalidad: ¿dimensiones, categorías o prototipos?

Aunque discutible, un planteamiento nosográfico siempre tiene una gran influencia en clínicos e investigadores: contribuye a definir el ámbito de investigación y los términos de la discusión. La introducción en el DSM-III de un eje diagnóstico específico para los trastornos de la personalidad ha producido un enorme incremento de investigaciones y observaciones clínicas, junto a controversias y problemas. En vistas a la redacción del DSM-V, la discusión ha vuelto a activarse. Los autores se han preguntado: ¿cómo definir en general un trastorno de la personalidad? ¿Cómo distinguir entre sí los diferentes trastornos? ¿Cuál es la mejor estrategia para llegar a una nueva organización nosográfica?

La definición general de trastorno de la personalidad fue proporcionada por el DSM-IV –en ediciones precedentes era inexistente– y subraya como elementos distintivos la aparición en la primera edad adulta, la estabilidad en el tiempo, el carácter inflexible e invasivo en las diferentes áreas de la vida así como las consecuencias en términos de sufrimiento subjetivo y de limitaciones en las relaciones y el trabajo.

La controversia más relevante se refiere al tipo de diagnóstico que capta mejor las características de los trastorno de la personalidad y las diferencias entre ellos: diagnóstico dimensional *versus* diagnóstico categorial.[1] En medicina, la hipertensión arterial es el ejemplo

1. Otro problema es que la definición describe bien los elementos esenciales de los trastornos, pero no distingue de manera clara y definitiva los trastornos de personalidad de los trastornos del Eje I. Tales definiciones pueden, por ejemplo, aplicarse a la distimia o a la esquizofrenia (Oldham, Skodol, 2000). Los pacientes con trastorno de ansiedad, entre una crisis y otra construyen el mundo utilizando los mismos constructos de las fases sintomáticas y sintiendo reacciones menos intensas pero en la misma gama de emociones. Un sujeto fóbico no sintomático evaluará siempre el mundo en términos de libertad/constricción y presencia/cercanía de la figura de apego y esto podrá causar problemas interpersonales menores. Por el contrario, el funcionamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad no es establemente patológico; al contrario, pueden atravesar periodos de estabilidad y adaptación social, características de los trastornos sintomáticos (Livesley, 2001). Desde la perspectiva constructivista el problema de separar los Ejes no es esencial, lo que cuenta es la organización de la personalidad, la manera en que el sujeto estructura la experiencia interna. Tal

paradigmático de diagnóstico dimensional: un punto crítico a lo largo de un continuo (el nivel de presión arterial) define la existencia de un trastorno más allá del cual la enfermedad puede ser descrita en términos cuantitativos. El infarto de miocardio, al contrario, presenta una discontinuidad cualitativa con la situación precedente a su aparición; el conjunto de variables biológicas y clínicas que lo definen es una categoría natural. ¿Los trastornos de la personalidad deben ser descritos en términos categoriales, como sucede actualmente en el DSM, o debe pasarse a un enfoque dimensional? Los argumentos a favor del modelo dimensional son dos. El primero, de naturaleza teórica, es reconducible a un silogismo. La premisa mayor es que los trastornos de la personalidad deben ser descritos como variantes patológicas en el interior de una teoría general de la personalidad normal. Las premisas menores son que las teorías actuales describen la personalidad normal en términos de rasgos y que los rasgos son dimensiones continuas. Se concluye que un trastorno de la personalidad debería encuadrarse como una variante de los rasgos de base.[2]

---

organización, en su confrontación con el mundo, puede generar síntomas, disfunciones globales o relaciones patológicas (Kelly, 1955; Guidano, Liotti, 1983). La teoría psicoanalítica tampoco presenta este problema: siempre es la alteración de la estructura de la personalidad lo que genera los síntomas (Kernberg, 1975). Probablemente el problema se invertiría: no es tan importante colocar los trastornos de personalidad en el mismo eje que los trastornos sintomáticos como señalar de qué manera estarían engarzados en la personalidad subyacente. Alteraciones específicas de la personalidad darían lugar a síntomas, mientras que alteraciones más amplias generarían un trastorno de personalidad. Millon (2000) propone una distinción de la psicopatología a lo largo de un continuo definido por: *reacciones simples* que se manifiestan en condiciones particulares de vulnerabilidad sin que se vean implicados *patrones de la personalidad* y *síndromes complejos* (*complex syndroms*) en que intervienen elementos patológicos de los patrones de la personalidad. Un síndrome complejo es una constelación donde a los factores precipitantes se les añaden respuestas desadaptativas típicas y estrategias de enfrentamiento que, a su vez, generan y mantienen conductas patológicas.

2. En este enfoque, el modelo prevé una estructura jerárquica en la que numerosos rasgos disposicionales básicos se reagrupan en pocos factores de orden superior. Pese a que los rasgos de orden superior deberían ser dimensiones naturales, el número de factores que resultaría más adecuado para describir completamente los trastornos de la personalidad es incierto. Se han propuesto modelos de tres factores (Eysenck, 1987), de cuatro factores (Livesley, Jang, Jackson, Vernon, 1993; Clark, Livesley, Schroeder, Irish, 1996), una versión del *Big Five* adaptada al estudio de trastornos de la personalidad (Costa, McCrae, 1992) y un modelo de siete factores (Cloninger, Svrakic, Przybeck, 1993).

El segundo es de carácter empírico-metodológico. Uno de los problemas del actual encuadre categorial es el elevado número de codiagnósticos, sea entre varios trastornos de la personalidad, sea entre éstos y los trastornos del Eje I. A la rareza de una persona diagnosticada con cuatro o más trastornos de la personalidad independientes (Widiger, Sanderson, 1995), se añaden los problemas derivados del sistema politético del DSM, que, en un principio, permite incluir en el mismo diagnóstico a grupos heterogéneos.

Por ejemplo, siendo necesarios y suficientes para el diagnóstico de trastorno Límite cinco criterios de nueve, es posible que dos pacientes reciban el mismo diagnóstico compartiendo un único criterio y siendo diferentes para los otros cuatro. Además, un punto crítico definido en base al número de criterios convierte las categorías en artificiosas. Como señalaba irónicamente Maffei (2001), un paciente con cuatro criterios del trastorno límite de personalidad puede no entrar en ninguna categoría diagnóstica. El problema de la escasa concordancia entre instrumentos de evaluación se atribuye a los defectos de la clasificación por categorías (Perry, 1992). Esta dificultad para obtener los mismos datos de los mismos pacientes utilizando entrevistas diferentes podría reflejar problemas inherentes no a los instrumentos sino a las mismas categorías (Oldham, Skodol, 2000). Pero, como muy bien observan Westen y Shedler (2000), los instrumentos empleados para diagnosticar los trastornos de la personalidad son cuestionarios autoadministrados y, por lo tanto, se basan en la supuesta capacidad del paciente para dar descripciones detalladas y sinceras del propio estado interno, o sea en las habilidades que por definición están dañadas en estos trastornos: el defecto diagnóstico se encontraría en los instrumentos.

El fracaso del DSM en identificar categorías válidas es interpretado por los partidarios radicales del modelo dimensional como un fracaso del modelo categorial en sí mismo: el DSM no aislaría categorías discretas porque éstas no existen; la personalidad patológica, como la normal, se organizaría a lo largo de rasgos dimensionales. Entre los partidarios radicales de este enfoque encontramos a Widiger (2000), que propone una nosografía basada en los *Big Five*, y

Cloninger (2000). Describamos el modelo de éste último, buen ejemplo de cómo se plantea un diagnóstico dimensional. Cada trastorno de la personalidad se incluiría en los niveles extremos de uno o más de siete rasgos. Si un sujeto tiene puntuaciones patológicas en las escalas que miden cuatro rasgos de relevancia superior padece un trastorno de la personalidad. Estos rasgos son: baja capacidad de *Autodireccionalidad*, baja *Cooperación*, baja *Estabilidad afectiva* y baja *Autotrascendencia*. La presencia de niveles patológicos de dos o más rasgos de orden superior permite realizar diagnósticos de trastorno de la personalidad. El número de rasgos patológicos ofrece finalmente la posibilidad de distinguir entre trastorno de grado leve (2), moderado (3) o grave (4). Otros tres rasgos: *Búsqueda de la Novedad*, *Evitación del Daño* y *Dependencia de la Recompensa* definen los subtipos de un trastorno. Una personalidad Límite podría ser descrita así por Cloninger: trastorno de la personalidad de grado medio por la presencia de baja *Autodireccionalidad*, baja *Estabilidad Afectiva* y baja *Autotrascendencia*; se diferenciaría de otros trastornos gracias a la presencia de: alta *Búsqueda de la Novedad*, alta *Evitación del Daño* y baja *Dependencia de la Recompensa*.

Livesley y Jang (2000), pese a ser partidarios de la teoría de los rasgos, consideran que describir los trastornos de la personalidad como variantes extremas de rasgos puede ser un elemento importante pero no suficiente. Argumentan dos razones: en primer lugar, no existe ningún motivo para pensar que la variante extrema de un rasgo sea de por sí patológica. En segundo lugar, la personalidad no está hecha solamente de rasgos sino también de estructuras cognitivas, modos de pensar y experimentar. El punto central de este argumento es que la personalidad consiste en una *organización* coherente de varios elementos (Allport, 1937; Cervone, Shoda, 1999; McAdams, 1997; Maffei, 2002; Maffei, Battaglia, Fossati, 2002) y la misma noción de organización se perdería con una descripción basada únicamente en intersecciones de rasgos relativamente independientes (Maffei, 2001). Añadamos que no es un dato demostrado que los mismos conjuntos de rasgos den lugar sistemáticamente a cuadros idénticos de la personalidad. La unión de elevada conciencia y baja capa-

cidad de experimentar el placer puede expresarse tanto en un trastorno obsesivo-compulsivo como en una persona escrupulosa y esquiva. No es suficiente enumerar los ingredientes para visualizar el producto completo.[3] Si no se utiliza el concepto de organización que vincula el sistema a través de principios que atiendan al orden de significados, es totalmente imposible, a partir de un conjunto de rasgos de base, prever qué estructura de la personalidad emergerá. Es necesario regresar al problema expuesto por Widiger y Cloninger. Ambos intentan describir una categoría como resultado de la suma de los valores en varios rasgos. Deberían, en cambio, resolver el problema opuesto: dada la presencia, por ejemplo, de baja *Autodireccionalidad*, baja *Estabilidad Afectiva* y baja *Autotrascendencia*, ¿obtendremos necesariamente el cuadro de trastorno límite de personalidad? Es obvio que la respuesta es que no, y que cada posibilidad de fundamentar una nosografía sobre la base de las teorías de los rasgos es un desafío metodológicamente fallido desde el principio.

Además, las teorías de los rasgos no explican bien el problema de la variabilidad de las reacciones del individuo ante las situaciones. No lo explican ni en las personalidades normales ni en las patológicas, donde esta variabilidad está reducida. Por decirlo en palabras de Maffei (2001), "cada individuo es capaz de cambiar de ropa fácilmente según las circunstancias". Este pensamiento, llevado al extremo, genera las teorías radicalmente sociales, entre las cuales se incluyen el construccionismo social (Gergen, Gergen, 1988), el grupoanálisis foulkesiano (Foulkes, 1990; Loverso, 1995; Pines, Hutchinson, 1993; Pontalti, 1998) y el situacionismo (Endler, Magnusson, 1976, Mischel, 1968). El tema común en estas teorías es que el contexto social proporciona los significados, prescribe las acciones y las reacciones del sujeto dentro del grupo de referencia, que existe como andamio mental previamente a los procesos individuales. Estas teorías presentan el problema opuesto a las de los rasgos: en estas últimas resulta difícil justificar cómo el sujeto muestra reacciones dife-

3. Un ejemplo extraído de la física ayuda a comprender el problema. Si se conocen las condiciones iniciales de tres cuerpos (bolas de billar, planetas, objetos abstractos) es imposible prever las consecuencias de un choque que les afecte.

rentes al cambiar de contexto,[4] mientras que las teorías sociales no tienen en cuenta la estabilidad al variar las situaciones y los vínculos biológicos que indiscutiblemente plasman el comportamiento.

Si para la personalidad patológica es difícil dejar de actuar siempre de la misma manera, es por otra parte cierto que nadie presenta siempre las mismas reacciones en todos los ámbitos sociales. Desde este punto de vista, modelos como los de Hermans (2003; Hermans, Kempen, 1993), McAdams (1997), Markus y Nurius (1986), que describen la personalidad como resultado de la organización de sub-personalidades, sub-sí mismos, personajes del diálogo interno que hablan desde posiciones independientes, contemplan mejor tanto la variabilidad de las respuestas del sujeto en las diversas situaciones, como la complejidad real del mundo interno. Cada individuo, desde esta perspectiva, está compuesto de numerosas caras, de diferentes características, que toman el control de la acción al mutar las circunstancias. Un hombre, que usualmente muestra el aspecto humilde y sumiso del paciente dependiente, en la relación con su hijo puede mostrar una cara dominante, aunque sea de manera transitoria; y en el cortejo de una mujer mostrará en cambio un aspecto de Don Juan.

Bajo las múltiples facetas se encuentra un conjunto de motivaciones subyacentes universales: búsqueda de relaciones y potenciación del sí mismo son las más acreditadas (Hermans, Kempen, 1993; McAdams, 1997). El psicoanálisis y el cognitivismo evolucionista se mueven en direcciones parecidas. Lichtenberg, Lachman y Fosshage (1992), Gilbert (1992) y Liotti (1994) sostienen que el comportamiento humano se explica a partir de un conjunto de sistemas comportamentales que se activan para satisfacer objetivos primarios (por

4. La estrategia adoptada por los partidarios de los *Big Five* consiste en explicar la variabilidad de las reacciones mediante la presencia de una multiplicidad de rasgos de orden inferior que aparecen de vez en cuando. Ésta no es una hipótesis cómoda *ad hoc*, no explica cómo el sujeto no cae en una tremenda confusión al aparecer "rasgos de orden inferior" en alternancia inexplicable, en ausencia de principios que organicen los significados de manera coherente. Además, adoptando esta estrategia se contradice el principio que fundamenta las teorías de los rasgos: los comportamientos se explican a partir de pocos rasgos generales de orden superior válidos para todos los individuos. Acudir masivamente a los rasgos de orden inferior conduce a una psicología del caso único, por naturaleza opuesta a las explicaciones de tipo "rasgo".

ejemplo, hambre, regulación de la homeostasis) e interpersonales (por ejemplo, apego, sexualidad). La personalidad se puede describir como el estilo que el sujeto adopta en la organización de estas motivaciones en un sistema coherente de significados y de estrategias relacionales que promueven la adaptación. La autonarración es el instrumento que le permite formar a partir de la multiplicidad de metarrepresentaciones un sentido coherente de identidad y coordinar los propios objetivos con el ambiente social cercano. De hecho, es del todo posible fundar una teoría de la personalidad que tenga en cuenta variables universales, seleccionadas por utilidad evolutiva, sin caer en el simplismo de las teorías de los rasgos.

¿En qué modo el sujeto se beneficia de estar dotado de principios estables que organizan el comportamiento social, y de qué manera el constructo personalidad es útil para comprender la patología? Según Livesley y Jang (2000), para definir un trastorno de la personalidad es necesario considerar no solamente lo que es la personalidad, sino también su función, lo que hace. Desde una perspectiva similar a la de Gilbert, Lichtenberg y Liotti, los autores sostienen que aquélla cumpliría tareas fundamentales para la adaptación a un ambiente social humano. Siguiendo a Plutchik (1980), los autores nombran cuatro tareas: la estabilidad de la identidad; la jerarquía, que incluye los problemas relativos a la dominancia y a la sumisión; la territorialidad, que incluye el sentido de pertenencia; y la temporalidad, que incluye los problemas de pérdida y separación. Un trastorno de la personalidad puede, en este sentido, ser visto como un fracaso en una o más de las siguientes tareas existenciales humanas: 1) formar una representación de sí mismo y de los demás que sea estable e integrada; 2) construir relaciones interpersonales adaptativas. Las relaciones desadaptativas se caracterizan por la incapacidad de: *a*) desarrollar relaciones íntimas, *b*) funcionar como figura de apego, *c*) formar relaciones afiliativas; 3) lograr un buen funcionamiento social, comportándose de manera prosocial y cooperativa.

Definido así el concepto de trastorno de la personalidad, los autores ven inútil mantener un eje distinto a los trastornos del Eje I, aunque, como indican Oldham y Skodol (2000), aceptados estos crite-

rios, para diferenciar los trastorno de la personalidad de los trastornos del espectro psicótico debería añadirse el criterio de Kernberg de mantenimiento de la prueba de realidad. La propuesta de Livesley y Jang es muy cercana a la de Perris (1999): conceptualizar los trastorno de la personalidad como trastornos de la conducta interpersonal basados en la disposición de la personalidad. Perris propuso una subdivisión tripartita entre trastornos basados: *a*) en el retiro o en el control intrusivo de los demás; *b*) en la dependencia (activa o pasiva) de los demás; *c*) en la inestabilidad y caoticidad de las relaciones.

La propuesta de incluir en la definición de trastorno de la personalidad el fracaso de algunas funciones adaptativas presenta varias ventajas. En primer lugar, apunta al corazón de un problema clínico y prefigura indicaciones para el tratamiento. En segundo lugar, permite focalizarse, sin reduccionismos fáciles, sobre diversos factores que pueden contribuir al fracaso de tales funciones.

Más estrechamente dimensional y vinculada a la teoría de los rasgos es la propuesta de Livesley y Jang sobre cómo describir las diferencias individuales. Ambos proponen un modelo jerárquico constituido por dieciocho rasgos disposicionales básicos, reagrupados en cuatro factores de orden superior: *Des*regulación *emocional*, *Comportamiento disocial*, *Inhibición*, *Compulsividad*. Los tres primeros cubrirían los fracasos en las funciones adaptativas básicas propuestas en la definición general de trastorno de la personalidad. La articulación entre factores de orden superior y rasgos disposicionales básicos recogería la diferencia entre los diferentes trastornos.

Los partidarios del modelo categorial no niegan la importancia de los rasgos en la definición de la personalidad en general y de los trastornos de la personalidad. Pero resaltan que la diferenciación dimensiones/categorías puede resultar menos clara de lo que parecería a simple vista. En primer lugar, la variación del valor de una dimensión puede dar lugar a categorías diferentes (Lingiardi, Madeddu, Maffei, 1993; Westen, Shedler, 2000). Por ejemplo, la hipertensión es ciertamente una gran dimensión, pero la hipertensión por feocromocitoma, asociada a otras variables biológicas y clínicas, constituye una categoría natural.

Los autores escépticos respecto a un planteamiento radicalmente dimensional, más allá de considerar imprescindible el concepto de organización, según el cual sería imposible prever qué forma asumirá un conjunto de rasgos, están acostumbrados en la experiencia clínica a diferenciar tipos de la personalidad distintos. Ello les lleva a identificar prototipos de trastorno que ponen a examen de la investigación empírica.

Por ejemplo, los criterios para el trastorno límite de personalidad son altamente homogéneos, lo cual confirma su existencia como categoría. Intensidad e inestabilidad de las relaciones y trastorno de la identidad son los elementos con mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica (Fossati, Maffei, Bagnato, Donati, Namia, Novella, 1999).[5]

En general, los criterios del DSM se han revelado como bastante homogéneos a la luz de estudios como éste: parece que existen categorías discretas, aunque no hay acuerdo sobre cuáles pueden ser. El problema es que este resultado tiene como precio la redundancia de los criterios que identifican un trastorno, y favorece la superposición de diagnósticos en el mismo paciente (Westen, Shedler, 2000). Es decir, para maximizar la coherencia interna del manual, sus autores han indicado como criterios diversos elementos que no son otra cosa que facetas del mismo rasgo. Por ejemplo, seis criterios del trastorno paranoide son medidas redundantes de la desconfianza crónica; al menos cuatro criterios del trastorno por evitación giran entorno del temor al rechazo y al juicio negativo. Si un trastorno está constituido de una sola cara, basta que una persona muestre otra para ser diagnosticada de otro trastorno: un paciente límite que muestre una desconfianza crónica y un intenso temor al rechazo y al juicio recibirá también muy probablemente diagnósticos de trastorno paranoide y por evitación.

5. De manera similar, los criterios del trastorno pasivo agresivo correlacionan entre sí significativamente, y entre ellos prevalece la sensación de ser incomprendido por los demás. Tales criterios correlacionan asimismo de manera positiva y significativa con los del trastorno Narcisista (Fossati, Maffei, Bagnato, Battaglia, Donati, Donini, Fiorilli, Novella, Prolo, 2000). Estos datos han llevado a los autores a sugerir que el trastorno Pasivo Agresivo podría ser considerado como una variante del trastorno Narcisista. Se han realizado otros estudios de este tipo con varios trastornos de la personalidad (por ejemplo, Lenzenweger, Korfine, 1995).

Westen y Shedler (2000) destacan cómo la tarea de los autores del Eje II –maximizar la coherencia interna de los criterios y minimizar las correlaciones con los de los otros trastornos utilizando un número limitado de criterios (de siete a nueve por trastorno)– era psicométricamente imposible. La mayor parte de los codiagnósticos entre trastorno de la personalidad se deben probablemente a esta imposibilidad psicométrica. Los autores proponen construir los prototipos sometiendo al análisis factorial un mayor número de criterios y sobre todo articulado internamente de manera que pueda rendir cuenta de la complejidad de las observaciones clínicas. El método de trabajo de Westen y Shedler puede resumirse en la expresión "zapatero a tus zapatos". A los clínicos se les pide que hagan observaciones clínicas y a los estadísticos que las agreguen de manera significativa. Los datos empleados no son, por lo tanto, los obtenidos a partir de las autodescripciones de los pacientes en entrevistas semiestructuradas (tal como la SCID-II) efectuadas por personal sin conocimiento clínico; entrevistas que, además, se basan en la capacidad de observarse que, por definición, debería estar dañada. Quienes proporcionan los datos son, entonces, clínicos expertos; a ellos se les pide que evalúen, además de los rasgos, los estilos de pensamiento, los procesos emocionales, las estrategias de *coping*, los datos anamnésicos significativos, etc. (Westen, Shedler, 1994a, b). De este modo han obtenido siete factores: 1) Disfórico, 2) Esquizoide, 3) Antisocial, 4) Obsesivo, 5) Evitativo, 6) Histriónico, 7) Narcisista. El factor Disfórico, asimismo, se subdivide en cinco subclases: *a*) Disfórico-Evitativo, *b*) Disfórico con Alto Funcionamiento, *c*) Disfórico-Emocionalmente Desregulado, *d*) Disfórico-Dependiente, *e*) Disfórico-Hostil/Externalizado. Los prototipos de Westen y Shedler corresponden, en parte, a las categorías diagnósticas del DSM-IV pero ofrecen una descripción más compleja y articulada. De cada paciente se evalúa posteriormente cuánto se aproxima al prototipo que describe la categoría (*prototype matching approach*). Por encima de un cierto nivel se realiza el diagnóstico, por debajo de un umbral se verifica la presencia de un rasgo. Así por ejemplo, es posible hablar de un narcisista con un rasgo de desconfianza paranoica.

1.4. Evolucionismo y sistemas complejos

La perspectiva evolutiva propuesta por Fossati (2000) se mueve en la línea de recuperar las relaciones entre los diferentes componentes de la personalidad superando el dilema rasgos-categorías. Según este autor, la psicopatología y la etiopatogénesis de los trastornos de la personalidad se comprenderían a través de los procesos de autoorganización. A partir del temperamento infantil, éstos conducen a la desadaptación mediante la interacción continua entre aspectos de base genética y aspectos ambientales.

La hipótesis de Liotti (1999, 2001) sobre el origen del trastorno límite de la personalidad es de tipo similar: a partir de un núcleo relacional patológico, el estilo de apego definido como desorganizado, es posible recoger los dos factores principales del trastorno: desregulación emocional y fragmentación de la identidad. Cada vez que en el sujeto se reactivan las condiciones que se hallan en el origen del trastorno (o bien se activa el sistema de apego), los dos factores crean las premisas para el mantenimiento del trastorno. El sujeto buscará cuidado con la expectativa de no recibirla, o de ser víctima de maltratos por parte de la persona que debería proporcionarla. Ello le hará sentirse, de forma alternada, rabioso, angustiado, confiado, eróticamente activado en la relación de cuidado. Vivirá una emocionalidad intensa y contradictoria. El otro reaccionará de manera confusa, alternando asimismo, acercamiento, rechazo rabioso, seducción. Confundiendo el sujeto, lo asustará. La emoción de miedo reactivará el sistema de apego que a su vez reforzará los procesos interpersonales descritos, dando lugar a un círculo vicioso.

Intentando resumir los términos de la discusión, nos parece que, mientras la elección entre dimensional y categorial resulta más bien un lecho de Procusto, algunos puntos esenciales emergen con suficiente claridad. En primer lugar, una definición satisfactoria de trastorno de la personalidad requiere una definición de las funciones adaptativas afectadas y, posiblemente, del nivel de funcionamiento. En segundo lugar, muchos de los problemas metodológicos y clínicos de la subdivisión actual derivan de una representación excesivamente simplificada si no, a veces, caricaturesca de los trastornos (con los

problemas evidenciados por Westen y Shedler). Esta representación está constituida por elementos como estilos cognitivos, procesos emocionales, estrategias de *coping*, etcétera.

Algunos de estos conceptos, particularmente los de nivel de funcionamiento y de organización, están muy presentes en la tradición psicoterapéutica. Es mérito de psicoanalistas como Kohut (1971) y Kernberg (1975) haber dirigido la atención hacia la existencia de una tipología de pacientes con una organización específica y un nivel de funcionamiento mental y social peculiar, diferente del de los pacientes neuróticos por una parte y de los psicóticos por otra. Este refinamiento de modelo ha permitido incidir en dos problemas históricos del tratamiento: las dificultades de la relación terapéutica y la insuficiencia de las técnicas tradicionales. El trastorno de funciones mentales y sociales tiende a reproducir en terapia, y a veces amplificar, las tendencias personales problemáticas. Esto requiere modificar las estrategias y técnicas habituales previstas por el modelo psicoterapéutico. En el tratamiento el psicoterapeuta experimenta directamente la potencia con la que una organización de la personalidad empuja a los demás hacia relaciones que refuerzan y alimentan la patología. En otras palabras, un trastorno de la personalidad es una organización de elementos intrapsíquicos que estructura el ambiente interpersonal, estabilizando y manteniendo sus aspectos más disfuncionales. El término que describe mejor esta organización es el de *complejidad*. El concepto de complejidad, referido a la organización de estructuras intrapsíquicas, forma parte de la tradición del cognitivismo clínico gracias a la contribución, en un primer momento, de Guidano y Liotti (1983) y, después, de Guidano (1987, 1991). En síntesis, la manera de organizar el conocimiento a partir de los elementos perceptivos, sensoriales, mnémicos, hace emerger temas de significado estables, típicos de individuos o categorías de individuos, discontinuos los unos respecto de los otros.[6] El concepto de *atractor*, tomado de las ciencias

6. Guidano sostuvo que el *telos* de la organización de la personalidad es la autorreferencia, la coherencia y el cierre organizativo. En nuestro modelo sostenemos una tesis diferente: que a causa de las interacciones entre elementos del sistema la personalidad patológica no es capaz de salir de el cierre organizativo. No postulamos ninguna tendencia última para la coherencia interna.

de los sistemas complejos, ayuda a clarificarlo. Dado un sistema que contiene un determinado grado de información, éste tenderá a alcanzar uno o más estados estables, claramente diferenciados los unos de los otros. Una solución tendrá forma líquida o dará lugar a la formación de cristales, otra será azul hasta una cierta disolución, roja a mayores concentraciones. Lo que sirve para la biología puede traducirse en términos de funcionamiento psicológico y social: según Maffei, el atractor es el núcleo de características psicológicas alrededor del cual se condensa el funcionamiento de un individuo. Cada individuo pasa a lo largo de su vida de un atractor a otro, mostrando modalidades de funcionamiento discontinuas en las variaciones del estado, y viviendo experiencias *caóticas* en las transiciones entre ellos. La complejidad de los elementos y de sus transiciones convierte la personalidad en un sistema capaz de *autoorganización*, esto es, de modificar las propias disposiciones de manera no deterministamente previsible a partir de las condiciones de partida (Maffei, Battaglia, Fossati, 2002). La capacidad de autoorganización, a su vez, permite evolucionar al sistema según aquel peculiar equilibrio entre estabilidad y cambio que se halla en la base de la noción intuitiva de la personalidad. Haciendo referencia a temas de las tradiciones constructivistas (Kelly, 1955; Lorenzini, Sassaroli, 1995), Maffei encuentra en la perspectiva dinámico-evolutiva la manera de aislar el criterio que distingue personalidad normal y patológica. La primera se halla en condiciones de evolucionar hacia equilibrios dinámicos, la segunda oscila caóticamente o se fija en un orden inmodificable.

Es plausible pensar que la mejor manera para describir, también en el plano nosográfico, esta complejidad sea a través de un modelo prototípico que identifique los elementos esenciales intrapsíquicos e interpersonales y *las relaciones* entre estos elementos. Los prototipos diagnósticos serían la epifanía del funcionamiento de los atractores. La asunción implícita de esta metáfora, tomada de las ciencias matemáticas, es que existen líneas subterráneas de fractura que favorecen la condensación de los elementos en torno a un número infinito de atractores. Pensamos que éste puede ser el modelo más útil para el trabajo psicoterapéutico y seguiremos este planteamiento en el presente volumen.

La tesis que sostenemos es que *elementos de naturaleza psicológica distinta (significados, emociones y las diversas modalidades de* regulación *de las mismas, habilidades de metarrepresentación, estilos de interacción) caracterizan a los individuos e interaccionan entre sí, determinando los prototipos de personalidad*.

No es el rasgo en sí lo que tiene interés, sino el modo en que los rasgos, o mejor dicho, los elementos de funcionamiento mental, interactúan entre sí generando *organizaciones estables*, estilos reconocibles de funcionamiento intrapsíquico y social (Maffei, 2001). ¿De qué manera pueden los psicoterapeutas contribuir de manera válida a la construcción de los prototipos?

1.5. La investigación sobre el proceso terapéutico

Todo el saber en psicoterapia se ha transmitido prácticamente durante todo un siglo a través de la descripción de casos únicos considerados como ejemplares. Hoy los límites de este planteamiento son evidentes, reconocidos, y se ha iniciado un potente movimiento de investigación en psicoterapia dirigido a su superación. El problema se encuentra tanto en la imposibilidad de inducir principios generales a partir de descripciones de casos ejemplares como en su credibilidad. Un clínico implicado en un tratamiento psicoterapéutico no puede hacer otra cosa que utilizar su teoría para ordenar y seleccionar los datos y, en estas circunstancias, la tendencia a la autoconfirmación se convierte en algo prácticamente insuperable. Además, la psicoterapia es, por su propia naturaleza, un proceso interactivo: el terapeuta induce constantemente en el paciente respuestas que confirman las expectativas teóricas creando ciclos interpersonales de confirmación de sus hipótesis. Ello favorece el establecimiento de las teorías y la fragmentación de las escuelas: cada una produce los datos que confirmarían las premisas e impide a la psicoterapia asumir aquel carácter de empresa colectiva propio de la ciencia. En los últimos años el cuadro ha cambiado, investigación e integración en psicoterapia se mueven a la par.

La novedad más elemental es el uso de la grabación y trascripción de las sesiones. Las transcripciones contienen cantidades excepcionales de informaciones clínicas: la manera en que el paciente explica su historia, las narraciones de los episodios relacionales de su vida actual, las descripciones de lo que sintió y pensó, el grado de coherencia y de claridad introspectiva con que se describe a sí mismo y a los demás, las reacciones del paciente a las intervenciones del terapeuta y las reacciones que las conductas del paciente suscitan en el terapeuta mismo. El sagrado misterio de la transferencia y la contratransferencia se vuelve, al menos en parte, accesible. Las intervenciones mismas del terapeuta se exponen al desnudo de cubiertas teóricas, en su realidad emocional y estratégica. Muchos elementos pueden ser investigados por analistas independientes del terapeuta en cuanto a teoría e instrumentos. El material obtenido es, no obstante, muy abundante, y ello requiere teorías e instrumentos oportunos para hacer una selección. Se está desarrollando una cultura: investigadores de distintas orientaciones teóricas se intercambian sesiones, las analizan con instrumentos diferentes, llevan gafas teóricas diferentes. Es el dato empírico que a este punto crea los puntos de contacto y señala las divergencias entre lo sostenido por los diferentes teóricos/investigadores.

El análisis formal de casos únicos puede proporcionar datos bien estructurados que ayuden a reconstruir prototipos de funcionamiento del trastorno. Desprendido de los prejuicios del clínico que teorizaba encerrado en su cuarto, el planteamiento idiográfico proporciona al nomotético los elementos sobre los que fundamentar el propio análisis. Por ejemplo, si del análisis idiográfico resultase que un elemento del funcionamiento narcisista es el escaso acceso a las propias emociones y deseos, este elemento se insertaría en los cuestionarios o en las entrevistas en muestras clínicas más amplias, que tendrían la tarea de establecer si el elemento sería típico del caso único o parte del trastorno. Además, el planteamiento idiográfico es el que se presta mejor para representar la organización de los elementos psicopatológicos y por lo tanto ofrecer modelos controlables y falsables de cómo estos diversos elementos interaccionan en la generación y mantenimiento del trastorno.

1.6. Descomponer los trastornos de la personalidad

La lógica que hemos seguido es simple: un trastorno de la personalidad no es una entidad monolítica sino compuesta. El primer paso consiste en identificar los elementos patológicos básicos, las alteraciones presentes en las diversas áreas de la vida mental. Estudiar la interacción entre los elementos constituye el siguiente paso.

Como se ha dicho antes, comprender un trastorno significa conocer la manera en que los elementos interactúan creando una unidad patológica. En la tradición constructivista hemos intentado dar respuesta a las mismas preguntas que Neimeyer y Feixas (1990a, b), Guidano y Liotti (1983), Winter (1989), Mancini y Semerari (1990; Mancini, Gangemi, 2001a; Semerari, 2000) se plantearon en el pasado: ¿por qué un trastorno, una vez que se ha instaurado, se mantiene? ¿Por qué el paciente no se cura espontáneamente? Si un trastorno de la personalidad es una entidad estable en el tiempo, y lo es por definición, ¿qué es lo que garantiza su permanencia? La respuesta de los constructivistas clínicos era que el sujeto necesita un sistema de significados que organice el mundo: acomodarse a las novedades significa admitir las invalidaciones del sistema, el fracaso de las propias capacidades para moverse en el mundo. Pero esto obligaría, en el proceso de cambio, a pasar por un período de caos. El sujeto, por lo tanto, "prefiere" mantener un sistema de significados que se ha demostrado disfuncional, con tal de no sentirse presa de una desorganización sin sentido (Lorenzini, Sassaroli, 1995; Neimeyer y Feixas, 1990a, b; Winter, 1989).[7] La explicación constructivista es un punto de partida válido porque puede explicar el mantenimiento de las que son propias y auténticas visiones del mundo, antes que productoras de síntomas.

7. Mancini y Semerari (1990) han discutido ya los problemas planteados por este modelo (véase Semerari, 2000), que no explica bien los trastornos neuróticos, los cuales son dirigidos por circuitos de autoinvalidación recursiva: la señal corporal se interpreta como signo de una catástrofe inminente y esto potencia la reacción corporal negativa, que se lee a la luz de la explicación catastrófica inicial. El sujeto por tanto no tiene en estos trastornos una visión del mundo que mantener, sino que más bien es presa de circuitos disfuncionales de los que no consigue separarse.

Esta explicación, sin embargo, no basta para explicar porqué permanecen los trastornos, límite e histriónico, que pasan gran parte del tiempo en el caos, o los antisociales que parecen saltárselo incluso con excesiva pericia. Además, el dato clínico es que ante las invalidaciones las reacciones no son necesariamente caóticas sino que en los trastornos de la personalidad se hallan bien inteligentemente organizadas: el narcisista se retira altivo y despectivo a su propio mundo grandioso, el paranoide anticipa los movimientos del enemigo, el dependiente se especializa en garantizar la proximidad de figuras de referencia. Más allá de estos límites, la explicación constructivista se enriquece con los datos observados: el sistema de significados no es el único elemento en salir perjudicado.

Para formular nuestro modelo, repetimos, hemos descompuesto los trastornos que más frecuentemente llamaban nuestra atención clínica o por los cuales alientábamos el más genuino interés teórico, en sus componentes psicopatológicos fundamentales y, a continuación, hemos reconstruido la interacción entre ellos. La primera opción (Semerari, 1999b) es la distinción entre contenidos y funciones mentales.

Aquello de lo que habla el paciente es distinto a la capacidad de describir los fenómenos psicológicos: identificar una emoción específica se debe distinguir de la capacidad general de describir las emociones. Esta elección es producto de la observación de que los pacientes graves se hallan afectados, a veces de manera estable y otras dependiendo del estado, en las capacidades de acceso a los propios estados internos, de plantear los fenómenos mentales como problemas a resolver, de captar y articular el punto de vista del otro. Presentan, en definitiva, un déficit de las llamadas habilidades autorreflexivas, metacognitivas o metarrepresentativas (Baron-Cohen, 1995; Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997; Fonagy, Target, 2001; Leslie, 1987; Perris, 1993; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Alleva, 2003). Un paciente sufre un problema de culpabilidad por exceso de responsabilidad personal que se traduce en una depresión mayor. Para intervenir, el clínico necesita información al menos sobre otra dimensión:

¿qué capacidad tiene de describir el problema? ¿Lo narra completamente y con claridad? ¿Capta los nexos causales, anticipa las consecuencias? Es capaz de afirmar: "¿Es este sentimiento de culpa lo que me impide dejar de trabajar para los demás?". O bien el clínico capta solamente señales no verbales que le llevan a suponer un problema de este tipo, pero a sus preguntas obtiene sólo respuestas vagas y escurridizas. Por lo tanto, el nivel de capacidad de metarrepresentación del paciente, en este caso la capacidad de monitorización del estado interno y de integración de los acontecimientos mentales en una narración coherente, influirá sobre la intervención. Si las habilidades son escasas, el clínico trabajará para promoverlas: ayudará por ejemplo a poner nombre a las emociones de forma correcta –sentimiento de culpa. Si son altas, intervendrá, de acuerdo con nuestra hipótesis, para favorecer la toma de distancia crítica o para proyectar estrategias de resolución de problemas (Stiles, Meshot, Anderson, Sloan, 1992).

Los individuos realizan por lo menos otras dos operaciones que deben analizarse: *a*) escogen; *b*) se relacionan con otras personas. Los procesos que subyacen a ambas operaciones pueden ser fuente de disfunción y la hipótesis de que estas disfunciones sean específicas para los distintos trastornos resulta atrayente. Unidas a las dos primeras, tenemos por tanto el conjunto completo de las áreas que investigamos para reconstruir la anatomía de los trastornos de la personalidad. No trataremos en este volumen la dimensión temperamental (Cloninger, Svrakic, Prybeck, 1993; Millon, Davis *et al.*, 1996). Esto no significa que minusvaloremos el peso de la biología y la genética en la génesis y el mantenimiento de un trastorno de la personalidad. Simplemente nos movemos a nivel mental, donde las disposiciones del organismo se expresan a través de los significados y la regulación del estado interno. Si un paciente tiene dificultades de controlar los impulsos, tomaremos esta dimensión en el análisis de las estrategias de regulación de las experiencias problemáticas. Un paciente biológicamente predispuesto a la depresión presentará estados mentales de tristeza, culpa y baja autoestima. Nuestro interés se centra sobre cómo las dimensiones interac-

túan entre sí en el mantenimiento de los trastornos, de hecho el cuerpo biológico estará siempre entre bastidores.[8]

Nuestro enfoque toma en cuenta los factores dimensionales, como las habilidades de metarrepresentación (un sujeto puede ser capaz de decodificar los estados mentales en varios niveles), pero ofrece modelos para la génesis de prototipos.[9] Una vez descritos los elementos,

8. Lo cual implica naturalmente la posibilidad de suministrar fármacos cuando exista la necesidad. Un estado mental depresivo en un trastorno de la personalidad puede, por ejemplo, ser tratado con SSRI (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina, o más simplemente antidepresivos serotoninérgicos) para permitir que el trabajo terapéutico pueda llevarse a cabo incluso durante un período de crisis.

9. Este esfuerzo presenta notables ventajas respecto a los intentos de construir categorías a partir de la recogida de conjuntos de rasgos. Cada uno de los factores tomados en consideración como rasgos se convierte después en una entidad totalmente heterogéneas. ¿Qué significa para el clínico neuroticismo? ¿La tendencia a experimentar emociones de ansiedad? ¿La escasa capacidad para regular las emociones? y ¿Cuáles son las interacciones entre los elementos que deberían constituir el factor supraordenado a ellos? ¿Su misma relación no debería ser una fuente de preguntas para el clínico más que la pretensión de una respuesta? Livesley (Livesley, Jang, Jackson, Vernon, 1993) ha obtenido por ejemplo dieciocho rasgos básicos de personalidad. Enumeramos tres de ellos: ansiedad, desregulación cognitiva y apego inseguro. Es evidente que se trata de elementos que pertenecen a categorías conceptuales totalmente diferentes. El primer rasgo es una emoción, biológicamente fundada, el segundo una modalidad de pensamiento y el tercero un estilo relacional que se puede definir solamente en la relación con otra persona en el contexto de condiciones especiales de activación. Hablar de rasgos presenta por ahora el problema no resuelto de hacer homogéneos los elementos que se consideran rasgos. Además se habla de categorías dimensionales, pero la ansiedad puede serlo puesto que el valor que varía es la intensidad subjetiva de la emoción. El apego inseguro tiene ciertamente un componente dimensional (¿en qué grado es capaz el sujeto de modular las emociones que aparecen en ese contexto motivacional?), pero también es, por el contrario, una forma de experiencia discontinua respecto a otras semejantes: particularmente el apego seguro. Además, en algunos estilos de apego se activan incluso diferentes sistemas mentales: en el apego evitativo las emociones no se consideran una fuente válida de información, y se excluyen por tanto de la conciencia y de los procesos de decisión; en el apego ansioso-resistente, por el contrario, sí se utilizan, pero mal moduladas. Sin una definición teóricamente cauta de los distintos elementos que componen el trastorno y de su relación, no se obtienen más que operaciones entre elementos de clases distintas, conceptualmente espúreas y carentes de valor psicológico. Un enfoque adecuado para los trastornos de la personalidad debería definir los elementos disfuncionales con un alto grado de coherencia interna. Si por ejemplo hablamos de habilidades de metarrepresentación y entre ellas identificamos el acceso a los propios estados internos o la capacidad de asumir el punto de vista del otro, sabemos que pertenecen a la categoría general: capacidad de reconocer los estados mentales, de construir teorías psicológicas.

podemos observar cómo la personalidad aflora de la interacción entre ellos. Estos procesos activan circuitos disfuncionales que mantienen en equilibrio las diversas variables que los constituyen y crean las condiciones para que la interacción social estabilice el trastorno. *Los trastornos de la personalidad se considerarán por tanto como sistemas autoorganizadores y evolutivos, capaces de dar forma a la realidad capaces de garantizar el mantenimiento de su propia estructura* (Maffei, 2001).

El nuestro es un enfoque psicopatológico. Presenta no obstante numerosas afinidades con la teoría del desarrollo y evolucionista. Los teóricos de estas corrientes de pensamiento prestan particular atención a las modalidades precoces de construcción de los vínculos afectivos y a cómo éstos se reactivan en el curso del tratamiento. La tesis es que la etiología de los trastornos debe buscarse, a partir de una base innata, en las disfunciones con las que interactúan las disposiciones interpersonales del sujeto. Un ejemplo de ello lo constituye la hipótesis ya mencionada anteriormente de que los trastornos límite de la personalidad y disociativo derivan de la modalidad de apego llamada desorganizada, que encuentra actualmente las primeras confirmaciones empíricas (Liotti, 1994, 1999; Liotti, Pasquini *et al.*, 2000; Pasquini, Liotti *et al.*, 2002).

Estamos de acuerdo con esta teoría en un punto: la historia interpersonal del desarrollo de la mente muestra bien a las claras cómo factores activos en otro lugar y momento mantienen la patología aquí y ahora y cómo, por tanto, el núcleo psicológico empezó a ponerse en marcha en otro tiempo y continúa avanzando en la actualidad. Nuestro interés se centra, no obstante, sobre el mantenimiento actual del trastorno, de manera relativamente independiente de la forma de activación. Interrumpir en terapia un circuito disfuncional tiene poco que ver a veces con saber que se constituyó en la relación de desarrollo con los padres o a partir de un rasgo innato, o si la historia de vida (transición en la adolescencia, emigración) han contribuido a forjarlo. Un sistema que se autoorganiza es independiente de las condiciones iniciales, interrumpir el proceso que lo mantiene exige conocer más las dinámicas internas sobre las que se interviene que la historia.

1.7. Los elementos que constituyen los trastornos

Describiremos ahora los elementos que componen los trastornos de la personalidad, sus disfunciones y, finalmente, pondremos el ejemplo de un modelo psicopatológico que mantiene la estabilidad de un trastorno. Cada uno de los elementos constituyen dimensiones mentales separadas, como pueden ser la memoria, las emociones, la percepción y el razonamiento lógico.

1.7.1. El sistema de significados: estados mentales, pobreza y desorganización del discurso

La psicología narrativa sostiene que el sujeto organiza los propios significados en forma de historias (Angus, McLeod, en prensa; Bruner, 1990; Hermans, 1996; Sarbin, 1986; Villegas, 2000). Éstas unen diversos temas, emociones, visiones del mundo, su trama da sentido a los acontecimientos. Realizar una elección significa construir una narración que confronte el estado del mundo actual y los objetivos del sujeto con escenarios futuros posibles. Algunos de estos futuros serán emocionalmente agradables, y otros desagradables. El sujeto tenderá a moverse hacia los escenarios marcados positivamente y a evitar los negativos. En cualquier caso teje una historia en la que los personajes del escenario interno, reales o fantásticos, establecen un diálogo, consensúan los puntos de vista, asumen el control de la acción (Hermans, Kempen, 1993; Hermans, 2001a,b). Las narraciones de un sujeto se construyen en dos direcciones: *bottom-up* (del cuerpo hacia la mente) y *top-down* (de la cultura hacia la mente) (Salvatore, Dimaggio, Semerari, en proceso de revisión).

En el primer caso, el recorrido es el siguiente: sensaciones corporales se convierten en imágenes mentales cargadas afectivamente. En estas imágenes se representa la importancia del estado del mundo para el organismo. Por ejemplo, la imagen de un tren que llega a toda máquina se asocia con la del cuerpo que se aleja de las vías, acompañada de una emoción de miedo. Esta micro-historia, dos imágenes consecutivas y nada más, permite alejarse de las vías sin perder el tiempo calculando el balance costes/beneficios de las diversas situa-

ciones previsibles, consiguiendo así sobrevivir. Secuencias de imágenes forman protonarraciones (Damasio, 1994, 1999) que se articulan, se hacen cada vez más complejas, asumen la forma de procedimientos interactivos, del tipo descrito por Stern (1985): *representaciones de interacciones que han sido generalizadas*. Estas representaciones se traducen sucesivamente en narraciones conscientes.

El otro proceso de formación de las historias parte de la cultura, del ambiente familiar y proporciona al sujeto temas de vida, normas sociales, caminos a seguir y futuros prohibidos, procedimientos para negociar el significado (Gergen, Gergen, 1988). De este modo, el sujeto aprenderá historias de héroes que guiarán su comportamiento, mitos familiares que plasmarán sus vínculos afectivos y sus decisiones laborales. "Tu padre emigró e hizo fortuna a pesar del duro trabajo y las humillaciones que tuvo que soportar" puede ser una historia que la madre cuenta al hijo huérfano. Será el modelo al que el hijo podrá adaptarse o intentar evitar.

Una narración bien formada respeta ciertos criterios, cumple funciones específicas. De Grice (1975) a Bruner (1989), se puede sostener que una buena historia clínica debería: *a*) seguir una secuencia ordenada espacio-temporalmente; *b*) hacer referencia a los estados internos, en particular a la experiencia emocional; *c*) proporcionar una descripción clara, o fácil de reconstruir, del problema; *d*) tener en cuenta la teoría de la mente del interlocutor a quien se destina, sus intereses y su inteligencia; *e*) proporcionar conocimiento relevante del contexto interpersonal; *f*) tener coherencia temática y fundirse sólo parcialmente con otras narraciones; *g*) proporcionar conocimiento situacional, de áreas del mundo de relaciones definidas; *h*) ser coherente con la experiencia interna; *i*) ir acompañada de otras narraciones con tal de formar un mapa apto para conocer un mundo complejo (Dimaggio, Semerari, 1998, 2001a, en prensa).

Sobre la base del respeto a estos criterios describimos dos tipos de alteración del relato, relativos al contenido y a la forma. En el primer caso las historias permiten identificar de manera adecuada la experiencia subjetiva que es en sí misma patológica. El modo en que nos detenemos sobre la patología de los contenidos nace del concepto de

estado mental. Los significados, expresados bajo forma verbal o emotivo-somática, normalmente se agregan de manera coherente en el contexto interno y situacional: se convierten en experiencia subjetiva como estados mentales (Horowitz, 1987). El sujeto piensa con alegría en el recuerdo de las vacaciones recién terminadas, en la mente aparecen imágenes del sol reflejándose sobre las olas, escenas de risas durante una cena cerca del mar. Es un estado mental de nostalgia. Después imagina las obligaciones del trabajo que le esperan, anticipa el escritorio lleno de papeles y se ve preso de un sentimiento de angustia. Entra en un estado mental distinto al precedente. Los estados mentales, por norma, fluyen en la conciencia del sujeto, manteniendo un cierto grado de organización, y son bastante sensibles al cambio de acuerdo con el contexto situacional. Por otra parte cada uno de nosotros tiende a imaginar historias recurrentes al cambiar las experiencias. Son los temas de vida, el discurso que el sujeto expone (Villegas, 2000), las autonarraciones nucleares que se enlazan recursivamente fundando su personalidad (Dimaggio, Serio, Ruggeri, 1995). Si estas historias están cargadas de sufrimiento emocional, o se repiten rígidamente sin responder adecuadamente al cambiar las situaciones, se convierten en estados mentales problemáticos (Horowitz, 1987; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Alleva, Mergenthaler, 2003): por ejemplo, el sujeto puede experimentar un doloroso estado de culpa, acompañado por el pensamiento de haber dañado las personas queridas y ser objeto de justa recriminación por su imprudencia. *En este volumen sostenemos la hipótesis de que cada trastorno de la personalidad se caracteriza por un conjunto de estados mentales típico, inflexible a los cambios de los contextos*. Las transiciones entre estados siguen modalidades reconocibles.

Este enfoque presenta semejanzas con el trabajo inicial de Guidano y Liotti (1983). Prescindiendo de la teoría de la autoorganización (autopoiesis) que se encuentra en su base, que Guidano (1987, 1991) ha desarrollado y de la que Liotti se ha distanciado –privilegiando la vía de la construcción personal interpersonal del sentido de la experiencia– los autores sostenían que varias organizaciones de significa-

do personal subyacen a diferentes patologías. Los fóbicos, por ejemplo, oscilan entre la seguridad y la sensación de constricción en presencia de la figura de apego y la libertad acompañada de síntomas ansiosos y fantasías de pérdida de control en ausencia de la misma. Se trata, evidentemente, de estados mentales, en el lenguaje de Horowitz. Varios autores siguen un enfoque similar: Ryle (1995) habla de estados del yo y señala asimismo cómo varían éstos con el diagnóstico de la personalidad. Young (1990) describe los esquemas (*schema-modes*) que caracterizan los distintos trastornos de la personalidad.

¿Cómo describir a un paciente según la teoría de los estados mentales? Imaginemos un sujeto afectado de trastorno por evitación: en un momento de soledad experimentará un estado de aburrimiento, depresión, vacío y extrañamiento; ello le llevará a desear relaciones sociales. Cuando el otro está cerca –una fiesta, una cita amorosa– el sujeto se siente excluido, incapaz de percibir puntos en común, se siente cohibido. Tenderá a apartarse de la interacción, la soledad se convertirá en un estado deseado. Después de un breve momento en que se disfruta la huída, predominarán el aburrimiento, la sensación de ser un inepto, un fracasado, impidiéndole gozar de la soledad. El deseo de relaciones volverá a aflorar reactivando el ciclo (Procacci, Dimaggi, Semerari, 1999).

Nuestro enfoque, desde este punto de vista, es más próximo a la realidad clínica que las descripciones del DSM. El manual describe con todo detalle la cara prevalente del trastorno, pero no proporciona informaciones que permitan realmente comprender *quién* es esa persona. Muchos autores interesados en el narcisismo están de acuerdo en dar un papel importante a los estados de vacío, en los que el sujeto se siente privado de deseos, objetivos, sentimientos (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002; Jellema, 2000; Kohut, 1971; Lowen, 1983; Young, Flanagan, 1998). Kernberg objetaría que este estado no es central en la determinación de la psicopatología, pero lo reconocería como un aspecto del trastorno. El DSM no hace referencia a tales experiencias en los criterios diagnósticos. El clínico, por lo tanto, usando el DSM no consigue diagnosticar los trastornos que el mismo manual debería ayudar a reconocer. Según el

DSM, el dependiente experimenta sensación de abandono y reacciona para evitarlo y, el paranoide, humillado y ofendido, lucha rabiosamente por corregir el daño. Nada más. De la sensación invasora de terror y debilidad que atenaza a los paranoides (Nicolò, Nobile, en este volumen), de los estados de rebelión rabiosa que asedian al dependiente (Carcione, Conti, en este volumen), ni rastro. Caricaturas parecen, más que descripciones. En los capítulos sucesivos describiremos de manera ejemplificada los trastornos: narcisista, por dependencia paranoide, por evitación, límite.

La relación entre estados mentales y personajes del paisaje narrativo es del tipo figura/fondo. Si analizamos una narración, ésta contiene varios personajes y se caracteriza por un contexto emocional, temas de pensamiento dominantes que condensan la experiencia interna del sujeto. Si, al focalizar la atención sobre un personaje, pedimos al paciente que lo describa, veremos que condensa a su vez temas de pensamiento, modalidades de respuesta emocional y un punto de vista propio sobre el mundo (Hermans, Kempen, 1993). En otras palabras: una imagen de sí. El sujeto puede reconocer más fácilmente la alternancia de los estados mentales o la entrada y salida en escena de los personajes. El concepto que nos interesa es que la personalidad está proporcionada por el conjunto de los personajes, por un conjunto típico de estados mentales. El paciente en psicoterapia debe ser ayudado a identificarlos, a reconocerlos y descubrir qué causa la entrada o salida de un estado, qué implica sentirse conmocionado por un personaje u otro.

1.7.2. Las alteraciones de la estructura de las narraciones

Los pacientes con trastorno de la personalidad están afectados por alteraciones en la forma del discurso, que influyen en la capacidad de comunicar y pedir ayuda. Las reagrupamos en dos categorías: pobreza narrativa y desorganización narrativa. En el primer caso, el sujeto construye narraciones aptas para tratar un área mínima del mundo relacional. Piénsese por ejemplo en la personalidad esquizoide o en los evitativos graves y en su incapacidad para contar historias. O en la personalidad paranoide, que narra casi exclusivamente temas de peli-

gro o amenaza, ataque y huída. En estas patologías, la estabilización del trastorno estará garantizada también en ausencia de áreas libres de la vida mental que sirvan de visión del mundo alternativa a la patológica. El problema es que para los trastornos de la personalidad la patología tiende a coincidir con la visión del mundo. Deconstruir la patología significa con frecuencia dejar al sujeto sin instrumentos para moverse en sociedad, conducirlo a un universo vacío, sin sentido. Desde este punto de vista la terapia de la personalidad debe tener necesariamente en cuenta, en muchos casos, la dimensión neoestructurante. Los pacientes sufren por la pobreza del mapa del mundo. Las narraciones de vida, que deberían guiarle en las elecciones, en los nuevos contextos, imprevisibles, complejos, que la vida presenta a lo largo de los años y a través de los diversos lugares donde vive, dan poca información sobre cómo actuar. Pensemos en una mujer con personalidad dependiente oriunda de un pueblo rural. Imaginemos que se ve obligada a trasladarse a una gran ciudad, donde la red de conocimientos, reglas y apoyo mutuo es inexistente. ¿Sufrirá ante la nueva situación? Sí, pero el problema es que no dispondrá de instrumentos para orientarse ni de habilidades para adquirirlos. Ante la sensación de soledad y angustia, no tendrá una historia que le diga cómo relacionarse con los demás según las costumbres del lugar, dónde pedir ayuda y a quién, en qué ambientes moverse con seguridad. Paralizada, probablemente desarrollará síntomas psiquiátricos.

Para curar la pobreza narrativa será necesario construir nuevas tramas de discurso, favorecer la aparición de estados mentales no expresados, desarrollar temas de vida embrionarios y habilidades sociales (Dimaggio, Salvatore, Azzara, Catania, Semerari, Hermans, en prensa). Se tratará, en definitiva, de una actividad de síntesis mental, de *noopoiesis*.

Otros pacientes, en particular los afectados por un trastorno límite de la personalidad y trastornos disociativos, sufren déficit de integración de las narraciones, su discurso es desorganizado (Dimaggio, Semerari, 1998, en prensa; Liotti, 2001). Estarán también presentes estados mentales reconocibles, pero frecuentemente el sujeto emite un flujo inconexo de palabras, salta de un argumento a otro, expresa emociones incongruentes con el tema tratado. En este caso la terapia

deberá ordenar el caos, reconocer los temas de vida y de sufrimiento, favorecer la agregación de estados mentales íntegros, distinguibles y hacer comprender cómo el curso de las relaciones promueve los *shift* entre ellos.

1.7.3. Las disfunciones de la metarrepresentación

El déficit de habilidades de metarrepresentación (metacognitivas en nuestros volúmenes precedentes, Semerari, 1999b, 2000) es tan básico en el modelo que proponemos que le hemos dedicado el segundo capítulo, al que remitimos al lector. Aquí nos limitaremos a explicar en qué consisten y en qué modo contribuyen a la psicopatología.

Vivir entre humanos requiere la capacidad de razonar atribuyendo intenciones, deseos, creencias, estados mentales a uno mismo y a los demás. Si un individuo carece de esta habilidad se moverá en un mundo inexplicable e inquietante. Los pacientes con trastornos de la personalidad muestran, en la observación clínica, fracasos en varios aspectos de esta habilidad. Ésta es unitaria pero heterogénea, constituida por subfunciones relativamente independientes la una de la otra. Un sujeto, por ejemplo, puede tener problemas en acceder a los estados internos, otro no consigue asumir el punto de vista de las personas con las que interactúa. Aspectos cardinales de nuestra hipótesis es que en los diferentes trastornos se hallan presentes perfiles distintos de disfunciones de metarrepresentación. Un narcisista no consigue decodificar los estados internos y conectarlos con el curso de las relaciones. Un paranoide fracasa sistemáticamente en la lectura de la mente ajena, atribuyendo a los demás intenciones malévolas hacia él. Un límite no consegue integrar en una lectura unitaria la experiencia interna, intensa, mutable y contradictoria.

Para describir el fracaso en la metarrepresentación utilizamos el término déficit. No nos llamemos a engaño: por déficit no entendemos un daño biológico irreversible. Nos referimos más bien: a) a la estabilidad funcional de la carencia, a su presencia continua o casi cada vez que se requiere el uso de aquella función; desde este punto de vista también los pacientes con síntomas neuróticos pueden fracasar en la metarrepresentación. Pero lo hacen de manera loca-

lizada, frecuentemente en el contexto de su estado mental de sufrimiento. Durante el ataque de pánico, los fóbicos padecen el déficit de distinción entre fantasía y realidad (imaginan una catástrofe y se comportan como si fuera verdadera e inminente), pero fuera de este contexto mental son perfectamente capaces de realizar esta distinción. Los pacientes con trastorno de la personalidad pasan la mayor parte del tiempo sin conseguir ejercitar ninguna habilidad de metarrepresentación. Simplemente se comportan como si no las poseyeran; b) a la labilidad de las funciones respecto a las condiciones interpersonales adversas; c) a la influencia invalidante que tiene sobre el comportamiento social. En otras palabras, si un sujeto es siempre incapaz de formular hipótesis plausibles sobre los pensamientos de los demás, si cada vez que percibe un clima de juicio atribuye la crítica a todo el mundo y en consecuencia se aparta de la vida de relación, sostendremos que este sujeto tiene un déficit de descentramiento. Esto no significa que el déficit se deba atribuir a un daño biológico. Simplemente el sujeto no utiliza de manera estable una función vital. Una parálisis por lesión neurológica y una de tipo histérico tienen efectos funcionales que pueden ser idénticos: un déficit de fuerza en la articulación implicada. En la parálisis histérica, eso puede desaparecer, en la neurológica no. En ambos casos, para el período en que el daño está presente, el sujeto no puede desempeñar las funciones en las que se requiere el buen funcionamiento de la articulación. Sostenemos por lo tanto una hipótesis de mínimos de déficit en las prestaciones: esto permitirá que los modelos teóricos más sofisticados y la investigación empírica nos digan qué déficits son irreversibles y qué fracasos de la función son susceptibles de curación.

El déficit mantiene el trastorno. Algunos ejemplos: el déficit de descentramiento no permite salir de los estados de amenaza, el déficit de acceso a los estados internos obliga a actuar en ausencia del reconocimiento de emociones y deseos que caracterizan las auténticas intenciones del sujeto. La incapacidad de integrar llevará al sujeto a vivir en un mundo confuso y fragmentado y provocará en los demás respuestas intensas, imprevisibles y contradictorias.

1.7.4. Los ciclos interpersonales disfuncionales

El sujeto afronta el mundo vestido de preconcepciones de la realidad, sin las cuales se vería rodeado por el caos. En particular, atribuye sentido a la vida de relación sobre la base de previsiones, expectativas e intenciones: busca señales que indiquen la coincidencia entre los deseos y el estado de las cosas. En particular, desarrolla previsiones sobre el curso de las relaciones interpersonales.[10]

Nuestro interés consiste en comprender cómo, a partir de estas expectativas, el sujeto dota de intención el comportamiento de los demás y reacciona ante el y de qué manera esto contribuye a estabilizar el trastorno de la personalidad. El sujeto, en el curso del tiempo, construye *esquemas interpersonales*, sobre la base de interacciones reales repetidas –y de sus disposiciones innatas– con las figuras de referencia. Son representaciones de la interacción que describen la imagen de sí mismo, la imagen del otro y las relaciones que los vinculan. Un niño que, aterrorizado, busca la proximidad de la madre, y se tranquiliza cuando la madre realiza algunos gestos codificados –tomarlo en brazos, hablarle con un tono de voz dulce, acariciarlo– sigue las fases de una breve historia: al principio siente miedo, busca la figura reconfortante; el primer final es que la figura se halla presente y él se calma; el segundo, que la figura está ausente y él aterrorizado. La his-

10. Una discusión interminable aflige al mundo científico a propósito de si los significados que el sujeto otorga nacen en su mente, en la relación con los demás, de su estado de ánimo o son, por decirlo como Gergen y Gergen (1988), el precipitado de la cultura. ¿El sujeto genera y modifica pensamientos o es un nudo hablante de una red que lo atraviesa? Parece que no hay tregua entre partidarios de una escuela y la otra; en el psicoanálisis el enfrentamiento se produce entre quienes creen que los pensamientos provienen de fantasías inconscientes innatas, los kleinianos particularmente, y los intersubjetivistas, que defienden que la mente es un precipitado de experiencias repetidas aprendidas existentes en el seno de las relaciones con los semejantes (Mitchell, 1988; Stern, 1985). Los constructivistas kellianos, que sostienen que los constructos son personales, idiosincrásicos, debaten con los construccionistas sociales, para quienes el individuo habla solamente de temas generadas por su cultura buscando un medio en el que contratar el sentido con los demás. No tomamos parte activa en este debate, no sea que caigamos de un lado o del otro; seguimos en esto a Manuel Villegas (2000, p. 16): "todo ser humano mantiene a lo largo de su existencia una relación dialéctica entre su entidad personal, indivisa, y las representaciones sociales, compartidas".

toria tiene vínculos rígidos, que el niño establece sin ser consciente: sólo algunas señales serán capaces de tranquilizarlo y aquella figura (o pocas otras) podrá emitirlas con éxito. La interacción sigue guiones en que un cierto número de escenas, emocionalmente relevantes, deben desarrollarse por parte del niño y de las figuras interactivas según secuencias preestablecidas. Se trata, en definitiva, de acciones guiadas por procedimientos (no por el pensamiento consciente) organizadas narrativamente, constituidos por una serie de escenas que representan estados del mundo deseados y desagradables que se siguen unos a otros. Los procesos, generalizados y codificados en la memoria implícita (y explícita, según Stern, 1985, a partir de los 3-4 años), se convierten en esquemas que prevén el curso de las relaciones respecto a las expectativas del sujeto: se forman así lo que Bowlby (1969) llama modelos operativos internos. En la vida adulta estos esquemas están sujetos a cambio, ampliación o reescritura. Diferentes versiones de los mismos episodios pueden codificarse en formatos diversos. Si un niño recibe un fuerte rechazo a sus demandas puede formarse la representación de un adulto severo pero bueno que responde justamente a su mal comportamiento. Paralelamente, el adulto es malo e incapaz de proporcionar los cuidados adecuados requeridos por un niño bueno. La representación más amenazadora de las dos es la segunda: el niño se ve motivado a mantener una buena imagen de los adultos que cuidan de él, simplemente porque le resultan de vital importancia Por lo tanto, es probable que la representación negativa de sí en relación a un adulto sea precisamente la mantenida consciente. La otra, que existe también y es imborrable, permanece inconsciente, disociada[11] (Liotti, 1994; Peyton, Safran, 1998).

Varios autores describen los esquemas interpersonales en el adulto; entre ellos recordamos a Young (1990), que los denomina esquemas desadaptativos precoces; Horowitz (1987), que habla de modelos de rol-relación, y Ryle (1995, 1997), que habla de procedimientos para los roles recíprocos. En el ámbito psicoanalítico, los conceptos de tema relacional conflictual central (Luborsky, Crits-Cristoph,

11. Para una discusión amplia y rigurosa de los procesos disociativos no pensamos poder añadir nada a lo dicho por Liotti. Remitimos el lector a sus escritos.

1990) y de relación de objeto (Fairbairn, 1952; Ogden, 1986; Modell, 1984) pueden ser reconducidos a la idea de esquema interpersonal. El núcleo de estos modelos es que el sujeto posee un conjunto de representaciones, procedimentales o episódicas, que incluyen al menos los siguientes elementos:

1) una representación de sí mismo que incluye: *a*) los estados internos, emociones, pensamientos y estados del cuerpo; *b*) objetivos, planes y deseos y el contraste entre el estado del mundo actual y el deseado;
2) una representación del otro que incluye: *a*) la atribución de emociones y deseos; *b*) las disposiciones en relación al sujeto. A este núcleo, referido a las relaciones duales, se añaden;
3) una representación de la relación actual, del contexto en que se desarrolla y de los roles recíprocos que se activan;
4) los esquemas de los esquemas (Horowitz, 1991).

A un nivel mayor de sofisticación, habitualmente poco valorado, pero indispensable porque no existe individuo que no se mueva entre varias de relaciones duales;

5) una representación de los grupos, de las reglas subyacentes y de la pertenencia a ellos;
6) valores e ideales, blindados en forma de historias fundadoras: parábolas religiosas, recuerdos familiares prototípicos en que figuras de referencia realizan acciones que diseñan una mitología, positiva o negativa. El sujeto contrasta la representación de sí actual y futura con estas historias. La elección de casarse puede estar regulada por el recuerdo de la escena de la madre que habla de la manera en que fue cortejada por su futuro marido y se enamoró de él. Una elección de trabajo se puede realizar a partir del modelo de un héroe que vence a los enemigos con astucia.

Safran (1984; Safran, Segal, 1990), inspirado en el trabajo de Bowlby y Stern, formuló un concepto de fundamental utilidad clínica: el ciclo cognitivo interpersonal. Lo define así: los procesos de construcción del individuo llevan a comportamientos típicos y comu-

nicaciones que elicitan en el otro respuestas previsibles. El sujeto tiene expectativas sobre la marcha de la relación y con este bagaje entrará en relación, esperando determinadas respuestas. Sus previsiones le llevarán a conductas, automáticos o conscientes, congruentes con los deseos. La interacción se guiará por estos deseos, expectativas y comportamientos, aunque el sujeto no sea consciente de ello.

Imaginemos un paciente que espera ser rechazado por los demás. A causa de esta idea entrará humilde e huidizo en la relación. Los otros, con toda probabilidad, responderán a su estilo ignorándolo. La expectativa de ser digno de rechazo se confirma de esta manera por la respuesta que el sujeto ha provocado activamente con su inhibición.

Los ciclos disfuncionales se autoperpetúan de varias maneras: 1) el sujeto puede seleccionar otros que juegan un rol complementario a los asumidos por él mismo (si tiende a prestar cuidados a los demás, buscará personas necesitadas de ayuda), recibiendo respuestas que confirmarán las suposiciones subyacentes (los otros tienen necesidad de ser cuidados por mí) e impidiéndole ejercitar aspectos de sí mismo que se hallan en la sombra, como necesidad de ayuda, fragilidad; 2) el sujeto anticipa las reacciones de los demás y reacciona en consecuencia en base a estas previsiones, elicitando precisamente las reacciones previstas; 3) el sujeto disocia algunos aspectos de sí. Éstos reaparecen en el comportamiento no verbal y promueven respuestas en el otro. A su vez, las respuestas refuerzan las convicciones (aunque inconscientes) que habían llevado a disociar los aspectos. Si, por ejemplo, el sujeto se siente injustamente víctima disocia la rabia, la cual aparecerá en las expresiones y en las conductas, elicitando una rabia imprevisible en los otros, que reforzará la creencia de ser víctima de ataques injustificados; 4) ante la espera de acontecimientos temidos, como el abandono, el sujeto activa defensas, como la congelación emocional, que elicitan en el otro la respuesta temida; el otro se distancia del sujeto frío e inexpresivo (Safran, Muran, 2000).

El concepto de disociación entre experiencia consciente y emocional, preverbal, es fundamental para entender cómo actúan los ciclos interpersonales. La experiencia de las interacciones puede ser memorizada en varios códigos: emocional, inconsciente, en el que el sujeto

acumula reacciones automáticas en los encuentros con los demás, que provocan respuestas tan involuntarias como potentes. Podemos estar de buen humor sin saber porqué, alejarnos de un estímulo sin haber descubierto todavía qué nos da miedo. La reacción de sonrisa del niño pequeño al regresar la madre es un ejemplo de esta forma de experiencia. Los mismos acontecimientos pueden codificarse en la memoria episódica, en el código verbal, accesible a la conciencia. Podemos perfectamente saber que evitamos a una persona porque tenemos miedo de que nos haga daño o nos acercamos a alguien movidos por la atracción erótica. Los afectos pueden motivar al individuo sin aflorar en la conciencia, en la que aparecen en cambio representaciones de otro tipo. Un paciente límite explica con facilidad una experiencia de violencia sufrida con una expresión indiferente, fría, casi divertida. Pero en la expresión el clínico atento capta las señales del miedo inconsciente: una extraña tensión en la cara, los ojos que no sonríen de manera acorde a los labios (Liotti, 1994; Greenberg, Safran, 1987).

Las teorías de la emoción afirman que los humanos están predispuestos a reaccionar automáticamente y según recorridos predefinidos ante los afectos expresados por los demás a través de expresiones faciales y posturas (Ekman, Friesen, 1975; Frijda, 1986). Por lo tanto, afectos y pensamientos disociados, aunque no conscientes, se comunican a través del comportamiento expresivo emocional, y elicitan en los demás respuestas automáticas. El afloramiento de una expresión rabiosa en la cara, el cuerpo, independientemente que el sujeto sea consciente o no, provoca en quien le está próximo una respuesta automática de rabia o miedo; ante una expresión de miedo, reaccionamos asustándonos (¿hay algo amenazante en el ambiente?) u ofreciendo protección. La respuesta que el otro ofrece ante la expresión inicial (rabia frente a rabia, por ejemplo) confirma los presupuestos subyacentes al comportamiento del sujeto y promueve respuestas automáticas, inconscientes, que refuerzan el ciclo.

Andrea, de 21 años, que padece un trastorno de la personalidad por evitación, tiene una imagen de sí mismo como indigno; siente ser fuente de trastorno e incomodidad al entrar en contacto con los demás, en particular con varones adultos y con las chicas de su edad.

A causa de ello ha desarrollado un importante bloqueo social, no estudia, sus relaciones son inexistentes. El terapeuta, durante las sesiones individuales, percibe las mismas emociones que los padres habían descrito durante las sesiones familiares: irritación y juicio crítico hacia el paciente que parece un vago irresponsable. Los padres habitualmente manifestaban estas reacciones, reforzando la imagen de Andrea que se veía digno de rechazo. ¿Por qué Andrea no evoca respuestas de comprensión, de ánimo y confianza? Su expresión y la postura eran de rechazo: la cara indiferente, la mirada huidiza, transmitían inmediatamente una sensación de desprecio, de deseo activo de separarse de la relación. Andrea no era consciente de que las respuestas críticas, distraídas o rechazantes de los demás eran evocadas precisamente por esta actitud emotivo-postural.

Partimos de la hipótesis de que existen ciclos interpersonales disfuncionales típicos de los diversos trastornos de la personalidad que conducen las relaciones en direcciones preestablecidas, previsibles, en las que ambos participantes sienten afectos que refuerzan las creencias sobre la relación y las emociones negativas del otro. Las respuestas contratransferenciales del terapeuta serán tanto más preestablecidas por la patología –y, por lo tanto, en igual medida, independientes de las variables personales del terapeuta– cuanto más grave sea la patología (véasetambién Clarkin, Yeomah, Kernberg, 1999). Un paranoide evocará en casi todos los terapeutas reacciones de miedo o rabia reactiva, un narcisista hará sentirse al terapeuta admirado, criticado o desafiado. Los ciclos disfuncionales son, también tomados por sí solos, un potente factor de autoperpetuación de los trastornos.

1.7.5. Disfunciones en los procesos de elección y evaluación

Para entender cómo actuamos o decidimos, necesitamos conocer algunos elementos: los objetivos[12] y las creencias del sujeto, las opciones de acción posibles, un criterio en base al que evaluar las conse-

12. El término "objetivo" designa a una familia de estados mentales que tienen en común ser representaciones por las que un sistema cognitivo, a través de la acción, busca la adecuación al mundo (Castelfranchi, 1985). Además de los deseos, se puede pensar en las aspiraciones, los lamentos, las intenciones, las necesidades y las expectativas.

cuencias hipotetizables de las opciones. La formulación más notoria de un criterio similar es el principio de *maximización de la utilidad esperada*, según el cual el sujeto *optimiza* las elecciones, es decir, elige, entre varias opciones, la que genera con mayor probabilidad las mejores consecuencias posibles. Sin embargo debe señalarse que la aplicación de este principio presenta un gran inconveniente: obliga a quien decide a examinar *todas* las posibles opciones y las consecuencias; solamente un tomador de decisiones *ideal*, omnisciente y omnipotente, tendría a disposición y podría utilizar una información *exhaustiva* relativa al universo de las elecciones posibles. El tomador de decisiones *real*, en cambio, sometido a los límites de su capacidad computacional (por ejemplo, límites mnémicos), se limita a *satisfacer* la utilidad esperada: acepta la primera línea de conducta considerada *satisfactoria* (Marzaffa, 1998, 2001).

La evaluación de costes y beneficios de una elección, de las consecuencias esperadas por cometer una acción u omitirla no está guiada sistemáticamente por procedimientos que satisfagan los principios de la racionalidad clásica. Seguimos a Mancini y Gangemi (2001a, b) en su análisis de la patología del razonamiento y de cómo ésta mantiene los trastornos psicológicos. Los autores subrayan que individuos sanos utilizan estrategias de razonamiento claramente incorrectas mientras algunas patologías están sostenidas por formas de razonamiento correctas. Más que mantener la teoría cognitiva clásica que prevé un fuerte nexo entre violaciones de los principios de racionalidad clásica y patología, Mancini y Gangemi proponen seguir a Baron (2000): en la patología se violan los principios de racionalidad práctica. Desde esta perspectiva, el objetivo del razonamiento no es alcanzar verdades abstractas y matemáticamente probadas, sino permitir al individuo alcanzar los propios objetivos, incluido el bienestar subjetivo: un razonamiento falso puede ser útil y beneficioso y por lo tanto considerado correcto desde este principio. Pensemos en las ilusiones positivas que caracterizan a los sujetos sanos: todos tienen una confianza irreal en la posibilidad de alcanzar los propios objetivos y de controlar los acontecimientos, superior a lo que en realidad está en su poder. Pero esta ilusión permite actuar con suficiente optimismo y confianza en el futuro y por lo tanto vivir mejor y

gozar de los frutos de la empresa. Por otra parte, los evaluadores realistas son depresivos. En la perspectiva baroniana un buen razonador: *a)* formula más hipótesis alternativas; *b)* busca informaciones negadoras de las hipótesis formuladas; *c)* emplea óptimamente tiempo, recursos y energías para las fases a y b; *d)* tiene una "justa" confianza en la credibilidad de las propias conclusiones. A partir de estos principios el autor reconoce cuatro causas de errores prácticos de razonamiento. El sujeto patológico: 1) examina los hechos de manera limitada; 2) tiene en cuenta la hipótesis focal (Trope, Liberman, 1996). Por ejemplo, un paranoide que teme ser ridiculizado se focaliza sobre la hipótesis que el gesto de una persona que ha encontrado sea signo de una burla hacia él. Tendrá en cuenta solamente esta hipótesis y buscará pruebas que lo confirmen, no teniendo en cuenta las hipótesis alternativas, como la casualidad del gesto, el hecho de que fuese señal de otra cosa o que no estuviese dirigido a él; 3) tiene una excesiva confianza en la veracidad de las propias conclusiones; 4) piensa demasiado y en consecuencia pierde tiempo y ocasiones mientras formula un número infinito de hipótesis o busca informaciones que las confirmen o desmientan.

Según estos principios, la tendencia a utilizar atajos del razonamiento, las llamadas heurísticas (sesgos cognitivos), no es necesariamente patológica, pero permite tomar decisiones frecuentemente sensatas cuando el tiempo a disposición es limitado, las informaciones insuficientes y la necesidad de una elección se impone de todos modos. En esta perspectiva,

> "Los procesos cognitivos patógenos […] no son disfuncionales porque se distancien de la racionalidad preestablecida por los sistemas formales o porque lleven a conclusiones no correspondientes a los hechos, sino porque, al no respetar los principios baronianos, reducen las capacidades de cambio y de adaptación del individuo, esto es, su habilidad para explorar alternativas, para adecuar los medios a los propios objetivos y para discernir cuándo y cómo aceptar los fracasos" (Mancini, Gangemi, 2001a, p. 170).

Un ejemplo, que retomamos de los autores, es cómo las creencias de peligro aumentan los estados de ansiedad y amenaza a través de determinadas heurísticas:

"Una creencia de peligro, justamente porque acompaña a una percepción de urgencia, y por lo tanto de limitación de tiempo y de los recursos necesarios para una exploración, tiende a ser elaborada a través de atajos, como por ejemplo heurísticas de la disponibilidad, de la fácil representabilidad y de los números pequeños. La conclusión [refuerza] la creencia inicial de peligro" (*ibíd*, p. 1999).

La heurística en sí no es patológica: un padre o un médico tienden a mantener la hipótesis focal de que el hijo que ha tosido una vez está enfermo, que una fiebre banal puede necesitar exploraciones más a fondo. Dejar de lado esta hipótesis sería contrario a lo esperado por las normas morales impuestas por sus roles y les expondría a graves riesgos si la hipótesis alternativa, sin duda más probable, fuese falsa. Habrían ahorrado tiempo, indagaciones y angustia, pero exponiendo a las personas de quienes son responsables al riesgo de cuidados insuficientes y tardías. Es necesario, para que se desarrolle la patología, que una heurística, quizá combinada con otras, genere círculos de autorrefuerzo que impidan al sujeto respetar los principios baronianos, llevándolo por ejemplo a deducir el peligro a partir del hecho de que está ansioso, a decidir que necesita infinitos rituales para impedir el riesgo de un contagio (Mancini, Gangemi, 2001b).

El uso inapropiado de las heurísticas, en ausencia de las condiciones en que se aconseja su utilización, mantiene muchas patologías. El tipo de heurística, o del conjunto de heurísticas empleadas, caracteriza la patología. Los narcisistas emplean las heurísticas de autoexaltación de manera excesiva, los paranoides se focalizan en la hipótesis de que los otros quieren amenazarlos y ponen sistemáticamente a prueba esta creencia en el modo que Trope y Liberman (1996) llaman pseudo-diagnóstico: presumen la culpabilidad (en este caso la intención malévola del otro) y buscan las pruebas a favor de esta hipótesis. No tienen en cuenta hipótesis alternativas (y esto convertiría el proceso en realmente "diagnóstico") y descartan los datos que llevarían a creer lo contrario. Esto aumenta su sensación de alarma (esta señal me lleva a creer que X me amenazará: debo levantar las defensas o contraatacar) y refuerza las emociones negativas, la sensación de amenaza; en sustancia, mantiene la patología.

Además de la calidad formal del razonamiento, otros elementos describen la modalidad de elección de los humanos. El sujeto decide utilizando un criterio que interrumpe el análisis costes-beneficios de las opciones y mueve a escoger uno de los futuros prefigurados. El *marcador somático* (Damasio, 1994) es el criterio que permite efectuar estas selecciones: existe un mecanismo que preselecciona las opciones de acción, asociando las representaciones de los éxitos futuros de estas opciones a estados del cuerpo positivos o negativos. Los deseos están sujetos a esta marcación: si nos figuramos un estado del mundo asociado a un estado del cuerpo agradable, intentaremos hacerlo actual. Los marcadores somáticos son reacciones emocionales (aprendidas) ante posibles escenarios futuros; los escenarios *no marcados* permanecen fuera del proceso decisional. Pruebas que confirman esta hipótesis provienen de estudios realizados en pacientes con lesiones en la corteza prefrontal ventromedial. Estos sujetos ya no tienen la capacidad de activar los marcadores somáticos y, precisamente por esto, permanecen atrapados en un interminable análisis costes-beneficios entre opciones y objetivos en conflicto (Damasio, 1994).

La relevancia clínica de la hipótesis del marcador somático se extiende más allá de la neuropsicología del paciente frontal. Se puede hacer la hipótesis de que también algunos pacientes afectados por trastorno de la personalidad presentan déficit a cargo de la marcación somática (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999). En estos casos, el proceso decisional se hace posible con la adopción de estrategias de compensación.

Por ejemplo, el dependiente intenta compensar el déficit *masivo* de la función de marcación de los deseos fundamentando cada toma de decisiones en la (*hetero*-)regulación *basada en el contexto*. En otros términos, desde el momento en que la ausencia de marcación hace al sujeto incapaz de representar los objetivos *internamente*, estos últimos pueden permanecer estables solamente con la condición que se representen *externamente*. Desde este punto de vista, el dependiente es muy similar al paciente frontal que, por ejemplo, puede perder horas en evaluar si es mejor aceptar la cita de jueves a las 19.00 o la del miércoles a las 15.00, para decidir después en un instante si el

médico se muestra propenso a uno de los dos (Damasio, 1994, para la descripción de la escena).

Los narcisistas, en cambio, hacen un uso *selectivo* de la marcación. Efectivamente, es plausible suponer que en el narcisista la función de marcación se encuentra parcialmente afectada: el sujeto marca predominantemente un particular subconjunto de objetivos: los generados por los *valores* y por el *sí mismo ideal*. Aclaramos este punto. Con el término "valor" entendemos un tipo muy particular de *creencia*. Al igual que la evaluación, el valor es una creencia que produce objetivos; pero mientras que una evaluación produce objetivos *instrumentales* (los perseguidos en vista a un supraobjetivo), un valor produce objetivos *finales* (los que *no* son perseguidos en vista a ningún supraobjetivo). La expresión "sí mismo ideal" designa, en cambio, la organización de las creencias relativas a la esfera del "cómo el individuo aspira a ser"; éstas, al igual que los valores, son evaluaciones "truncadas", privadas del supraobjetivo (dada la creencia evaluadora "*x* es bueno", el objetivo producido de "adquirir *x*" es final) (Miceli, Castelfranchi, 1992; Marraffa, 2001). Ahora bien, en el narcisista parecería estar afectada la capacidad de marcar los escenarios mentales conectados a los objetivos instrumentales, y a los deseos no ligados al alcance de la imagen ideal de sí mismo; permanece intacta, en cambio, la capacidad de marcar un subconjunto de los objetivos finales: los producidos por las creencias relativas a los valores y/o al sí mismo ideal. La decisión se tomará entonces valorando la coincidencia entre la representación de los éxitos futuros de las opciones de acción y una secuencia restringida de escenarios "permitidos" por el sistema de los valores y/o por el sí mismo ideal, sobre los cuales puede ejercitarse, masiva y unilateralmente, la función reguladora de la marcación positiva.

1.7.6. La regulación *de la autoestima*

Entre los procesos evaluadores, la medida de la autoestima tiene un valor central: atribuirse a sí mismo y a las propias capacidades un valor "correcto" en términos de valores personales y de adecuación entre los propios medios y los objetivos es fundamental para que el

sujeto pueda moverse adecuadamente en sociedad, con la justa confianza y alcanzando los objetivos que se fija previamente.

Los sujetos están motivados por una "tendencia sistemática a la autoexaltación, es decir, la exigencia de elaborar sentimientos y evaluaciones positivas respecto a sí mismo y de salvaguardar, proteger y aumentar la propia autoestima (Arcuri, Castelli, 2000; John, Robins, 1994; Rosenberg, 1967). Por ejemplo, en las evaluaciones sociales comparativas, el sujeto tiende a atribuirse a sí mismo o a la propia prestación 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; los únicos que se autoevalúan realistamente son los depresivos.

Estudios experimentales y observaciones clínicas han mostrado que los narcisistas tienen la tendencia a presentar elevados niveles de autoexaltación (John, Robins, 1994; Robins, John, 1997; Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999), es decir, a acentuar la diferencia entre el nivel de la prestación 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 el sí mismo real y el sí mismo ideal, somete a control la 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 sí mismo real con el sí mismo ideal, y de evitar fluctuaciones en la autoestima, que en estos pacientes siempre son extremas y catastróficas, lleva a los narcisistas a tensiones constantes, interiores –cada desviación de la perfección es una amenaza– o interpersonales –cada ausencia de confirmación es percibida como una amenaza o una ofensa y el paciente responde como si fuesen reales. Hasta este momento, hemos evaluado la importancia de las fluctuaciones de la autoestima en el mantenimiento de los trastornos de la personalidad sólo en relación a las personalidades narcisistas y evitativas (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999; Procacci, Dimaggio, Semerari,

1999), pero otros autores han subrayado su importancia en otros trastornos (Millon, 1999). Pretzer y Beck (1996) por ejemplo atribuyen una gran importancia al trabajo de la baja autoestima con las personalidades paranoides.

1.8. Los circuitos de automantenimiento: un ejemplo

La mejor manera de explicar cómo los elementos psicopatológicos interactúan, se refuerzan recíprocamente y mantienen la patología, es describiendo un trastorno como ejemplo. Anticipamos, entonces, parte del modelo descriptivo del trastorno narcisista de la personalidad.

El narcisista tiene como estado deseado el estado grandioso, en el que se percibe fuerte, superior, distante, omnipotente, inatacable. En este estado es incapaz de acceder a las emociones negativas (déficit de monitorización de los estados internos), en particular las de miedo, fragilidad, ternura, ligadas a la activación de los sistemas motivacionales de apego/cuidado, y de comprender los estados mentales del otro (déficit metarrepresentativo de descentramiento). Si percibe que el otro no confirma la propia imagen grandiosa se sentirá desafiado, amenazado en el valor de sí mismo y potencialmente frágil, pero no podrá, a causa de la dificultad en monitorizar los estados internos, reconocer y dominar la sensación de debilidad. Por otra parte, la dificultad de descentrar no le permitirá evaluar la intención crítica real del otro ni recurrir a figuras protectoras que podrían consolarle o apoyarle adecuadamente (para formular esta petición debería reconocerse frágil y asustado). La amenaza de la salida del estado grandioso y del déficit de metarrepresentación activarán un ciclo interpersonal disfuncional: el sujeto saldrá del estado grandioso para entrar en un estado en el que atacará al otro, considerado crítico y amenazante. El otro pasará fácilmente al contraataque, lo cual aumentará tanto la convicción inconsciente de ser frágil y digno de rechazo, como la rabia y la tendencia al ataque. Este circuito se rompe con la salida de la relación, arma que el narcisista tiene siempre al alcance de la mano. El aislamiento en la torre de marfil tendrá como

resultado el poco ejercicio de las habilidades de metarrepresentación en las relaciones: el paciente no se entrena en atribuir significado a los propios estados internos y a las conductas de los demás simplemente porque se ha quedado solo. A este punto, el aislamiento tiende a conducirle a un estado de vacío irreal, desagradable, del que finalmente decidirá salir. Necesitará realizar elecciones que reconfirmen su imagen grandiosa, la coincidencia entre sí mismo real e ideal: como el déficit de autorreflexividad le impide reconocer los deseos y la regulación interpersonal se ha visto afectada, deberá entonces basarse en los valores. Por este motivo elegirá metas grandiosas que deberá, en la realidad o a través de la fantasía, alcanzar. La evaluación sobre el valor de las metas y la autoevaluación se guiarán por la heurística de autoexaltación. El sujeto, bajo la presión de la amenaza de la autoestima, constatará la hipótesis de ser una persona superior en el acto de conseguir metas excepcionales: razonará de manera pseudo-diagnóstica y buscará, bajo la presión emocional de la necesidad de confirmación, solamente datos que la confirmen. Si percibe el éxito volverá a entrar en el estado grandioso y a acercarse a las relaciones interpersonales desde una posición de fuerza, que se verá sin embargo fácilmente amenazada por los demás, que normalmente no se muestran proclives a la devoción o a la admiración que el narcisista demanda. El ciclo puede volver a empezar.

El narcisista podría salir de este círculo vicioso si dispusiera de deseos y metas no perseguidos solamente para reforzar la propia grandiosidad. Podría de esta manera superar la sensación de derrota en la competición dedicándose a la vela, al placer de una velada con los amigos, concediéndose un momento de ternura con su pareja. No es así: los narcisistas no tienen acceso a estos deseos y así, tanto la salida de los estados de vacío como la superación de los ciclos interpersonales son imposibles. El narcisista está restringido a moverse sólo a lo largo de las líneas trazadas por el conjunto de los mecanismos psicopatológicos que lo afligen.

Se puede observar que algunos de los elementos descritos son de naturaleza dimensional: la intensidad de una emoción, el nivel de habilidades de metarrepresentación (el sujeto puede no ser capaz en

absoluto de acceder a los propios estados internos, y ser únicamente capaz de reconocer las emociones básicas y nada más que le permita conectar el estado interno con las variables situacionales), mientras que otras constituyen categorías distintas: el tema de pensamiento de la amenaza es discontinuo respecto a prestar atenciones, una heurística utiliza procesos de razonamiento no reducibles a otra. Pero, interactuando entre ellos, los elementos dan lugar a categorías distinguibles, teóricamente fundadas y empíricamente observables, crean modalidades integradas de funcionamiento que emergen bajo forma de tipos humanos, los trastornos de la personalidad.

Cada uno de los trastornos que iremos describiendo (además del narcisista, el límite, el paranoide, por dependencia y por evitación) puede descomponerse de la misma manera, se podrán reconocer alteraciones específicas de las habilidades de metarrepresentación, escuchar contenidos típicos, reconocer durante las sesiones la activación de ciclos interpersonales problemáticos conocidos. En cada trastorno los elementos interactuarán, garantizando que la patología sea reconocible, diferente de las demás y estable en el tiempo.

2 Metarrepresentación y psicopatología

Maurizio Falcone, Massimo Marraffa y Antonio Carcione

Sentado en una silla, delante del ordenador, mis dedos recorren veloces el teclado. En un determinado momento dejo de escribir, me levanto para dirigirme a la cocina, donde abro la nevera para sacar una lata de cerveza. A cualquiera de nosotros que observase esta escena, le parecería lo más normal del mundo. Tampoco yo, al recordar este episodio, me sorprendo en lo más mínimo. Efectivamente, la escena tiene una explicación muy simple. Mientras intentaba escribir, he advertido una *necesidad*: tenía sed y ganas de beber una cerveza. En ese momento, en base a la *creencia* de que había una lata de cerveza en la nevera, he planificado la acción que me ha permitido satisfacer la necesidad.

Por lo tanto, una secuencia de acciones se explica en base a la atribución de estados mentales. Nótese que tal explicación puede ser construida en *primera persona* (me atribuyo a mí mismo el deseo y la creencia) o en *tercera persona* (un observador me atribuye estos estados mentales). Además, tanto la auto como la heteroatribución de estados mentales podrían también constituir la base de una *previsión* de mi acción (sabiendo que deseo una lata de cerveza y que creo que hay una en la nevera, es posible inferir que me dirigiré a la cocina). Finalmente, cuando se atribuyen estados mentales se construye una representación de una representación mental: atribuyéndome la cre-

encia de que en la nevera hay una lata de cerveza (una representación mental), el observador construye la *metarrepresentación* "Mario cree que hay una lata de cerveza en la nevera". Diremos, por lo tanto, que la construcción de explicaciones y previsiones mentales es el fruto del ejercicio de una capacidad *de metarrepresentación* (Sperber, 2000).

Resulta oportuno hacer alguna aclaración. Una metarrepresentación es una representación de una representación. Ahora bien, desde el momento en que los sistemas cognitivos se encuentran en condiciones de construir y elaborar representaciones *mentales* y los sistemas capaces de comunicar se encuentran asimismo en condiciones de producir e interpretar representaciones *públicas*, se pueden diferenciar al menos cuatro categorías de metarrepresentaciones:

1) representaciones mentales de representaciones mentales (por ejemplo el pensamiento "Mario *cree* que hay una cerveza en la nevera");
2) representaciones mentales de representaciones públicas (por ejemplo el pensamiento "Mario *ha dicho* que hay una cerveza la nevera");
3) representaciones públicas de representaciones mentales (por ejemplo la enunciación "Mario *cree* que hay una cerveza en la nevera");
4) representaciones públicas de representaciones públicas (por ejemplo la enunciación "Mario *ha dicho* que hay una cerveza en la nevera").

Por lo tanto, la capacidad de construir y elaborar representaciones mentales de representaciones mentales es solamente una subcapacidad de una capacidad de metarrepresentación más amplia, que es la capacidad de construir y elaborar representaciones de representaciones, mentales o públicas.

La capacidad de construir y elaborar representaciones mentales de representaciones mentales es objeto de estudio de varios sectores de la ciencia cognitiva. En el presente capítulo examinaremos dos: *metacognición* y *teoría de la mente*. La diferenciación entre ambos ámbitos es contingente: la metacognición estudia metarrepresentaciones ligadas a procesos cognitivos básicos (la memoria, por ejem-

plo) en una fase avanzada del desarrollo del niño (habitualmente en edad escolar); la teoría de la mente se ocupa de metarrepresentaciones en el sentido más fundamental de *actitudes proposicionales*. Sin embargo se debería hablar de una única ciencia de la metarrepresentación mental, de la que metacognición y teoría de la mente son subsectores. En efecto, la capacidad de metarrepresentación no es una entidad monolítica, sino una función compuesta de diversas subfunciones. La teoría de la mente estudia algunas de estas subfunciones como, por ejemplo, la capacidad de *identificar* los estados mentales y la de *razonar* sobre ellos. La metacognición estudia otras como la regulación y la *monitorización*.

En teoría de la mente las evidencias psicopatológicas han desarrollado un papel decisivo. La hipótesis es que algunos trastornos mentales son el resultado de una alteración de los mecanismos subyacentes a la capacidad de metarrepresentación. Hasta ahora la atención de los teóricos de la mente se ha dirigido sobre todo hacia el autismo y la esquizofrenia, pero en este capítulo sostendremos que también puede resultar provechoso estudiar los trastornos de la personalidad desde esta perspectiva, convirtiéndose así en otro banco de pruebas para los modelos desarrollados en la teoría de la mente.

En el apartado 2.1. veremos que la fenomenología clínica relacionada con los trastornos de la personalidad parece confirmar la tesis del carácter *compuesto* de la capacidad de metarrepresentación propuesta por algunos teóricos de la mente. En base al análisis de algunos fragmentos de sesión, anticiparemos la hipótesis de que los pacientes afectados por trastornos de la personalidad manifiestan un déficit a cargo de una u otra de las cinco funciones en que puede descomponerse la capacidad de metarrepresentación: identificación, descentramiento, diferenciación, integración y regulación. El apartado 2.2. describe algunos mecanismos mentales cuya alteración podría estar en el origen de estos déficits. En el apartado 2.3. se ilustrarán algunos posibles correlatos neuroanatomicofisiológicos de las funciones citadas, mientras que en el apartado 2.4. se considerará la dimensión interpersonal como una variable importante de su regulación. El apartado 2.6. se dedicará a la evaluación de estas funciones y a la identificación clínica de sus déficits.

2.1. Trastornos de la personalidad y déficits de metarrepresentación: algunos datos de la fenomenología clínica

En psicoterapia, se le pide continuamente al paciente que reflexione sobre sus propios estados mentales, que explore puntos de vista alternativos a los propios esquemas de interpretación, que experimente junto al terapeuta técnicas y enfoques para afrontar y resolver condiciones problemáticas. La conciencia de los propios estados y procesos mentales, la comprensión de los estados mentales ajenos y el dominio de las condiciones problemáticas constituyen, según algunos autores, un factor de adaptación social y de prevención de recaídas así como uno de los objetivos de nuestra intervención terapéutica.

En los trastornos del área "neurótica", el paciente posee estas capacidades y la labor del terapeuta consistirá esencialmente en promover un uso más adecuado de ellas. Los pacientes que padecen trastornos de la personalidad, en cambio, pueden encontrar terriblemente difícil descifrar las propias emociones, comprender los estados mentales ajenos, adquirir conciencia de la inutilidad de sus comportamientos estereotipados y rígidos y dar coherencia a sus narraciones. En resumen, en estos pacientes parecen ser deficitarias precisamente aquellas capacidades de metarrepresentación que se encuentran en la base del proceso terapéutico. Por lo tanto, una teoría del tratamiento de los trastornos de la personalidad deberá apoyarse en una clasificación del funcionamiento de las capacidades de metarrepresentación, en la descripción de las modalidades de alteración y en la clasificación de los déficits derivados.

Por otra parte, la hipótesis de que un déficit de metarrepresentación consituye un factor que determina la psicopatogénesis de varios trastornos mentales es compartida –aunque con modalidades y terminologías diferentes– por estudiosos de escuelas psicoterapéuticas distintas. La dificultad en reconocer los componentes de los estados mentales (en particular los emocionales) se considera un factor importante del trastorno narcisista de personalidad (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002; Jellema, 2000;

Cristal, 1998; Lowen, 1983) y del trastorno por evitación (Beck, Freeman *et al.*, 1990; Procacci, Popolo, en este volumen). Linehan (1993) sostiene que la incapacidad para regular los estados emocionales es una de las causas principales del trastorno límite. La dificultad en llevar a cabo una integración entre estados mentales diferentes caracteriza los trastornos disociativos y límite (Liotti, 1999, 2001; Ryle, 1997).

En psicopatología es útil hacer una distinción entre *contenidos* y *funciones* de metarrepresentación (Semerari, Carcione, Falcone, Nicolò, 2001; Semerari, Carcione, Nicolò, Falcone, 2002). El clínico habla de *contenidos* de metarrepresentación cuando su atención va dirigida a contenidos mentales que tienen por objeto otros contenidos mentales. En otros términos, el terapeuta focaliza la atención sobre las ideas y las creencias con las que el paciente interpreta y evalúa los propios pensamientos y emociones: ¿qué piensa el paciente de sus propios pensamientos y emociones? ¿Cree, por ejemplo, que tener miedo significa ser una persona débil? Por ejemplo, se ha puesto de manifiesto el papel que ejercen las creencias positivas o negativas sobre las propias preocupaciones en la determinación, mantenimiento y amplificación del trastorno de ansiedad generalizada (Wells, 1995, 2000) y la depresión (Papageorgiou, Wells, 1999); se ha investigado también el peso que ejercen las creencias disfuncionales relativas a los pensamientos intrusivos en la aparición, el incremento y la persistencia del trastorno obsesivo-compulsivo (Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis, Richards, Forrester, 1995).

Se habla en cambio –como ya hemos hecho en la Introducción– de funciones de metarrepresentación cuando la atención se dirige hacia las operaciones en las que se articulan los procesos de construcción y elaboración de metarrepresentaciones: ¿de qué manera el paciente es capaz de describir adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las diversas situaciones que describe? Y si no es capaz, ¿cuáles son las habilidades que no puede utilizar? (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997; Carcione, Falcone, 1999; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Falcone, Nicolò, 2001; Semerari, Carcione, Nicolò, Falcone, 2002; Semerari, Carcione,

Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Alleva, 2003).[1] En este capítulo discutiremos los déficits de las *funciones* de metarrepresentación.

Para ilustrar los principales déficits, analizaremos algunos fragmentos de sesiones. Empezamos con un paciente con trastorno por evitación:

P.: Siempre tengo la cabeza confundida, me cuesta trabajar todo el día y por la noche me voy a la cama con dolor de cabeza.

T.: ¿Qué sucede en el trabajo?

P.: Nada, no lo sé […] trabajo pero me siento siempre extraño, confundido […] ¡no puedo!

T.: ¿Cómo se encuentra con sus compañeros?

P.: ¡Ahí está, justo! No lo sé, no me encuentro, estoy siempre metido en mis asuntos, no me apetece hablar con ellos, me mantengo al margen, pero esto me molesta porque pienso que me consideran extraño.

T.: ¿Pero no consigue establecer con nadie una relación amistosa, un intercambio, un diálogo?

P.: Sí, con G., pero también con él […] no lo sé, soy yo que no les entiendo, quizá sean también buenas personas, pero yo no les entiendo […] me siento demasiado diferente a ellos.

T.: ¿En qué sentido?

P.: ¡No lo sé! Por ejemplo, ellos bromean, pero yo no puedo entender sus bromas, no sé si es una broma, si hablan en serio o si me quieren tomar el pelo […] sus comentarios me parecen cretinos, ¿y si lo hicieran para ver mi reacción?

T.: Y entonces, ¿usted qué hace?

P.: ¡Ésta es la cuestión! No hago nada, me encierro aún más, me vuelvo arisco, tenso, y me siento aún peor […] siento una cosa dentro que no logro entender qué es.

La sensación que queda después de la lectura de este fragmento es de opacidad y confusión ante la incapacidad del paciente de acceder a los estados mentales (propios y ajenos). La misma opacidad que el sujeto advierte en relación a sus estados mentales y a los de sus com-

1. En estos trabajos se adoptó el término "función metacognitiva". Hoy preferimos utilizar, de acuerdo con las diferencias apuntadas al inicio del capítulo, el término "función de metarrepresentación".

pañeros de trabajo impacta también al terapeuta y el lector de este fragmento. El paciente advierte molestas sensaciones somáticas (confusión, dolor de cabeza), pero no logra identificar las emociones que se activan autónomamente ni relacionarlas con el contexto interpersonal. Esto provoca en él un cierre relacional, una sensación de extrañeza respecto a los compañeros. El paciente es incapaz de comprender a los demás ("no puedo entender sus bromas") y esto agrava la sensación de extrañeza. La incapacidad de discernir sus propias emociones (en otra ocasión él se define como "un ciego emocional") y la dificultad en captar un nexo causal entre sus estados internos y el contexto interpersonal, influyen sobre la capacidad de regular y dominar la activación autonómica, impidiéndole planear una estrategia para afrontar la situación. Como se intuye de los comentarios finales del diálogo, el paciente no consigue formular una petición adecuada, orientada a recibir ayuda, sino sólo expresar un malestar sin nombre y vagas lamentaciones. Denominamos *déficit de monitorización* a esta dificultad general en reconocer, discriminar y definir los componentes cognitivos y emocionales de los estados mentales propios y ajenos (que denominamos *función de identificación*) y en captar los nexos entre diversas variables mentales y/o entre ellas y el contexto externo (que denominamos *función de relación entre las variables*).

Una plena comprensión de la mente ajena requiere que la atribución de estados mentales a los demás se realice *descentrándose*, es decir, captando la perspectiva desde la que otro se mira a sí mismo y al mundo. El déficit de descentramiento está constituido por la incapacidad de asumir esa perspectiva: el *pensamiento* es *egocéntrico*. La perspectiva egocéntrica no es necesariamente patológica. La patología reside más bien en la incapacidad de prescindir de esta perspectiva, volviéndose incapaz así de reconocer el carácter hipotético y falible de la propia representación, de construir hipótesis alternativas y de imaginar que lo que el otro piensa y experimenta no tenga que ver con la relación con el sujeto mismo. Un ejemplo de pensamiento egocéntrico es: "por su mirada entiendo que seguramente me está mintiendo, pero si se lo digo se inventará una historia claramente falsa; por lo tanto yo debo fiarme sólo de mí mismo y de mis intuicio-

nes". Un fragmento extraído de la sesión de una paciente con trastorno límite de la personalidad ilustra aún mejor el déficit de descentramiento:

P.: Temo que cuando llegue el autobús me venga miedo de subir, de hecho es lo que sucede, porque apenas llega me viene esta sensación de pánico, que ni yo sé de qué tengo miedo concretamente, pero tengo miedo […] después estoy allí arriba, y una vez estoy allí arriba debo ir donde va él en medio de gente extraña, hay esta cosa que se mueve sin que yo lo pueda controlar…

T.: Por lo tanto tiene miedo. Para entenderlo bien, no sólo… de no poder controlar la situación sino…

P.: De la hostilidad de las personas.

T.: No sólo de que son extrañas, sino de que son hostiles.

P.: Sí, que el ser extrañas me las haga volver hostiles, entonces, quizá ver, como he conseguido hace algún tiempo, yo qué sé, ver alguna persona anciana en particular, que me tranquiliza un poco más, pensar que al menos si tengo mucho miedo puedo también pedir ayuda a alguien, pero yo de esto no consigo realmente convencerme.

T.: El miedo es esto en esencia, una sensación de amenaza desde el ambiente.

P.: Sí.

T.: Esta sensación de amenaza por la que se siente inerme. ¿Por qué amenaza? ¿Qué quiere decir con que son hostiles?

P.: Podrían juzgarme mal si ven que me encuentro mal, entonces habría también por su parte la crítica de que yo no aguanto nada, es esto.

T.: Pero esto no significa que sean agresivos.

P.: No, no que sean físicamente agresivos, sino que me puedan juzgar mal.

T.: Porque, disculpe, si uno se encuentra mal por qué debería ser juzgado mal.

P.: No lo sé.

T.: Si usted ve a uno que se encuentra mal en el autobús ¿qué piensa?, ¡pobrecito!

P.: No lo sé, yo en cambio tengo esta convicción de que me juzgarían mal, que pensar…

T.: ¿Pero alguna vez ha visto a alguien que se encuentra mal?

P.: El conductor abrió las puertas y le hizo bajar.

T.: ¿Tuvo un impulso de hostilidad hacia él?

P.: No, pero yo tengo miedo igualmente de este juicio…

El terapeuta intenta provocar en la paciente una reflexión sobre las circunstancias que generan sus emociones y sobre cómo interpreta el ambiente que le rodea; intenta sondear si es capaz de evaluar hipótesis de lectura alternativas a las propias. En este caso, a diferencia del ejemplo sobre el déficit de identificación, si se le pregunta, la paciente es capaz de reconocer las emociones y puede relacionarlas con el contexto ambiental ("cuando llega [el autobús] me viene justamente esa sensación de pánico"). La paciente logra describir los estados mentales de los demás (otra función que era deficitaria en el primer paciente) y diferenciar estados (sensación de extrañeza, hostilidad). No consigue, en cambio, llevar cabo un distanciamiento crítico de una determinada representación de "sí-mismo-con-el-otro". Teme que un acontecimiento no controlable (sus reacciones ante el ataque de pánico) pueda llamar la atención y, *de hecho* (porque para ella esta representación es una realidad dada, *no falsable*), el juicio negativo de los presentes. Aunque el terapeuta proponga la asunción de otra perspectiva ("¿qué sucedería si le pasara a otro? ¿Usted lo juzgaría mal?"), la paciente no explora ninguna alternativa a la hipótesis "los otros me juzgarán" y no es capaz de descubrir que no está hablando de una realidad "absoluta", sino de una representación suya; además, se imagina que la gente está concentrada observándola en vez de, como sería más plausible, presa de múltiples pensamientos en los que ella no es la protagonista.

Otra función vinculada al descentramiento es la *diferenciación*: ésta permite reconocer nuestros estados mentales como representaciones de la realidad y por lo tanto no coincidentes con ésta. En otras palabras, se trata de la capacidad de reconocer la subjetividad y falibilidad de nuestras representaciones, y la conciencia del poder limitado de los pensamientos y las expectativas sobre la realidad. Un déficit de esta función lleva a considerar que las propias representaciones mentales son descripciones literales de la realidad, indiscutiblemente ciertas (aunque no necesariamente delirantes). Éste es un ejemplo de una manifestación eficaz de la función de diferenciación: "Cuando me confían una tarea pienso rápidamente que no estoy a la altura, después pienso que es mi reacción habitual a la novedad y que

lo que me asusta es sobre todo empezar una cosa, y entonces empiezo a ver de modo diferente la situación".

Otra forma en la que se articula este déficit es considerar que los pensamientos influyen directamente en la realidad; ejemplo de ello son el *pensamiento mágico*, la *fusión entre pensamiento y acción*, las ideas de control omnipotente presentes tanto en los trastornos obsesivos graves, como en algunas formas delirantes: "la tarde antes de un examen, tengo que pensar fijamente en una sola cosa, sin distraerme, si no, tengo que volver a empezar desde el principio; de lo contrario el examen irá mal". El déficit de la función de diferenciación/descentramiento convierte la mente en *egocéntrica* o *autárquica*.

Volvamos al fragmento de la paciente en el autobús: otra operación que no logra realizar es la de tranquilizarse, porque no percibe la eficacia de la estrategia que piensa activar (pedir ayuda a una persona mayor). La incapacidad de leer la situación interpersonal desde puntos de vista alternativos, en relación a las representaciones mentales propias y ajenas, le impide gestionar adecuadamente el contexto problemático.

Por lo tanto, para hacer una buena lectura de la mente ajena es necesaria la habilidad de *diferenciación*, que permite reconocer la naturaleza hipotética y representacional de nuestra operación mental; es también necesario ejercitar esta capacidad desde una perspectiva *descentrada*, en la que no estemos necesariamente implicados en los pensamientos del otro y en la que no veamos solamente las características de nuestro funcionamiento mental.

Designamos con el término regulación a los recursos o habilidades mentales que activamos para hacer frente a situaciones complejas. Éstas son fundamentales en el proceso psicoterapéutico. Se trata de la capacidad de actuar sobre los propios estados mentales para resolver tareas o dominar los estados problemáticos. Por ejemplo: "intento concentrarme en un capítulo cada vez, sin pensar que tengo poco tiempo o en cómo irá el examen". He aquí, en cambio, un ejemplo de déficit: "no consigo no pensar en ello, los pensamientos no cesan en ningún momento, provocando una tormenta en mi cabeza". El déficit de regulación comporta la percepción de una mente *impotente*.

Las operaciones de dominio de los estados mentales son múltiples: distinguimos estrategias de primer, segundo y tercer nivel siguiendo el criterio de una complejidad reflexiva creciente gracias a la cual operan.

Las *estrategias de primer nivel* requieren un bajo trabajo reflexivo: modificación del estado mental interviniendo en el organismo (por ejemplo, consumiendo psicofármacos adecuadamente); evitación consciente de situaciones temidas o recurrir al apoyo interpersonal.

Las *estrategias de segundo nivel* requieren un mayor esfuerzo reflexivo. Implican la autoimposición o la autoinhibición voluntaria de una conducta, la modificación activa de la atención o de la concentración, pensar o no pensar voluntariamente en un problema.

Las *estrategias de tercer nivel* requieren un gran esfuerzo reflexivo. Incluyen la crítica racional de cualquier creencia que se encuentre en la base del estado problemático, el uso de los conocimientos que se tienen sobre los estados mentales ajenos para regular los problemas interpersonales, la aceptación madura de los límites personales en el dominio de sí mismo y en la influencia sobre los acontecimientos.

Naturalmente, cada individuo tenderá a utilizar las estrategias en las que es más hábil o está más especializado, tendiendo a veces a repetirlas como única modalidad de solución de los problemas. En ocasiones, estrategias correctas pueden asumir características forzadas y disfuncionales. Piénsese en cómo los dependientes recurren hipertróficamente a la coordinación interpersonal o los evitativos a la evitación de las situaciones problemáticas.

Un conjunto de funciones más complejas constituye el denominado pensamiento *narrativo* y forma el *sí mismo autobiográfico* (Bruner, 1986, 1990; Hermans, Kempen, 1993; Villegas, 2000; para una profundización, ver el primer capítulo). La narración es el modo como se tejen los elementos de la actividad mental en un texto que los unifica y que permite al sujeto imaginar planes de acción, resolver problemas y proyectar el futuro. Las formas de narración son múltiples (Damasio, 1999; Salvatore, Dimaggio, Semerari, en proceso de revisión; Stern, 1985, 1993). Podemos diferenciar: 1) un nivel *prenarrati-*

vo: inconsciente, constituido por representaciones neuronales de orden superior de la relación entre objeto y estado corporal (véase *infra*, apartado 2.3.); 2) un nivel *protonarrativo*: microsecuencias de imágenes mentales marcadas emocionalmente (Damasio, 1994, 1999); 3) un nivel de las *narraciones extensas,* tanto de tipo no proposicional, emocional –como por ejemplo los modelos operativos internos descritos por Bowlby (1969)– como de tipo *proposicional* –en el que entran en juego funciones cognitivas y de metarrepresentación– y de tipo *verbal-interactivo* –historias en forma de diálogo interno o interpersonal, que permiten compartir experiencias y construir significados compartidos (Hermans, 2003; Salvatore, Dimaggio, Semerari, en proceso de revisión).

La habilidad consciente de relacionar varios episodios y significados de la propia experiencia constituye la función de *integración*. Ésta recuerda los diferentes niveles narrativos y articula de manera coherente elementos cognitivos, somáticos y emocionales con niveles más elevados de metarrepresentación; nos permite describir nuestros escenarios mentales e interpersonales y construir un diálogo interiorizado y/o interactivo que crea una sensación de continuidad de nuestro yo, como consigue hacer el paciente del ejemplo siguiente:

P.: Los rumores sobre posibles despidos han creado un clima de malestar y sospecha en la oficina. Después de haber recibido elogios de mi jefe, un compañero ha hecho algunos comentarios ácidos sobre los primeros de la clase, pensando que intentaba destacar en perjuicio de los demás. Yo me he sentido mal pero después me ha gustado que Julia, una amiga mía y colega, me haya defendido diciendo que yo trabajo siempre así y que no me aprovecharía nunca de las situaciones por un interés personal.

El déficit de la función de integración hace que la mente del sujeto esté *confundida* y *disociada* y se articula según dos modalidades: una consiste en la dificultad en conectar de manera coherente y unitaria los diversos componentes de un estado mental, lo cual comporta representaciones de sí mismo y del otro múltiples y contradictorias, temas de pensamiento caóticos y no organizados jerárquicamente, hasta el desarrollo de estados disociativos. El fragmento siguiente lo ilustra.

P.: Le llamo por teléfono y espero aceptación y consuelo por su parte. Pero apenas he marcado el número, le imagino distante y me siento abandonada. Entonces me enfado y pienso que soy una imbécil, que elijo siempre hombres equivocados, pero después pienso también que estoy loca y que le hago la vida imposible.

Esta multiplicidad de representaciones vuelve inestable y dramática una relación afectivamente significativa. También en este caso, como hemos observado ya en el ejemplo de la segunda paciente, el déficit de metarrepresentación influye negativamente en la capacidad de dominar situaciones y relaciones emocionalmente problemáticas.

La segunda modalidad de déficit de integración es la incapacidad de construir narraciones coherentes y supraordenadas de sí mismo respecto a estados mentales y episodios emocionalmente relevantes, también contradictorios: los relatos son confusos, los acontecimientos inciertos y difíciles de colocar en el espacio y el tiempo, el rol de los personajes varía continuamente. Un paciente con diagnóstico de trastorno obsesivo (Eje I) y trastorno narcisita muestra cómo el déficit de integración influye en el sentido de identidad y las representaciones de sí mismo.

P.: ¡Doctor, me siento como dividido en dos!

T.: ¿Qué quiere decir?

P.: Me encuentro viviendo dos fases de vida completamente opuestas… yo le llamo fase libre y fase de seguridad.

T.: ¿Le gustaría hablarme de ello?

P.: Sí, yo me encuentro bien en la fase de seguridad porque estoy seguro de que todo esto que hago es exacto, ¡no hay ningún riesgo de error! Todo está bajo control, yo verifico cada gesto, por ejemplo, si debo hacer algo, llevarlo a cabo de manera perfecta, antes de pasar al siguiente; si no me paro y vuelvo a empezar desde el principio.

T.: ¡Pero así todo se hace extrañamente complicado y lento!

P.: Pero no importa, porque estoy tranquilo, sólo que después de un poco casi me inmovilizo, a veces mi madre entra en la habitación y me encuentra parado, como atónito, y me regaña ¡y yo me enfado porque me asusta!

T.: ¿Y después qué sucede?

P.: Sucede que sin quererlo, de improviso me libero, me desato, pero no solamente cuando mi madre grita, a veces así, sin motivo.

T.: ¿Y qué hace cuando se libera?

P.: ¡Ahí está, no es que haga quién sabe qué! Pero me siento descontrolado como una máquina sin volante. ¡De repente me vuelvo rápido, activo, todo se me hace fácil, hago en poco tiempo lo que antes me parecía complicadísimo! Y, a mi pesar, debo decir que también me hace sentir bien.

T.: ¿Entonces en esta fase las cosas van mejor?

P.: ¡En cierto sentido sí, pero no lo domino, es demasiado duro para mí arriesgarme a equivocarme, aunque después me digo que aunque haga un error no es culpa mía porque es la fase libre!

T.: Me impacta que diga que en la fase libre no se siente culpable.

P.: Sí, porque mi "verdadero yo" está en la fase de seguridad, ¡por lo tanto lo que hago en la otra fase es como si no me perteneciera!

T.: Sin embargo me ha dicho que en la fase libre consigue hacer bien y rápidamente todo aquello que en la otra fase no consigue.

P.: Sí, es verdad, y me siento también más ligero, ¡pero yo soy otro!

El paciente habla de dos fases de la vida que se muestran completamente separadas pero cada una con una marcada coherencia interna: en la fase de "seguridad", el paciente es muy lento en sus movimientos y en el lenguaje, y percibe una sensación de control (aunque en el relato de esta fase el paciente habla de una alteración del estado de conciencia: "estaba parado, atónito"); en la fase "libre" consigue hacerlo todo adecuadamente y con velocidad, pero experimenta angustia (por la ausencia de reglas) y sensación de pérdida y fragmentación. Se puede hacer la hipótesis, en este caso, que la capacidad de construir un punto de vista integrado supraordenado permite al paciente reconocer y discriminar bien las dos "fases" y evita el desarrollo de un trastorno disociativo de la identidad.

En este paciente observamos también un déficit de las estrategias de dominio de los estados problemáticos, que se convierten ellas mismas en origen de malestar subjetivo; para intentar "mantener unida" la identidad personal, vivida como amenazada por la fragmentación, el paciente debe adoptar rígidos y extenuantes rituales de control (descomposición de los pensamientos y los movimientos en unidades discretas y supervisión controlada de su intención) que lo paralizan.

Los fragmentos presentados deberían haber dado una idea de qué déficits se presentan más frecuentemente en la clínica con los pacien-

tes afectados de trastorno de la personalidad y de qué influencias puedan tener sobre el comportamiento, sobre las relaciones interpersonales y sobre el mismo proceder de la psicoterapia. Pasamos ahora a la teoría de los mecanismos que se encuentran en la base de las funciones de metarrepresentación.

2.2. Los mecanismos de la metarrepresentación

Como ya se ha dicho en la Introducción, las metarrepresentaciones son un importante objeto de estudio en metacognición y en teoría de la mente.

2.2.1. Metacognición

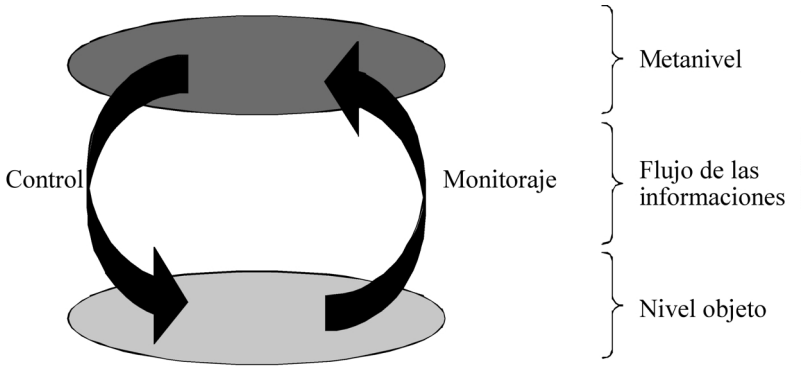
Si bien los teóricos de la metacognición divergen respecto a la mejor manera de caracterizar algunos de sus aspectos, muchos concuerdan en trazar una diferencia entre *conocimiento* y regulación metacognitivas. El *conocimiento* metacognitivo se refiere a las informaciones que los individuos poseen acerca de funciones cognitivas como la percepción y la memoria. Desde esta óptica, "metacognición" es sólo el nombre de una clase específica de metarrepresentación (normalmente, la que desarrollan los niños en edad escolar).

El concepto de regulación metacognitiva es más específico y se refiere a múltiples funciones ejecutivas como la planificación, la asignación de recursos, la monitorización, el control y la detección y corrección del error. Nelson y Narens (1990) subdividen la regulación metacognitiva en procesos de *monitorización* y procesos de *control*. El criterio para diferenciarlos es la dirección que toma el flujo de las informaciones: *hacia* o bien *a partir del* metanivel (véase Figura 2.1.).

En la *monitorización* (por ejemplo, anotando la comprensión del material que se está leyendo), el metanivel recibe informaciones de los procesos cognitivos que se están desarrollando: el flujo va *hacia* el metanivel. En el *control* (por ejemplo, dirigir más esfuerzos y atención al contenido importante que al superficial), el metanivel modifi-

ca la cognición: el flujo, por lo tanto, es *a partir del* metanivel.[2] El conocimiento y la regulación metacognitivas están frecuentemente enlazadas. Por ejemplo, saber que una tarea es difícil puede llevar a un sujeto a monitorizar de modo muy preciso sus progresos cognitivos; a la inversa, una buena monitorización cognitiva puede llevar al conocimiento de qué tareas son simples y cuáles no.

Fig. 2.1. Regulación metacognitiva.



Nota: Distinción entre dos estructuras –un metanivel y un nivel objeto– y entre dos relaciones: las diversas direcciones del flujo de información entre los dos niveles. (Adaptado de Nelson, Narens 1990).

Un precursor esencial del desarrollo de la metacognición es la adquisición de aquella capacidad particular que consiste en atribuir estados y procesos mentales y en utilizar estos últimos para explicar y prever nuestro comportamiento y el ajeno. De ahora en adelante nos referiremos a esta capacidad como la capacidad de *mentalizar* o de *leer la mente*.

2.2.2. Teoría de la mente

En la teoría de la mente el paradigma teórico que suscita mayor consenso es la llamada *teoría de la teoría*, la hipótesis de que existe una *teoría psicológica ingenua* como fundamento de la capacidad de

2. Cabe destacar que la monitorización puede tener lugar sin conciencia explícita, aunque frecuentemente genera, y es a su vez influida por, *experiencias metacognitivas conscientes*. Un ejemplo es la sensación (*feeling*) de saber algo sin poder recordarlo.

lectura de la mente. Por "teoría" se debe entender aquí un cuerpo de conocimientos psicológicos que guía la explicación y la previsión del comportamiento nuestro y ajeno. En los últimos veinte años la psicología del desarrollo ha indagado a fondo la ontogénesis de esta teoría psicológica ingenua. Ello ha sido posible sobre todo gracias al diseño de una serie de ejercicios experimentales llamados "ejercicios de las falsas creencias" [3] de los que resulta que hacia los cuatro años los niños son capaces de *representarse los estados mentales como representaciones*. Es decir, saben que un estado psicológico no es una mera grabación pasiva de la realidad sino que se trata de una reconstrucción, eventualmente incorrecta.

Según algunos estudiosos, la teoría psicológica ingenua, que se halla en la base de la capacidad de lectura de la mente revelada por los ejercicios de las falsas creencias, tendría naturaleza *modular*. Debe clarificarse que la modularidad de la que se habla se aleja de la que hizo célebre Fodor (1983). Este autor atribuye exclusivamente un carácter modular[4] a los sistemas de *input* (percepción visual y elaboración del lenguaje) y de *output* (el control motor). Sin embargo, el mecanismo cognitivo que se encuentra en la base de la capacidad de construir representaciones de representaciones mentales elabora inputs *conceptuales* y no perceptivos. De hecho las explicaciones psicológico-ingenuas no se aplican a los movimientos corporales como

3. En el más conocido de estos ejercicios, el test de Sally/Ann, un niño asiste a una escena cuyo protagonista es Sally, una marioneta que mete una canica en un cesto y después sale de escena. En su ausencia, otra marioneta, Ann, translada la canica del cesto a una caja. Al regresar Sally, se le pregunta al niño dónde buscará Sally la canica. Para resolver con éxito el ejercicio, el niño debe comprender que Sally *cree* que la canica se encuentra todavía donde la ha dejado (en el cesto), o sea, debe comprender que Sally tiene una falsa creencia. La mayor parte de los estudios dicen que prácticamente todos los niños de menos de 3 años proporcionan una respuesta equivocada, afirmando que Sally buscará su canica en la caja, es decir, donde efectivamente se encuentra. En torno a los 3 años algunos niños empiezan a responder correctamente; después de los 4, la mayor parte de los niños proporcionan la respuesta correcta.

4. Las dos principales propiedades de los módulos fodorianos son el encapsulamiento informativo y la relativa inaccesibilidad a la conciencia de las representaciones intermedias. Las otras características son: la especificidad del dominio, el carácter obligatorio del análisis, la rapidez de ejecución, la superficialidad de las representaciones destacadas, la arquitectura neuronal fija, la existencia de disfunciones típicas y específicas de ese módulo y la previsibilidad del desarrollo ontogenético (Fodor, 1983, cap. 3).

tales, sino a acciones, que son movimientos dirigidos a fines específicos. Además, el sistema puede ser activado por un *input* lingüístico, conceptual, como sucede cuando alguien nos describe las acciones de otra persona, o leemos una novela e intentamos comprender las acciones y los movimientos de los personajes. Por lo tanto, calificar como "modular" al mecanismo de la psicología ingenua requiere hacer una revisión de la hipótesis de Fodor que permita también la modularización de algunos sistemas *centrales*.

Alan Leslie (1994, 2000) es el partidario más reconocido de la versión modularista de la teoría. Parte de la hipótesis de la existencia de una *teoría del mecanismo de la mente* (ToMM, de las iniciales de *Theory of Mind Mechanism*) constituido por dos subsistemas. El primero (*System 1*) contiene conceptos como meta u objetivo y está dedicado a la interpretación finalista o teleonómica de las acciones de un agente. El segundo sistema (*System 2*) incluye conceptos mentalistas fundamentales como ficción, creencia y deseo, y está especializado en la interpretación intencional de las acciones e incluye representaciones de primer orden en metarrepresentaciones del tipo:

Agente	(actitud)	proposición
Sally	(cree)	que la canica está en el cesto

Es importante destacar que Leslie atribuye un carácter modular no al sistema entero que hace posible la capacidad de mentalizar, sino sólo a la teoría del mecanismo de la mente, que ejecuta algunas de las subfunciones más fundamentales en las que puede descomponerse esta capacidad, particularmente las que emergen precozmente en el curso del desarrollo. Sin embargo, en una fase más avanzada de la ontogénesis, las funciones de mentalización que la teoría del mecanismo de la mente hace posible son reclutadas por procesos cognitivos superiores para tareas más complejas, y las metarrepresentaciones de orden superior que se derivan de ellas pueden interaccionar (de manera no modular) con otros procesos cognitivos y manifestar una variabilidad transindividual y transcultural. La capacidad de mentalización adulta es "una colección de múltiples capacidades interconectadas, cada una de las cuales es cognitivamente realizada por un mecanismo o por un proceso diferente" (Scholl, Leslie, 1999, p. 140).

2.2.3. Teoría de la mente y psicopatología

La arquitectura cognitiva presupuesta por la teoría de Leslie y sus colaboradores sitúa la teoría del mecanismo de la mente en el interior de una vasta red constituida por la interconexión de mecanismos modulares y no modulares. En esta red, el *output* de un módulo actúa frecuentemente como *input* (o parte del *input*) para uno o más módulos que se encuentran "más abajo" del flujo de información. Los mecanismos modulares coexisten con mecanismos generales para cada dominio, con bases de datos no especializadas y estructuras cognitivas de otro tipo.

Estas consideraciones arquitectónicas han permitido a Murphy y Stich (2000) trazar algunas diferencias entre los problemas que pueden conducir a los síntomas de un trastorno mental. Una primera posibilidad es que el problema sea *interno* a un módulo. Este último podría generar un *output problemático* porque su mecanismo computacional específico de un dominio funciona mal; o bien porque la base de datos a la que recurre no es la que debería ser; o por ambas razones.

La patología autista es el caso más estudiado de un problema *interno* a un módulo. En Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) tres grupos de niños fueron sometidos al test de la falsa creencia: niños autistas, niños con síndrome de Down y niños con un desarrollo normal. La pregunta crítica, la que requería razonar sobre la representación mental de Sally, fue superada por la mayoría de los niños normales y de los niños con síndrome de Down, pero sólo por el 20% de los niños autistas. Los niños autistas dieron resultados muy inferiores a los niños de los grupos control, aunque sus prestaciones en los tests de inteligencia fueran mejores que las de los niños Down.

Otro tipo de problema que podría manifestarse en una mente dotada de la arquitectura descrita más arriba, es *externo* al módulo. Se podría por ejemplo producir una interferencia más arriba del flujo de las informaciones; el módulo recibiría entonces un *input problemático*, generando en consecuencia un *output* problemático.

Un ejemplo es el ofrecido por Baron-Cohen (1995), que ha integrado la teoría del mecanismo de la mente en un *sistema de lectura de la*

mente (mindreading system) más amplio en el que descompone el proceso de atribución de estados mentales en cuatro mecanismos relativamente autónomos: 1) EDD (*Eye Direction Detector*, detector de la dirección de la mirada) que detecta la presencia y la dirección de estímulos que tienen forma de ojo e interpreta cómo "ver" la relación subyacente entre los ojos y aquello hacia lo que se dirigen. 2) ID (*Intentionality Detector*, detector de la intencionalidad) que determina cuándo un agente actúa con vistas a un objetivo. 3) SAM (*Shared Attention Mechanism*, mecanismo de la atención compartida) que identifica las situaciones en las que el mismo agente y otro sujeto están prestando atención al mismo objeto. 4) Las representaciones constituidas por los primeros tres mecanismos constituyen el *input* para el cuarto, que es la teoría del mecanismo de la mente. Si uno de estos tres mecanismos resultara afectado, faltaría el *input* para la teoría del mecanismo de la mente y, en consecuencia, la teoría del mecanismo de la mente no podría funcionar adecuadamente. Por lo tanto, un problema relativo a un componente anterior al sistema de lectura de la mente provoca la disfunción del módulo de la teoría de la mente.

La asimetría entre la primera y la tercera persona. ¿Cómo considerar los mecanismos subyacentes al proceso de lectura de la mente? ¿Se trata de un mismo mecanismo que permite leer los estados mentales propios y ajenos? ¿O bien se trata de dos mecanismos diferentes? Muchos estudiosos están convencidos de que la hetero o la autoatribución han sido posibles gracias a la teoría del mecanismo de la mente (véase por ejemplo Carruthers, 1996; Frith, 1994; Frith, Happé, 1999; Gopnik, 1993). Las atribuciones a la tercera y a la primera persona serían ambas irreductiblemente teóricas. De ahora en adelante denominaremos a esta tesis antiintrospeccionista "tesis de la simetría".

Dicha tesis ha sido recientemente criticada por Nichols y Stich (2002). Los dos estudiosos distinguen principalmente entre la atribución de un estado mental y las *inferencias* que sobre tales estados se puedan concluir. Por ejemplo, observando el comportamiento de una persona *S* en el contexto de una determinada situación, puedo reconocer los estados mentales: por ejemplo, Mario desea una cerveza y cree que el lugar más cercano para conseguirla es el bar que está a la

vuelta de la esquina. Estos estados mentales pueden utilizarse después para hacer inferencias: si Mario desea una cerveza y está convencido de poder conseguirla dirigiéndose al bar que está en la esquina, entonces Mario se dirigirá a dicho bar.

Tanto si se trata del reconocimiento de un estado mental, como de las inferencias que sobre ello se concluyan, pueden referirse a la primera o a la tercera persona. Puedo reconocer tener un estado mental y entonces utilizar esta conciencia en mi razonamiento; o bien, como en el ejemplo citado, puedo atribuir a otro un estado mental y valerme de ello para desarrollar un razonamiento sobre él. Tenemos por lo tanto cuatro casos posibles: *reconocimiento* en primera y en tercera persona, *razonamiento* en primera persona y en tercera persona.

Según Nichols y Stich, la mente dispone de un *mecanismo de monitorización* dedicado a identificar los propios estados mentales y totalmente independiente de los mecanismos para identificar los estados mentales ajenos. El mecanismo de monitorización asume como *input* un estado mental y genera como salida la creencia de estar en este estado mental. Por lo tanto, si *S* cree *p* y se activa el mecanismo de monitorización, el mecanismo copia la representación *p* contenida en la "caja" de las creencias de *S*, "encaja" esta copia en un esquema representacional del tipo "yo creo", y se inserta esta nueva representación en la caja de las creencias de *S*. Se trata, como se ve, de un mecanismo computacional muy simple.

El mecanismo de monitorización es por lo tanto un mecanismo introspectivo independiente, dedicado al reconocimiento de los propios estados intencionales. En cambio, la heteroatribución de estados mentales y el razonamiento en primera persona o en tercera persona se basarían en los mecanismos de la teoría de la mente.

El mecanismo de monitorización se adecúa bastante a la noción de módulo: es específico a un dominio, su ontogénesis es precoz y previsible, sus disfunciones son típicas y específicas y –como veremos en breve– parece conservarse selectivamente intacto en los sujetos autistas. Las elaboraciones del mecanismo de monitorización son rápidas pero extremadamente elementales: no hacen otra cosa que insertar una representación mental en un esquema de autoatribu-

ción. Bajo este aspecto, la disfunción del mecanismo de monitorización se parece mucho a la actuación "obtusa" de los módulos perceptivos encapsulados.

Ahora bien, como sugieren Nichols y Stich, es posible que la teoría del mecanismo de la mente, subyacente a la capacidad de (i) identificar los estados mentales ajenos, (ii) razonar sobre los estados mentales ajenos y (iii) razonar sobre los propios estados mentales, funcione mal aunque el mecanismo de monitorización, dedicado a la (iv) identificación de los propios estados mentales, continúe funcionando normalmente. Podría darse también el esquema opuesto: en este caso el déficit correría a cargo de (iv), dejando intactas (i)-(iii). En consecuencia, una manera de confirmar la hipótesis del módulo de monitorización consistiría en encontrar una *doble disociación*: casos en los que una población de sujetos presenta el mecanismo de monitorización intacto pero un mecanismo de la teoría de la mente deficitario y casos en los que una población de sujetos mantiene la teoría del mecanismo de la mente intacto pero un mecanismo de monitorización deficitario. Una indicación que va en este sentido procede de la comparación entre sujetos autistas y esquizofrénicos: en el autismo, la teoría del mecanismo de la mente se hallaría gravemente afectada pero el mecanismo de monitorización funcionaría con normalidad; en pacientes que presentan los síntomas positivos de la esquizofrenia, estaría afectado, por el contrario, el mecanismo de monitorización, mientras que la teoría de la mente funcionaría con normalidad. Consideremos principalmente algunos datos que parecen indicar un ahorro selectivo del mecanismo de monitorización en los sujetos autistas.

Desde el momento en que la tesis de la simetría afirma que la teoría del mecanismo de la mente hace posible la comprensión tanto de los estados mentales propios como de los ajenos, predice que los sujetos autistas manifestarán un déficit de comprensión tanto en la primera como en la tercera persona. A favor de esta hipótesis, Carruthers (1996) y Frith y Happé (1999) citan un estudio reciente sobre los informes introspectivos de adultos afectados por el síndrome de Asperger (Hurlburt, Happé, Frith, 1994). El estudio se basa en una

técnica de "muestreo de la experiencia" (Hurlburt, 1990). Se suministraba a los sujetos experimentales un dispositivo que emitía una señal a intervalos de tiempo prefijados; en aquel instante los sujetos debían intentar "congelar" su experiencia mental y anotarla en un cuaderno.

Hurlburt, Happé y Frith (1994) utilizaron esta técnica con tres Asperger, constatando una notable diferencia entre los informes de estos sujetos y los de sujetos normales. Dos Asperger citaron imágenes visuales, mientras que los informes de los sujetos normales se caracterizan normalmente por verbalización interna, "pensamiento no simbólico" (pensamiento no asociado a la experiencia de palabras, imágenes u otros símbolos dotados de significado) y estados emocionales. El tercer sujeto no aportó experiencia interna alguna. Carruthers concluye de ello que "los sujetos autistas tienen graves dificultades para acceder a sus procesos de pensamiento y a sus emociones " (ibíd, p. 261). Frith y Happé sostienen que estos datos "confirman [la] hipótesis de que la autoconciencia se basa, al igual que la conciencia de las mentes ajenas, en la teoría de la mente" (1999, p. 214).

Es legítimo dudar de la corrección de esta interpretación. Lo que indican estos datos es que la vida mental de un Asperger es notablemente diferente a la de un sujeto normal. Predominan las imágenes, el discurso interno es menos importante y dedica poco tiempo a interrogarse sobre la vida mental ajena. Sin embargo, estos datos indican también que los Asperger *tienen* acceso a su propia vida mental. Son conscientes de sus propias creencias, deseos, pensamientos y emociones actuales; son capaces también de contar y recordar estos estados mentales. Por ejemplo, uno de los sujetos (Robert) contó que:

> ... estaba "pensando en" lo que debía hacer aquel día. Este "pensar en" estaba asociado a una serie de imágenes de las tareas que se había prefijado. En el momento de la emisión de la señal, Robert estaba intentando saber cómo encontrar la calle para la Cognitive Development Unit, donde tenía una cita con nosotros. Este "intentar saber" era una imagen de sí mismo que caminaba a lo largo de la calle cerca de la estación de Euston (Frith, Happé, 1999, p. 388).

E incluso Peter, el sujeto que hallaba mayor dificultad con el método de muestreo de las experiencias, era capaz de hablar de su experiencia presente:

> aunque Peter fuera incapaz de hablarnos de su experiencia interna pasada usando el método del [muestreo de las experiencias], era posible discutir con él de la experiencia interna que tenía lugar en el curso de la entrevista (*ibíd.*, p. 14).

Resultados parecidos se pueden explicar hipotetizando que en los sujetos autistas, a la disfunción de la teoría del mecanismo de la mente no va acompañada de una alteración del mecanismo de monitorización.

Hay por lo tanto datos que nos llevan a hipotetizar que en el autismo la teoría del mecanismo de la mente se encuentra gravemente afectada, mientras que el mecanismo de monitorización funciona normalmente o casi normalmente. Ahora bien, parecería que en algunos pacientes que manifiestan algunos síntomas de primer rango de la esquizofrenia sea el mecanismo de monitorización el que funciona mal, mientras que la teoría del mecanismo de la mente funcionaría normalmente. Varios estudios confirman esta hipótesis.

Hurlburt ha empleado el método de muestreo de la experiencia en un estudio realizado sobre cuatro sujetos esquizofrénicos. Dos de estos sujetos contaron experiencias y pensamientos extraños o aberrantes (*goofed up*). Uno de los pacientes, que había estado sintomático durante todo el período del muestreo (y entre cuyos síntomas habían los de primer rango) fue incapaz de realizar el ejercicio. Otro paciente fue capaz de realizar el ejercicio pero sólo hasta el momento en que se volvió sintomático. Hurlburt (1990, p. 239) sostiene que estos dos sujetos, mientras se encontraban en fase sintomática, no tenían acceso a su experiencia interna:

> Lo que esperábamos descubrir en el caso de Joe era que sus experiencias internas fueran insólitas, quizá caracterizadas por imágenes aberrantes como las que había descrito Jennifer, o por varias voces que hablaban al mismo tiempo de manera ininteligible, o por cualquier otro tipo de experiencia

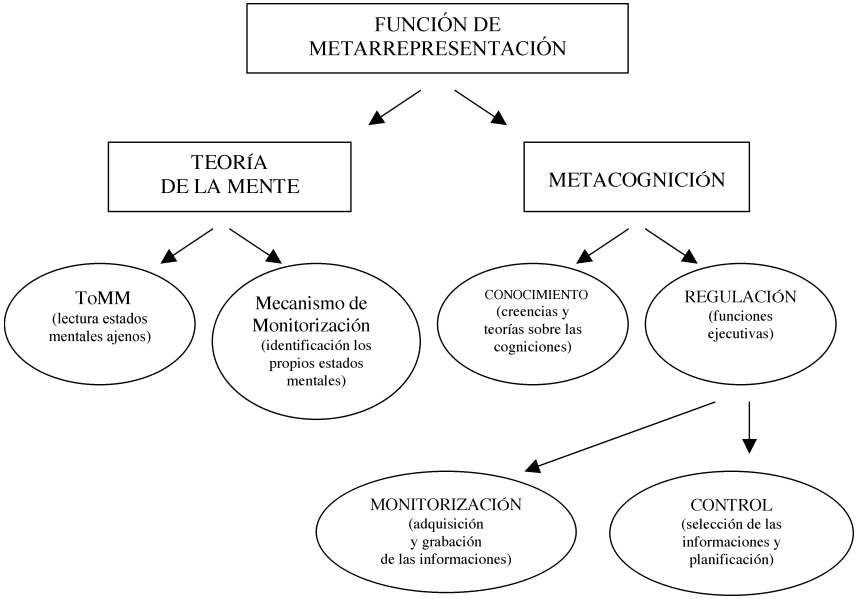
interna anormal que habría explicado [...] sus delirios. Sin embargo no se encontró nada de esto: Joe no era capaz de describir *ningún* aspecto de su experiencia... (*ibíd.*, pp. 207-208).

Lo que más impresiona es el contraste entre esta afirmación y la de Hurlburt, Happé y Frith relativa a los Asperger. Hurlburt (1990) esperaba que los esquizofrénicos sintomáticos fueran capaces de contar sus experiencias internas, mientras que Hurlburt, Happé y Frith (1994) esperaban que los Asperger fuesen incapaces de hacerlo. Los resultados de los experimentos testimonian justo lo opuesto. Los Asperger, al contrario de los esquizofrénicos sintomáticos, eran capaces de relatar sus experiencias mentales. Además, Frith y Corcoran (1996, p. 527), pese a sostener una teoría de la esquizofrenia como consecuencia de una alteración de la teoría del mecanismo de la mente, admiten que: "es sorprendente que pacientes que manifiestan características de pasividad (delirios de control, inserción de pensamientos, etc.) hayan sido capaces de responder bastante bien a preguntas de teoría de la mente". Este resultado no sin embargo sorprendente para la teoría del módulo de monitorización desde el momento en que esta última sostiene la independencia de este mecanismo del mecanismo destinado a la identificación de las intenciones ajenas.

2.2.4. Síntesis de la arquitectura de referencia utilizada en el volumen

Llegados a este punto del texto, si nuestra función de metarrepresentación no es deficitaria, nos parece útil ayudar al lector menos acostumbrado al debate sobre la arquitectura de los sistemas cognitivos con una esquematización gráfica de los modelos de referencia en los que nos hemos inspirado en nuestro trabajo. La Figura 2.2. resume la taxonomía de la función de metarrepresentación hasta aquí propuesta.

Fig. 2.2. Taxonomía de la función de metarrepresentación.



La capacidad de metarrepresentación puede subdividirse en tres áreas: procesos autorreflexivos, comprensión de la mente ajena y funciones de regulación. Cada una de estas áreas esta compuesta, a su vez, de subfunciones que operan de manera independiente en el curso de la actividad cotidiana de comprensión y dominio de los estados mentales. La Figura 2.3. muestra la estructura de la capacidad de metarrepresentación a la que nos referiremos a lo largo de este volumen.

Finalmente, una aclaración terminológica. Hemos visto que Nichols y Stich definen como "mecanismo de monitorización" el proceso de identificación de los propios estados mentales (véase el apartado 2.2.3.). En las teorías sobre la metacognición, el término "monitorización" se refiere en cambio a la función cognitiva superior que permite un flujo de informaciones desde el nivel objeto al metanivel (véase apartado 2.2.1.). En clínica llamamos "monitorización" a la función de metarrepresentación que permite identificar los componentes (emociones y creencias) de los estados mentales propios y aje-

Fig. 2.3. Estructura general de la función de metarrepresentación.

Autorreflexividad (A)	Comprensión de la Mente Ajena (CMA)	Mastery (M)
Requisitos Básicos: permiten la conciencia de tener una mente propia e independiente. Identificación y Relación entre las Variables: juntas permiten la monitorización de los propios estados internos (cogniciones y emociones) hipotetizando relaciones de causalidad (inmediata) con variables internas o externas. *Diferenciación:* permite reconocer la naturaleza representacional del pensamiento distinguiendo entre realidad interna y externa. *Integración:* permite construir narraciones coherentes para describir el propio escenario mental a través de la evolución de un propio estado mental o la integración entre estados diferentes.	*Requisitos Básicos:* permiten atribuir a los demás mentes propias e independientes. *Identificación y Relación entre las Variables:* juntas permiten la monitorización de los estados internos ajenos (cogniciones y emociones) hipotetizando relaciones de causalidad (inmediata) con variables internas o externas. *Diferenciación:* permite reconocer la naturaleza hipotética del estado mental ajeno. *Integración:* permite construir narraciones coherentes para describir el escenario mental ajeno a través de la evolución de un estado mental o la integración entre estados diferentes. *Descentramiento:* perspectiva desde la que se ejercita la lectura de los estados mentales ajenos.	*Requisitos Básicos:* postura activa hacia la solución de los problemas. *Estrategias de primer nivel:* acciones sobre el estado del organismo, duda, coordinación interpresonal. *Estrategias de segundo nivel:* regulación autónoma de la disposición mental. *Estrategias de tercer nivel:* Uso de los conocimientos para la solución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales, criticando las propias creencias y aceptando los propios límites en el dominio de los acontecimientos.

nos (*identificación*), estableciendo relaciones causales con variables internas o ambientales (*relación entre las variables*) (véase 2.1.). En esta concepción de monitorización, que emplearemos a partir de ahora, se funden las operaciones de identificación y de razonamiento que Stich y Nichols diferencian. Más allá de los matices terminológicos, el hecho de subdividir esta función en dos subfunciones (identificación y relación entre las variables) permite observar fenómenos patológicos desde mecanismos mentales diferentes, en sintonía con lo que han propuesto Stich y Nichols.

2.3. Elementos de organización neuroanatómica y neurofisiológica

Completamos el discurso sobre el modelo de arquitectura cognitiva que proponemos, haciendo referencia a algunos elementos de organización neuroanatómica o neurofuncional subyacentes. Diferentes líneas de investigación nos proporcionan informaciones que corroboran la subdivisión de nuestro modelo y se prestan a interesantes analogías con lo sugerido por la ciencia cognitiva. Damasio (1994, 1999) propone una organización neurofisiológica compleja y a varios niveles de la estructuración de las emociones y de los diferentes grados de conciencia.

La organización se construye a partir de los niveles más básicos del funcionamiento del organismo, los sistemas somatosensoriales (aparato visceral y del medio interno, el sector vestibular y musculoesquelético y el sistema del tacto fino), que informan continuamente al cerebro de todos los cambios del organismo (ambiente químico, temperatura, contacto con objetos externos, etc.) y forman en cada instante multiplicidad de mapas del estado corporal. Este conjunto coherente de configuraciones neuronales es definido por el autor como *Proto-sí-mismo* y constituye una representación integrada del organismo. En este modelo, un cambio transitorio, con causas específicas, del estado del organismo es definido como *emoción*. El *sentimiento* de una emoción es, en cambio, la representación de dicho cambio transitorio en términos de configuraciones neuronales y de

imágenes. Las configuraciones neuronales que constituyen el substrato de un sentimiento provienen del "circuito del cuerpo" (que utiliza señales humorales, transmitidas a través del flujo sanguíneo, y señales neuronales, transmitidas a través de las vías nerviosas) y del llamado circuito "como si", que provoca cambios en las representaciones interviniendo directamente sobre los mapas sensoriales del cuerpo, bajo el control de otros puntos neuronales, por ejemplo las cortezas prefrontales. Cuando se activa este circuito es "como si" el cuerpo hubiese sufrido un cambio inducido por estímulos externos, aún en ausencia de ellos.

En resumen, el esquema propuesto por Damasio se puede sintetizar así: un estímulo inductor de emociones activa puntos neuronales específicos dedicados a responder a ese elemento; estos sitios dan lugar a una particular gama de respuestas del cuerpo y del cerebro que constituyen la emoción; estos cambios del estado corporal (emociones), inducidos por un circuito del cuerpo o por un circuito como si, se representan, en las regiones corticales y subcorticales, como mapas neuronales del segundo orden (sentimientos); estas modificaciones comportan también cambios en el Proto-sí-mismo y estos cambios se proyectan a su vez en estructuras neuronales del segundo orden, que generan representaciones del Proto-sí-mismo mientras se ve influido por las interacciones con un ambiente determinado.

Sobre esta base se empieza a constituir una conciencia nuclear en la que emerge la capacidad de conocer los sentimientos, es decir, de tener, como dice el autor, "sentimientos de sentimientos" (metarrepresentaciones) sobre los que se estructura la memoria autobiográfica, la conciencia propia y "narrativa". El aspecto sobre el que Damasio insiste es pues que los diferentes niveles de organización y de ejecución de todos los procesos –emoción, sentimiento y conciencia– dependen de representaciones del organismo: "su esencia común es el cuerpo" (Damasio, 1999, p. 341 de la trad. it.).

Por lo tanto, los sistemas somatosensoriales propioceptivos y las sucesivas modificaciones y elaboraciones, proporcionan los *input* que derivan del mecanismo de monitorización postulado para la identificación de los propios estados mentales emocionales, no epis-

témicos. Pero el mismo Damasio indica otro circuito que interviene en la representación de los cambios somáticos, y lo llama "como si" porque opera sobre los mapas sensoriales no mediante la activación propioceptiva, sino a través de otros sistemas entre los cuales está el llamado *sistema espejo*.

El descubrimiento de este sistema ha abierto nuevas e interesantísimas perspectivas para el estudio de algunos posibles mecanismos neurofisiológicos subyacentes a la comprensión de los estados mentales propios y ajenos y de los fundamentos biológicos de la intersubjetividad.

Las neuronas espejo, situadas en diversas áreas cerebrales (Allison, Puce, McCarthy, 2000; Decety, Grezes, 1999; Gallese, 2000, 2001a, b; Rizzolatti, Arbib, 1998; Rizzolatti, Fadiga, Fogassi, Gallese, 2001; Wohlschlager, Bekkering, 2002), se activan cuando el simio se aferra o manipula un objeto, o bien cuando observa al experimentador realizar los mismos gestos. Se definen como espejo precisamente para subrayar la doble valencia ejecutiva/observante-representativa. Este sistema indica que cada vez que observamos realizar una acción (finalista, no un simple movimiento) se activan no sólo las áreas visuales, sino también circuitos corticales motores, generalmente activos durante la ejecución de las mismas acciones, *como si* quisiéramos llevar a cabo aquella acción que en ese momento estamos observando (Gallese, 2000). La doble función ejecutivo-representativa sugeriría "una identidad primigenia entre sistemas perceptivo-motores y sistemas simbólicos. Ver y comprender una acción significa por lo tanto activar la idea motora de aquella acción" (*ibíd.*).

Recientemente se han identificado subsistemas de neuronas espejo que también se activan cuando la acción finalista realizada por el otro es observada sólo en las fases iniciales (porque las fases sucesivas no son visibles), como si hubiera una reconstrucción interna al sistema de la entera prestación motora; se retiene una de las bases fisiológicas del reconocimiento de una acción (Umiltà, Kohler, Gallese, Fogassi, Fadiga, Keysers, Rizzolatti, 2001). Las funciones motoras del sistema nervioso no solo se dedican a controlar y a llevar a cabo la acción, sino que también la *representan*.

El sistema espejo se vería implicado en la activación de los comportamientos imitativos (Wohlschlager, Bekkering, 2002) y, según algunos autores, déficits de este sistema explicarían algunos de los trastornos centrales del autismo, como las dificultades, por una parte, en imitar acciones, y por otra parte, en inhibir comportamientos estereotipados, como la ecolalia (Williams, Whiten, Suddendorf, Pret, 2001). La modificación de los estados mentales mediada por la interacción se ve también convalidada por otros estudios en ámbito neurofisiológico. Los neonatos aparecen sensibles a los patrones temporales del movimiento humano, reaccionan en sincronía o con sintonizaciones complementarias a los comportamientos y a las señales afectivas, demuestran capacidades imitativas extraordinarias (Stern, 1985, 1993; Trevarthen, Kokkinaki, Fiamenghi, 1998; Trevarthen, Aitken, 2001).

Algunas neuronas *espejo* se activan también con el input de los sonidos específicamente relacionados con la acción observada: en este caso se habla de sistema *espejo* auditivo-visual, relacionado, según algunos autores (Fadiga, Gallese, 1997; Gallese, 1999; Kohler, Keysers, Umiltà, Fogassi, Gallese, Rizzolatti, 2002) con el origen y la percepción del lenguaje. La equivalencia motora entre los gestos fonológicos producidos y los percibidos subyacentes a la comprensión lingüística (Gallese, 2000).

Hutchison, Davis, Lozano, Tasker y Dostrovsky (1999) también han identificado neuronas activadas por estímulos dolorosos que presentan características *espejo*, es decir, se activan cuando se aplica un estímulo doloroso, por ejemplo en la mano del sujeto, o bien cuando el sujeto observa la aplicación del estímulo sobre la mano del experimentador. Calder, Keane, Manes, Antoun y Young (2000) describen el caso de un paciente afectado de Corea de Huntington que no conseguía reconocer selectivamente la manifestación emocional de asco, presentada en diversas modalidades, como por ejemplo señales faciales y expresiones sonoras verbales y no verbales. Además, él mismo no se encontraba capaz de experimentar subjetivamente el asco y de reaccionar apropiadamente ante ello. Incluso con las precauciones necesarias en la evaluación del caso único, este dato parece sugerir que cuando se pierde la capacidad

de experimentar y expresar una determinada emoción, se pierde también la capacidad de reconocerla en los demás.

También se ha hipotetizado que los sistemas *espejo* intervienen en los procesos ejecutivos de algunos submódulos constitutivos del sistema de lectura de la mente hipotetizado por Baron-Cohen (de quien se ha hablado anteriormente), y algunos estudios de resonancia magnética funcional (Puce, Allison, Bentin, Gore, McCarthy, 1998) y datos neurofisiológicos (Carey, Perrett,Oram, 1997) parecerían sustentar esta hipótesis.

Baron-Cohen (1995) ha teorizado un vínculo entre seguir la dirección de la mirada y la teoría del mecanismo de la mente: la percepción de la mirada es un paso crucial para el desarrollo del sistema de lectura de la mente. Dos componentes del sistema, EDD y SAM (que se han esbozado anteriormente), se vinculan al movimiento de la mirada. El módulo EDD establece la equivalencia entre el acto de mirar y el estado mental de ver. El módulo SAM establece un vínculo entre el comportamiento de la mirada del agente y del observador permitiendo compartir el mismo estado mental sobre un dado objeto o acción. Un sistema de comparación del tipo *espejo* puede permitir al observador relacionar el comportamiento de la mirada del agente con el propio comportamiento.

Los datos experimentales neurofisiológicos que fundamentan el modelo de Damasio y las características del sistema *espejo* parecerían sugerir la presencia de procesos diferentes pero al mismo tiempo fuertemente interconectados en la elaboración de los *inputs* que concurren en la identificación de los estados mentales propios y ajenos y proporcionan una base biológica a la intersubjetividad. La identificación de los propios estados internos emocionales sucede fundamentalmente a través de complejos y articulados procesos que parten de los estímulos propioceptivos. Sin embargo, la activación interna de mapas sensoriales sin la intervención de los sistemas propioceptivos concurre también a la formación de representaciones de emociones, pero a través de los circuitos *espejo*. Probablemente, este canal proporciona *inputs* que participan en la representación de *resonancias empáticas* inducidas por la interacción con los demás y el reconocimiento de algunos estados mentales ajenos.

Efectivamente, como hemos ilustrado anteriormente, los circuitos *espejo* se activan en la detección de las acciones intencionales de los demás y se verían implicados en los módulos EDD y SAM: parecería, por tanto, que proporcionan *inputs* a los procesos de identificación de los estados mentales ajenos (ToMM), al menos en lo que concierne a las acciones intencionales y, probablemente, a las emociones.

Este modelo "de doble canal" puede representar un intento de integración y superación de la dicotomía entre la teoría de la teoría (que –como sabemos– postula un único mecanismo para la auto o para la heteroatribución de estados mentales) y la teoría de la *simulación mental* (en su versión *radical* propuesta por Goldman, 1993), que formula la hipótesis que los estados mentales son ante todo atribuidos en primera persona por el sujeto a sí mismo (por ejemplo, "yo creo que *p*"), y por lo tanto proyectados por él en los demás, "poniéndose en su lugar".

2.4. La dimensión interpersonal

Numerosas investigaciones y datos clínicos subrayan que el contexto interpersonal asume un papel importante en la regulación de las funciones de metarrepresentación (Fonagy, Target, 2001; Trevarthen, Kokkinaki, Fiamenghi, 1998; Trevarthen, Aitken, 2001).

Varias investigaciones experimentales han puesto de manifiesto que las capacidades de metarrepresentación del niño se desarrollan en el contexto de una relación segura (Fonagy, Target, 1997, 2001). Por ejemplo, el *Anxiety Separation Test*, un test proyectivo sobre la seguridad del apego, es un indicador predictivo de las capacidades de razonamiento en términos de creencia-deseo en los niños de tres a seis años. Otros estudios (Moss, Parent, Gosselin, 1995) detectan que la seguridad del apego de un niño hacia la madre es también un indicador predictivo de las capacidades de metarrepresentación que conciernen a la memoria, la comprensión y la comunicación. Las características de las interacciones familiares influencian las prestaciones de los niños en los ejercicios de falsa creencia y otros tests de teoría

de la mente; por ejemplo, el modo con el que los progenitores hablan a su propio hijo de las emociones (Dunn,Brown, Somkowski, Telsa, Youngblade, 1991) y la presencia de hermanos (Jenkins, Astington, 1996) mejoran los resultados.

Otros estudios (Fonagy, Target, 2001) revelan que el 82% de los niños con apego seguro hacia la madre superaban positivamente las tareas de razonamiento deseo-creencia, respecto sólo al 46% de los niños que habían mostrado un tipo de apego definido como inseguro. También Meins, Fernyhough, Russel, Clark-Carter (1998) encontraron porcentajes en la superación de ejercicios de falsa creencia por parte de niños de cuatro años y de ejercicios de comprensión de acceso a los datos por parte de niños de cinco años que se pueden sobreponer.

Niños abusados y/o descuidados muestran dificultades en reconocer y discriminar las expresiones emocionales (Pollak, Cicchetti, Hornung, Reed, 2000) y se expresan con un lenguaje simple y pobre para describir los propios estados internos (Beeghly, Cicchetti, 1994). El papel del estilo de apego en el reconocimiento de las emociones es por tanto crucial y numerosos estudios así lo evidencian.

El vínculo entre apego y comprensión emocional puede estar relacionado con una mayor o menor sensibilidad del cuidador hacia las emociones del niño, o bien con las modalidades, en el ambiente familiar, de manifestar y "de poner palabras" a las emociones (Harris, 1999). Un estudio de De Rosnay y Harris (2002) han revelado que niños seguros, de edades entre los tres y los seis años, mostraban una adecuada comprensión de las emociones elicitadas por contextos de apego, o bien de emociones de otro tipo. Otra investigación ha mostrado cómo niños en edad preescolar con apego seguro demostraban un reconocimiento específico, respecto a los controles, de las emociones a valencia negativa (Laible, Thompson, 1998). En edad adulta, dificultades en el reconocimiento emocional y rasgos alexitímicos resultan más marcados en sujetos con estilo de apego inseguro, en particular de tipo ansioso y miedoso (Troisi, D'Argenio, Peracchio, Petti, 2001).

¿Qué factores se piensa que vinculan el estilo de apego del niño al desarrollo e incremento de las capacidades metacognitivas? Según Fonagy y Target (2001), la buena calidad de la relación entre niño y

figura de referencia explicaría un efecto facilitador: el niño tendría un acercamiento más relajado al ejercicio presentado, una mayor disponibilidad para hacerse involucrar en actividades cognitivas y a relacionarse con el investigador. La sensibilidad del progenitor hacia los deseos del hijo, la capacidad de captar los cambios de su estado mental, la interacción lingüística focalizada en ideas y sentimientos en la base de las acciones, devuelven al niño una imagen de sí mismo como agente mental, dotado de y motivado por creencias y deseos, y facilitan los procesos de mentalización.

Otro factor de unión puede residir en la mayor predisposición de los niños seguros a beneficiarse de mediadores sociales específicos que a su vez facilitan la comprensión de los estados mentales (Fonagy, Target, 2001). Estos mediadores serían: 1) los juegos de simulación; 2) los intercambios comunicativos; 3) las interacciones con los iguales.

1) Niños seguros de tres años están más preparados para desarrollar e interaccionar en juegos de simulación respecto a niños evitativos (Asington, Jenkins, 1995; Dunn, Brown, Somlowski, Telsa, Youngblade, 1991); los juegos de simulación se consideran los precursores de la capacidad de metarrepresentar (Leslie, 1987).
2) Se ha esbozado anteriormente la importancia de los intercambios comunicativos y de un ambiente familiar "no alexitímico" para el desarrollo en el niño de una adecuada capacidad para reconocer y discriminar las emociones.
3) Los niños seguros obtienen puntuaciones mejores en las evaluaciones de las competencias en el grupo de coetáneos como la reciprocidad, popularidad, empatía (Park, Waters, 1989; Elicker, Englund, Sroufe, 1992); se ha observado que la mejor capacidad de regulación emocional mostrada por los niños seguros influía positivamente estas competencias (Contreras, Kerns, Weimer, Gentzler, Tomich, 2000).

La tesis de que las funciones de metarrepresentación estén influidas por el contexto interpersonal encuentra apoyo en informes clínicos y datos experimentales. Esto confirma una de nuestras hipótesis centrales: que la regulación de la relación terapéutica es

fundamental para el tratamiento de los déficits de metarrepresentación en pacientes con trastornos de la personalidad (Semerari, 1999a; Semerari, Carcione, Falcone, Nicolò, 2001; Semerari, Carcione, Nicolò, Falcone, 2002).

2.5. Una visión de conjunto

Podemos intentar sintetizar lo dicho hasta ahora en tres puntos:

1) La tesis fundamental de la versión modularista de la teoría de la teoría es que al menos una parte central del sistema subyacente a la capacidad de metarrepresentación es modular y emerge bastante precozmente en el curso del desarrollo. La teoría del mecanismo de la mente y el mecanismo de monitorización son modulares, pero esto no excluye que haya también otros mecanismos no modulares (véase por ejemplo la teoría del *elaborador de selección* en Leslie 2000). Los sistemas propioceptivos y los sistemas *espejo* proporcionan *inputs* a los mecanismos de nivel superior para la identificación de algunos estados mentales propios y ajenos.
2) En una fase posterior del desarrollo, los procesos cognitivos superiores para tareas más complejas requieren las funciones de metarrepresentación de base, puestas a disposición por la teoría del mecanismo de la mente y el mecanismo de monitorización, y las actividades de metarrepresentación superiores que se obtienen (por ejemplo, la diferenciación y la capacidad narrativa) pueden sin duda interaccionar (de manera no modular) con otros procesos cognitivos, siendo influidos y regulados por el contexto interpersonal, en particular por las relaciones de apego.
3) Nuestra hipótesis es que los déficits de metarrepresentación que observamos clínicamente en los pacientes con trastornos de la personalidad se encuadran dentro de esta arquitectura cognitiva compleja.

Nuestro modelo constituye un intento de integración de líneas de investigación en el ámbito de las diferentes áreas de las neurociencias y prevé un sistema con niveles múltiples de complejidad que concurren en la estructuración de aquellas funciones de metarrepresentación que observamos fenomenológicamente. Las investigaciones neurofisiológicas, las ciencias cognitivas y la clínica nos indican algunos de estos niveles: el sistema espejo, los sistemas modulares y no modulares, los sistemas motivacionales interpersonales. En un sistema así concebido, un déficit en una función de metarrepresentación puede considerarse como la consecuencia de un daño a uno o más niveles (recuérdese la discusión sobre los problemas internos o externos a un módulo).

Por ejemplo, para explicar la alexitímia podemos formular la hipótesis de que el mecanismo de monitorización (dedicado al reconocimiento de los propios estados internos, emocionales en este caso) esté intrínsecamente dañado. Pero el módulo puede estar intacto y el sujeto acceder correctamente a los estados internos, aunque las figuras de referencia hayan fracasado en enseñar al niño la atribución de la etiqueta lingüística correcta al estado percibido por él. Por ejemplo, el niño está angustiado y le dice al padre "me noto extraño", sin conseguir definir un estado de *arousal* desagradable que ha reconocido bien; la respuesta puede ser algo como "eso no es nada" o "no me molestes". Por lo tanto no se establece una correspondencia justa (*matching*) entre estado interno (reconocido por el mecanismo de monitorización) y etiqueta lingüística (prestada por el ambiente interpersonal) y el sujeto no aprende a categorizar la experiencia emocional (Dimaggio, comunicación personal). Queda claro que en la segunda hipótesis el déficit debería ser más sensible a la acción de la terapia, mientras que en el primer caso (el mecanismo de monitorización defectuoso) menos. Esto abre la vía para dos modalidades de gestión del déficit distintas: si están alterados los mecanismos cognitivos que rigen el déficit podrán resultar útiles técnicas de tipo psico-educativo; si en cambio el problema es de naturaleza interpersonal, la regulación de la relación terapéutica podrá tener un efecto potente en la superación del propio déficit. En su sujeto con dificultades para represen-

tarse la mente ajena (déficit de comprensión de la mente ajena), podemos formular la hipótesis de la existencia de un déficit en el módulo ToMM que hace posible la identificación de los estados mentales ajenos, o bien una disfunción a nivel de las aferencias mediadas por el sistema especular. O bien la teoría del mecanismo de la mente se halla intacta pero el sujeto ha recibido repetidas invalidaciones por parte de las figuras de referencia, cuando por ejemplo intentaba formular inferencias sobre el estado mental de uno de los padres, con pérdida de *feedback* de convalidación positiva respecto a la propia capacidad de leer correctamente los pensamientos de los demás.

Es posible formular hipótesis de este tipo para cada forma de déficit de metarrepresentación; un modelo así estructurado es falsable y puede ser objeto de investigaciones experimentales. Un ejemplo lo ofrece el paciente de Corea de Huntington, citado ya precedentemente, que presenta una incapacidad para identificar una única emoción (el asco) expresada, verbal y no verbalmente, por otra persona; en este caso es empíricamente verificable que el déficit depende de un daño localizado en áreas subcorticales específicas, implica algunos circuitos del sistema espejo y comporta también una dificultad del sujeto en identificar la propia emoción de asco. En este ejemplo, la imposibilidad de reconocer y "nombrar" un emoción determinada (facultad preservada, en cambio, para las otras emociones) aparece secundaria a una lesión específica a nivel de las estructuras subcorticales y del sistema espejo. Nuestro modelo prevé también que, en presencia de un déficit a un determinado nivel, otros niveles puedan desarrollar una función substitutoria. Un ejemplo lo proporciona la experiencia, explicada por Sacks (1995), de Temple Grandin, un paciente con el Síndrome Autista de Asperger, que tiene un déficit de comprensión de la mente ajena (hipótesis del módulo ToMM dañado), y que consigue sustituir esta dificultad gracias a una buena adaptación social y laboral y regulando las relaciones interpersonales mediante la referencia a un auténtico y particular decálogo de los comportamientos y de las emociones, en diferentes contextos y circunstancias, de los otros "seres humanos" (esta función integradora compensa el déficit presente en otros niveles).

En síntesis, las diferentes líneas de investigación presentadas nos permiten formular la hipótesis, en la arquitectura que proponemos, de posibles correlaciones entre:

a) la capacidad de *identificar* los propios estados mentales y 1) el sistema propioceptivo; 2) el mecanismo de monitorización descrito por Nichols y Stich;

b) las funciones de *comprensión de la mente ajena* y del *descentramiento* y 1) el sistema espejo; 2) los módulos ToMM-SP que hacen posible la identificación de los estados mentales ajenos y el *razonamiento* sobre nuestros estados mentales y los ajenos;

c) la capacidad de regulación y los procesos metacognitivos de *control* (que –se recordará– influyen la elaboración cognitiva regulando el flujo de las informaciones hacia el nivel objeto);

d) las funciones de *diferenciación*, *descentramiento* e *integración* y los niveles más elevados de la conciencia de metarrepresentación y narrativa.

Otra tesis que una arquitectura como la expuesta hasta aquí sugiere es que las diferentes funciones de metarrepresentación pueden verse afectadas por separado. Desde esta perspectiva, es lícito sostener la hipótesis de que alteraciones de subfunciones específicas contribuyen en la generación de cuadros clínicos diferentes (Semerari, Carcione, Falcone, Nicolò, 2001; Semerari, Carcione, Nicolò, Falcone, 2002). No tiene sentido, sea por la experiencia clínica, sea por implícitos teóricos, sostener una correspondencia punto por punto entre el déficit de una subfunción y un cuadro nosográfico. Se puede sostener, no obstante, que una alteración localizada de las habilidades psicológicas superiores impide ejecutar determinadas operaciones que guían la disfunción mental en ciertas direcciones. Una deficiencia en reconocer las propias emociones y su nexo con el curso de las relaciones conducirá, por ejemplo, hacia formas de autarquía mental, favoreciendo cuadros como la personalidad narcisista, evitativa y no otras como las personalidades paranoides, que están en cambio constantemente atentas a intuir el estado del mundo (fuente constante de amenaza) a partir de las propias señales emocionales. Sin embargo, no es suficiente conocer el perfil de disfunciones de

metarrepresentación para comprender un cuadro nosográfico, pero es necesario reconstruir otros elementos (sistemas de significados, ciclos interpersonales, estilo decisional) (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002; ver primer capítulo). A través de instrumentos adecuados, como la Escala de Evaluación de las Funciones Metacognitivas (SvaM), es posible someter este modelo a verificación empírica y comprobar la hipótesis de que nuestra capacidad de metarrepresentación se halla subdividida en subfunciones dotadas de relativa independencia (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Alleva, 2003). Por otra parte, una vez que estén disponibles datos empíricos adecuados sobre qué tipo de perfil de disfunciones de metarrepresentación caracteriza cada uno de los trastornos de la personalidad, será posible formular hipótesis más completas sobre la arquitectura cognitiva de dichos trastornos, como las expuestas precedentemente a propósito del autismo y la esquizofrenia.

2.6. Evaluación de las funciones de metarrepresentación e identificación clínica de sus déficits

En el modelo de psicoterapia de los trastornos de la personalidad que expondremos, las capacidades de metarrepresentación asumen un papel crucial porque su disfunción incide directa y negativamente en la construcción de la relación terapéutica y en el curso y los éxitos del mismo proceso terapéutico. Los pacientes afectados por trastornos de la personalidad no sólo ejecutan con dificultad las operaciones mentales necesarias para que las diferentes técnicas terapéuticas resulten eficaces, sino que no consiguen construir y mantener una alianza con el terapeuta a causa de los déficits de memorización y evocación de lo elaborado en consulta, sobre todo por las dificultades para "representarse" la mente del terapeuta.

De ello se desprenden dos consecuencias fundamentales: a) la necesidad de una detección precoz de los déficits de metarrepresenta-

ción; b) la necesidad de una atención específica a la gestión y superación de los déficits durante las sesiones y como objetivo a largo plazo.

En el trabajo *Psicoterapia cognitiva del paciente grave* (Semerari, 1999b) presentamos la Escala de Evaluación de las Funciones Metacognitivas (SVaM), que se aplicó a transcripciones de sesiones grabadas para evaluar el perfil de déficits de metarrepresentación y las variaciones durante la terapia en algunos casos individuales (Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci, Alleva, 2003). La estructuración de la escala, con sus sub-ítems, puede constituir una orientación válida para el terapeuta; sin embargo, es la representación general que éste se forma de los estados mentales del paciente y de su mundo intersubjetivo lo que permite la evaluación clínica de las funciones de metarrepresentación.

Esta representación general se obtiene, a su vez, de la evaluación de diferentes índices:

1) respuestas a preguntas específicas del terapeuta;
2) evaluación de indicadores verbales y narrativos del paciente;
3) representación de la mente del paciente por parte del terapeuta;
4) identificación de las funciones de metarrepresentación en base a los ciclos interpersonales.

2.6.1. Respuestas a preguntas específicas del terapeuta

Las preguntas sirven para identificar específicamente las diferentes habilidades de metarrepresentación; por ejemplo, pedir al paciente que defina una emoción o pensamiento específico y que lo relacione con diferentes situaciones elicitantes permite evaluar las capacidades de caracterización y de poner en relación variables mentales; preguntas que exploran la actitud del paciente para admitir puntos de vista alternativos respecto a las propias convicciones iluminan sobre la capacidad de diferenciar, etcétera.

2.6.2. Evaluación de indicadores verbales y narrativos del paciente

Entre los elementos que contribuyen a una evaluación diagnóstica de las funciones de metarrepresentación, puede incluirse tam-

bién la consideración de los indicadores verbales siempre que sean expresión de estados epistémicos y no de simples expresiones coloquiales. La denominación exacta de una emoción puede orientar, por ejemplo, hacia una válida capacidad de identificación; así, indicadores de causa-efecto como "le ha causado", "me hace sentir", pueden estar vinculados a capacidades de poner en relación las variables mentales.

Se presta también una atención especial a la estructura narrativa de los discursos del paciente. Una estructura coherente, articulada y clara puede ser índice de buenas capacidades integradoras; y viceversa, un discurso caótico, fragmentado, una línea narrativa en la que los episodios se superponen o se alternan, y con variaciones imprevistas de los personajes, debe inducirnos a una evaluación más precisa de eventuales déficits de las funciones integradoras.

2.6.3. Representación de la mente del paciente por parte del terapeuta e identificación de las funciones de metarrepresentación en base a los ciclos interpersonales

Este aspecto, junto al siguiente, relativo a los ciclos interpersonales, contempla la enorme posibilidad que el terapeuta tiene de evaluar las habilidades de metarrepresentación del paciente a través de la observación de las propias representaciones mentales. De paso, aunque se trate de una cuestión sobreentendida en todo el tratamiento, todo ello implica que posea adecuadas capacidades de metarrepresentación y que haya sido "entrenado" para utilizarlas y potenciarlas en su formación o en supervisión.

Las representaciones que el terapeuta se forma del estado mental del paciente son bastante específicas y típicas en relación a los diferentes déficits de metarrepresentación.

Los déficits en los requisitos básicos resultan inmediatamente reconocibles ya desde la primera entrevista clínica después de que el paciente evoque en el terapeuta sensaciones de incomprensión y extrañamiento.

Con un paciente que presenta un déficit de identificación, el terapeuta advierte una gran dificultad en representarse la mente de su

interlocutor, percibe una especie de muro insalvable que dificulta la "legibilidad" de los procesos mentales del otro, una opacidad que provoca la misma sensación molesta y dolorosa que el propio paciente siente (véase el primer ejemplo clínico al principio del capítulo).

Por las dificultades que el paciente nota a la hora de construirse representaciones intersubjetivas y comprender las intenciones comunicativas de los demás, los diálogos resultan partidos, lentos, fragmentados por pausas vacías y pesadas y el terapeuta puede sentir aburrimiento y tender fácilmente a distraerse.

Cuando por el contrario el terapeuta se relaciona con un paciente con déficit de descentramiento, sobre todo si va asociado a suspicacia paranoica, suele advertir sensaciones de alarma, peligro por una imprevista y/o tormentosa ruptura de la relación terapéutica, y una percepción constante de precariedad.

Los déficits en la función integradora del paciente generan, en la mente del terapeuta, representaciones de caoticidad, fragmentariedad y confusión de las explicaciones y de la historia de vida del paciente. Cuando un paciente presenta déficit de diferenciación, con frecuencia el terapeuta notará una sensación de impotencia e inutilidad en el diálogo terapéutico, y tenderá a asumir una actitud prudente y defensiva frente a las convicciones absolutistas y perentorias de su interlocutor.

Los pacientes con déficit de regulación pueden inducir en el terapeuta sentimientos ambivalentes que van desde el impulso de proteger y "sustituir" al paciente en sus intentos infructuosos o inadecuados de afrontar las tareas cognitivas, emocionales e interpersonales, a sensaciones de frustración, si no rabia, ante "la falta de voluntad" del paciente.

En los capítulos dedicados a la terapia veremos cómo el terapeuta actúa sobre sus procesos mentales para favorecer condiciones interpersonales que permitan elevar el nivel de habilidades de metarrepresentación del paciente. Anticipamos un ejemplo: aquellas sensaciones de vacío y de dificultad comunicativa que el terapeuta advierte al relacionarse con un paciente con déficit de identificación de los estados mentales propios y/o ajenos, pueden inducir en el tera-

peuta, si él no se da cuenta, un estado de desinterés; esto, a su vez, confirma la idea del paciente de ser poco interesante y estar destinado a ser excluido. Si el terapeuta revela al paciente su estado, con una intervención del tipo: "Me doy cuenta de que me he distraído; pero he tenido la sensación de que usted se mantenía lejano, como si tuviera poca confianza en mi capacidad para ayudarle y en mi interés en curarlo", esto puede ayudar al paciente a conectar las reacciones esperadas de los demás con los propios comportamientos, mejorando así las habilidades de descentramiento.

3 Líneas generales de tratamiento de los trastornos de la personalidad

Laura Conti y Antonio Semerari

3.1. Introducción

En este capítulo discutiremos las líneas de tratamiento comunes a los trastornos descritos en este volumen, deteniéndonos en los objetivos estratégicos de la terapia, las técnicas para alcanzarlos y los criterios para decidir las prioridades de la intervención. La particular trama de sufrimiento subjetivo y estilos de vida inadaptados que se produce en los trastornos de la personalidad comporta que la terapia tenga un doble objetivo: reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de la vida. En la génesis y mantenimiento del sufrimiento y estilos de vida patógenos se encuentran las interacciones entre déficit de metarrepresentación, estados mentales problemáticos y, habitualmente, escasas habilidades sociales. La reducción de estos factores es lo que entendemos por objetivo estratégico de la terapia.

La mejora de la calidad de la vida está estrechamente ligada a la de las funciones de metarrepresentación. Mediante éstas podemos comprender nuestras preferencias y nuestra dirección en el mundo, crear vínculos de pertenencia, gobernar la ejecución de tareas, regular las relaciones interpersonales, corregir previsiones y creencias. Cuando están ausentes o limitadas, la calidad de vida empeora.

En los trastornos de la personalidad el sufrimiento se organiza en estados mentales problemáticos: patrones recurrentes en los que se asocian representaciones de modo estable, estados del cuerpo, emociones dolorosas y poco dominables. Éstos entran a formar parte de círculos viciosos. Destinados a mantener estos circuitos, existen también estados connotados por emociones positivas, perseguidos de forma coercitiva: dependencia cálida, gratificaciones narcisistas, huída hacia actividades solitarias. En estos casos, lo que los hace patógenos es el peso que tienen en el mantenimiento del equilibrio disfuncional. Las representaciones de los estados problemáticos contienen, predominantemente, descripciones y previsiones negativas sobre las relaciones que pueden generar, a su vez, ciclos interpersonales que contribuyen a empeorar la calidad de la existencia.

La patología se manifiesta no sólo mediante la presencia de estados dolorosos agudos, sino también a través de la ausencia o escasez de estados positivos. Los momentos de satisfacción, placer y bienestar interpersonal son muy raros. La terapia deberá, por ello, eliminar los obstáculos que impiden el acceso a estados positivos (Horowitz, 1987) y, cuando sea posible, favorecer la construcción de otros nuevos.

Finalmente, una apreciación acerca de las habilidades sociales. Los manuales diagnósticos sitúan el surgimiento de los trastornos de la personalidad en la primera edad adulta. Sin embargo, en sus explicaciones, los pacientes con un grave retiro social destacan sus dificultades en la relación humana desde mucho antes: no han frecuentado nunca un grupo de amigos ni han tenido una relación sentimental. De este modo, se han perdido las ocasiones naturales para aprender algunas reglas implícitas de comportamiento social. La falta de aprendizaje se convierte, a su vez, en causa de las dificultades de metarrepresentación en tanto que dificulta la adquisición de informaciones sobre las experiencias de los demás; conocimientos útiles para la posibilidad de reducir el propio déficit. Además, la ausencia de habilidades sociales y experiencia incrementan las probabilidades de un curso negativo de las relaciones con el resultado de confirmar y hacer más invasivos los esquemas patógenos. Alentar a un paciente con estas dificultades hacia una mayor inserción social sin pro-

porcionarle instrumentos adecuados, comporta el riesgo de exponerlo a situaciones humillantes y dolorosas.

En síntesis, déficits de metarrepresentación, estados mentales y ciclos interpersonales problemáticos y ausencia de habilidades sociales se potencian recíprocamente en círculos viciosos de automantenimiento. El tratamiento tiene el objetivo de romper estos circuitos y favorecer ciclos virtuosos. Sin embargo, justamente la interdependencia y la complejidad de los factores psicopatológicos hacen difícil decidir sobre cuál de ellas es preciso concentrar la intervención en una determinada fase de la terapia. Los principios que, a nuestro parecer, deben guiar el proceso decisional son, por este orden: no perjudicar, crear las condiciones de eficacia para la intervención técnica, dirigir la intervención hacia el aspecto de la psicopatología que, en ese momento, está incidiendo más en la seguridad del paciente o en el sufrimiento subjetivo o que tiene mayor peso en el mantenimiento del andamiaje psicopatológico.

Dentro del concepto de ciclo interpersonal problemático describiremos la fuerte tentación de todo terapeuta de pasar precipitadamente a la acción, generando un posible daño para el paciente, riesgo que merece, a todas luces, una atención prioritaria.

Existen, por otra parte, condiciones sin las cuales ninguna intervención puede ser eficaz. Algunas de éstas pueden relacionarse con la seguridad y la integridad física del paciente y se discutirán en el capítulo sobre el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Existen tres precondiciones comunes a todos los cuadros clínicos: el clima emocional en el que se desarrolla la intervención, las habilidades de metarrepresentación y la alianza terapéutica. Ninguna intervención es eficaz si se desarrolla, por ejemplo, en un clima totalmente anodino. De ahí la necesidad de regular oportunamente el tono emocional de la sesión. De la misma manera, ninguna intervención puede resultar eficaz si el paciente no se halla, en ese momento, en condiciones de tener una metarrepresentación de sus estados mentales y de reflexionar sobre ellos. Cabe destacar que la mejoría de las funciones de metarrepresentación asume una doble apariencia: objetivo estratégico final de la terapia y precondición para su eficacia. En

realidad, la ambigüedad es sólo aparente. Como objetivo estratégico nos referimos a una mejoría estable y generalizada de estas funciones. Como prerrequisito nos referimos a una mejora transitoria a obtener en el aquí y ahora de la sesión a fin de abrir el camino a la intervención sobre los objetivos estratégicos. No obstante, está claro que la repetición de intervenciones puntuales en la sesión es también una de las formas de persiguir el objetivo estratégico. Finalmente, todas las psicoterapias, incluidas las de los trastornos de la personalidad, necesitan una buena alianza terapéutica. La regulación de la alianza en estos pacientes es complicada a causa de dos factores: la naturaleza negativa de las expectativas interpersonales y los déficits de metarrepresentación. Todos estos aspectos –salida de los ciclos interpersonales patógenos, regulación del tono emocional, de la metarrepresentación y de la alianza– se llevan a cabo a través de la gestión de la relación terapéutica. Por lo tanto, en este capítulo se describirán en el apartado sobre la regulación de la relación. Una vez regulada la relación para evitar dañar y crear las condiciones para el tratamiento, el terapeuta puede orientar su atención hacia la consecución de los objetivos estratégicos utilizando su armamento técnico. Éste será el contenido del segundo apartado.

3.2. La regulación de la relación, no perjudicar: los ciclos interpersonales problemáticos

El precepto hipocrático de "no perjudicar" asume una particular relevancia para quien se ha ocupado del tratamiento de los trastornos de la personalidad, en el que sentirse empujado a actuar de manera antiterapéutica es un hecho frecuente y parte de la historia natural de cada psicoterapia. El concepto clave para comprender este fenómeno es el de ciclo interpersonal (Safran, Segal, 1990) expuesto en el primer capítulo. El punto que nos interesa subrayar aquí es que, en estos tratamientos, los ciclos problemáticos se activan con intensidad y frecuencia mucho mayores que en las terapias de los trastornos del Eje I, condicionando profundamente la relación y el curso del proce-

so. En estos trastornos, los efectos de los esquemas interpersonales patógenos y de los déficits de metarrepresentación se refuerzan recíprocamente. Los primeros hacen que los pacientes entren en relación con actitudes, de vez en cuando, agresivas, temerosas, indiferentes, desconfiadas y evitativas. Los segundos les impiden reflexionar sobre su propia postura relacional y comprender las intenciones del otro, impidiendo que las previsiones contenidas en los esquemas sean correctas. Todo ello induce en el terapeuta emociones que, si se activan, pueden reforzar la psicopatología. Sin embargo, precisamente la regularidad con la que se presenta el problema puede tener una ventaja terapéutica. Tratando sobre las reacciones de contratransferencia con los pacientes límite, Clarkin, Yeoman y Kernberg (1999) observan cómo éstas se encuentran determinadas por tres factores: el carácter del paciente, el carácter del terapeuta y la naturaleza de la psicopatología. Los autores observan con agudeza que cuanto más grave es la psicopatología menos importancia tienen las características personales del terapeuta y las características del paciente no estrechamente ligadas a la patología. Esta afirmación puede ser compartida y extendida a todos los pacientes con trastorno de la personalidad. La psicopatología tiende a anular las características individuales del paciente y del terapeuta y a inducir ciclos problemáticos siempre iguales, pero característicos de cada tipología de trastorno. La ventaja terapéutica del hecho de que se repitan los mismos tipos de ciclos interpersonales en pacientes con el mismo diagnóstico y déficits de metarrepresentación análogos radica en la posibilidad de poder aprender a reconocer precozmente las señales y a utilizar estrategias de dominio. De esto se desprende que, para los trastornos graves, es posible llegar a una taxonomía de los ciclos interpersonales problemáticos que describiremos a lo largo del libro. Algunos ciclos se presentan con algunos marcadores relacionales que se pueden resumir en lo que Safran y Muran (2000) denominan la categoría del *retiro*, mientras que otros se manifiestan a través de la *confrontación* (*ibíd.*), habitualmente agresiva, con el terapeuta. Para dominar la tendencia a actuar en una dirección antiterapéutica, que se advierte cuando se está implicado en un ciclo problemático, es necesario recu-

rrir a las *operaciones de disciplina interior* (Safran, Segal, 1990). Estas podrían llamarse también operaciones empáticas, pero la expresión *disciplina* nos parece más adecuada para recoger la idea del esfuerzo necesario para resituarse mentalmente de manera contraria a la tendencia espontánea que emerge de la interacción con el paciente. Estas operaciones consisten esencialmente en un doble movimiento interior. En un primer momento el terapeuta se focaliza en sus propias sensaciones intentando identificar el propio estado mental problemático para recoger los aspectos cognitivos, emocionales y relacionales esenciales. En un segundo momento el foco se mueve hacia el paciente y el terapeuta se pregunta qué, de su propia experiencia, es compartido y qué es complementario a la experiencia del paciente. La primera fase permite al terapeuta reconocer el propio estado mental. La segunda permite reconocer los puntos en común. Cuando las operaciones de disciplina interior consiguen hacer esto, destierran por sí mismas el ciclo, moviendo al terapeuta de una perspectiva antiterapéutica a una perspectiva empática desde la cual comprender el estado mental del paciente o el propio papel en su determinación y mantenimiento. Cabe subrayar que estos procesos no constituyen aún un acto terapéutico. La disciplina interior es un acontecimiento privado del terapeuta, una regulación del propio estado mental, cuyo objetivo es detener la tendencia hacia la acción nociva. Una vez realizadas con éxito, colocan al terapeuta en una posición ventajosa para llevar a cabo una metacomunicación terapéutica (Safran, Muran, 2000). De todos modos, si se produjera la activación de un ciclo problemático, dominarlo se consideraría prioritario a cualquier otro tipo de intervención. Para ilustrar las operaciones de disciplina interior describiremos, a modo de ejemplo, los ciclos del desapego interpersonal.

3.2.1. Ciclo del desapego interpersonal

Algunos pacientes con trastorno de la personalidad por evitación presentan, entre las características relevantes, dificultades de monitorización, de metarrepresentación y esquemas interpersonales centrados en una imagen de sí mismo como diferente, inadecuado e inferior,

que promueven el no compartimiento de la experiencia y la tendencia al desinterés. La combinación de estos dos factores hace la mente de estos pacientes opaca para el terapeuta y difícil el diálogo con ellos. Durante muchas sesiones se advierte el peso de una conversación trabajosa con un desconocido, que responde a monosílabos y espera en silencio la siguiente pregunta a la que dará una respuesta igualmente lacónica. En ocasiones, el paciente parece no comprender las intenciones de las preguntas del terapeuta y sus respuestas no proporcionan información más allá de lo estrictamente necesario. En estas condiciones el terapeuta se aburre y empieza a apartarse mentalmente del trabajo. Se sorprende a sí mismo con la mente vagando por cuestiones que nada tienen que ver con el paciente, mirando el reloj de reojo y preguntando con el único objetivo de hacer pasar el tiempo.

Recordemos que las operaciones de disciplina interior están constituidas por dos movimientos. En el primero, focalizando sobre el propio estado interno, el terapeuta se hace consciente de su progresivo extrañamiento respecto al paciente. En el segundo, focalizándose en el paciente, puede captar cómo dicha sensación de extrañamiento es en él especular, invasiva y crónica. Llegados a este punto, la conciencia de la dimensión compartida puede ser utilizada con fines terapéuticos con las técnicas que ilustraremos más adelante.

Un ciclo de desapego, en muchos casos análogo, se verifica con el paciente con trastorno narcisista de la personalidad. Éstos comparten con los pacientes evitativos la dificultad de monitorización y el esquema de extrañamiento y de ser diferente. Contrariamente al evitativo, la distancia respecto al otro es gestionada con una sensación de superioridad, connotada, a veces, de tonos de desprecio. Los discursos están privados de referencias a emociones y necesidades, llenos de consideraciones teóricas, detalles de los que no se capta la relevancia psicológica y descripciones de otros de quienes se recalca la insuficiencia e inadecuación.

El terapeuta se siente habitualmente incómodo, se pregunta porqué se explican hechos psicológicamente irrelevantes o se discute sobre teorías que, aparentemente, no hacen referencia a la problemática personal del paciente. Se da cuenta que carece de un papel

terapéutico a desarrollar, tiende a identificarse con las personas de quien el paciente habla mal y tiene la impresión de sentir sus mismos sentimientos hacia él. El primer impulso es el de intervenir para redimensionar la imagen grandiosa. Si detiene dicho impulso, tiende a inhibirse desentendiéndose del trabajo terapéutico. En la primera fase de la operación de disciplina interior el terapeuta se debe focalizar en su sensación de incomodidad y desapego. Concentrándose sucesivamente en el paciente, puede captar cómo la actitud del paciente hacia los demás se asemeja a la suya hacia el paciente. En ese momento comparte con el paciente la imposibilidad de obtener placer de un intercambio interpersonal. También en este caso la conciencia de la dimensión compartida constituye el punto de vista más ventajoso para operaciones terapéuticas.

3.3. Requisitos para la eficacia

3.3.1. Tono emocional y tono hedonista de la sesión

La regulación del tono emocional de la sesión es un prerrequisito para cualquier intervención eficaz por dos razones. La primera es que algunos estados emocionales particularmente intensos impiden y obstaculizan la capacidad de reflexionar de manera útil sobre los propios estados mentales. La segunda, menos intuitiva, hace referencia al uso que el paciente hará de las entrevistas en su vida cotidiana. Una sesión de psicoterapia es eficaz si es recordada y evocada por el paciente para comprender y regular su conducta. La cuestión de cómo y cuándo un paciente evocará la sesión es un problema complejo en el tratamiento de los trastornos de la personalidad que trataremos más adelante. Aquí queremos detenernos en un aspecto. Lo que se evoca no es el contenido cognitivo sino el contenido cognitivo marcado por la memoria sensorial, por el tono emocional de la sesión. Además, en los pacientes con trastorno de la personalidad es particularmente acentuado el *efecto de congruencia del estado de ánimo*, es decir, la tendencia a evocar y a seleccionar las informaciones según el estado emocional actual. De una entrevista evocada en un

momento de rabia se seleccionarán los elementos coherentes con la rabia, si el estado es desesperado se recordarán, extraídas de contexto, las frases que alimentan la desesperación. Este efecto se verá acentuado por sesiones emocionalmente desequilibradas o caóticas que facilitan la tendencia natural a la distorsión del recuerdo. Una sesión emocionalmente bien regulada es aquélla en la que está presente la sensación de dominio. Justamente porque es necesario evocar los estados más dolorosos es de vital importancia que esto suceda en un clima en que sea perceptible la posibilidad de comprenderlos, afrontarlos y dominarlos. El objetivo es facilitar en el paciente la evocación del clima tranquilizador de la sesión en el momento en que se encuentre solo ante el dolor. Al evocar el recuerdo de este clima se facilita también el recuerdo del contenido cognitivo de la entrevista y de las observaciones del terapeuta que pueden favorecer la distancia crítica y el dominio. Los climas problemáticos sobre los que nos detendremos en este apartado son el desapego complaciente, la desesperación, la alarma urgente y la desmotivación.

Algunos pacientes, más o menos conscientemente, evitan mostrar al terapeuta aspectos significativos de la psicopatología. En la base de esta actitud pueden hallarse diversos motivos. En algunos casos, habitualmente de pacientes límite con fuertes aspectos disociativos, se trata de un tipo de anestesia defensiva de estados percibidos como imposibles de afrontar. Con frecuencia destaca el componente disociativo. El desapego emocional expresada por el tono de voz contrasta con el contenido dramático de las explicaciones, la sonrisa con el miedo expresado por la mirada, la tranquilidad de los tonos con una expresión de rabia. Habitualmente subyace la idea de que algunos aspectos de sí mismo son inaceptables y pueden espantar o herir al terapeuta. En cambio, otros pacientes, particularmente con trastorno de la personalidad por dependencia, manifiestan una complacencia espontánea, consiguen captar las expectativas del terapeuta y asumen una actitud de pleno y partícipe acuerdo. En la sesión pueden parecer conscientes y decididos al cambio pero dicha actitud se pierde apenas ha salido del despacho. Las intervenciones prototípicas con las que afrontar estas situaciones son de este tipo:

T.: Disculpe, me está hablando de cosas extremadamente dolorosas y traumáticas con un tono de profunda indiferencia. Sin embargo, mientras hablaba, su expresión parecía de miedo. ¿Le asusta hablar de estas cosas?

O bien:

T.: No me malinterprete, no es una crítica, pero a veces tengo la impresión de que me da la razón más porque le desagradaría rectificarme que por profunda convicción. Sabemos que puede tener estos excesos de delicadeza. Pero si en algún momento no está del todo convencida, dígamelo. Le aseguro que así contribuye al trabajo terapéutico, no lo obstaculiza.

Otro clima emocional a contrastar es aquél en el que el paciente se siente desesperanzado. El terapeuta debe afirmar explícitamente su confianza en los recursos del paciente y de la terapia. Para resultar creíble el terapeuta debe haber logrado dos condiciones. En primer lugar, debe haber sido igualmente franco y explícito con el paciente en la descripción del trastorno y de su gravedad. La seriedad y el realismo con que se discute con el paciente acerca de sus dificultades es la otra cara de la confianza de fondo en el hecho de que tales dificultades puedan ser reducidas y dominadas. La expresión típica con que un terapeuta puede contrastar los estados de desesperación suena más o menos así:

T.: No quisiera que pensase que no tomo en cuenta la seriedad de su trastorno. Pero soy consciente que me creería si le dijera que tengo plena confianza en sus posibilidades de mejorar radicalmente, y que tal confianza se basa en evaluaciones realistas que estoy dispuesto a discutir con usted todo el tiempo que sea necesario…

Este equilibrio entre expresiones de realismo clínico y confianza requiere de un terapeuta que disponga realmente de un optimismo de fondo sobre la utilidad del tratamiento. Perris (1993) nos ofrecía una lección ejemplar, cuando nos recordaba que no existe ningún paciente tan grave por el que sea imposible hacer nada útil. No se trata de una cuestión personal del terapeuta. Dado que una desconfianza crónica suya constituye el peor factor de pronóstico para la terapia, éste tiene la tarea de intentar mantener activo dicho opti-

mismo. Los instrumentos a los que puede recurrir son esencialmente dos: el análisis preciso del caso y el apoyo de los compañeros del equipo o de la supervisión.

Otro clima emocional a contrastar con la regulación de la relación lo constituye la sensación de urgencia dramática y pavorosa que algunos pacientes sienten y comunican. Los pacientes con déficit de regulación emocional y con desorganización de los estados mentales plantean peticiones apremiantes y caóticas de intervenciones inmediatas que puedan aliviar la intensidad de su sufrimiento. El terapeuta puede advertir, a su vez, una sensación de pavor, tener imágenes del paciente cometiendo imprudencias, estar preocupado por las consecuencias legales o de imagen profesional que tales acciones podrían tener sobre él y encontrarse pensando caóticamente en medidas de contención desprovistas de una estrategia coherente. Este estado informa de que se ha entrado en un ciclo interpersonal problemático. No se trata de negar la necesidad eventual de medidas particulares que reduzcan el estado de malestar. La cuestión consiste en crear un clima emocional en el que cualquier medida sea vivida como una estrategia de dominio razonada y no como una respuesta caótica ante una situación que se está escapando de las manos. La intervención prototípica en estos casos puede resumirse de este modo:

T.: Me doy cuenta de que usted está mal y tiene necesidad de hacer cualquier cosa de inmediato. Pero ahora intentemos razonar y estoy seguro de que haremos frente a la situación. Hay varias cosas que podemos hacer: vernos con más frecuencia, llamarnos más frecuentemente por teléfono, implicar a las personas que le sean cercanas para ayudarle, tomar (o modificar) una terapia farmacológica, recurrir a un ingreso temporal. Discutámoslas con calma y veamos cuáles son las mejores. Si éstas no bastaran, consideraremos otras.

Otro clima emocional a contrastar es el de la desmotivación. Algunos pacientes se sienten habitualmente vacíos, privados de intereses. La vida y su misma persona les parecen desprovistas de sentido y transmiten al interlocutor un profundo sentimiento de inutilidad. El terapeuta puede sentirse a su vez desmotivado o reaccionar con un activismo que acentúa la distancia interpersonal. El objetivo de levantar el tono hedónico de la sesión requiere un terapeuta aten-

to para captar y valorar los momentos en que el paciente ha aparecido más vital. Aunque se encuentre desmotivado es difícil que un paciente no haya tenido nunca algún interés o pasión por cualquier actividad o tema. El terapeuta que ha captado los momentos de genuino interés puede recordárselos al paciente en los momentos de vacío desmotivado. Por ejemplo:

T.: Entiendo que en este momento todo le parezca inútil y se sienta desmotivado. Pero no puedo olvidar que habitualmente me habla de sus intereses de manera viva y participativa. Me ha impresionado, por ejemplo, la manera en que describía sus salidas en barco.

Una vez identificados los temas que motivan al paciente, el terapeuta puede utilizarlos para mejorar el tono hedónico de la sesión. Dado que ninguna intervención puede ser eficaz si el paciente está emocionalmente apagado, el terapeuta no debe dudar en hablar de fútbol, cine, electrónica, música o de cualquier tema que haya notado que suscite una reacción de interés vital.

3.3.2. Mejoría de las funciones de metarrepresentación en sesión

Los déficits de metarrepresentación en los trastornos de la personalidad no constituyen una entidad estable y fija, sino que se resienten, positiva o negativamente, de la marcha de las relaciones interpersonales (Fonagy *et al.*, 1995; Semerari, 1999b). En base a este principio se han propuesto diferentes modalidades de regulación de la relación terapéutica con el objetivo de obtener una mejora, al menos temporal, de la capacidad del paciente para explorar y modular los propios estados mentales. Estas intervenciones presentan algunas características comunes: 1) subrayan el valor y el significado de lo que piensa y siente el paciente; 2) revelan algunos aspectos de los estados mentales del terapeuta y de la manera en que éste participa en la relación (Safran, Muran, 2000); 3) subrayan la dimensión compartida entre la experiencia del paciente y la del terapeuta (Dimaggio, Semerari, en prensa; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Nicolò, 2000). Las más importantes, que describiremos a continuación, son las intervenciones de validación, revelación y compartimiento.

3.3.2.1. Validación

La técnica de validación consiste en dar valor a la experiencia subjetiva del paciente. Ha sido descrita detalladamente por Linehan (1993) en relación con el tratamiento del trastorno límite, pero puede ser extendida a todos los pacientes que tienden a desacreditar la propia experiencia subjetiva. En particular se hace necesaria cuando el paciente se encuentra en un estado autoinvalidante, un estado mental en el que juzga negativamente o intenta suprimir cualquier aspecto de la propia experiencia, considerándola indigna, equivocada, horrible o inaceptable para los demás. En este estado en el que tiende a juzgar o a negar, más que a comprender, los propios procesos mentales, el paciente no se halla en condiciones de reflexionar sobre ellos de manera constructiva. El punto de apoyo de la intervención debe estar orientado a comunicar que hay un significado importante, que puede comprenderse sobre la base de los acontecimientos y la situación, así como un núcleo de valor en esa experiencia, por otra parte, disfuncional. Por ejemplo:

T.: Entiendo la sensación que tiene de frustración, de vergüenza y de irritación hacia sí mismo al realizar tantos esfuerzos y ver tan pocos resultados. Pero imagine cualquier persona que deba estudiar con alguien detrás de la espalda que le dice constantemente en tono despectivo: "¡Venga! ¡A ver qué sabes hacer! Venga, venga, ¿qué has entendido? ¿Te acuerdas de la primera parte? ¿Y cuántas páginas has hecho?". Usted estudia en estas condiciones, pero siendo usted mismo quien se tortura. ¿Cuántos podrían obtener mejores resultados que usted?

La intervención de validación se mueve en la búsqueda del equilibrio óptimo entre aceptación y cambio, destacando, a la vez, lo que es válido y lo que es dolorosamente disfuncional. Para captar ambas dimensiones el terapeuta debe disponerse para realizar una escucha empática preguntándose "¿qué sentiría y qué haría yo si estuviera convencido de lo que está convencido el paciente?". Este tipo de intervenciones mejoran las funciones de metarrepresentación en tanto que eliminan algunos obstáculos para la reflexión sobre sí mismo, animan al paciente a pensar sobre su propia experiencia de manera no inqui-

sidora, le tranquilizan ante la idea de deber hacer frente a aspectos inaceptables y permiten discutir sin el temor de que el interlocutor crea que está muy equivocado o se asuste. La validación se revela también como un instrumento precioso en otro tipo de circunstancias en las que el paciente vive de manera sintónica comportamientos que pueden resultar gravemente disfuncionales. Esta condición es, en cierto sentido, simétrica a la del estado autoinvalidante. En la primera, el paciente acepta totalmente y atribuye también valor a las conductas mayormente psicopatológicas, mientras que, en la condición autoinvalidante, considera también patológicas las experiencias más comunes. En estos casos las intervenciones de validación crean las condiciones relacionales para poder disentir de manera provechosa y para favorecer un distanciamiento crítico. Por ejemplo:

T.: Entiendo que se enfurezca cuando siente herida su dignidad personal y entiendo que haya sentido que le critican cosas de las que se siente orgulloso. Créame, estoy profundamente convencido de que hace bien en defenderse sobre este punto. Debo, sin embargo, decirle, con igual sinceridad, que tengo la impresión de que está corriendo el riesgo de volverse hipersensible a cualquier crítica, aunque sea hecha con las mejores intenciones y con espíritu no ofensivo.

3.3.2.2. Revelación

La revelación consiste en declaraciones explícitas, por parte del terapeuta, sobre lo que está sintiendo y pensando en un momento dado. Recurrir a esta técnica es necesario con pacientes que presentan graves dificultades de descentramiento y comprensión de la mente de los demás. De este modo el terapeuta intenta reproducir las dificultades del paciente en comprender sus intenciones. No es casual que esta actitud haya sido recomendada con pacientes delirantes o con ideación paranoide (Kingdon, Turkington, 1994; Nicolò, 1999) y se profundizará sobre ella en el capítulo sobre el tratamiento del trastorno paranoide. Puede intuirse fácilmente porqué, con este tipo de pacientes, se hace necesario hacer lo más transparente posible los contenidos mentales del terapeuta. Su dificultad para ponerse en el punto de vista de los demás hace que, ante la opacidad de la mente

ajena, no tengan más remedio que atribuirle los contenidos y las expectativas de su propia mente. Dado que sus contenidos son de tipo persecutorio, un terapeuta opaco está ciertamente destinado a ser incluido en las temáticas persecutorias. Naturalmente no puede asegurarse que las técnicas de revelación eviten con certeza que el terapeuta sea englobado en un delirio. Sin embargo éstas son un intento necesario, habitualmente el único posible, para proteger la alianza con todos los pacientes con desconfianza crónica hacia los demás.
La revelación constituye, además, un aspecto central de la metacomunicación terapéutica propuesta por Safran y Muran (2000). Aunque los autores indican como objetivo específico de dicha intervención la superación de los momentos de ruptura de la alianza, el procedimiento terapéutico puede verse también como una regulación perspicaz de la relación, dirigida a mejorar las funciones de metarrepresentación. La técnica de comunicación es la siguiente: en los momentos de ruptura de la alianza, el terapeuta empieza por revelar la propia experiencia del momento, evitando dar por supuesto que haya sido determinada necesariamente por el comportamiento del paciente. Por lo tanto, para favorecer el inicio del proceso autorreflexivo, propone una conexión entre esta experiencia y un marcador expresivo del paciente. Por ejemplo:

T.: Me sentía con dificultad para expresarme. He intentado entender porqué y he pensado que podía estar ligado al modo como usted sonreía, que yo interpretaba como una sonrisa de menosprecio. ¿Se daba cuenta que sonreía?

Si el paciente declara ser consciente del marcador expresivo, el terapeuta le invita a explorar las ideas y los sentimientos que están conectados. Después de haber escuchado una primera descripción del estado mental, el terapeuta proporciona más informaciones sobre las impresiones suscitadas por la actitud relacional del paciente, a fin que dirija la atención hacia aspectos de la experiencia aún no explorados (por ejemplo: "He tenido la impresión de que, en ese momento, ha bajado la persiana metálica") y lo invita a reflexionar sobre qué estaba sintiendo. Terminada la exploración, el terapeuta subraya las características compartidas de la experiencia. Por ejemplo: "Me parece que, desde ese momento, nos hemos vuelto muy cautos el uno con el otro".

Finalmente, anima al paciente a explorar cuál puede haber sido el papel del mismo terapeuta en determinar el *impasse*. Al final de la secuencia, el paciente alcanza un conocimiento mayor de los estados mentales propios y del terapeuta en ese momento, así como a una mayor comprensión de cómo se influyen recíprocamente (Muran, 2002).

3.3.2.3. Compartimiento

El compartimiento consiste en intervenciones explícitas en las que se subraya que algunos aspectos de la experiencia del paciente son compartidos o pueden ser compartidos por el mismo terapeuta. Las intervenciones de compartimiento contienen elementos tanto de validación como de revelación. En efecto, con esta técnica el terapeuta valida implícitamente la experiencia del paciente mediante la aceptación y el reconocimiento de la dimensión compartida y, al hacerlo, revela aspectos de sus propios estados mentales.

Las modalidades técnicas de señalación del compartimiento son las siguientes:

1) *Uso del nosotros universal*. Con esta técnica el terapeuta sugiere implícitamente que comparte la experiencia del paciente en tanto que ésta puede ser compartida por toda la humanidad. Por ejemplo: "¿Me está diciendo que atraviesa uno de esos momentos de vacío en que todo nos parece sin objetivo y sin sentido y nos preguntamos por qué hemos venido a este mundo?".
2) *Referencia a estados mentales del terapeuta*. Esta técnica se superpone a la de la revelación. No obstante, en este caso se presta particular atención a los aspectos compartidos y se detiene en la búsqueda de estrategias de dominio.
3) *Discusión sobre temas de interés compartido*. Muchos profesionales psiquiátricos utilizan espontáneamente los discursos sobre temas de común interés para crear un clima de compartimiento y de bienestar con pacientes delirantes o con graves dificultades de relación interpersonal. Esto es particularmente útil con pacientes con déficit de diferenciación y de descentra-

miento. Discutiendo sobre un tema que suscita el interés de ambos (cine, literatura, deportes, etc.), el terapeuta le está pidiendo al paciente que salga de un estado en el que predomina la autarquía mental. En medio de la discusión sobre el tema compartido se invita al paciente a considerar puntos de vista diferentes del propio para favorecer operaciones de descentramiento.

4) *Narración de episodios de la vida del terapeuta*. De manera análoga al nosotros universal, la narración debe hacer referencia a experiencias comunes y de índole general. Como para todos los tipos de revelación, la narración de episodios de la vida del terapeuta tiene un efecto positivo cuando el paciente la percibe como un intento de normalización (Knox, Hess, Petersen, Hill, 1997).

Las operaciones de compartimiento han sido propuestas como técnica para obtener un incremento, aunque sea transitorio, de las funciones de metarrepresentación en el tratamiento de los trastornos de la personalidad en varios trabajos clínicos y de investigación realizados en nuestro centro (Conti, Bosco, Bara, Semerari, 2001; Dimaggio, Semerari, en prensa; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, Nicolò, 2000; Semerari, Carcione, Nicolò, Falcone, 2002). En este contexto nos limitaremos a algunas consideraciones teóricas sobre la relación entre estados de compartimiento y funciones de metarrepresentación en psicoterapia.

Puede intuirse que los momentos de mejor funcionamiento de la metarrepresentación favorecen la construcción del conocimiento compartido. En esos momentos el paciente es capaz de acceder a los propios estados mentales, de integrarlos y de comunicarlos al terapeuta. Además se halla en condiciones de comprender mejor los estados mentales del terapeuta y, por lo tanto, es más capaz de captar el sentido de lo que le viene comunicado, de asimilarlo y de recordarlo. El dato a explicar es, si acaso, la relación inversa. ¿Cómo se pasa de la percepción de la dimensión compartida a la mejora en las prestaciones de metarrepresentación? ¿Por qué en una relación es más fácil comprender el estado mental propio y el ajeno si estos estados con-

tienen elementos compartidos y si se es consciente de la existencia de dichos elementos? A nuestro parecer existen al menos dos tipos de causas. Para discutirlas utilizaremos algunas ideas procedentes de la filosofía del lenguaje y de la pragmática cognitiva.

La atribución de estados mentales en un contexto psicoterapéutico se produce a través de la comunicación. Fue Paul Grice (1975) quien puso el acento en la atribución de intencionalidad en los procesos comunicativos. Para el autor, el significado de un enunciado no es decodificable solamente a partir de la comprensión literal de éste, sino que necesita el reconocimiento de la intención del hablante de tener un efecto en la mente del oyente y del hecho de que sea reconocida la intención de tener tal intención. En otras palabras, es necesario que el reconocimiento de la intención forme parte del significado comunicativo. Por ejemplo, con el enunciado "¡estoy trabajando!" dirigido a un compañero que se asoma a mi puerta, comunico: a) que estoy trabajando (significado literal); b) que tengo la intención de no ser molestado; c) que tengo la intención de comunicarle la intención de no ser molestado. Desde este punto de vista, el significado de un acto comunicativo se infiere a través de la atribución de estados mentales y de intencionalidad guiados por el contexto en el que se desarrolla el intercambio. El oyente se representa en la mente aquello que el hablante ha dicho, y realiza un proceso inferencial para comprender lo que intentaba decir, partiendo de la idea de que el hablante tiene intenciones de comunicar su intención. Sucesivamente diferentes autores han profundizado en la explicación del tipo de inferencias necesarias para el éxito de un acto comunicativo (Bara, 1999; Clark, 1996; Sperber, Wilson, 1986). En esta perspectiva muchos son los planos implicados en los que deben gestionarse niveles de representaciones que tienen como contenido otras representaciones.

En psicoterapia el intercambio comunicativo se produce en un contexto (*setting*) caracterizado por reglas particulares en el que se da por sentado que las acciones comunicativas del terapeuta son intencionalmente informativas para el paciente. Éste debe comprender que el terapeuta, a través de sus actos comunicativos, lingüísticos y extralingüísticos, quiere producir un determinado efecto en él. Debe,

por lo tanto, realizar una serie de inferencias y de atribuciones intencionales a partir de las cuales se construirá un modelo de las representaciones que el terapeuta tiene de él y de su trastorno. A partir de este trabajo, formará nuevas estructuras mentales que resultarán más heurísticas y más eficaces en la superación de sus dificultades psicológicas (Semerari, 1991). El paciente se construirá una representación de cómo el terapeuta se lo imagina. El paciente se encuentra por tanto ocupado en comparar la lectura de la propia mente con la lectura de la mente del terapeuta. Tanto el proceso de atribución de estados mentales como la construcción de este metamodelo tienen el límite de poder ser utilizados sólo por pacientes que poseen ya un buen funcionamiento de la metarrepresentación. La técnica de compartimiento facilita el proceso inferencial, disminuyendo los pasajes de atribución de intencionalidad. Las intervenciones explícitas del terapeuta, que forman parte del proceso de creación de un contexto compartido, facilitan, con pacientes con déficit de metarrepresentación, la creación de aquel saber mutuo que hace eficaz e informativa la comunicación. Existe una segunda razón, probablemente más relevante. En el proceso de construcción del compartimiento, el terapeuta utiliza un conocimiento procedimental de funcionamiento mental con el que trata los contenidos compartidos y muestra al paciente este conocimiento en acción, en el curso de la sesión.

En otras palabras, focalizando el aspecto compartido, el terapeuta muestra "en vivo" al paciente cómo esa experiencia común puede ser conocida y dominada. Cualquier tipo de conocimiento procedimental gestiona un "saber cómo" actuar, en el que se sabe qué se está haciendo pero resulta difícil verbalizarlo. Del mismo modo, para el uso de las funciones de metarrepresentación resulta más eficaz mostrarlas en acción que explicar de manera abstracta su funcionamiento. En este punto, el paciente, a través de una especie de aprendizaje vicario, puede conocer, aceptar y utilizar el nivel de funcionamiento que muestra el terapeuta.

Diversos estudios en el campo de la neuropsicología, comentados en el capítulo segundo, han identificado ciertas neuronas que parecen activarse en la observación de la acción, como si el observador

fuera el productor directo del movimiento (Gallese, 2001a). Estas neuronas emiten descargas tanto durante la ejecución activa por parte del sujeto, como durante la mera observación del movimiento. Se denominan *espejo* porque tienen una doble actividad: ejecutiva y observacional. La mayor parte de ellas se activa en congruencia con movimientos de orden general, es decir, las acciones observadas activan neuronas congruentes con el *objetivo* de la acción y no con la forma específica con que se ejecutan. Además, las neuronas espejo no se activan con la observación de acciones llevadas a cabo por aparatos mecánicos. Este dato apoya la tesis de que lo que se repite no es la acción en sí misma, sino la intención que ha movido la acción. Esto puede explicarse en términos de simulación de la acción durante la observación, una simulación centrada en el objetivo, en la intención que tiene el sujeto que la realiza. ¿Puede suponerse igualmente un mecanismo similar en la comprensión de las intenciones y la manera de funcionar que el terapeuta muestra al paciente? Obviamente, para una actividad mental tan compleja como la de una sesión psicoterapéutica, una simple observación no basta para que este funcionamiento diferenciado se pueda asimilar, pero cabe pensar que una continua observación pueda hacer como si el paciente tendiera a reproducir los procedimientos de metarrepresentación que muestra el terapeuta, relativos a las experiencias compartidas.

3.4. El empirismo colaborativo

Para que una psicoterapia tenga éxito, paciente y terapeuta deben cooperar implicándose cada uno en tareas específicas en función de los objetivos compartidos. La relación psicoterapéutica es el contexto que influye, positiva o negativamente, en la motivación de ambos para dedicarse a esta tarea. El concepto que mejor expresa este contexto influyente es el de "alianza terapéutica". La alianza terapéutica se define y mide en base a tres parámetros: el clima de confianza recíproca, el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y el acuerdo sobre las tareas recíprocas (Bordin, 1979). El curso positivo de la alianza ha resultado ser uno de los más importantes indicadores del

éxito de la psicoterapia (Horvath, Symonds, 1991), incluyendo las psicoterapias de los trastornos de la personalidad (Lingiardi, 2002).

Sin embargo, basta pensar en lo problemático que puede llegar a ser crear un clima de confianza con un paciente paranoide, ponerse de acuerdo en objetivos y tareas de la terapia con un paciente narcisista o estabilizar la confianza y el acuerdo con los pacientes límite, para comprender cómo el proceso de construcción de una buena alianza resulta, en estos casos, difícil y siempre precario.

La terapia cognitiva ha adoptado un método eficaz para regular el acuerdo sobre los objetivos y tareas en el tratamiento de los trastornos del Eje I conocido como *empirismo colaborativo* (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979; Semerari, 2000).

Esencialmente, el clima de empirismo colaborativo se fomenta de la siguiente manera: el terapeuta explica al paciente, del modo más claro y completo posible, lo que ha comprendido del caso y sobre esta base explica la orientación que pretende dar a la terapia y el motivo de las técnicas que adoptará. Como es natural, el paciente discutirá las propuestas del terapeuta para que haya una regulación constante del acuerdo sobre objetivos y tareas basada en una conceptualización compartida del problema. Con los trastornos de la personalidad, el empirismo colaborativo es más el resultado del trabajo terapéutico que el contenido de base sobre el que éste se desarrolla.

Ello no quita la necesidad de hacer plenamente conscientes a los pacientes de la manera en que el terapeuta conceptualiza el problema y el modo cómo intenta llevar a cabo la terapia. La dificultad de lograr una representación integrada de los propios estados mentales y de comprender las intenciones del terapeuta hacen aún más necesarios estos momentos de explicación. Las explicaciones deberán ser amplias, repetidas, relacionadas con informaciones sobre la literatura de casos análogos y, a veces, a partir del consejo de alguna lectura específica. Este componente pedagógico tiene el objetivo de hacer consciente al paciente de la orientación del tratamiento y de obtener, aunque al principio sea transitoriamente, una colaboración activa e inteligente. Las operaciones del empirismo colaborativo asumen, en estos casos, un valor mayor aún que en las terapias del Eje I, dado

que ayudan a superar las dificultades producidas por los déficits de metarrepresentación y la desconfianza interpersonal. Por ello el recurso a las explicaciones debe ser continuo. El terapeuta explica también los motivos de la manera en que está conduciendo la sesión. Por ejemplo, explica porqué ha permanecido en silencio en un momento dado o por qué insiste en un determinado tipo de pregunta. Podemos resumir estos conceptos en el siguiente principio: el terapeuta debe proceder de modo que todo lo que cree conocer del paciente llegue a ser conocido y comprendido de la manera más clara y amplia posible también por éste.

En base a este principio examinaremos ahora las intervenciones específicas sobre las tres áreas psicopatológicas principales: la metarrepresentación, los estados problemáticos y las habilidades cognitivo/sociales dañadas.

3.5. Objetivos estratégicos

3.5.1. Las intervenciones sobre la metarrepresentación

1) Explicar el déficit. Para ayudar al lector a comprender el uso terapéutico de las explicaciones de los déficits de metarrepresentación aportamos algunos ejemplos extraídos de las transcripciones de nuestras sesiones. Naturalmente, antes de llegar a estas explicaciones, el terapeuta debe haber realizado algunas sesiones de las que haya obtenido datos que pongan de manifiesto la presencia de los déficits.

Explicación de las afectaciones en la monitorización:

T.: Me doy cuenta que me hago pesado con estas preguntas continuas de "¿Qué ha sentido?", "¿Qué ha pensado?", "¿Pero cuál era su deseo en ese momento?" A veces usted se impacienta con razón. Pero mire, a veces tengo la impresión de que muchas de sus emociones son oscuras también para usted mismo, o por lo menos le resulta oscura la relación entre sus emociones y los acontecimientos de su vida.

P.: Mh mh.

T.: Para ser más precisos, le suele resultar más fácil entender qué le irrita o le molesta, que lo que desea o le gusta.

P.: ¡Esto es verdad!

T.: Ahora bien, hay una razón por la que creo que es importante para usted hacer más claros sus estados emocionales. Puedo equivocarme pero creo que ello contribuirá a mejorar sus dificultades de elección. No es que se deba decidir a la fuerza en base a las emociones. Muchas veces debemos elegir en contra de nuestras inclinaciones emocionales y según consideraciones éticas o racionales. Sin embargo, al menos debemos saberlo: las emociones nos informan sobre nuestra actitud hacia las cosas, lo que queremos y lo que no queremos. Si nos son oscuras nos falta una información importante, no es la única, en ocasiones no es decisiva, pero…

P.: Es importante.

T.: Sí, es importante, y después hay muchas decisiones cotidianas, que influyen en la calidad de la vida, "¿Qué haré esta tarde?", "¿Cómo pasaré el fin de semana?", en el que el único criterio que sirve es precisamente el deseo y si nos falta esta información corremos el riesgo de empobrecer la calidad de la vida.

P.: ¿Pero cómo se produce esta especie de oscurecimiento?

T.: En su caso aún no lo sé, sinceramente. Estoy seguro de que conseguiremos entenderlo. Piense en ello usted también. Mi impresión, pero es sólo una impresión, es que usted… Es como si pensara que no debe o no se merece disfrutar de la vida. Pero, repito, es solamente una impresión.

P.: Mh mh.

T.: Mientras tanto, sería importante que comenzáramos a ver cómo reducir esto. Tómeselo como una gimnasia en la que es necesario desarrollar un músculo atrofiado, o algo así. En la terapia cognitiva se pide a los pacientes que tengan un diario de cuándo están mal. Pienso que en su caso le sería útil un diario inverso, señalar los momentos en que está bien.

Explicación de la no integración:

T.: Disculpe, ¿puedo comunicarle mi impresión?

P.: ¡Claro!

T.: Mientras usted me hablaba intentaba hacerme una idea de este hombre [la pareja, de quien la paciente estaba hablando]. Me venía una imagen verdaderamente desagradable, de irresponsable, mentiroso, egoísta guiado por sus intereses. El hecho es que esta imagen contrastaba totalmente con la que me había dado al inicio de la sesión: amante apasionado, lleno de atenciones y de cuidados. Sinceramente, parecen dos perso-

nas distintas. Dado que yo no lo conozco, estas imágenes sólo pueden haberme sido transmitidas por usted. Usted lo vive o lo ve de dos modos completamente opuestos.

P.: Pero él es así. Está lleno de contradicciones.

T.: Esto no lo pongo en duda, ciertamente tendrá sus contradicciones. Pero yo debo intentar ayudarla a afrontar las propias contradicciones. Quisiera pedirle que haga un experimento mental. Piense por un momento en su hijo que seguramente se encuentra entre las personas que usted quiere más en el mundo.

P.: Bien.

T.: Piense ahora en uno de los momentos en que su hijo le haya hecho enfurecer e intente recordar la rabia de aquel momento.

P.: Sí, la tengo presente.

T.: Bien, usted ha vivido dos momentos afectivos de carácter opuesto pero no creo que tenga la impresión de dos relaciones diferentes con dos personas diferentes, mejor dicho, opuestas.

P.: No, ciertamente.

T.: Pues justamente esto es lo que en lenguaje técnico llamamos integración. No está claro cómo lo hacemos pero aún atravesando momentos diferentes tenemos la impresión de una síntesis sustancial en la manera de relacionamos con una persona. Esto nos da una dirección, cómo decir, una coherencia de fondo, más allá de las contradicciones y de las oscilaciones, como la que usted consigue tener con su hijo. Cuando no lo conseguimos, cuando no integramos, oscilamos entre actitudes opuestas, queremos intensamente o estamos furiosos pero no logramos darnos una dirección. Nos movemos tanto que en el fondo estamos quietos.

P.: ¿Dice usted que yo no consigo integrar en relación con este hombre?

T.: Sí, en relación con este hombre tengo esta impresión. Pero también he tenido una impresión semejante cuando me ha hablado de sus padres. Es más, aunque no la conozco bien todavía, también en relación a sí misma en ocasiones parece criticarse ferozmente y a veces parece apreciarse mucho, pero no sé si llega a una síntesis.

P.: Hacia mí misma es seguro que no sé integrar.

T.: Bien, quería decírselo porque quisiera que entendiera que si le hago notar descripciones contradictorias no es para crearle dificultades sino para ayudarla a integrar. Quizá lo haga también por sí sola. Preste atención. Si se da cuenta de que pasa entre imágenes opuestas, sin síntesis, respecto a sí misma u otra persona, anótelo y lo hablaremos juntos.

En el capítulo sobre el tratamiento del trastorno límite de la personalidad se expondrá un ejemplo de explicación de la regulación emocional.

Las explicaciones deben detenerse no solamente en el trastorno o en el déficit, sino, sobre todo, en sus consecuencias en términos de dificultades en la vida cotidiana. La conciencia del déficit, como toda conciencia terapéutica, no tiene que tener nada de abstracto, sino que se debe poder utilizar en aquellos momentos concretos de la vida en que la psicopatología hace notar sus efectos. Finalmente, podemos notar en cada una de las intervenciones indicaciones para las modalidades de conducción de la entrevista y sugerencias de tareas al paciente. Sobre estas dos cuestiones centraremos ahora nuestra atención.

2) Conducir la entrevista teniendo presentes las disfunciones de metarrepresentación. Una de las ventajas principales de diferenciar las diversas subfunciones de metarrepresentación es que esto permite generar modalidades de intervención específicas según la función deficitaria en cuestión. Estas técnicas empiezan con la orientación de la entrevista según el principio de que el terapeuta, con sus preguntas, debe solicitar lo máximo posible el uso de aquellas funciones más defectuosas del paciente.

Por ejemplo, si el paciente presenta dificultades de monitorización el terapeuta deberá insistir en preguntas del tipo: "¿Qué sentía?", "¿Qué deseaba?". La entrevista va dirigida hacia la identificación de los componentes emocionales y cognitivos precisos que constituyen la experiencia. Se dirige la atención a los particulares, al análisis de situaciones y episodios específicos y concretos, evitando las generalizaciones o teorizaciones excesivas que distraen del contacto inmediato con lo que se siente y se piensa. Por el contrario, en caso de defectos de integración, las preguntas deben ayudar a realizar comparaciones entre estados mentales diferentes, identificar lo que les une o les diferencia, poner en juego las modalidades de transición de un estado al otro. Además, en presencia de un defecto de integración, la entrevista debe mejorar la calidad narrativa del relato, ayudando a discriminar los aspectos más relevantes respecto a los secundarios, y sacar a la luz las contradicciones y las incongruencias. El objetivo es

promover la narración de episodios localizados en el espacio y el tiempo, cuyos personajes sean bien reconocibles, así como también sus afirmaciones, ideas y posiciones emocionales recíprocas (Dimaggio, Semerari, 2001a). En el caso de los déficits de diferenciación, descentramiento y comprensión de los estados mentales de los demás, la entrevista deberá ayudar a elaborar puntos de vista diferentes a los del paciente, tratar sobre cómo los demás pueden interpretar de modo distinto los mismos hechos o sobre cómo el mismo paciente puede interpretarlos de otro modo en circunstancias distintas. Para tratar los problemas de autorreflexividad resulta muy útil la capacidad del terapeuta para captar los estados emocionales del paciente durante la sesión a partir de señales expresivas corporales: el tono, la postura, la mímica facial (Greenberg, Rice, Elliott, 1993). De este modo el terapeuta puede ayudar al paciente a reconocer emociones desconocidas con intervenciones del tipo: "Lo explica con tono de preocupación, ¿está asustada?". O bien: "Me ha parecido captar una actitud de rabia. ¿Tengo razón?". En algunos casos se pueden favorecer procesos negativos sacando a la luz incongruencias entre los contenidos del discurso y la expresión emocional manifiesta. Por ejemplo: "No se está quejando de nada ni de nadie, pero habla con un tono enojado y una expresión de enfado. ¿Hay alguna razón o me equivoco?".

3) Tareas específicas para mejorar las funciones de metarrepresentación. Hemos visto cómo, una vez hechas las primeras explicaciones sobre los déficits, el terapeuta le sugiere al paciente algunas actividades a practicar fuera de las sesiones, con el objetivo de potenciar las funciones deficitarias. Estas sugerencias se hacen una vez el terapeuta ha explicado el déficit y el paciente ha mostrado comprender y compartir la explicación. Es necesario adaptar las tareas específicas a cada paciente, concordándolas y buscando su participación activa en sus definiciones. Las técnicas más eficaces serán, finalmente, las ideadas por el mismo paciente sobre la base de la conceptualización compartida del problema. Resulta útil, sin embargo, que el terapeuta tenga en mente algunas ideas como guía para definir las características de las tareas a sugerir.

Las tareas estándar de terapia cognitiva –observar y anotar las emociones significativas, los pensamientos y las imágenes que las preceden, acompañan y siguen y las circunstancias en que surgen– son también muy útiles para incrementar las funciones autorreflexivas (Lalla, 1999). Las modalidades específicas con que pueden utilizarse estas tareas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad se ilustrarán más adelante al describir la intervención sobre los estados problemáticos. Dado el bajo nivel de calidad de vida que llevan estos pacientes y las dificultades de metarrepresentación en el reconocimiento de los propios deseos, es habitual centrar las tareas de autoobservación en momentos de bienestar más que en los de malestar. Se trata de adquirir informaciones sobre las condiciones y las circunstancias que permiten vivir momentos de serenidad, de placer, de alegría, marcados por un tono vital del cuerpo. Con todos las pacientes con retraimiento social y acentuada desconfianza interpersonal, resultan extremadamente útiles las tareas de observación del comportamiento de los demás y la discusión acerca de los procesos psicológicos presumiblemente subyacentes.

3.5.2. La intervención sobre los estados problemáticos

El sufrimiento psíquico está constituido por estados emocionales dolorosos que en parte son efecto y en parte son causa de imágenes y pensamientos que los mantienen y alimentan. La intervención sobre los estados problemáticos es el momento crucial en el que se ataca el estado real de sufrimiento.

La psicoterapia cognitiva estándar ha creado un esquema general de tratamiento para los trastornos del Eje I cuyas líneas se revelan de gran utilidad para afrontar también la ideación patógena y las emociones dolorosas en los trastornos del Eje II. Esta implantación técnica, conocida con el nombre de "descubrimiento guiado", se estructura de la siguiente manera: terapeuta y paciente identifican las principales emociones que se encuentran en la base del sufrimiento del paciente. Una vez identificadas las emociones (o en algunos casos los comportamientos) perturbadores, el terapeuta invita al paciente a tomar nota de los "pensamientos automáticos", las representaciones

en forma de imágenes o de pensamiento verbal, que preceden, acompañan y siguen a dichas emociones, así como a las circunstancias de su surgimiento. Gracias a estos ejercicios de autoobservación se identifican los temas recurrentes, es decir, la expresión de los esquemas cognitivos con que el paciente se lee a sí mismo y lee el mundo y que están más implicados en el sufrimiento emocional. Estos esquemas representan el foco de la intervención y, a través de la entrevista y alentando nuevas experiencias, el terapeuta ayuda al paciente a asumir conciencia y distancia crítica a partir de su contenido.

En el tratamiento de los trastornos de la personalidad, la aplicación de este método se hace difícil a causa de la concomitancia de tres factores: la frecuencia de los ciclos interpersonales problemáticos que rompen el clima necesario de alianza; la presencia de déficits de metarrepresentación, que reducen las capacidades de autoobservación y autorregulación del paciente; y el gran poder que tienen los estados emocionales de orientar los procesos cognitivos, que impide al paciente reflexionar adecuadamente en los momentos emocionalmente más intensos. Hemos descrito ya la manera de afrontar los ciclos interpersonales y cómo crear y mantener un contexto de alianza. Para superar los otros dos problemas, las variables técnicas que podemos sugerir son las siguientes: identificar, en la entrevista, los principales esquemas y ciclos interpersonales y los estados problemáticos sin recurrir a los ejercicios de autoobservación; darles un nombre que pueda utilizarse constantemente con el paciente de manera que se pueda crear un léxico compartido y aumentar su conciencia; llegados a este punto, recurrir a los ejercicios de autoobservación para identificar mejor los factores de vulnerabilidad y los esquemas patógenos; y, finalmente, recurrir al uso de las promemorias escritas para dominar los estados problemáticos.

3.5.3. Conciencia de los esquemas y de los ciclos interpersonales

Una vez se nota una mejoría en la sesión, se hace posible utilizar el ciclo interpersonal que se ha activado entre paciente y terapeuta para favorecer la conciencia y la distancia crítica respecto a los esquemas interpersonales y para mostrar cómo éstos pueden dañar

activamente las relaciones. El principio técnico es que la explicación o interpretación del terapeuta debe ir siempre precedida de la regulación de la relación. En otras palabras, el terapeuta debe haber actuado *primero* sobre el tono emocional de la sesión, debe haber hecho explícito su estado mental o debe haber subrayado una dimensión compartida y sólo *después* puede favorecer una reflexión sobre lo que ha sucedido entre él y el paciente.

Es fácil que, durante un ciclo interpersonal problemático, el paciente pueda leer una intervención interpretativa como una confirmación del esquema patógeno. Sólo cuando ha percibido la mejoría del clima relacional y de las funciones de metarrepresentación, el terapeuta puede intervenir invitando al paciente a reflexionar juntos sobre los procesos que se han activado entre ellos.

Estas discusiones no sirven solamente para hacer al paciente consciente de sus propias expectativas en la relación, sino también de los efectos concretos que su actitud puede tener en el otro y sobre cómo dicha actitud puede confirmar las expectativas. Por ello es importante que el terapeuta haga explícito su propio estado mental, prestando al mismo tiempo mucha atención en evitar un contexto acusador o juzgador. Por ejemplo:

T.: Efectivamente, por un momento me he sentido en el banco de los acusados, en un tribunal, como se siente usted a menudo. Por favor, ahora no se lo tome como una acusación, si no empezamos de nuevo [ríen]. Intentemos entender si a veces se convierte en acusador y juzgador de los demás porque teme que los demás lo sean con usted y cómo esto amenaza con transformar sus relaciones en un debate de tribunal.

En este punto puede ser útil mostrar al paciente el nexo con su propia historia de vida: de este modo, lo que parecían supuestos, valores o leyes implícitos, se convierten en fragmentos de historia que el paciente se da cuenta que repite de manera automática.

3.5.4. Identificar los estados problemáticos en la sesión

Solicitar precozmente tareas de autoobservación con los pacientes con trastorno de la personalidad puede ser contraproducente.

Dificultades de metarrepresentación, problemas relacionales con el terapeuta, dificultades en la memoria de trabajo, procesos de pensamiento orientados por el estado emocional actual, son todos ellos elementos que pueden hacer que el paciente no consiga describir o empeore, en el intento, el estado problemático. Por lo tanto, inicialmente, es aconsejable identificar los estados problemáticos en la sesión. Para hacerlo, el terapeuta pide al paciente que explique episodios específicos en los que se ha manifestado el sufrimiento y hace preguntas concretas sobre las emociones, los pensamientos y los estados somáticos que los caracterizan. Por ejemplo:

T.: ¿Cómo se ha sentido?

P.: ¿Psicológica o físicamente?

T.: De las dos maneras.

P.: Bien, físicamente me sube la presión, el corazón me hace…

T.: ¿Siente como una presión interna?

P.: La siento, sí, que me hace… es decir, esta presión alta me da como fiebre, como una fiebre muy alta.

T.: Explíqueme.

P.: ¿Cómo si tuviera los ojos humedecidos?

T.: Una alteración del campo visual.

P.: Como si tuviera… ¿un velo de lágrimas? Pero un velo muy sutil que me hace percibir la realidad un poco temblorosa.

T.: ¿Otras sensaciones físicas?

P.: Físicas, este corazón que me hace… continuamente así, palpitaciones…

T.: ¿Pero se siente agitada?

P.: No, me siento… no es que tenga las palpitaciones fuertes, porque siento… es una sensación de temblor, de temblor que me viene de repente, me encuentro…

T.: ¿Temblor interno?

P.: Agitada, temblor interno.

T.: ¿El resto del cuerpo lo siente?

P.: Siento temblar todo el cuerpo.

T.: Todo el cuerpo tiembla.

P.: Sí, me siento sobre todo el tronco, después siento toda una sensación de temblor, de agitación terrible…

T.: ¿Puede mantenerse quieta en estos casos o debe moverse?

P.: No, me muevo, pero no es que me deba mover…

T.: ¿La emoción en ese momento qué tipo de emoción es?

P.: La emoción es negativa.

T.: ¿Pero negativa hacia la rabia, hacia la depresión, hacia la tristeza, hacia la angustia, hacia el miedo?

P.: Hacia la angustia quizá, no sabría decir.

T.: ¿No está enfadada?

P.: [Pausa breve] No sabría decirlo porqué me enfado, pero es como si no fuera un enfado verdadero… [llorando] perdone pero yo desgraciadamente lloro muy fácilmente.

T.: ¿Pero se conmueve?

P.: Yo supongo que lloro también un poco por mí misma; seguramente hay una buena dosis de victimismo.

T.: No, disculpe, quiero entender; es una sensación de… en este momento… ¿de conmoción?

P.: Una sensación de rabia impotente.

T.: Una sensación de rabia impotente, por lo tanto es desagradable, no es ese tipo de conmoción dulce…

P.: No, como decir: "Maldita sea, pero ¿por qué debo yo sufrir estas cosas?".

T.: Por lo tanto hay esta sensación de injusticia sufrida por la vida. Bien, las sensaciones y las emociones están claras. Pero ¿qué pensaba en ese momento? ¿Qué ideas, qué imágenes?

P.: Tengo miedo de que me engañen, de que me tomen el pelo. Sí… me imagino que está pensando como engañarme.

Después de haber analizado una serie de episodios en los que salen los mismos temas y emociones, el terapeuta resume las conclusiones e intenta designar el estado problemático.

T.: Por lo tanto usted entra frecuentemente en estados mentales en los que piensa que es traicionada o engañada por personas queridas y tiene intensos sentimientos de angustia, rabia y dolor. ¿Podríamos llamar a estos estados caracterizados por pensamientos sobre el engaño y por estas emociones dolorosas: "el estado mental del engaño"?

Discutiendo la psicoterapia del trastorno límite, Ryle (1997) sugiere dar un nombre a los diferentes estados de los pacientes y usar este nombre habitualmente. Clarkin, Yeoman y Kernberg (1999) sugieren

hacer lo mismo con los roles específicos sí mismo/otro de las relaciones objetales de estos pacientes. Designar claramente con un nombre propio, que entre a formar parte del léxico compartido de la terapia, un estado mental o un personaje (Hermans, 2001a) tiene un efecto particularmente positivo para los pacientes con déficit de integración. Esto facilita el distanciamiento y la reflexión sobre el estado problemático y ayuda a reconocerlo en el momento en que se activa. El terapeuta utiliza continuamente estos nombres a través de expresiones del tipo "¿Cuántas veces ha entrado en el estado de desconfianza esta semana?", o bien, "¿Es siempre así de agudo su estado de indignidad?". El uso de este lenguaje, en un clima positivo de compartimiento terapéutico, estabiliza un punto de vista metarreflexivo que abre la puerta a un uso provechoso de las técnicas estándar.

3.5.5. Tareas de autoobservación

Una vez que, en la conversación terapéutica, se han aclarado y designado los estados problemáticos se hace posible pedir al paciente que observe y tome nota de las circunstancias en que emergen y de los pensamientos y las imágenes que los caracterizan. La identificación de las circunstancias y de las señales precoces de aparición tiene mucha importancia en el tratamiento de los pacientes graves, porque permite reconocer los factores de vulnerabilidad y tomar medidas para prevenir acciones como actos autolesivos o comportamientos suicidas. En estos casos, se le sugiere al paciente que tenga una lista de personas a quien pedir ayuda cuando advierta las primeras señales de surgimiento de los estados que conducen a tales comportamientos y a llamarlos rápidamente. Naturalmente, en la lista de personas a quien llamar está incluido el terapeuta y, en los casos más graves, al menos otro miembro del equipo.

Más allá de la petición de ayuda se discutirán también las diversas estrategias de dominio, desde las más simples, como recurrir a un apoyo farmacológico apropiado, a las más complejas, como reflexionar de manera crítica sobre los pensamientos que caracterizan los estados problemáticos. Las tareas de autoobservación tienen la ines-

timable ventaja de sacar a la luz las situaciones de riesgo y las señales precoces y permiten al paciente intervenir antes de que el estado alcance niveles tan intensos que inutilicen cualquier estrategia de dominio.

3.5.6. Uso de las promemorias

Uno de los aspectos más desconcertantes de la psicoterapia de los pacientes con trastorno de la personalidad viene del hecho de que el terapeuta tiene a menudo la sensación de sesiones eficaces, de las que el paciente sale manifiestamente más aliviado y decidido, mostrando mayor claridad y dominio del problema, sin que después de estas sesiones esto tenga ningún efecto en su vida cotidiana.

Parece, literalmente, que el paciente olvide las sesiones, o, en cualquier caso, no sea capaz de recordarlas y de utilizarlas en los momentos problemáticos en los que tiene más necesidad de ellas. Las causas de este olvido pueden ser múltiples. Adler (1985) y Perris (1993) han vuelto a llamar la atención sobre la dificultad del paciente límite en recordar, en los momentos dolorosos, figuras de apoyo. Otro factor puede estar ligado a la desregulación emocional que hace que el estado emocional activado favorezca una selección de informaciones y recuerdos coherentes con el mismo estado, según el fenómeno conocido como *efecto de congruencia del estado de ánimo* (Bower, 1981). En los pacientes emocionalmente desregulados este efecto es particularmente fuerte y tiende a excluir de la conciencia informaciones y recuerdos que contrastan con el estado negativo dominante, entre los cuales se encuentra el recuerdo de sesiones positivas. Un tercer factor, especialmente en pacientes con evitación social, puede ser la combinación de desconfianza crónica y déficit de metarrepresentación. Todos nosotros solemos regular nuestro estado mental tomando prestado, por así decirlo, el estado mental de alguien en quien tenemos confianza. Si un médico nos tranquiliza sobre nuestro estado de salud o el mecánico nos dice que podemos viajar tranquilos con la presión de las ruedas de nuestro coche, les atribuimos un estado mental constituido por creencias, intenciones positivas respecto a nosotros y competencias sobre el tema y, sobre esta base de confianza, hacemos

nuestro el estado mental que les hemos atribuido. Pacientes con dificultades de descentramiento, de comprensión de los estados mentales de los demás y con un fondo de desconfianza crónico son mentalmente autárquicos y recurren raramente a este tipo de operaciones tan importantes en la vida cotidiana.

A causa de este conjunto de razones, debe monitorizarse y discutirse constantemente el modo cómo el paciente recuerda y utiliza el diálogo terapéutico fuera de la sesión. Cuando se pone de manifiesto una clara dificultad de evocar adecuadamente el diálogo terapéutico debe llevarse a cabo una serie de medidas eficaces. La más simple y, habitualmente, la más útil de estas medidas consiste en escribir para el paciente una promemoria en la que el terapeuta sintetiza los puntos de la entrevista que, en la sesión, se muestran más eficaces y recomienda al paciente leerlo cuando advierta el surgimiento del estado problemático. La elaboración de la promemoria debe seguir dos principios. En primer lugar debe retomar los temas que en la sesión han parecido eficaces para dominar los estados problemáticos; es obvio que es inútil hacer recordar al paciente sesiones ineficaces.

En segundo lugar, el terapeuta debe animar y tranquilizar con tal de evocar también el clima emocional de la entrevista. El objetivo, en este caso, es el de favorecer, a través de la evocación de un clima positivo, una reducción de la intensidad de las emociones negativas que, a su vez, reduciendo la potencia del *efecto de congruencia del estado de ánimo,* permita el recuerdo de los procesos cognitivos terapéuticos de la sesión.

Se expondrá un ejemplo de promemoria en el capítulo sobre el tratamiento del trastorno límite.

3.5.7. Reducción de los déficits cognitivo/sociales

Cuando un paciente neurótico dice sentirse inadecuado para una tarea, frecuentemente exagera y expresa una convicción patógena; pero cuando lo dice un paciente con trastorno de la personalidad, especialmente si tiene una historia de prolongado retiro social, puede tener razón. Para comprender las dificultades de estos pacientes el lector puede intentar imaginar cuál sería su comprensión de las rela-

ciones sociales si, en la adolescencia, se hubiese saltado las experiencias del intercambio de confidencias entre coetáneos o de los primeros cortejos.

Las habilidades sociales de estos pacientes pueden hallarse efectivamente afectadas por un tipo de círculo vicioso entre la carencia de experiencias relacionales y déficits de metarrepresentación. En el momento en que el paciente manifiesta mejoras en las funciones de metarrepresentación y en el dominio de los estados problemáticos y se plantea el problema de ayudarlo a extender su vida relacional, estas dificultades objetivas deberán evaluarse con atención. Exponer al paciente a contextos sociales donde no se halla en condiciones de desenvolverse significa correr el riesgo de graves recaídas y profundas depresiones. Además, estos pacientes tienen con frecuencia como ideal de comportamiento en grupo una especie de petulancia excesiva, versión caricaturesca de la desenvoltura. En consecuencia, explicar abiertamente al paciente estas dificultades y acordar con él un programa realista de socialización progresiva en el que pueda discutir paso a paso las dificultades que encuentra es una precaución necesaria de prudencia terapéutica. Por ejemplo:

T.: Usted sabe que no estoy de acuerdo con usted en su concepción de sí mismo como inepto. Sin embargo hay un aspecto sobre su capacidad de relación en el que lo que dice, me parece, se debe tomar en serio. Nada que sea irreparable y sobre todo nada de lo que tenga que avergonzarse. Simplemente es verdad que vivir aislado de esta manera hace que lleguemos a olvidar o no tengamos ocasión de aprender aquellas habilidades necesarias para estar con los demás de forma satisfactoria. No debe dudar de su capacidad para aprender. Sin embargo es justo que lo haga gradualmente sin exponerse a situaciones demasiado peligrosas. Es decir, para mí, es justo que intente tener más relaciones y es también justo que lo haga a su ritmo. Debemos intentar encontrar un equilibrio.

Habitualmente los pacientes comprenden muy bien el problema y se sienten animados por el realismo con el que se afronta. Llegados a este punto se acuerda un programa de exposición social progresiva. Con esta finalidad pueden utilizarse los principios del entrenamiento en habilidades sociales, manuales simples o, en los casos graves, un

programa de rehabilitación psiquiátrica. Fundamentalmente, en cada caso que el terapeuta invite, en esta fase, al paciente a realizar una observación atenta del comportamiento de los demás, debe animarlo a hacer otras preguntas oportunas sobre sus procesos psicológicos, en otras palabras, incrementar de todas las maneras posibles la capacidad de comprensión de los estados mentales.

Además de las habilidades sociales, en estos pacientes se evalúa también la posible presencia de verdaderos déficits cognitivos. En particular, los problemas de atención o de memoria son más frecuentes de lo que comúnmente se cree. En un contexto psicoterapéutico es importante entender en qué medida interfieren estos problemas con la terapia y con la calidad de vida, para poder así identificar las precauciones oportunas.

3.6. Síntesis de los procedimientos de intervención

Nos hemos declarado escépticos sobre los manuales de tratamiento de trastornos graves que presentan de manera demasiado lineal los procedimientos de intervención. Decir "primero se hace esto, después lo otro" ayuda a la claridad expositiva pero corre el riesgo de dar una idea falsa de las terapias reales. Es más frecuente que las prioridades vengan impuestas por el desarrollo de la psicopatología y no por la programación del terapeuta. A pesar de esto resulta útil que el terapeuta tenga en mente una especie de guión ideal del proceso terapéutico, manteniendo al mismo tiempo la flexibilidad clínica justa.

Para representarse los procedimientos terapéuticos el terapeuta puede utilizar el siguiente esquema:

- Superar los ciclos interpersonales problemáticos
- Regular el tono emocional de la sesión
- Incrementar en la sesión las funciones de metarrepresentación (Validación – Revelación – Compartimiento)
- Identificar en la sesión los estados problemáticos
- Denominar los estados problemáticos

- Explicar los déficits de metarrepresentación
- Acordar tareas para mejorar las funciones de metarrepresentación
- Acordar tareas para reconocer y gestionar los estados problemáticos
- Utilizar las promemorias y regular el recuerdo de la sesión
- Explicar y discutir eventuales déficits cognitivos/sociales
- Acordar el programa de rehabilitación para estos déficits
- Aplicar el programa

La salida de los ciclos patógenos, la regulación del tono emocional y la mejora, en la sesión, de las funciones de metarrepresentación son prioritarias sobre todas las otras intervenciones, por constituir la premisa necesaria de su eficacia.

Un segundo aspecto, bastante obvio, hace referencia a las explicaciones y a la regulación del empirismo colaborativo que deben preceder a los procedimientos técnicos de los cuales constituyen el contexto de eficacia. Por el resto, los procedimientos de dominio de los estados problemáticos y de incremento de las funciones, pueden realizarse conjuntamente o alternarse según las exigencias del momento. Los programas de socialización suelen constituir la última fase del tratamiento de pacientes con inhibición social.

II Segunda parte

4 El trastorno límite de la personalidad

Donatella Fiori y Antonio Semerari

4.1. Introducción

Variabilidad y heterogeneidad son las características patognómicas del trastorno límite de la personalidad (TLP). Por variabilidad se entiende que no hay ningún rasgo que esté siempre presente, que existen períodos de sufrimiento que oscilan con períodos de bienestar y buena adaptación social y que un cuadro clínico grave puede cambiar rápidamente a causa de una eficaz intervención terapéutica o de un acontecimiento favorable. La heterogeneidad proviene del hecho que, siendo necesarios cinco criterios sobre nueve para el diagnóstico, es posible que dos sujetos reciban el mismo diagnóstico, compartiendo un único criterio. Esto ha puesto en discusión la existencia del trastorno como unidad nosográfica autónoma (para seguir el desarrollo de este debate véase Maffei, 1993; Paris, 1993 y, más recientemente, Gunderson, 2001).

En relación a este problema y a la controversia más general sobre la clasificación de los trastornos límite de la personalidad (¿dimensiones, categorías o prototipos?) algunos autores han sometido al filtro de la investigación empírica la relación entre los criterios diag-

nósticos del trastorno, con tal de verificar la coherencia, la homogeneidad interna y el poder discriminatorio para el diagnóstico.

Uno de los modos para evaluar la presunta vaguedad de los criterios consiste en someterlos a estudios de análisis factorial con el objetivo de identificar empíricamente sus componentes significativos (Sanislow, Grilo, McGlashan, 1999). Presentamos los principales estudios en esta dirección. Empleando los criterios del DSM-III, Rosemberger y Miller (1983), mediante entrevistas estructuradas en una muestra de 106 sujetos, han identificado dos factores principales, uno para los trastornos de identidad y de las relaciones interpersonales y otro para la regulación del comportamiento y de las emociones. Dos estudios (Clarkin, Hull, Hurt, 1993; Sanislow, Grilo, McGlashan, 1999) han sometido a análisis factorial los criterios del DSM-III R. El primero, aplicado a un grupo de 75 mujeres hospitalizadas, ha encontrado que casi el 80% de los individuos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad mostraban una combinación de los siguientes tres factores: problemáticas interpersonales y de la identidad; trastornos afectivos incluyendo las tendencias suicidas; impulsividad. Sanislow ha identificado igualmente tres componentes: trastornos en las relaciones (inestabilidad relacional, identidad trastornada, sentimiento crónico de vacío); desregulación de la conducta (impulsividad, comportamientos suicidas, actos autolesivos); desregulación afectiva (inestabilidad afectiva, rabia, miedo al abandono). Los dos estudios identifican básicamente los mismos tres factores, con la diferencia de los comportamientos suicidas, incluidos respectivamente en los trastornos de la afectividad y en los trastornos del comportamiento. Otros dos estudios (Fossati, Maffei, Bagnato, Donati, Namia, Novella, 1999; Wilkinson-Ryan, Westen, 2000), han utilizado los criterios del DSM-IV. Fossati *et al*. han llevado a cabo un estudio con un grupo de 564 pacientes que evalúa el poder discriminante de los criterios mediante correlaciones ítem-diagnóstico e ítem-total. El modelo dimensional ha sido comprobado mediante análisis factorial confirmatorio y el modelo categorial mediante análisis de las clases latentes. Los resultados revelan una jerarquía del poder discriminante de los criterios: la inestabilidad interpersonal y el trastorno de la identidad tienen una mayor especificidad y sensibilidad diagnóstica, mientras que el miedo al

abandono posee una menor capacidad discriminante. Además, este estudio confirmaría la hipótesis de que el trastorno límite de la personalidad es un constructo categorial, si bien pone de manifiesto cómo algunas características temperamentales, tales como la desregulación de la rabia y la impulsividad, están distribuidas dimensionalmente

4.2. Las funciones de metarrepresentación en el trastorno límite

4.2.1. El déficit de integración

El concepto de límite (*borderline*) ha superado la acepción genérica de "patología del límite" gracias al trabajo de Otto Kernberg (1975). El problema de Kernberg era identificar un área psicopatológica de la personalidad específica, estable, diferenciada de la neurosis por una parte y de la psicosis por otra. Intentó resolverlo mediante el análisis estructural del carácter, realizado con dos instrumentos fundamentales del repertorio conceptual psicoanalítico: las defensas y la evolución de las representaciones objetales. Apareció con ello lo que para nosotros es uno de los aspectos fundamentales del mal funcionamiento de la metarrepresentación en los sujetos límite: el déficit de integración. De todas maneras, Kernberg describió el déficit caracterizándolo por las oscilaciones opuestas, o todas positivas o todas negativas, de las representaciones de sí mismo o del objeto, lo cual no explica la variedad de fenómenos de no integración que encontramos en el tratamiento de estas personas. La oscilación entre representaciones opuestas es una de las formas que toma el déficit de integración, pero no el único.

El motivo de esta valoración unilateral depende probablemente de la centralidad de la no integración entre representaciones opuestas que se encuentra en el seno de la solución de su problema.

Para caracterizar la organización límite frente a las otras, Kernberg utilizó sobre todo la noción de defensa primitiva como elemento de diferenciación de la organización neurótica. El exceso de impulsos agresivos que está presente en los pacientes límite, ya sea por constitución innata o por acontecimientos traumáticos, induciría a

proyectar sobre el otro la propia destructividad. De la identificación proyectiva derivaría una representación aterradora del otro. A fin de proteger la relación el sujeto recurriría a la más importante de las defensas que caracterizan la organización: la escisión. La representación del objeto se escindiría en representaciones totalmente buenas, idealizadas, y otras totalmente malas, con una escisión complementaria de las representaciones de sí mismo.

Si el uso de las defensas primitivas diferencia la organización límite del área neurótica y la aproxima a la psicótica, la modalidad de representación objetal, por el contrario, la aproxima al área neurótica y la diferencia de la psicótica. Mientras que la organización psicótica se caracteriza por la falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y del objeto, la incapacidad de distinguir entre el sí mismo y lo que no es el sí mismo y la pérdida del juicio de realidad, dichas funciones se conservan en la organización límite. Contrariamente a los psicóticos, los límite han alcanzado una fase evolutiva en las representaciones de sus relaciones en las cuales es posible la diferenciación entre sí mismo/sujeto, si bien dichas representaciones se hallan sometidas a mecanismos típicos de la escisión. Se comprende porqué, para Kernberg, la no integración entre representaciones de signo opuesto adquiere el valor de fenómeno patognómico, en el cual se condensa la acción de dos rasgos estructurales que dibujan la especificidad de la organización límite. La diferenciación entre el yo y el objeto permitiría, a diferencia de lo que sucede en las organizaciones psicóticas, representaciones de sí en relación con el otro, pero el mecanismo de la escisión haría que tales representaciones, contrariamente a lo que sucede en las organizaciones neuróticas, resulten opuestas y no integradas. La oposición entre representaciones, por tanto, señalaría al clínico lo que hay de específico en el funcionamiento de la organización, constituyendo el aspecto fundamental de su identidad nosográfica. Sin embargo, como veremos, éstas no constituirían la única forma con la que se manifiesta el déficit de integración límite.

Después del trabajo de Kernberg, la falta de integración ha sido considerada una de las características principales del funcionamiento mental de los sujetos límite, hasta el punto que la existencia de las

oscilaciones de signo opuesto se ha convertido en uno de los elementos diagnósticos del DSM-IV, en términos de inestabilidad de las imágenes de sí mismo y de las relaciones interpersonales. Todos los autores interesados en el trastorno reconocen su presencia. Más controvertida ha sido la teoría etiológica que propone Kernberg para explicar el fenómeno, en particular, en relación al papel de los impulsos agresivos y de los mecanismos de defensa.

Ryle (1997) ha propuesto un modelo centrado también en la alternancia de representaciones de rol no integradas, del cual se desprende, sin embargo, una explicación etiológica diferente en el ámbito de la *Cognitive Analytic Therapy* (CAT). Según el modelo de la CAT cada individuo posee un repertorio de roles recíprocos que gobiernan y modulan las conductas relacionales. El término "recíproco" indica que cada individuo se representa las relaciones en términos bipolares (por ejemplo, dar/recibir ayuda, perseguidor/víctima) y el sí mismo puede oscilar de uno a otro de los roles representados. Un rol recíproco define, junto con 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 los estados mentales. Normalmente estas transiciones se producen de modo coherente con el variar 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 pasamos de la interacción con un colega a la interacción con nuestro hijo o cuando nos encontramos con un viejo amigo después de haber interactuado con alguien a quien detestamos. La coherencia del conjunto de la conducta y el sentido subjetivo de continuidad se mantienen gracias a la capacidad de reflexionar sobre los propios roles recíprocos y sobre el modo en que varían al cambiar la relación. Según Ryle (1997), el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la disociación parcial de los roles recíprocos y los estados mentales. Dicha disociación no estaría ligada al uso de las defensas primitivas, sino al hecho que experiencias reales traumáticas de maltrato o de abuso, interacciones caóticas o graves carencias de cuidado hayan dañado el repertorio de roles o los

procedimientos de transición a tres niveles. En un primer nivel, el daño comportaría una restricción y empobrecimiento del repertorio de roles. En un segundo nivel, se dañarían los metaprocedimientos que regulan y modulan las transiciones de rol en coherencia con el desarrollo de las relaciones actuales. Y finalmente, en un tercer nivel, quedarían afectadas las capacidades autorreflexivas que permiten desarrollar un pensamiento consciente sobre los diferentes procedimientos de rol y que confieren coherencia a la conducta y continuidad al sentido del sí mismo. De estos daños derivaría una organización de estados mentales disociados y recíprocamente segregados, con la tendencia a oscilar entre ellos de manera rápida, caótica y escasamente modulada. Definimos este tipo de no integración como *déficit de integración propiamente dicho* (Dimaggio, Semerari, 1998), en el cual los estados mentales (distinguibles y coherentes internamente en cuanto a los contenidos) se experimentan sin tenerse en cuenta mutuamente. La teoría del apego ha hecho una contribución importante en la descripción fenomenológica de los déficits de integración y ha formulado algunas hipótesis etiológicas. Ilustramos el recorrido que lleva a la teoría de la descripción de los déficits, formulada por Liotti (1994). En el ámbito de la teoría del apego la atención a los procesos de mentalización surge en el marco de un problema crucial para la teoría: el estudio de la transmisión intergeneracional de los modelos operativos internos del apego. Este tipo de estudios han sido posibles gracias a la elaboración de un instrumento, la Entrevista de Apego Adulto (EAA) (*Adult Attachment Interview*), que da indicadores sobre el tipo de vínculo de apego que un adulto, presumiblemente, ha tenido con sus padres. Confrontando los modelos de apego de los padres, evaluados por la EAA, con los modelos de los respectivos hijos, evaluados en la situación de extrañamiento (*strange situation*) –una condición experimental donde se observan las reacciones del niño ante una breve separación de la figura de apego– se ha observado una correspondencia de los mismos modelos que oscila entre el 70% y el 80% (Van Ijzendoorn, 1995). De aquí surge la cuestión de qué factores influyen en la transmisión de los modelos del progenitor al hijo. Y para resolver este problema Fonagy y Target (2001) utilizan

el concepto de mentalización refiriéndose a la capacidad del progenitor de comprender y regular los estados mentales. Dichos autores subrayan que, en el momento de un cuidado eficaz, el progenitor refleja en el niño tanto la comprensión de su angustia, como la propia capacidad adulta de gestionarla, permitiéndole introyectar ambas funciones. Modelos operativos problemáticos con el progenitor pueden dar lugar a interiorizaciones parciales o carentes de este proceso. A partir de estas consideraciones los autores han elaborado una escala, la Escala Reflexiva del *Self* (*Self Reflexive Scale* (SRS)) que, aplicada a la respuesta de los padres a la EAA, mide su capacidad de reflexión sobre los estados mentales.

La estructura de la escala es, en un cierto sentido, complementaria a la de la SVaM, que nosotros empleamos en las investigaciones sobre transcripciones de sesiones. Donde la SVaM busca diferenciar al máximo las diversas subfunciones sobre las que se fundamenta la habilidad de conocer y regular los estados mentales, la SRS unifica las diversas operaciones de conocimiento de la mente en una única función. Aunque en algunos puntos los autores hablan de "monitorización" metacognitiva, en realidad la SRS toma en consideración sólo respuestas integradoras. Por ejemplo, la expresión "estoy rabioso" no es considerada reflexiva mientras que sí lo es la expresión "en aquella época me sentía a menudo muy rabioso". La escala, además, considera del mismo modo las expresiones relativas al conocimiento de los propios estados mentales y de los estados mentales ajenos, sin diferenciar entre estos dos aspectos de la función de metarrepresentación. Las diferencias entre las dos escalas se comprenden si se tienen en cuenta los diferentes problemas que intentan resolver. Al tener que valorar la capacidad de los progenitores para transmitir cuidado y competencias metacognitivas al niño, la SRS se centra en la capacidad general de reflexionar sobre los estados mentales, presuponiendo que es la capacidad como tal la que se transmite al niño, y no sólo algunas subfunciones. La SVaM tiene el objetivo de evaluar si a diversos perfiles de mal funcionamiento de la metarrepresentación corresponden diversas realidades clínicas y, en consecuencia, se centra en diferenciar al máximo las subfunciones.

De todos modos, algunos autores que han aplicado la SRS a sujetos con trastorno límite (Fonagy, 1991, 1996) han sacado a la luz una baja función reflexiva (en nuestro lenguaje una baja capacidad de integración).

Según Fonagy y Target (1977), de acuerdo con Main (1991), el desarrollo de la función reflexiva protege de las incoherencias del comportamiento de los progenitores y reduce los efectos traumáticos del maltrato y de los abusos. A la inversa, en ausencia de figuras de referencia con las cuales elaborar la capacidad de comprensión de los estados mentales, el niño es particularmente vulnerable a los traumas interpersonales. Los futuros límite se defenderían, entonces, rechazando concebir el contenido mental de la figuras de referencia evitando de este modo pensar en el deseo del progenitor de querer hacerle daño. De la misma manera se comportarían en todas las relaciones significativas posteriores, limitando la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales. En una relación estrecha la falta de mentalización favorecería la confusión interpersonal, haciéndole retroceder a un estadio primitivo de representaciones intersubjetivas en las cuales ya no son capaces de diferenciar entre sus representaciones y las de los demás y ambas respecto a la realidad.

Partiendo de las observaciones de Main y de Fonagy, Liotti (1999; Liotti, Intreccialagli, 1998) ha propuesto una hipótesis del desarrollo de los déficits funcionales del trastorno límite de la personalidad, centrada en el rol patogénico del apego desorganizado.

Impresionado al observar en las grabaciones que los niños en situación de extrañamiento manifestaban con sus figuras de apego aterrorizadas y/o aterradoras un patrón de apego caracterizado por comportamientos incoherentes y contradictorios, el autor ha formulado la hipótesis de que esta condición puede llegar a convertirse en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos disociativos de la conciencia y del trastorno límite. Según esta perspectiva, en la organización del apego se rompe la unidad y coherencia de los modelos operativos internos que generan las representaciones del otro y del sí mismo. Por ejemplo, a partir de la memoria implícita de una figura de apego que lo acoge con una expresión asustada, el niño

puede construir una representación del otro como responsable persecutorio del miedo experimentado y del sí mismo como víctima. Al mismo tiempo puede percibir la figura de apego que le acoge como salvador que lo consuela, pero también como víctima a quien consolar y de sí mismo como aquel que consuela y cuida. La problematicidad de tales representaciones no sólo está en la incompatibilidad de los roles recíprocos sino en su presentación simultánea y en su sucesión caótica, de la cual derivaría una tendencia a generar representaciones múltiples, contradictorias y no integradas de sí mismo y del otro. La no integración puede asumir dos formas: una es similar a la descrita por Kernberg y se engloba en el déficit de integración propiamente dicho. Los personajes del escenario se alternan, pero cada uno se mantiene en la escena durante un tiempo suficiente para que el interlocutor pueda formarse una idea del estado mental.

En otros momentos, o en pacientes diferentes, los personajes se sobreponen en la escena de forma rápida y caótica, y el receptor no puede comprender si está escuchando la narración de una víctima, si tiene que defenderse de las amenazas de una persona violenta o sentir rabia por una persona que percibe como desagradable. En este caso, el déficit asume la forma que Dimaggio y Semerari (1998, en prensa) definen como hiperproducción de las narraciones y déficit de jerarquización.

El discurso de los pacientes es confuso, aparecen múltiples temas en incomprensible alternancia, el paciente oscila de un tema a otro sin que sea posible identificar un tema sobreordenado que dé sentido a todo lo dicho y guíe el comportamiento de manera coherente. Hay que especificar que, en este caso, no sólo los personajes descritos por Liotti se presentan en alternancia caótica, sino cualquier tipo de tema de vida puede entrar dentro del cocido narrativo. Roles seductores se alternan con imágenes de competición, el sentido de inferioridad se alterna con la rabia por el juicio negativo, recuerdos agradables se alternan con la idea de un futuro vacío.

Hemos visto que diferentes autores definen la integración de fenómenos diversos. ¿Cómo encontrar una formulación unitaria que dé coherencia a las diferentes perspectivas?

Nosotros proponemos una formulación, partiendo de una pregunta de tipo funcionalista: ¿cómo se hace la integración? Para explicarlo proponemos al lector dos experimentos mentales que también proponemos a menudo a nuestros pacientes. En primer lugar, que el lector piense en la persona que más ama en el mundo. Ahora, sea cual sea la imagen recordada, si el estado mental está integrado, las representaciones serán coherentes. El rostro de la persona amada difícilmente estará representado por un guiño siniestro y el tono emocional que acompañaba la representación será afectuoso. Difícilmente habrán aparecido emociones de rabia y de miedo. Lo que suponemos que no le ha pasado al lector es justamente lo que sucede en un estado mental no integrado. Intente ahora el lector pensar en el momento de mayor rabia experimentada hacia la misma persona amada. En caso de integración, aunque se experimenten dos representaciones de signo emocional opuesto, no sentirá que tiene dos relaciones diferentes con dos personas diferentes, ni tendrá la sensación de ser una colección de estados mentales yuxtapuestos. Ahora podemos aproximarnos a dar una respuesta a la pregunta sobre la función de la integración. En el caso de estados mentales integrados, la coherencia y la continuidad de la actitud comportamental hacia la persona amada se mantiene sustancialmente. Por el contrario, en el caso de no integración, se pierden.

El resultado adaptativo fundamental de la capacidad de integrar estados mentales diferentes es la coherencia en el comportamiento. La complejidad de nuestros estados mentales hace necesaria esta función sin la cual perderíamos la dirección en el mundo. Es la capacidad integradora que nos permite sospesar los diferentes estados, atribuir a cada uno una determinada relevancia, prever sus variaciones y elaborar estrategias de monitorización. La *Odisea*, el poema del engaño y de la sagacidad, parece constituir el momento en que la humanidad toma conciencia de la potencia de la regulación metarrepresentativa, obtenida gracias a la capacidad integradora de la autoconciencia. Ulises sabe que quiere volver a Ítaca y sabe que desea escuchar el canto de las sirenas. Gracias a su capacidad de integración sabe que escuchar el canto divino producirá una variación catastrófica de sus estados mentales, borrando el deseo de retorno y

poniendo en peligro su vida. Pero también anticipa los cambios posteriores y que, lejos de la influencia directa del canto, volverá a surgir en él el deseo de regresar a casa. Sabe reconocer y anticipar tres variedades de estados mentales: el estado de conflicto en el cual conviven dos deseos incompatibles, el estado en el que domina el deseo de ir directo a los escollos y el estado en el cual predomina nuevamente el deseo de retorno. La estrategia de regulación que lleva a cabo, atarse al mástil, es fruto de la complejidad de las competencias de metarrepresentación del héroe y merece, por tanto, el atributo de "elegante", como cualquier solución simple que nace de un conocimiento sofisticado. La capacidad de integrar estados mentales aparentemente diferentes se sitúa en el vértice de la jerarquía de las funciones de metarrepresentación. Sin embargo, entre las diferentes funciones es, quizás, la que tiene una naturaleza más difusa y difícil de captar en su plenitud. Por una parte, ésta depende de funciones más básicas. Suponiendo un imaginario módulo de integración, resulta evidente, por ejemplo, que debe integrar informaciones de los módulos de monitorización. Para integrar los estados mentales es necesario reconocerlos, identificando sus componentes en primer lugar.

La clínica parece dar la razón a esta consideración. Los sujetos con dificultad de monitorización presentan a menudo dificultades de integración, aunque esta dependencia no es muy estrecha ni biunívoca. Muchos de los pacientes límite que hemos evaluado tienen óptimas capacidades de identificar los componentes de los estados mentales pero tienen graves fallos de integración. Además algunos sujetos con dificultades de monitorización pueden llegar a buenas operaciones integradoras compensando la escasez de informaciones internas con la observación "externa" del propio comportamiento. Estos últimos sujetos operan tratando el conocimiento de los propios estados mentales como tratan el conocimiento de los estados mentales de los demás: sin un acceso privilegiado. Infieren del comportamiento y, en base a la Teoría de la Mente, las propias intenciones y actitudes.

La capacidad de integración parece ser la más cognitiva de las funciones de metarrepresentación. Para que las operaciones de integración puedan completarse es necesario, en efecto, que algunas fun-

ciones cognitivas sean eficientes. En primer lugar, es necesario poder efectuar las operaciones de la memoria de trabajo: evocar los diferentes estados mentales y mantenerlos en la esfera de la conciencia el tiempo necesario para realizar las operaciones de integración. Además, éstas precisan prestaciones inteligentes basadas en la capacidad de evaluar y manipular los datos. Es presumible, también, que las operaciones de integración resulten deficitarias en casos de déficit de la memoria o en el caso de retraso mental, o también en los casos de graves déficits cognitivos.

Sin embargo, tampoco en este caso la dependencia es muy estrecha. Justamente entre pacientes límite es frecuente encontrar sujetos con notables capacidades intelectuales, con funciones normales de memoria pero con grave déficit de integración. Podemos sacar de ello dos conclusiones: la primera es que la integración es una función compleja que depende parcialmente de otras funciones cognitivas ya sean cognitivas o de metarrepresentación. La segunda es que ésta mantiene su especificidad, pudiendo haber déficits de integración sin deficiencias en otras funciones de orden inferior. En síntesis, podemos definir la integración como: la capacidad de reflexionar sobre los propios estados mentales para alcanzar el nivel mínimo de coherencia que permite dar una dirección al comportamiento. Esta definición permite distinguir las funciones integradoras de las funciones de monitorización, definidas como la capacidad de reconocer los componentes y las relaciones entre componentes de los propios estados mentales.

Retomando el modelo propuesto por Dimaggio y Semerari (1998, 2001b, en prensa) hemos observado, gracias al análisis de las transcripciones de 214 sesiones de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, tres subtipos de déficit de integración. En los tres casos las representaciones pierden el nivel mínimo de coherencia necesario para dirigir el comportamiento y, por tanto, pueden considerarse, de acuerdo con nuestra definición, trastornos de la integración.

El primer tipo de no integración se puede definir como "hiperproducción de narraciones y déficit de jerarquización". En dicha no integración temas dispares e importantes se agolpan caóticamente en la mente del paciente sin que éste consiga imponer un orden y jerarquía

de relevancia. Al mismo tiempo se alternan emociones diferentes, todas intensas, sin que emerja un tema dominante en el estado mental.

P.: Eleonora me ha pedido que la acompañara. Hemos ido con el coche. Ahora me doy cuenta de que no estoy tomando ni el autobús, ni el metro. Tampoco con otra gente. He pensado que no seré capaz de hacer esto y que no seré capaz de hacer nada. He sentido rabia hacia mi padre. No soporto nada de lo que hace, de lo que dice. Me siento que no consigo seguir un hilo lógico hablando… no sé. Me he sentido con mucha culpa. Ahora me viene a la cabeza mi madre, el hecho de que no consigo satisfacerla.

¿Qué relación tiene el no coger el autobús con la rabia hacia el padre y esto con la culpa y todo esto con el no conseguir satisfacer a la madre? La misma paciente capta el caos de las representaciones: "No consigo seguir un hilo lógico". A pesar de este fugaz darse cuenta, dicha conciencia no basta para ayudarla a ordenar los pensamientos y los discursos. Los temas son todos importantes, pero falta una jerarquía contextual de relevancia. Este caos puede ir también acompañado de trastornos disociativos, o de síntomas ansiosos (ansiedad generalizada, crisis de angustia o ataques de pánico), o de un estado de ánimo disfórico ante una sensación subjetiva de incoherencia. Sin embargo, hay que observar cómo la monitorización de la metarrepresentación es buena. La paciente accede a sus propios pensamientos y emociones y los relata. El problema no es la accesibilidad sino el orden. En estos casos, el terapeuta no tiene la impresión de opacidad sino de confusión. Es típica la sensación de dificultad en la elección del tema a tratar y sobre el cual focalizar la intervención. ¿Qué es lo importante de este caso? ¿El no conseguir coger el autobús? ¿El no conseguir hacer nada? ¿La relación con el padre? ¿El sentimiento de culpa? ¿La relación con la madre? Todo parece emocionalmente importante pero se nos escapa la jerarquía de relevancia.

Dicha descripción coincide con los factores del trastorno de identidad (sensación subjetiva de falta de coherencia, incoherencia objetiva entre el pensamiento, sentimiento y comportamiento), identificados por Wilkinson-Ryan y Western (2000). El segundo tipo de fallo es el déficit de integración propiamente dicho y coincide con el concepto de Ryle de representación de rol no integrado. Por ejemplo:

P.: No conseguía dormirme, pensaba en esforzarme y al hecho de que no lo consigo. Tan solo quería abandonarme en los brazos de alguien que estuviera dispuesto a acogerme. Quería despertar a mis padres y estar un poco con ellos, o bien ir a la sala de estar. Me hubieran oído y me hubieran llamado… Pensaba que enfadarían porque los había despertado, me habrían criticado y no sabía cómo reaccionaría.

T.: ¿Pensabas que te criticarían?

P.: Sí, pensaba que me dirían "¿Incluso de noche tienes que molestar?" y esto me irrita, me entra un sentimiento de rabia porque es injusto. Me gustaría que las cosas fueran de una cierta manera, en cambio, me siento culpable porque los hago sufrir.

También en este caso la capacidad de monitorización es buena y permite hacernos una idea muy clara de los pensamientos y emociones de la paciente. Contrariamente al déficit de jerarquización, vemos que emerge un tema de fondo: la relación con los padres. Sin embargo, en un brevísimo lapso de tiempo, esta relación se representa de maneras distintas y difícilmente integrables. Los padres son al mismo tiempo figuras protectoras y acogedoras, críticos despreciadores y víctimas del comportamiento de la paciente que, al mismo tiempo, se describe como niña protegida, víctima de injusticias y culpable del sufrimiento de los padres. La no integración del rol no confunde tanto como la hiperproducción de las narraciones. Sin embargo también aquí hay una perplejidad. ¿De qué parte se tiene que afrontar la relación con los padres? ¿De la culpa? ¿Del sentimiento de injusticia y de rechazo? ¿O del sentimiento de ser acogido y protegido? El resultado es de todos los déficits de integración. La paciente no consigue dar una dirección al comportamiento y queda paralizada en sus iniciativas.

En este tipo de déficit asume una relevancia todo lo descrito por Kernberg: los estados mentales no integrados están constituidos por representaciones todas positivas o todas negativas del otro o del sí mismo sin un punto de vista que las una o les de sentido. En el ejemplo siguiente una paciente habla de una terapia anterior. Es digno de notar cómo las mismas e idénticas palabras se recuerdan con significados opuestos en dos momentos diferentes.

P.: La recuerdo como muy acogedora… me daba seguridad. Insistía siempre en que yo tenía que buscar tener más confianza en mí misma.

En la misma sesión, pocos minutos después:

P.: No sentía que fuera sincera. Había algo que no me convencía. También esto de la confianza en mí misma…, pero ¡qué confianza…, confianza! ¡Ella me hubiera tenido que dar la confianza!

El resultado común de las varias formas de déficit de integración de las narraciones es que, durante un cierto tiempo, el comportamiento mantiene una dirección que después se anula debido a un movimiento en dirección opuesta después de la transición de estado. En resumen, el vector comportamental se anula. La alternancia de representaciones múltiples y contradictorias del yo y del otro puede constituir uno de los factores dominantes del trastorno de la inestabilidad en las relaciones interpersonales.

4.2.2. La desregulación emocional según Linehan

Un segundo déficit funcional presente en el trastorno límite de la personalidad tiene que ver con los aspectos del manejo de los estados internos y se conoce como déficit de regulación emocional (Linehan, 1993). Según Linehan, los pacientes límite sufren tanto de una especial vulnerabilidad emocional como de una dificultad para regular las emociones. La vulnerabilidad está relacionada con factores genéticos y temperamentales y consiste en la tendencia a reaccionar de una manera intensa y rápida frente a estímulos emocionales aunque sean 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 que subraya el rol de la agresividad, Linehan sostiene que la vulnerabilidad y desregulación están relacionadas con todo el repertorio emocional y no solamente con los estados de cólera.

Entre la causas evolutivas que están a la base de la desregulación, se encontraría, según la autora, el crecer en un ambiente invalidante, es decir, un ambiente en el cual la comunicación de la experiencia

interior recibe respuestas caóticas, inapropiadas y extremas. En el modelo de desregulación emocional representa el elemento patogénico fundamental del trastorno límite de la personalidad, elemento capaz de explicar los tres aspectos fundamentales del trastorno: los comportamientos impulsivos, el trastorno de identidad y el caos interpersonal, y la afectividad desregulada. Por ejemplo, los comportamientos suicidas o autolesivos pueden entenderse como formas disfuncionales para interrumpir estados afectivos intensos y penosos o la consecuencia directa de la tendencia a la acción presente en las emociones no moduladas. Análogamente la capacidad de formar relaciones estables y satisfactorias exige estabilidad afectiva y capacidad de comunicar y de modular las emociones dentro de un contexto interpersonal. La misma estabilidad del sentido del sí mismo se ve afectada por la oscilación continua y caótica entre estados emocionales diferentes, pero todos de extrema intensidad.

4.2.3. El déficit de regulación emocional y el déficit de diferenciación

El segundo gran déficit funcional presente en el trastorno límite de la personalidad hace referencia a la dificultad de regular los estados emocionales. No todas las estrategias de regulación precisan de una elevada capacidad de metarrepresentación. En la SVaM las estrategias de regulación se subdividen en tres niveles distintos en base al grado de habilidades de metarrepresentación que precisan. Las estrategias de primer nivel no precisan actividad metarreflexiva. Tienen que ver con la regulación del estado mental actuando sobre el estado del cuerpo y del ambiente, y por ejemplo, evitando situaciones emocionalmente significativas. Ambas pueden desregularse. Por ejemplo, podemos actuar sobre el organismo tomando una dosis adecuada de tranquilizantes o ingiriendo una cantidad excesiva. Las estrategias de segundo nivel pueden ser más mentales que las precedentes, pero pueden prescindir de una elevada actividad autorreflexiva. Consisten en exhibir o imponer voluntariamente un comportamiento y en regular la atención consciente por ejemplo decidiendo no pensar en un determinado problema.

Las estrategias de tercer nivel precisan la capacidad de metarrepresentación. Por ejemplo, podemos salir de un estado problemático criticando una creencia que está en la base. ¿Qué nos pasaría si no poseyéramos estos mecanismos de regulación? Nosotros sabemos que los procesos cognitivos influencian nuestros estados emocionales. Sabemos por experiencia cotidiana, además de por las investigaciones de la psicología de la emoción, que también es verdad lo contrario. Un estado emocional orienta la ideación favoreciendo recuerdos congruentes con el mismo estado, facilitando la selección de información coherente con dicho estado, y obstaculizando la asimilación de aquella información discrepante. Si estamos tristes recordamos y captamos más fácilmente cosas tristes, si estamos enfadados recordamos y detectamos agravios e injusticias por todas partes. El efecto de congruencia del estado de ánimo (*mood congruity effect*, Bower, 1981) es muy importante para comprender algunas distorsiones del pensamiento en el trastorno límite de la personalidad. Esto implica que, en ausencia de mecanismos de regulación, seríamos siempre prisioneros de círculos viciosos. Un estado emocional induciría una ideación congruente que induciría emociones congruentes y así subsiguientemente, o, de otra manera, 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 puede resultar gravemente distorsionado, hasta llegar a un estado de clara ideación paranoide y/o disociativa o a la psicosis reactiva.

El déficit de diferenciación entre representaciones y realidad señalado pro Fonagy y Target (1997) en los sujetos límite parece ser más una consecuencia de la desregulación emocional que un trastorno primario: fuera de los estados emocionalmente desregulados los pacientes límite mantienen y recuperan el juicio de realidad y la capacidad crítica. Contrariamente al trastorno paranoide de la personalidad, donde el déficit de diferenciación resulta primario y es causa del sufrimiento emocional, en los pacientes límite, éste déficit de diferenciación resulta secundario a la desregulación emocional y puede entenderse

como un efecto o consecuencia de ésta. Por ejemplo, un paciente que en un *acting-out* había destrozado la ropa de su novia cuenta:

P.: No recuerdo dónde nos sentamos la noche anterior. Ahora sé que estábamos sentados en lugares opuestos (indica las posiciones), él allá, ella aquí. Pero aquella mañana no me acuerdo… Los veo juntos hablando, yo me siento excluido.

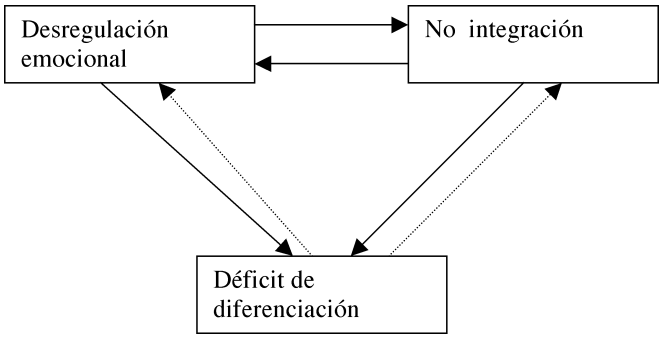
Los recuerdos están totalmente orientados por el estado emocional. En el clima de la sesión el paciente tiene un recuerdo de la velada completamente distinto del que ha tenido durante la crisis, y era capaz de distinguir entre su imaginación y la realidad. En el estado problemático, en cambio, la fantasía de exclusión y de engaño queda sustituida por un recuerdo real con el consiguiente impulso a la acción.

4.3. Las relaciones entre los déficit

Las últimas observaciones del párrafo precedente nos llevan a un importante problema: ¿cuáles son las relaciones entre los diferentes déficits? ¿Es posible, por ejemplo, plantear la hipótesis sobre las relaciones jerárquicas pensando que un déficit es primario y los otros derivan del primero? En la actualidad, nos limitamos a avanzar algunas consideraciones. En primer lugar, podemos observar cómo la no integración y la desregulación emocional pueden determinarse recíprocamente sin que sea posible establecer entre ellas una jerarquía de relevancia. Representaciones dicotómicas y extremas pueden suscitar emociones cuya elevada intensidad está directamente ligada al carácter totalizante de los contenidos de las representaciones. Sin embargo se puede dar la vuelta a este razonamiento. La falta de instrumentos de regulación puede dar lugar a través del efecto de congruencia del estado de ánimo a una ideación completamente guiada por un estado emocional de creciente intensidad donde se pierden los matices del gris hasta representaciones extremas, dependientes del estado emocional en curso. Más subordinada aparece la posición del déficit de diferenciación. En nuestros ejemplos, hemos visto que la capacidad de distanciarse críticamente del propio pensamiento depende mucho

del contexto interpersonal y del estado emocional. En un clima de diálogo sereno los pacientes eran capaces de diferenciar entre representaciones y realidad, mientras relataban situaciones emocionalmente intensas en las cuales dicha capacidad estaba ausente. Es probable que el déficit de regulación emocional mediante círculos viciosos emocionales-cognitivos lleve a la exclusión progresiva de datos incongruentes hasta el punto de suspender, transitoriamente, la capacidad crítica. Además la caoticidad y contradictoriedad de la ideación y la falta de puntos de vista que integren las diferentes representaciones hacen por sí difícil la reflexión crítica sobre el propio pensamiento. Hay que subrayar que aunque esté influenciada por la capacidad de integración y de regulación, la diferenciación no siempre depende de éstas. En el trastorno paranoide de la personalidad, por ejemplo, pueden estar presentes una gran coherencia de representaciones, un control emocional que puede llevar hasta la capacidad de simular los sentimientos, juntamente con un grave déficit de la capacidad de diferenciar (Nicolò, 1999). Esquematizamos las relaciones entre las disfunciones de metarrepresentación en la Figura 4.1.

Fig. 4.1. Perfil del límite de metarrepresentación del trastorno límite



La figura sitúa 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.

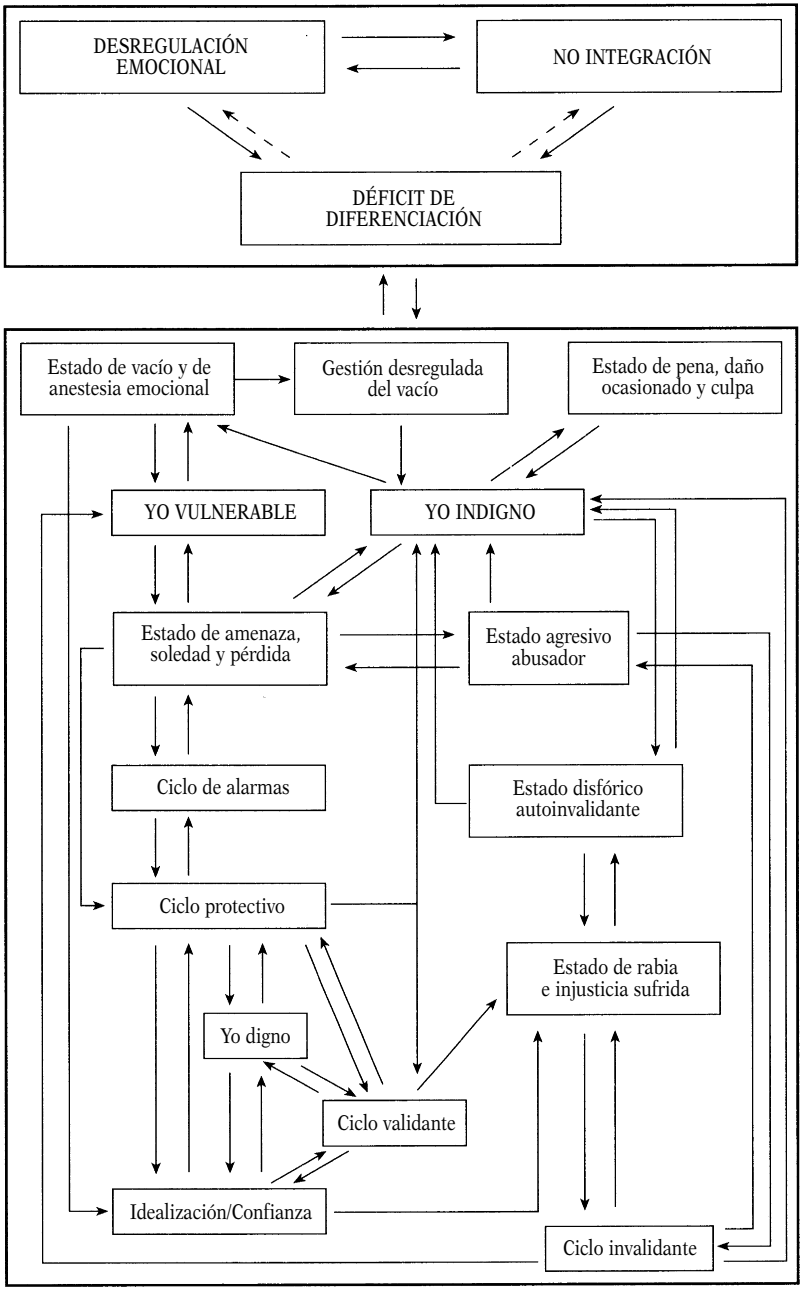
4.4. Estados problemáticos, ciclos interpersonales y modelo del trastorno

Hemos visto cómo los estados mentales de los sujetos límite resultan, con frecuencia, caóticos y desintegrados y los procesos de transición rápidos y a menudo dramáticos. Sin embargo, es posible detectar estados y ciclos interpersonales regularmente recurrentes en esta desorganización, Dichos estados se ven influenciados por los déficits de metarrepresentación que les confieren las características de desorden, inestabilidad y desregulación. En su conjunto estos estados han sido ya descritos en la literatura clínica. Nuestra contribución consiste en el intento de ponerlos junto a una representación unitaria que resulte una guía útil para la intervención psicoterapéutica (véase la Figura 4.2.).

En la parte alta de la Figura 4.2. están representados los déficits de metarrepresentación; en el rectángulo inferior, el modelo de los estados mentales y de los ciclos interpersonales. Éstos se desarrollan a partir de dos elementos nucleares de los que se originan estados mentales y ciclos interpersonales específicos. Dichos núcleos no deben considerarse estados mentales propiamente dichos, sino esquemas básicos del yo que organizan la experiencia del sujeto y la agregación de cogniciones y emociones en estados discretos. Los dos núcleos de mayor importancia son respectivamente el yo indigno y el yo vulnerable. El yo indigno se caracteriza por la percepción de que hay algo en él profundamente equivocado, monstruoso, loco, inepto, degradado o grotesco. Puede ir acompañado de percepciones del esquema corporal o síntomas de somatización, en particular, dismorfofobias, y de trastornos del comportamiento alimentario, sobre todo, crisis bulímicas. Se convierte en una especie de atmósfera de fondo en la que se combinan diferentes estados mentales específicos.

En la literatura principal sobre el tema, tanto psicodinámica como cognitiva, se identifica la representación del yo indigno como núcleo básico del yo: se ve cómo de esta representación derivan diferentes sensaciones, asimilables a algunos estados mentales específicos que describiremos a continuación, entre las que oscila el paciente Para

Fig. 4.2. Modelo de mantenimiento del trastorno límite



Kernberg (1975), dicho esquema (definido como "yo malo") se caracteriza en términos de agresividad y se escinde defensivamente, proyectándose sobre el otro. A partir de este funcionamiento se origina: a) un sentimiento de amenaza personal donde el otro es percibido como amenazador y abusador, que el paciente gestiona basculando hacia b) un estado de control sádico y prepotente, o bien hacia c) un circuito de idealización del otro que debe proporcionar protección y satisfacción, ante cuya ausencia el paciente experimenta d) una rabia por agravio sufrido.

Según Searles (1988) dichos pacientes experimentan un "mundo interno extraño y horrendo en el cual la identidad personal, si no es ilimitadamente débil y vulnerable, es malvada y omnipotente". Describe cómo en estos pacientes, el esquema básico del yo malvado determina, en las relaciones íntimas, el miedo de dañar y destruir, con tendencia al aislamiento o a la ruptura de las relaciones.

Al igual que Searles, Young (1987), establece dicha representación en el marco de una experiencia de abandono o de rechazo por parte de personas significativas. Los esquemas por los que el sujeto considera estar lleno de defectos o no ser digno de ser querido se hallan organizados en el módulo inadaptado precoz, definido como "el niño abandonado", caracterizado por la deprivación emocional y la pérdida. En la contribución de Beck, Freeman *et al*. (1990), uno de los tres supuestos básicos de la tríada cognitiva de los pacientes límite es "soy radicalmente inaceptable". En base a dicho supuesto, estos individuos se comportan como si estuvieran irremediablemente llenos de errores y defectos.

4.4.1. El estado autoinvalidante

El yo indigno se concreta en primer lugar en la experiencia subjetiva del estado autoinvalidante. Es un estado en el cual el sentimiento de la propia indignidad se expresa con sentimientos de rabia, antipatía y desprecio hacia sí mismo. El tema del diálogo interno está marcado por el autosarcasmo o por una despiadada autocrítica. La memoria recuerda selectivamente fracasos, ejemplos de inadecuación personal o corrupción moral. Se atribuyen defectos imaginarios

o se agigantan límites reales que se consideran pruebas irrefutables de la propia indignidad. Estos patrones se traducen en algunos casos en trastornos del comportamiento alimentario, en particular, en crisis bulímicas o en síntomas de somatización. El estado de ánimo de base es disfórico, a veces, prevaleciendo síntomas depresivos intensos con posibles comportamientos autodestructivos.

P.: Me digo "Pero, ¡dónde vas!, ¡qué pretendes! ¡no consigues cambiar nada! ¡no has cambiado nada!". ¡No consigo sentarme delante de la mesa y hacer ni siquiera dos tonterías! Siempre me estoy quejando. ¡Siempre estoy molestando a todo el mundo! ¡No he sido capaz de sacarme una licenciatura! ¡Siempre he escapado! Es decir… a veces me he escapado. Bien… ¡qué rollo! ¡Ahora ni siquiera puedo hablar!

O bien:

P.: Pienso que tarde o temprano descubrirán cómo soy, porque estoy convencida de que no valgo nada y que no hago más que engañar a los demás, fingiendo lo que no soy. En realidad soy completamente inconsistente. Me siento horrible. Con los chicos… ¡vaya! Estoy convencida de que soy fea hasta el punto de darles asco. Hasta los 25 años no tuve relaciones sexuales porque pensaba: "¡Éste a la mínima que me vea cómo soy se desmaya!". Ya no puedo más con los mil y un problemas que yo misma creo. Ya no puedo más conmigo misma.

La constante denigración del yo, propia de este estado, mantiene y alimenta el sentimiento de indignidad personal. Por otra parte el estado de ánimo disfórico de base crea las condiciones para la transición al estado sucesivo.

También Kernberg (1975) identifica en estos pacientes un estado caracterizado por una "autocrítica, inseguridad e inferioridad", pero considera que este estado deriva de una estructura defensiva de "rasgos narcisistas de carácter". En el fondo se trataría de tendencias individuales de grandiosidad y omnipotencia que se manifestarían como exigencias inconscientes de satisfacción incondicional por parte de los demás. De acuerdo con esta distinción, para este autor la disforia de base también predispone a un estado de rabia y de agresividad abusadora.

Nuestra concepción de dicho estado es similar a la que plantean Young (1987) y Beck, Freeman *et al*. (1990). Young lo define como un módulo del *Punitive Parent*: los pacientes generalmente consideran que han sido malos, sucios o han hecho algo equivocado, y tienen sentimientos intensos de rabia autodestructiva o de condena de sí mismos. Beck y Freeman lo describen como la conclusión inevitable del tema cognitivo "Yo nunca conseguiré lo que deseo, todo es inútil". Por lo tanto, para estos autores es también una forma en la cual se expresa y se automantiene el sentimiento de indignidad personal.

Linehan (1993) lo describe como un patrón específico de comportamiento que se puede definir como "invalidación del yo", caracterizado por la tendencia a invalidar las propias reacciones emocionales, los propios sentimientos y comportamientos. Se organiza en una dimensión dialéctica en la cual el polo opuesto es el patrón de esta "vulnerabilidad emocional", de la cual vamos a hablar a continuación. Esta condición refleja la interiorización de una visión del yo como una persona inadecuada que se desarrolla durante su crecimiento en un ambiente invalidante (Barone, 2002).

4.4.2. El estado de rabia/injusticia sufrida y el ciclo invalidante

El clima emocional disfórico del estado autoinvalidante hace que el paciente sea muy intolerante a cualquier contrariedad o frustración. En estas situaciones, el déficit de regulación emocional puede llevarlo a reaccionar con una rabia inmediata e intensa ante cualquier adversidad. Se activa de este modo el estado de rabia e injusticia sufrida en el cual la rabia está continuamente alimentada por una ideación centrada sobre agravios reales o imaginarios recibidos, con prevalencia de temas persecutorios y tendencia a actos autoagresivos. El diálogo interno adopta un tono de tribunal donde los personajes de la escena mental se defienden, intercambiándose acusaciones recíprocas. Hay que tener presente que el fondo de este estado psíquico está marcado por un sentimiento de indignidad. El resultado del veredicto del tribunal imaginario tiende a establecer quién, el paciente o sus adversarios, está intrínsecamente equivocado como persona y no solamente quién se ha equivocado sobre una

cuestión determinada. Cuando este estado se activa en una relación, el paciente acusará al otro haciéndolo sentir una persona equivocada. El otro tenderá a reaccionar de modo análogamente contraacusatorio, activándose entonces un ciclo interpersonal invalidante donde, si el paciente mantiene su posición, se alimenta el estado de rabia e injusticia sufrida, aumentando el sentimiento de indignidad personal si sucumbe.

El siguiente ejemplo muestra una transición entre un estado disfórico de irritación autodirigida a un estado de rabia heterodirigida y el inicio de un ciclo interpersonal invalidante:

P.: Poco a poco ha empezado este malhumor. No me gusta nada de mi vida, hace aguas por todas partes. Detesto el trabajo que hago. Esta mañana esa gilipollas de mi colega hacía una bromita sobre el horario. No le he tirado nada a la cabeza porque en aquel momento no tenía nada al alcance de mi mano. Le he gritado que era una imbécil, un ser de ínfima calidad. Han llegado las otras gallinas a poner paz. Sentía que mi corazón iba a estallar de rabia. Hacen las cosas como les da la gana y vienen a juzgarme a mí. No lo encuentro justo.

En la literatura sobre el tema hay un acuerdo en considerar el estado de rabia como un elemento central del trastorno. Desde los primeros intentos empírico-descriptivos del trastorno límite de la personalidad (Grinker, Werble y Drye, 1968; Gunderson y Singer, 1975; Spitzer, 1975), hasta el actual DSM-IV, la rabia se considera no sólo una emoción prevalente, a menudo provocada por la amenaza de separación de la persona amada o de la soledad, sino que también se considera un criterio diagnóstico específico.

Sin embargo, no todos los autores consideran que el fondo psíquico de este estado esté marcado por el sentimiento de indignidad personal y que, por tanto, active un ciclo interpersonal invalidante. Por ejemplo, Kernberg (1975) –como hemos dicho antes– lo reconduce a un agravio real o imaginario sufrido, pero respecto a la frustración de la exigencia propia o ajena de grandiosidad, sin que esto determine un ciclo invalidante. También Ryle (1997) describe sentimientos de rabia ante la ruptura de la idealización, alternando con circuitos invalidantes.

Tanto en Young (1990) como en Beck, Freeman *et al*. (1990), dicho estado –definido por el primer autor como "módulo del niño enfadado"– es la conclusión directa de los esquemas de indignidad personal y de vulnerabilidad. La imposibilidad o el riesgo de ser amados generan un ciclo vicioso caracterizado por estrategias de evitación de las relaciones, las cuales confirman el tema de partida, provocan intensos sentimientos de rabia por la supresión de sentimientos o necesidades. La frustración de las necesidades y/o la conflictividad relacional pueden generar (Gunderson y Philips, 1991; Ryle, 1997) una "profunda infelicidad y graves síntomas depresivos". Young (1990) atribuye además a este estado –como consecuencia del aumento del descontrol de los impulsos– la prevalencia de promiscuidad sexual.

4.4.3. Estado de pena, culpa y daño ocasionado

La sensación de monstruosidad y maldad personal propia del yo indigno, y la repetida experiencia de ciclos de rabia invalidante y la tendencia a vivir intensamente todas las emociones incluidas la pena y la culpa, hacen que el sujeto pueda percibirse como fuente de daño y de dolor infinito para el otro amado y víctima. Contrariamente a lo que sucede en el estado agresivo-abusador, en el cual el rol de perseguidor se busca activamente, en este estado dicho rol es detestado y está acompañado de fuertes sentimientos de culpa. El estado de ánimo se orienta hacia polaridades depresivas con la posibilidad de que se den conductas autolesivas con una finalidad expiatoria.

P.: A veces cuando estoy muy agitada me siento incluso un poco aturdida, como si la sangre me hubiera subido a la cabeza. Otras veces me siento simplemente enfadada y me encierro en mi habitación para evitar que pase nada. Ayer por la tarde estaba muy agitada, tenía el estómago hecho un nudo y pensaba que era un desastre de persona.

Ahora ha pensado en mi madre y en el hecho que en estos últimos días se está comportando de una manera extraña, y esto me preocupa porque pienso que se siente mal y tiene la cara de estar hecha polvo y he llegado a pensar que quizás acabará medio loca por mi culpa.

Como resulta evidente en este ejemplo, la ideación del estado de pena, culpa y daño ocasionado es capaz de mantener y perpetuar el sentimiento de indignidad personal. Este estado, a diferencia del anterior, ha sido poco descrito o casi excluido explícitamente en la literatura sobre el tema. En particular, Kernberg (1975) afirma que las actitudes monstruosas y destructivas, derivadas del sentimiento de la propia indignidad no generan sentimiento de culpa, si no más bien un sentimiento de satisfacción o de furia impotente. Sólo en los casos menos graves, el autor identifica un sentimiento de culpa, pero especificando que es experimentado con la angustia de ser rechazado o con la rabia de haber sufrido un agravio. También en las primeras descripciones empíricas (Grinker, Werble y Drye, 1968; Gunderson y Singer, 1975; Spitzer, 1975) que consiguen dar una estructura formal al trastorno en el DSM-III, los estados de pena y de culpa están explícitamente excluidos.

A diferencia de los autores anteriores, Searles (1988) sostiene que la forma principal en que se expresa el sentimiento de indignidad personal es justamente la del miedo a ser destruido. Subraya que el sentimiento de maldad y de "inadecuación dolorosa y desesperada" determinan un miedo intrusivo y omnipotente de dañar y destruir dentro de las relaciones íntimas: dicha propuesta es más afín a nuestro modelo, aunque se diferencia por el hecho de que el sentimiento de indignidad se entiende sobre todo, si no exclusivamente, en términos de destructividad. Diferentes autores (Linehan, 1993; Liotti, 1999; Ryle, 1997) describen representaciones del yo como culpable. Según Linehan la culpa se inscribe en el patrón de emociones inhibidas y en cuanto tal resultaría hipercontrolada, oscilando, sin embargo, con crisis de rabia irrefrenables. También Ryle (1997) hace mención de la culpa, aunque no la considera dentro de los estados mentales más comunes.

4.4.4. El yo vulnerable

El yo vulnerable consiste en la percepción de poder ser fácilmente herido, anulado o de ser expuesto, sin ninguna defensa, ayuda o capacidad de afrontamiento, a agresiones o acontecimientos catas-

tróficos externos o internos a la persona. Como el yo indigno, el yo vulnerable es una condición de base, bien descrita por ejemplo por Correale (2002), que se organiza en estados mentales específicos entre los cuales a menudo también hallamos la influencia del yo indigno. Dicha representación del yo puede traducirse en síntomas ansiosos (fobias, ansiedad generalizada, crisis de angustia o ataques de pánico), trastornos disociativos (despersonalización, fugas psicógenas), ideación paranoide o estrategias de *coping* disfuncionales, en particular, abuso de sustancias o intentos de suicidio.

Mientras el yo indigno es presentado claramente como el núcleo psicopatológico de base, en la literatura la descripción del yo vulnerable resulta a menudo mezclada (Young, 1990) y/o secundaria al sentimiento de indignidad personal (Kernberg, 1975) o bien es representada en términos de sentimiento de amenaza, abandono o soledad (Grinker, Werble y Drye, 1968; Gunderson y Singer, 1975; Spitzer, 1975; Searles, 1988; Young, 1987). Tampoco en el DSM-IV encontramos ningún criterio diagnóstico referido a este esquema del yo que, por otra parte, queda expresado indirectamente en el criterio (1) de "esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado" y (9) "ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves". Young (1987) sitúa dicho esquema dentro del módulo del "niño abandonado" en el cual la activación de los esquemas de deprivación emocional, abandono e inadecuación, propios del yo indigno, determinan sentimientos desproporcionados de vulnerabilidad.

En Beck, Freeman *et al*. (1990) y Linehan (1993) se describe como dimensión de fondo específica. Beck y Freeman califican el yo vulnerable ("Yo soy débil y vulnerable") como una premisa de base en el ámbito de la tríada cognitiva, distinta de las otras dos ("Yo soy fundamentalmente inaceptable" y "El mundo es peligroso y malvado"). Los pacientes se perciben constantemente indefensos frente a los demás, representados como desleales e indignos de confianza. Esto determina una constante vigilancia con la consiguiente atención selectiva a las señales de peligro, perpetuando tanto la visión del mundo amenazador como la percepción de ser vulnerable.

4.4.5. Estado de amenaza, soledad y pérdida

Es una situación donde el sujeto se siente en peligro. Tanto el contenido de la amenaza, como la forma que asume el peligro en la mente del paciente son variables. Puede tratarse de un peligro externo, dando lugar a una ideación hipocondríaca o bien al miedo a enloquecer y perder el control a menudo acompañado de ataques de pánico o de sensaciones de poder explotar y disgregarse. El peligro puede representarse como una amenaza proveniente del exterior, como agresiones físicas o catástrofes ambientales. A menudo la influencia del yo indigno hace que la amenaza sea representada por críticas feroces, capaces de humillar o aniquilar a alguien. La emoción predominante en dicho estado es el miedo. Es constante la idea que, en el peligro, uno no podrá recibir ayuda, a veces a causa de su propia indignidad. Entonces el estado de amenaza se configura como una condición de absoluta soledad, de expulsión del grupo y de condena universal.

P.: Tengo miedo de la gente, tengo miedo de las personas. Tengo miedo de las críticas que puedan hacerme. Tengo miedo de las miradas. Yo pienso que tengo defectos absolutamente inaceptables y tarde o temprano me encontraré sola, sin nadie que me ayude. A veces pienso que Dios puede perdonar a todo el mundo, menos a mí.

Dicho estado es citado por la mayor parte de los autores, además de ser tomado como criterio diagnóstico en términos de "esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado". La literatura difiere a la hora de describir el contenido de la amenaza que puede provenir de la peligrosidad o la maldad del mundo (Kernberg, 1975; Beck, Freeman *et al*. (1990); Liotti, 1999; Ryle, 1997), ser representada en términos de abandono y soledad (Cotugno y Benedetto, 1995; Gunderson, 1984, 2001; Ryle, 1997; Searles, 1988; Young, 1990) o de pérdida de control y fragmentación (Linehan 1993; Perry, 1992; Searles, 1988). Los diferentes autores están de acuerdo en atribuir a este estado experiencias típicas de depresión intensa con falta de esperanza, miedo o sentimiento de pérdida. Describen que estas experiencias pueden determinar estrategias de *coping* disfuncionales, como actos suicidas o intentos de suicidio. Como afirma Linehan "el intento de suicidio es la única solución ante la sensación de amenaza dolorosa".

4.4.6. El estado agresivo abusador

Una de las maneras con las que es posible gestionar el sentimiento de amenaza consiste en la inversión de roles, obteniendo un sentimiento de seguridad al transformarse de agredido en agresor.

En el ejemplo siguiente un paciente describe, durante la sesión, la transición de un estado de amenaza a un estado agresivo abusador.

P.: Estoy en casa, no salgo, tengo la paranoia a salir de casa… Cuando salí la última vez de casa con los amigos, había uno que siempre se burla y se hace el duro.

T.: ¿La tomó contigo?

P.: No, pienso que incluso le caigo simpático, pero he pensado "Si me dice algo, ¡le tendré que pegar un par de hostias!". Así que apenas salgo, si alguien me mira tengo miedo de tener que pegarle cuatro hostias.

Dentro de casa el paciente, tan espantado fuera, se vuelve despótico y voluntariamente prepotente hacia sus familiares.

P.: Me he cabreado con mi madre. No quería salir a comprar el bistec. "¡Que no entendéis que yo no puedo salir!". He chillado y he dado una patada rompiendo una puerta. Ella y mi hermana tienen que aprender a hacerme caso.

Vistos por un observador externo, los estados de rabia e injusticia sufrida y el estado agresivo abusador parecen similares. Sin embargo, la vivencia subjetiva es muy distinta. En el primer estado, el paciente se siente una víctima que reacciona ante abusos, no un agresor. En el segundo, adopta conscientemente, de modo sintónico, una actitud de agresividad despótica de la cual obtiene un sentimiento de seguridad transitorio. Una seguridad, naturalmente, momentánea, puesto que en un mundo dividido en agresores y víctimas, los roles pueden invertirse en cualquier momento. Algunos pacientes tienden a oscilar de una manera bastante estable entre el estado de amenaza y el estado agresivo abusador acentuando los rasgos y los comportamientos antisociales. La desregulación emocional se expresa en este caso con el descontrol de la rabia y consiguientes actos de agresividad heterodirigida. En otros casos, las agresiones acaban insiriéndo-

se en ciclos invalidantes y, a través de éstos o directamente, pueden incrementar el sentido de indignidad personal.

Según Kernberg (1975) el paciente límite maneja el sentimiento de amenaza personal asumiendo igualmente actitudes de control sádico y prepotente. También tiene, como apunta Ryle (1977), comportamientos de destrucción vengativa o de desvalorización despreciadora.

Este estado ha sido descrito por Liotti (1999) dentro del triángulo dramático postulado por Karpman (1968) en términos de oscilación continua y simultánea de roles de "perseguidor", "víctima" y "salvador".

La descripción de Ryle (1977) sobre los repertorios de roles recíprocos de "abusador vengativo" y "víctima con sumisión complaciente y/o con resistencia resentida o pasiva" es parecida a este modelo. También según este autor, estos pacientes pueden pasar de modo rápido y caótico o simultáneo de uno a otro de estos dos roles contradictorios, aunque también pueden darse otras transiciones en este estado, en particular desde el polo "idealizador al idealizado", del de "placidez feliz a irreal", o del polo "dar y recibir cuidados perfectos".

4.4.7. Estado de vacío y de anestesia emocional y su gestión desregulada

El yo indigno y el yo vulnerable pueden someter a los pacientes a una intolerable presión hecha de peligro, precariedad e indignidad. A veces, los pacientes consiguen librarse de esta presión distanciándose de todo y de todos y entrando en un estado de vacío y anestesia emocional. En algunos momentos este estado puede ser percibido agradablemente como una especie de Nirvana o como un estado de control y de invulnerabilidad omnipotente. Es esta la situación en la cual se dan más frecuentemente los comportamientos suicidas o actos autolesivos que pueden considerarse tanto el efecto de un estado de desapego absoluto del mundo como una manera de sentir dicho desapego.

P.: En realidad no estoy mal en ese momento. Cuando siento la cuchilla de afeitar que penetra en la carne me siento en paz y en calma.

Otra paciente, hablando del estado en que había ingerido dos cajas de psicofármacos:

P.: Es como estar en el ojo de un huracán, una calma inesperada. Tengo un sentimiento de desafío hacia todo el mundo. Puedo hacerlo. No me importa nada y nadie. Esto es lo que me espanta.

Otras veces el vacío se percibe como una penosa sensación de falta de metas; en estos casos, los pacientes tienden a reaccionar con comportamientos que provocan un aumento del *arousal* tales como la búsqueda de relaciones sexuales promiscuas o el realizar acciones peligrosas. O bien atiborrándose de alcohol o bien cayendo en crisis bulímicas. Por ejemplo:

P.: Me siento una mierda. He ido de nuevo a M.C. (lugar donde el paciente tenía encuentros homosexuales ocasionales). El domingo, el domingo por la tarde. No sé cómo se convierte en una idea fija, en una pesadilla de la cual no consigo salir.

T.: ¿Una pesadilla? ¿No siente deseo en aquel momento?

P.: No lo sé. No es un deseo normal. Siento que tiemblo, es como si mis piernas se movieran solas.

T.: Me está diciendo que no tiene la impresión de ser usted quien decide moverse.

P.: No. El hecho es que no me entra nada más en la cabeza, sólo esa idea y no se va hasta que no la he llevado a cabo.

T.: ¿Y cómo le entra esta idea tan poderosamente en la cabeza? ¿Cómo se sentía antes de empezar a pensar en el cine de luces rojas?

P.: No sabría decirle exactamente… Un poco angustiado quizás. Más que nada me sentía pura nada, como si no existiera. Lo cual es una cosa bien extraña si la piensas. Tener necesidad de algo y no desear nada. Un vacío a llenar de algún modo. Me sentía una nada con nada en la cabeza.

T.: ¿Es en este estado que se impone la idea?

P.: Sí… me entra en la cabeza como el aire que entra en un recipiente vacío.

La gestión desregulada del vacío finaliza casi invariablemente alimentando el sentimiento de indignidad/vulnerabilidad. Hay que tener presente que el circuito indignidad/vulnerabilidad-vacío-ges-

tión desregulada-indignidad/vulnerabilidad es lo que genera los comportamientos más peligrosos para la integridad del paciente.

Este estado, junto con el estado de rabia, se considera una característica específica desde las primeras formalizaciones empíricas-descriptivas del trastorno. Kernberg (1975) en su análisis descriptivo lo considera un criterio menor; en cambio, Grinker, Werble y Drye (1968), Gunderson y Singer (1975), Spitzer (1975) lo señalan como un criterio diagnóstico discriminante. La sensación crónica de vacío ha sido recogida también en el DSM-IV como un criterio diagnóstico.

En el ámbito cognitivo (Beck, Freeman *et al*. 1990; Cotugno y Benedetto, 1995; Linehan 1993; Young, 1987), este estado ha sido descrito a menudo como una estrategia de evitación o de coping *funcional* ante situaciones que son fuente de sufrimiento; y se le atribuye un mayor riesgo de comportamientos auto o heterolesivos o de abuso.

4.4.8. Ciclo invalidante y ciclo protector

Los pacientes límite disponen de muchos recursos personales y relacionales. Son capaces de establecer, a pesar de su caoticidad, relaciones intensas y significativas. Esta capacidad de implicación en las relaciones puede usarse potencialmente para manejar de manera menos patológica los sentimientos de indignidad y de vulnerabilidad. Dichos sentimientos pueden instaurar ciclos interpersonales positivos de los cuales obtener, al menos temporalmente, validación y aceptación de sí mismos y un sentimiento de ayuda, protección y consuelo. Pero de todas maneras existe un circuito terapéutico potencial, interno a los procesos del paciente, en el cual un sentido del yo positivo emerge en el marco de una relación de confianza mediante ciclos validadores y ciclos protectores. El problema es que estos ciclos tienden a ser breves, frágiles, expuestos a potentes factores de invalidación. Hay diversas razones que los hacen tan precarios. Los fallos de metarrepresentación hacen que la inversión emocional sobre el otro sea escasamente realista, idealizada, cargada de expectativas excesivas que pueden ser fácilmente invalidadas. Incluso cuando obtiene la validación por parte del otro, el yo indigno genera la sensación de haber engañado, de haberse puesto una máscara, de haber interpretado un

papel. Además, tanto la ayuda como la validación se piden de manera desregulada, a veces con presión y a veces de manera agresiva. Esto puedo asustar, alejar o molestar al otro transformando el ciclo protector en un ciclo de alarmas recíproco y el ciclo validador en un ciclo invalidante. A pesar de todas estas limitaciones, los estados mentales caracterizados por representaciones idealizadas del otro constituyen un importante recurso terapéutico. El problema, que discutiremos en el capítulo sobre el tratamiento, es cómo estabilizarlos transformando la idealización en un sentimiento de confianza realista.

4.5. La relación entre contenidos y funciones

Al representar gráficamente el modelo hemos visualizado las funciones de metarrepresentación y los contenidos mentales como dos rectángulos conectados por dos flechas. Estas últimas indican la determinación recíproca entre los dos factores. Pero, en la descripción hemos subrayado la mayor influencia de los déficits de metarrepresentación sobre los estados mentales que no al contrario. Esta descripción es incompleta porque algunos contenidos, como el sentimiento de indignidad, pueden tener un gran peso a la hora de determinar la calidad de los procesos y de las heurísticas de metarrepresentación.

Wells ha aportado ejemplos bastante convincentes de cómo creencias específicas de tipo metacognitivo pueden determinar interpretaciones patógenas de los propios estados internos y estrategias desadaptativas de gestión y control. Por ejemplo, en el trastorno de ansiedad generalizada intervienen dos tipos de preocupaciones: las preocupaciones de tipo 1, referidas a acontecimientos externos o acontecimientos internos no mentales, actuarían de activadores del proceso, que sería ampliado y alimentado por creencias metacognitivas, referidas al hecho mismo de preocuparse (Wells, 1995, 1997). El efecto patógeno puede depender tanto de valoraciones positivas como de valoraciones negativas concernientes al estado interno (preocupaciones de tipo 2). Por ejemplo, una creencia del tipo “Si no me

preocupo me siento indefenso" puede dar lugar a una rumiación ansiosa; una creencia del tipo "Si me preocupo quiere decir que no sabré afrontar la situación" puede activar un ciclo vicioso de ansiedad. Mancini ha desarrollado consideraciones análogas para describir el rol de creencias específicas a la hora de determinar procesos patogénicos de control metacognitivo y de mantenimiento de los trastornos (Mancini, 1996; Mancini y Gangemi, 2001ª, b).

Aunque estos autores no se han ocupado de trastornos de personalidad, sus modelos, en particular el de la función autorreguladora de Wells (2000), pueden ayudar a comprender importantes aspectos del funcionamiento del trastorno Límite.

El modelo de la función autorreguladora plantea una arquitectura de la cognición a tres niveles interactuantes: un nivel inferior, constituido por un conjunto de procesos en paralelo guiados por el estímulo y operantes fuera de la esfera de la conciencia; un nivel intermedio de elaboración controlada on line que participa en la evaluación consciente de los acontecimientos y de control del pensamiento; un nivel superior constituido por un conjunto de conocimientos sobre el yo que tienen un fuerte componente metacognitivo y heurísticas de elaboración que gobiernan la atención. La interacción de estos niveles puede dar lugar a un proceso psicopatológico. En el ejemplo del trastorno de ansiedad, la creencia positiva sobre la preocupación gobierna una heurística que mantiene constante la atención sobre la fuente de preocupación.

En el caso del trastorno Límite, el sentimiento de indignidad puede ser visto como un constructo de metarrepresentación que interpreta y regula la mayor parte de los contenidos mentales del sujeto. Dado su contenido invalidante éste puede activar un procedimiento dirigido a descartar, ignorar o no tener en cuenta ninguno de estos contenidos. Un procedimiento semejante hace extremamente difícil estabilizar un punto de vista integrador sobre los propios estados mentales, cada uno de los cuales es considerado equivocado o indigno. De este modo, una creencia de metarrepresentación puede contribuir activamente a dañar un función o crear presupuestos para el trastorno de la identidad. Este modelo de funcionamiento contribu-

ye, además, a explicar por qué el trastorno de la integración es tan sensible al contexto interpersonal. Al reducir el sentimiento de indignidad, la existencia de una relación interrumpe el circuito recursivo y libera recursos para mejores operaciones integradoras. Pero llegados a este punto, se plantea un problema. Si la falta de integración se puede explicar en base a creencias específicas, ¿qué necesidad hay de considerarla un factor patogénico fundamental? En otras palabras, ¿no se podría usar la navaja de Occam y reconducir el trastorno a algunos esquemas disfuncionales, con el añadido, quizás, de un componente temperamental que explicaría la desregulación emocional y sus consecuencias sobre procesos de pensamiento? Existen diversas razones en contra de esta perspectiva, aunque éstas no nos deben hacer olvidar la importancia del mecanismo que acabamos de describir. La primera es que, por muy sensible que sea al contexto interpersonal, la no integración se manifiesta también fuera de los estados invalidantes y de indignidad. También los momentos de idealización pueden resultar no integrados con la aparición de recuerdos de diferentes estados de contenido negativo. La misma sensibilidad al contexto interpersonal y el hecho que una buena integración se diluya fácilmente cuando va a menos, demuestra la relativa debilidad de la función que necesita un constante apoyo externo. Pero, más en general, el problema pone en evidencia una confusión, recurrente en este campo, entre teorías etiológicas y teorías patogénicas o, si se prefiere, entre historia del sistema y su funcionamiento actual. El mecanismo descrito es un óptimo candidato para describir la historia del sistema. A partir de un ambiente invalidante se genera un esquema del yo indigno que lleva a minusvalorar las propias experiencias interiores dañando así los procesos integradores. Sin embargo, una vez debilitada la capacidad integradora, actúa como un factor autónomo de automantenimiento, impidiendo las operaciones que podrían modificar el esquema. Una persona habituada a la integración, que juzga indigna o equivocada una experiencia interior suya, podría confrontarla e integrarla con otras distintas y contrarrestar de este modo el sentimiento de indignidad. Metafóricamente, si el contenido de metarrepresentación patógeno es el agente de la infección éste llega, en este caso, a dañar el sistema

inmunitario que debería combatirlo, representado por la función de metarrepresentación. En el funcionamiento actual de la enfermedad, el daño, más o menos grave, de los factores protectores llega a tener un peso análogo a la presencia del agente causal.

Recordemos que los déficits de metarrepresentación en los trastornos de la personalidad no constituyen un defecto de la competencia de base, ni un factor causal que actúa en un modo fijo y permanente. Éstos expresan una debilidad crónica de las prestaciones, extendida a múltiples áreas de la actividad mental y que, al igual que un déficit orgánico de competencia, afecta al buen funcionamiento en la mayor parte de los contextos de vida. En este sentido, la no integración de los pacientes límite representa un verdadero y propio déficit. Éste, sin embargo, no se rige por sí solo, sino que se alimenta de otros factores psicopatológicos sin los cuales no podría comprenderse su influencia intrusiva.

5 El trastorno límite de la personalidad: la terapia

Igor Pontalti y Antonio Semerari

5.1. Introducción

En la primera parte del capítulo hablaremos sobre las indicaciones de psicoterapia individual del trastorno límite, y en la segunda, sobre la gestión de algunos problemas que emergen con mayor frecuencia y dramatismo a lo largo del tratamiento.

Las indicaciones de psicoterapia individual, que de acuerdo a lo descrito en el capítulo general dedicado a la modalidades de intervención, se basan en cuatro principios generales. En primer lugar, el principio de Hipócrates "no causar daño", lo cual significa que el terapeuta debe dar prioridad a la superación de los ciclos interpersonales, en el caso de que se encuentre implicado en uno de ellos.

El segundo principio se refiere a la creación de aquellas condiciones que hacen eficaz cualquier intervención técnica: ninguna terapia funciona si el paciente no la recuerda, o si no tiene confianza en el terapeuta. Igualmente ninguna intervención resultará útil si no es asimilada por el paciente en una visión integrada del propio funcionamiento mental. Esto significa que, cuando no se está dentro de los ciclos problemáticos, el terapeuta debe dar la prioridad a

los aspectos de seguridad personal, a la relación y al funcionamiento de la metarrepresentación: su ausencia haría imposible o ineficaz el tratamiento.

El tercer principio sostiene que, una vez superados los ciclos problemáticos y creadas las condiciones para la intervención eficaz, el terapeuta debe afrontar el factor psicopatológico que, en aquel momento, incide más en el sufrimiento subjetivo y/o en la desadaptación del paciente.

El cuarto principio se refiere a la intervención "en vivo". Como ya se ha dicho varias veces, no se puede pretender ayudar a los pacientes con déficit de metarrepresentación a regular los propios estados problemáticos interviniendo en el momento en el que dichos estados brillan por su ausencia. Sería como tratar de enseñar a alguien a hacerse el lazo de los cordones de los zapatos sin haberle mostrado nunca cómo se hace. Tratar adecuadamente a un paciente que está viviendo un estado problemático representa un instrumento terapéutico esencial: para ser eficaz, el terapeuta deberá tratar los principales estados problemáticos cuando éstos se hacen presentes y activos en el curso de la sesión.

5.2. Los ciclos interpersonales problemáticos

Los pacientes límite se involucran muchísimo en la relación. Aunque en algunos momentos nos podamos sorprender a nosotros mismos deseando no haberlos aceptado nunca en terapia, esto sucede porque nos resulta difícil soportar su hiperinvolucración y no porque nos sintamos aburridos o distanciados.

Como en todos los trastornos de la personalidad, la activación de ciclos interpersonales problemáticos se considera un hecho que forma parte de la historia natural de la terapia; un hecho normal para el que hay que estar preparado ya desde el momento de la evaluación diagnóstica inicial. Naturalmente algunos ciclos dependerán del carácter de las dos personas y, serán por decirlo de algún modo, "específicos de este caso". Otros, los que dependen más de la patolo-

gía, se presentan regularmente, tarde o temprano, con todos los pacientes con las modalidades de funcionamiento y los contenidos mentales propios de los pacientes límite.

Como hemos descrito en el capítulo sobre el modelo, creemos haber identificado cuatro ciclos diferentes: el ciclo invalidante, el ciclo de alarma y, aunque sólo en parte, el ciclo validante y el ciclo protector. Vamos a detenernos en cada uno de estos ciclos describiendo sus características, las operaciones de disciplina interior para salir de ellos y algunas intervenciones con las cuales es posible aprovechar de modo terapéutico la superación del ciclo. Recordemos que todos estos ciclos tienden a presentarse con ciertas características: rapidez de activación, escasa integración y alta intensidad emocional propia de estos sujetos.

5.2.1. El ciclo invalidante

Una persona que, en el fondo, se siente un desastre absoluto espera también que, antes o después, los demás le acusarán de sus inaceptables defectos y le devolverán una imagen intolerantemente negativa. De ahí la tendencia de muchos pacientes a vivir en una especie de tribunal mental imaginario en el cual se está obligado a defenderse de acusaciones que, más que referirse a acontecimientos o comportamientos específicos, pretenden demostrar la indignidad total de la persona. Una posible línea de defensa en este tribunal es la de la inversión de los roles. No es el sujeto quien es un desastre, sino los demás. Sobre este fondo, errores o faltas, presuntos o reales del terapeuta pueden ser vistos como la prueba de que éste es intrínseca y totalmente un desastre como persona y como profesional. Los ataques de los pacientes límite se concentran aparentemente sólo sobre una conducta específica. La chispa es la mera conducta. El ataque se hace a la persona con un tono emocional y con argumentos que la hacen sentir indigna. Por ejemplo:

P.: Después de haber salido de aquí, he tenido un accidente con el coche; por suerte no me he hecho nada, pero los daños ocasionados al coche no sé cuánto costarán y cómo los voy a pagar. No tenía que dejarme salir en aquel estado. Un terapeuta mínimamente atento a su paciente debería haberse

dado cuenta que no estaba en condiciones de conducir. No me diga que era yo quien conducía, que la culpa es mía. Usted debería saber que hay momentos en los que a uno puede perder totalmente la cabeza.

El terapeuta no había tenido ninguna sensación de que el paciente hubiera salido de la sesión en un estado particularmente alterado, y se sentía inseguro, oscilando entre la impresión culpable de no haber notado una alteración de la conciencia, ocasionando de este modo un grave daño al paciente, y la sensación de ser acusado, de un modo totalmente injusto y gratuito, de algo sobre lo cual no tenía ninguna responsabilidad. Este estado de ánimo es típico del ciclo invalidante. Ante las acusaciones del paciente, el terapeuta tiende a reaccionar de dos maneras, a menudo oscilando confusamente entre las dos. Por una parte, puede sentirse profundamente culpable e incapaz de ejercer su función y nota una tendencia a la acción que lo llevaría a dar excusas reparadoras mediante una autocrítica absoluta y despiadada. Por otra parte, puede irritarse por la injusticia sufrida y encontrarse pensando si está haciendo todo lo posible para ayudar al paciente que, por su parte, no hace otra cosa que interponer obstáculos absurdos al tratamiento y paga sus esfuerzos con una extraña ingratitud. En este caso la tendencia a la acción se manifiesta en una actitud contraacusatoria, dirigida a demostrar que es el paciente el que está equivocado. Ambas tendencias agravan el ciclo al activarse. Si, como terapeuta, uno dice que se ha equivocado, el paciente se pierde, pierde sus puntos de referencia, puede entrar en un estado de desesperación o refugiarse en una actitud agresiva-abusadora. En el segundo caso, el terapeuta alimenta el conflicto sobre quién se ha equivocado y, si prevalece dicha actitud, el precio a pagar sería un aumento del sentido de indignidad en el paciente. Las operaciones de disciplina interior empiezan con la conciencia de encontrarse en ambos o uno de los estados mentales que hemos descrito. En el primero, el terapeuta se focaliza en su sentirse indigno, culpable o inadecuado y, en el segundo, en su reacción contraacusatoria a dicho sentir. En ese momento puede centrarse en el paciente preguntándose: "¿Lo que yo ahora siento es parecido a lo que el paciente experimenta habitualmente y, quizás, está experimentando en este momen-

to?". El conocimiento del paciente y de pacientes similares ayuda bastante a captar esa dimensión compartida de la experiencia y permite al terapeuta pasar de una actitud problemática a una posición empática. Una vez el terapeuta ha salido interiormente del ciclo, se plantea el problema de cómo utilizar, en la práctica, esta posición terapéuticamente ventajosa alcanzada. Para dar las correspondientes indicaciones, es necesario hacer una breve digresión. Una de las consecuencias patógenas del sentido de indignidad está constituida por una especie de perfeccionismo defensivo. Dado que cualquier defecto, falta o fracaso pueden ser considerados como una prueba de la propia indignidad, el mejor modo de no sentirse indignos es no tener ningún defecto, falta o fracaso. Linehan (1993) ha descrito muy bien el ambiente invalidante en el cual se forma este estrecho vínculo entre límites personales y sentido de indignidad. Esta autora ha subrayado precisamente cómo a partir de ahí surge la necesidad de una dialéctica entre aceptación y cambio. La terapia debe ayudar al paciente con trastorno límite de la personalidad a aceptar sus límites, defectos y culpas sin que por esto tenga que sentirse indigno, en la misma medida en que debe ayudarlo a comprenderlos y gestionarlos. El dilema en que se encuentra el paciente se debe al hecho que admitir un defecto o error significa admitir la propia indignidad, pero que no admitirlo significa no aprender a gestionarlo y atribuirlo a los demás, dañando así las relaciones. Encontrarse en una posición empática en la cual se experimenta el mismo dilema que el paciente, representa para el terapeuta una ocasión preciosa de mostrar en vivo cómo se puede gestionar dicho dilema de manera constructiva y cómo es posible admitir y aceptar los propios límites y errores manteniendo intacto el sentido del propio valor y de la dignidad personal. Lo que el terapeuta debe comunicar al paciente, más allá de las palabras elegidas en el momento específico, suena más o menos así: "Por supuesto que puedo haber cometido o cometer errores y lo siento. La cuestión es que yo no soy un terapeuta perfecto pero sé que soy un buen terapeuta para usted y que el planteamiento de la terapia es correcto. Me he sentido acusado injustamente por usted y me venían ganas de contraatacar criticándole. Hay que reconocer que usted tampoco es un

paciente perfecto pero que es un buen paciente. Tenemos que resignarnos a las imperfecciones mutuas pero saber que vamos bastante bien y que podemos hacer un buen trabajo; si estamos atentos a reconocer los límites y a corregirlos sin sentirnos por ello completamente equivocados, podemos hacer un buen trabajo".

Este tipo de intervención presenta diversas ventajas. En primer lugar, muestra en vivo una modalidad constructiva de gestión de un conflicto interpersonal que tutela la dignidad de ambos contendientes. En segundo lugar, favorece tanto la aceptación por parte del paciente como, al igual que todas la intervención centradas en el compartir, un incremento de la capacidades de metarrepresentación que permite hablar a continuación sobre la naturaleza de los ciclos invalidantes. Y finalmente, como veremos en breve, favorece la transición a un ciclo validante donde los aspectos excesivamente idealizadores y absolutos se han reducido gracias al reconocimiento realístico de los límites de ambos.

5.2.2. El ciclo de alarma

Pacientes aterrorizados o desregulados, con tendencia a comportamientos peligrosos y actos autolesivos o suicidas pueden, naturalmente, preocupar y alarmar al terapeuta. En algunos momentos el paciente se siente y se presenta ante el terapeuta fuera de control, activando en éste un estado de alarma desregulado. Entonces, la mente del terapeuta se ve inundada por un flujo de imágenes de acontecimientos catastróficos para el paciente y de preocupaciones acerca de la propia imagen profesional. El estado emocional se tiñe de angustia, uno desearía no haber aceptado nunca a ese paciente en terapia y, sobre todo, uno empieza a imaginar una serie de medidas de contención tomadas a tontas y a locas, sin una valoración de la situación clínica ponderada. Si este estado de emergencia caótica va a más, puede a su vez atemorizar al paciente y poner en peligro la confianza en sí mismo y en la terapia.

El primer paso de las operaciones de disciplina interior empieza con el terapeuta que focaliza sobre su propia tendencia a reaccionar de modo caótico a una situación de emergencia emocional. También

en este caso el conocimiento del paciente y de casos similares hace factible el paso siguiente: centrarse en el paciente para captar que el estado de urgencia caótico está presente habitualmente y en aquel momento concreto. Realizado el pasaje de una posición problemática a otra empáticamente favorable, el terapeuta puede mostrar al paciente cómo razonar de modo constructivo en una situación de presión emocional. En estos casos, no se trata de negar la existencia de motivos de urgencia justificados sino de utilizar la condición de compartir para poner en funcionamiento estrategias de control no caóticas. Para conseguirlo es útil recordar que las medidas que se pueden adoptar son esencialmente de cuatro tipos. Se puede aumentar el apoyo de la terapia viendo más a menudo al paciente y/o llamándolo más frecuentemente por teléfono; se puede recurrir al apoyo de personas cercanas al paciente, por ejemplo, proponiéndole convocar a sus familiares o personas significativas de su ambiente social; se puede introducir o modificar una terapia farmacológica; se puede recurrir a un ingreso hospitalario. Más allá de las medidas concretas adoptadas, lo que nos interesa subrayar es el espíritu con el que dichas medidas se presentan y discuten durante la sesión. Independientemente de las opciones elegidas, éstas tienen que dar lugar a una estrategia de gestión, basada en la situación clínica concreta y en base a una valoración costes-beneficios, explícita y compartida con el paciente. La actuación que se lleve a cabo debe ser una decisión ponderada en base al análisis racional de la situación, y no una respuesta al tuntún ante una condición de marasmo o caos emocional.

La intervención estándar en este caso ha sido descrita en el capítulo general sobre el tratamiento. A veces dicha intervención puede ser suficiente para superar el momento de crisis aguda sin tener que recurrir a posteriores medidas efectivas. Cuando esto no sucede los resultados de las medidas suplementarias deben ser gestionados y discutidos con el paciente en el mismo clima de valoración racional. Más allá de los eventuales beneficios de las medidas añadidas, desde el punto de vista psicoterapéutico este tipo de intervención presenta dos ventajas fundamentales: consiente una experiencia directa de

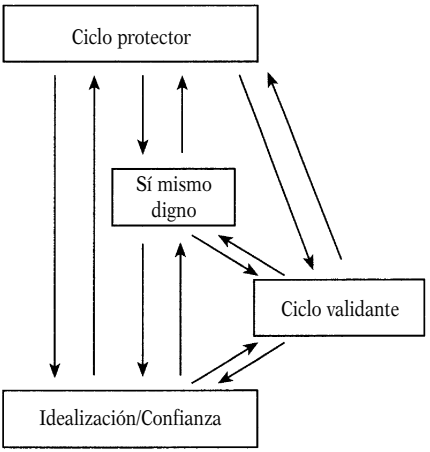
control de una situación de alarma emocional y favorece la transición a un ciclo protector. Éste último, al igual que el ciclo validante, constituye una situación ambigua, potencialmente terapéutica y potencialmente problemática, sobre la que hablaremos a continuación.

5.2.3. Ciclo validante y ciclo protector

Los pacientes límite disponen de muchos recursos personales y relacionales. Son capaces de instaurar, incluso en su caoticidad, relaciones intensas y significativas. Pueden utilizar esta capacidad de implicarse para gestionar de modo menos patógeno los sentimientos de indignidad y de vulnerabilidad. Dichos sentimientos pueden instaurar ciclos interpersonales positivos en los cuales obtener, al menos temporalmente, validación y aceptación de sí mismos y una sensación de ayuda y de consuelo. Pero existe un circuito terapéutico potencial, interno a los procesos del paciente, en el cual emerge un sentido del yo positivo en el seno de una relación de confianza, a través de ciclos validantes y ciclos protectores.

En la zona inferior a la izquierda del modelo general del trastorno (véase la Figura 5.1) se representa este circuito.

Fig. 5.1. Ciclo terapéutico



Estas transiciones se caracterizan por un estado mental de idealización del otro, del yo y de la relación. La idealización no es, de por sí, un fenómeno psicopatológico. Fundamentalmente es una condición terapéutica necesaria, dado que, si no se da, el paciente abandonará la terapia. En la práctica, gran parte de la terapia con los pacientes límite puede describirse como un intento de mantener al paciente, el mayor tiempo posible, dentro del circuito protector-idealización/confianza-ciclo validante.

Hay que recordar que todas las transiciones entre estados mentales y ciclos interpersonales se dan de acuerdo con los patrones funcionales de estos pacientes. Por esto también el circuito terapéutico puede ser fuente de problemas. En primer lugar, tanto la demanda de ayuda como la de validación se ven sometidas a sentimientos crónicos de vulnerabilidad y de indignidad respectivamente, que no se calman, por cierto, con las primeras respuestas positivas. Esto puede llevar a una solicitud de ayuda insistente, motivada por diversas razones, imposible de mantener y contraproducente de cara a los objetivos del proceso terapéutico. La influencia del estado emocional sobre los procesos cognitivos hace que, en los momentos buenos de la relación, el terapeuta pueda ser percibido como una fuente casi omnipotente de protección, de cuidado y de aceptación. La reacción espontánea del terapeuta, como en muchos de los ciclos interpersonales con los pacientes límite, tiende a ser confusa y contradictoria. Por una parte, puede verse seducido por una imagen totalmente positiva del yo y sentirse inducido a actuar con tal de confirmar esta imagen. Por otra parte, capta con preocupación lo excesivo e irrealístico de la situación, no se siente a la altura de las demandas del paciente y advierte en sí el deseo de sacarse de encima la responsabilidad que experimenta como demasiado exigente. También en este caso se hace evidente la necesidad de una actitud dialéctica en la terapia con estos pacientes. Tanto ponerse a la defensiva, como actuar según las expectativas idealizadoras, son opciones inviables. La primera opción corre el riesgo de destruir la esperanza que el paciente ha depositado en la terapia. Respecto a las representaciones no integradas, el hecho de que el terapeuta se ponga a la defensiva y que trate las expectati-

vas idealizadoras como simples ilusiones ligadas a la psicopatología puede hacer que el paciente se sienta equivocado e indigno, ante un terapeuta agresivo, ausente o impotente para ayudarlo. En el segundo caso se corre el riesgo de entrar en ciclos protectores y validantes desregulados, constituidos por demandas urgentes o continuos intentos de romper las reglas del *setting* y destinados a hacer, ante todo para el terapeuta, que la terapia resulte insoportable. Existe otra razón por la que esta situación entraña un grave riesgo. Los propios pacientes pueden advertir que están sometiendo al terapeuta a una presión excesiva. En ese momento el sentimiento de seguridad y de aceptación desaparece. De repente sienten que pueden ser abandonados por el terapeuta y ser acusados por él, lo cual incrementa su sentimiento de amenaza y de indignidad. ¿Cómo afrontar este estado paradójico donde los momentos de buena relación pueden transformarse en una situación de riesgo terapéutico? En este caso el problema va más allá de la superación contingente de un ciclo problemático. Dado que uno de los objetivos del tratamiento es hacer que el paciente se mantenga el mayor tiempo posible dentro del circuito protector/validante, éste adquiere un valor terapéutico estratégico. El término "confianza" que hemos añadido a la definición del estado idealización/confianza alude a la solución que intentamos proponer. Ésta consiste en favorecer la transformación progresiva de los aspectos más extremos de la idealización en una confianza cada vez más realista, mediante el reclamo explícito y constante a la implicación y a los límites personales del terapeuta. Un punto crucial de este planteamiento es explicarle constantemente al paciente que mantener claros los límites para que el terapeuta no se sienta invadido no es sustraerse del compromiso y de la ayuda sino, bien al contrario, una tutela de la relación, un modo de prevenir el riesgo que el terapeuta pueda no desear continuar el tratamiento. Dado que esta estrategia se inicia en las primeras sesiones con la regulación de las llamadas al terapeuta, la ilustraremos explicando cómo hemos intentado gestionar una cuestión muy debatida sobre el tratamiento de los pacientes límite: la regulación del *setting* y del contrato terapéutico.

5.3. El problema del contrato terapéutico

La regulación del *setting* siempre se ha considerado un problema central en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. La solución adoptada por los principales grupos especializados ha sido recurrir a un contrato, habitualmente escrito, que estipula los compromisos recíprocos y las eventuales medidas a tomar en caso del incumplimiento de dichos compromisos. A nuestro querido y llorado colega Carlo Perris, recién desaparecido, le gustaba bromear sobre la incredulidad del público italiano cada vez que explicaba la precisión del detalle de los contratos que firmaban los pacientes de los centros especializados que él coordinaba en Suecia. Más allá de las razones culturales, hay que tener presente que este método ha sido elaborado por investigadores clínicos en países donde acceder a un programa de investigación comporta toda una serie de ventajas para el paciente, incluida la gratuidad de la terapia. La aplicabilidad del principio en situaciones clínicas concretas y en qué medida se aplica efectivamente en dichas situaciones, es una cuestión que aún tiene que ser estudiada. Es un hecho que nuestros intentos de imitar estos modelos, ya sea por nuestras limitaciones o por las diferencias de contexto, han acabado creando más problemas de los que han resuelto y, más que un instrumento de regulación del *setting*, el contrato se ha convertido en una fuente de *drop-out* (abandono de la terapia). Así que hemos acabado sustituyendo el contrato inicial por una serie de compromisos recíprocos que se acuerdan verbalmente, a medida que van surgiendo las necesidades y a lo largo del desarrollo de la terapia.

Una primera fase de este planteamiento se produce en las primeras sesiones, cuando se empieza a regular un aspecto fundamental del *setting*: las llamadas al terapeuta.

Después de haber recogido suficientes elementos sobre el caso, el terapeuta dedica una sesión a explicar qué es la desregulación emocional, utilizando modalidades que ilustraremos más adelante. Al final de la explicación se habla sobre las diversas estrategias con las cuales se puede intentar interrumpir un círculo vicioso emocional-ideativo. Entre estas hay, naturalmente, la demanda de ayuda.

La intervención típica con la que se afronta el problema es la siguiente: "La demanda de ayuda no es algo puramente pasivo. Pide inteligencia y que se tengan en cuenta los recursos y el punto de vista de la persona a quien se pide ayuda. Como todas las estrategias puede ser utilizada de modo contraproducente. Por ejemplo, no es una estrategia eficaz agotar los recursos de la persona que ayuda, con continuas demandas cuando podría pasarse sin ellas, o desalentarlo haciéndole notar continuamente que la ayuda es insuficiente. En los momentos más difíciles, cuando los otros sistemas no funcionan es importante que tú pidas ayuda. También es importante hablar juntos sobre la mejor manera de llevarlo a cabo. En primer lugar, está bien que no haya una única referencia. Si es posible deberemos hacer una lista de personas con las que podemos contar. Entre éstas, naturalmente, estoy también yo. Está bien que quede claro que "en los momentos más difíciles, llamarme es una contribución a la terapia y no un favor que le hago. Intervenir en caliente, en algunas circunstancias, aligera mi trabajo, no lo agrava. Sin embargo es obvio que yo tengo límites y no puedo estar a su disposición en todo momento. Puede suceder que tenga otros compromisos profesionales o que, por motivos personales, no pueda o no esté inmediatamente disponible. Debo sentirme libre de poder decir: "Mira, le llamo dentro de una hora" o bien dirigirle, en ese momento, a un colega que le presentaré (y que eventualmente le seguirá desde el punto de vista farmacológico). Así usted puede sentirse libre de llamar si lo cree necesario, sabiendo que si no puedo atenderle se lo diré francamente. No tiene porqué ofenderse y espero que no lo viva como un rechazo. El espíritu de fondo es proteger nuestra relación de situaciones demasiado gravosas.

"Usted tiene que ayudarme a entender, en esas situaciones, el nivel real de urgencia. Si, por ejemplo, la situación de urgencia es de diez en una escala de uno a diez, no espere que yo lo adivine por intuición. Es más, cuanto más explícito sea, más fácilmente evitaremos malentendidos que puedan crear equívocos entre nosotros".

Después de esta intervención suelen producirse algunas llamadas con el probable objetivo de poner a prueba la disponibilidad del terapeuta. Sin embargo, en nuestra experiencia, es raro que los pacientes

abusen de ella; pero si sucede, el terapeuta debe dejar claro que la presión excesiva puede hacer el trabajo insoportable y que, para proteger la relación, hay que recurrir a otras fuentes de ayuda sobre las que hablaremos más adelante al tratar sobre la gestión del caso. Diversos pacientes, ante el temor a desencandenar su propia destructividad en las relaciones, nos han contado que se han sentido aligerados con la idea que el terapeuta estuviera disponible y al mismo tiempo se protegiese de los peligros de la desregulación,.

Se señalan también los límites del terapeuta en otros momentos de la terapia, particularmente en la gestión de los ciclos interpersonales, a fin de favorecer una transformación gradual de las representaciones idealizadas en formas de confianza más realísticas.

5.4. La intervención sobre las funciones de metarrepresentación

Un famoso aforismo de Freud recordaba que no se puede ajusticiar a nadie "en ausencia o en imagen" ("*in absentia* o *in effige*") y esto vale particularmente para la psicopatología límite. Por lo tanto, los momentos en que los pacientes viven durante la sesión los estados de no integración y de desregulacón emocional y experimentan los estados problemáticos son ocasiones preciosas. Si se reconocen y gestionan junto con el terapeuta representan una memoria crucial de cómo actuar (de cómo proceder), un inicio de conocimiento procedimental al que recurrir en los momentos difíciles de la vida cotidiana. Cómo actuar es muy sencillo de explicar, pero mucho menos de hacer. Se lleva a cabo siguiendo una secuencia de procedimientos mentales y comportamentales que se pueden resumir en el esquema: reconocimiento -> aceptación sin juzgar -> intentos de regulación. Por esta razón insistimos tanto en la importancia de las intervenciones de compartimiento. Con dichas intervenciones el terapeuta muestra directamente al paciente esta secuencia. Reconoce explícitamente la naturaleza del problema asumiendo un punto de vista metarreflexivo. Acepta el problema como un hecho que no conlleva ningún juicio de valor sobre la persona y lo trata como una experiencia problemá-

tica ampliamente compartida y, finalmente, muestra posibles estrategias de regulación. La intervención directa durante la sesión, en los momentos agudos de sufrimiento y de malfuncionamiento es, por tanto, una condición necesaria para la mejora de las funciones, las cuales pueden trabajarse utilizando modalidades específicas de conducción de la entrevista.

Las disfunciones de metarrepresentación que el terapeuta se encuentra en la psicoterapia del trastorno son esencialmente dos: el déficit de integración y la desregulación emocional. La intervención durante la sesión prevé que el terapeuta centre su atención en la propia disfunción más que en los contenidos específicos que se están tratando en ese momento, que ayude al paciente, a través de las operaciones de validación, desvelamiento y compartimiento, a asumir un actitud metarreflexiva y no invalidante sobre el problema mismo y, finalmente, que trate con él las posibles estrategias de regulación. A continuación presentamos una intervención sobre la no integración.

P.: Entonces, hoy me parece que no tengo ningún motivo para seguir viviendo. Ayer me parecía que [llora]… no sé si estaba molesta, enfadada o qué con mi familia, porque ¡no los soporto! Hay cosas que no soporto y que si fuera por mí hubiera eliminado y, en cambio, no lo he conseguido y esto me provoca un fuerte sentimiento de impotencia. Y luego siento una impotencia ante mi vida y por todo aquello que no consigo hacer, porque intentaba plantearme el futuro.

T.: ¿Qué ha pasado?

P.: Pensaba en mi padre, porque he comprendido que es una persona que tiene debilidades es… una persona miedosa, que tiene miedo de todo, quiere que siempre le comprendan, le cuiden. Yo por esto lo odio, porque debería ser él quien cuidara.

T.: Entiendo lo que quieres decir, pero ¿qué relación hay con tu sentimiento de impotencia sobre tu vida?

P.: Esta es una de las cosas porque… mmh, me venían a la cabeza los pensamientos de siempre y luego en un momento dado ¡se convierten en un montón de pensamientos! Muy presentes y me he sentido mal de repente.

T.: ¿Eres capaz de verbalizarlos?

P.: Entonces, pensaba en mi madre y en mi abuela que es una persona que no soporto [con tono rabioso/enfadado] que se entromete siempre para

criticar y quisiera que se cuidara de sus cosas y no lo consigo. Mi madre no es capaz de ser un punto de referencia para mí. Pienso que lo hace a propósito, que encuentra un cierto gusto en no ayudarme. Yo no consigo quitarme de la cabeza esta necesidad que tengo de ser ayudada [empieza a llorar en un tono desesperado] porque pensaba que sacándomela de la cabeza lo habría resuelto todo. En cambio, no lo he conseguido.

T.: ¿Entonces, ayer sentías especialmente la necesidad de ayuda?

P.: Sí.

T.: ¿Cómo es?

P.: Porque pensaba en la muerte, pensaba que la vida pasa, pasa, pasa y a mí me pasa sin que consiga hacer nada de lo que quiero. ¡No he conseguido hacer nada! Y no consigo gestionar las cosas concretas que me suceden. Me imagino que se acumulan, que se acumularán con el tiempo y no sabré gestionarlas. Tengo la sensación de que no tengo ningún poder sobre mi vida.

Hay que subrayar el carácter caótico de las representaciones de la paciente. Cada uno de los problemas presentados, el sentido de la vida, la toma de decisiones, la necesidad de ayuda, las relaciones con los distintos familiares, tienen una gran relevancia emocional y merecen ser tratados uno por uno.

Sin embargo, el hecho de que se agolpen en la mente todas juntas hace imposible cualquier profundización y cualquier intento de gestión, sumiéndola en un estado de profunda impotencia. El terapeuta decide que, en lugar de ocuparse de los diversos problemas planteados, conviene focalizarse sobre el carácter caótico del estado mental. Durante la entrevista, se ha sentido confuso, presionado por problemas todos urgentes pero en apariencia diversos y heterogéneos. Habiendo captado este aspecto compartido, lo señala a la paciente haciendo referencia al propio estado mental y usando el "nosotros universal".

T.: Escuche, oyéndole hablar me he sentido un poco confuso, comprendo la importancia de cada problema, pero no sé muy bien sobre cuál nos tenemos que concentrar. Sabe, es como en esos momentos en que nos sentimos invadidos por muchos problemas urgentes y todos a la vez, y nuestra mente tiende a dispersarse.

P.: Sí, en efecto, ha habido un momento en que me he encontrado mal porque me parecía como si me estuviera desdoblando.

Hay que subrayar el pasaje metarrepresentativo. La paciente en este momento no reflexiona sobre cada uno de los temas que constituyen su estado sino sobre las características de su estado global y lo relaciona con su experiencia disociativa.

T.: Es verdad, es excesivo. Cada uno de los problemas que ha mencionado tiene una enorme importancia, el sentido de la vida, la necesidad de ayuda, las dificultades de sus familiares para ayudarla, la posibilidad de realizar sus proyectos, el hecho de que la muerte pueda llegar sin haberlos llevado a cabo. Pero, ahora, el problema no es el contenido de cada cosa por separado. El hecho es que si ciertos problemas acuden a nuestra mente, todos a la vez, entonces nos sentimos confusos e impotentes. Por tanto, el problema es ¿cómo salir de este estado mental caótico?

La intervención ejemplifica el carácter bifásico de la entrevista en la cual después de compartir se puede hablar de las estrategias de regulación.

P.: Sí, cuando hay esta aceleración del pensamiento no consigo pensar en nada de una manera positiva, no sé cómo podría hacerlo.

Se puede observar cómo la paciente mantiene el nivel de metarrepresentación y acepta participar en el diálogo sobre las estrategias de regulación que ocupan el resto de la sesión. Y finalmente se llega al acuerdo de que la paciente intente observar "desde el exterior" el estado mental caótico describiéndolo por escrito.

La siguiente sesión demuestra que el nivel de metarrepresentación alcanzado se mantiene.

P.: Me he sentido un poco más segura, he intentado aplicar ese consejo y en cuanto he empezado a escribir me he sentido mejor y no he tenido necesidad de escribir ni una línea más.

T.: ¿Has bloqueado la acumulación caótica de los problemas?

P.: Sí, he empezado a comprender que estaba empezando a pensar en demasiados problemas y antes de que me sobrepasaran he empezado a escribir.

T.: ¿Y cuántas veces has tenido la sensación de entrar en un estado mental caótico?

P.: Dos o tres veces, pero no era tan caótico como la otra vez que se lo expliqué.

Como puede verse, las intervenciones de la sesión finalizan habitualmente con el encargo de "deberes" a realizar fuera del *setting*, que incluyen la automonitorización, el reconocimiento de la disfunción y la activación de algunas estrategias de regulación. Si es posible, todo esto se valora conjuntamente en la siguiente sesión. Dados los frecuentes problemas de la memoria de trabajo que padecen estos pacientes, es útil acompañar estas indicaciones con alguna nota-recordatorio. Las tareas más útiles suelen ser aquellas en las que el paciente participa activamente. Durante la elaboración conjunta de estas estrategias el terapeuta debe guiar al paciente a reconocer el momento de la desorganización, a tranquilizarse, recordando, entre otras cosas, si es necesario con el uso de la nota-recordatorio, el carácter transitorio del estado y a adoptar las estrategias de regulación más eficaces. Cuando el paciente nos dice que no consigue manejar el estado fuera de la sesión hay que insistir en que llame por teléfono al terapeuta o a otras figuras del equipo terapéutico y personas de apoyo. Tanto la no integración como la desregulación emocional hay que tratarlas en un contexto donde el paciente sea plenamente consciente del problema y aliado del terapeuta en el esfuerzo de manejarlo. Por esta razón es necesario dedicar un tiempo a la explicación y descripción del déficit. En el capítulo general del tratamiento hemos descrito un ejemplo de explicación de la no integración. A continuación presentamos un ejemplo de explicación de la desregulación emocional.

P.: El otro día me dijo que hablaría usted.

T.: Sí, me gustaría aclarar qué entiende cuando me refiero a las dificultades de regular las emociones. Me gustaría contrastar con usted la manera en que comprendo sus problemas.

P.: Bien.

T.: Podemos explicarlo de la siguiente manera: sabemos, y nos podemos dar cuenta a diario, que lo que pensamos influye en nuestro estado emocional. Si pensamos cosas tristes nos sentimos tristes, si pensamos en daños que hemos sufrido sentimos rabia, y otros muchos ejemplos por el estilo.

P.: Cierto.

T.: Pero nos podemos dar cuenta que también es verdad lo contrario. Si estamos enfadados nos vienen a la cabeza con mayor facilidad los daños sufridos y detectamos cosas que nos irritan en cualquier parte: si estamos

tristes recordamos más fácilmente cosas tristes, etc. Ahora, piense un momento. Si no tuviéramos algunos mecanismos que atenúan el proceso siempre estaríamos con emociones extremas en un círculo sin fin. La tristeza nos haría tener ideas tristes que nos harían sentir aún más tristes con una mayor tendencia a tener ideas tristes, etc. Lo mismo sucedería con todas las emociones: la rabia, el miedo, la alegría.

P.: Es lo que me sucede a mí.

T.: Más o menos pienso que sí. Me gustaría que prestara atención a este asunto. En estas condiciones no sólo la emoción es extremista sino también nuestra visión de las cosas. Ya no vemos cosas tristes sino un mundo y una vida desoladas. Todas nuestras ideas están orientadas por las emociones y de este modo se vuelven unilaterales, selectivas. Quizás no son equivocadas en sí mismas, pero el cuadro en su conjunto resulta en general algo totalmente distorsionado, como cada vez que uno selecciona un solo tipo de información. En resumen, sin formas o estrategias para regular las emociones estaríamos siempre extremadamente mal.

P.: ¿Y cuáles son estas estrategias?

T.: Intentaré explicarlo con un ejemplo que todos conocemos: los miedos nocturnos del niño. Como sabe, la mayoría de niños tienen miedo por la noche. Seguramente no son debidos a las historias que les han causado impresión, como creen los adultos, sino a la oscuridad y a la soledad. Sin embargo, el miedo les hace venir a la cabeza la historia que los ha impresionado. Los fantasmas de la fantasía los asustan y el miedo aumenta la tendencia a imaginar fantasmas. Al principio, lo he constatado con mis hijos, las únicas estrategias que tienen a su disposición implican una acción sobre el ambiente. Llaman a sus padres, para neutralizar la soledad, encienden la luz, para evitar la oscuridad. Más tarde aprenden a romper el círculo distrayéndose. Piensan voluntariamente en algo agradable para no pensar en los fantasmas. A menudo, se detienen allí pero en teoría podrían tranquilizarse razonando, diciéndose que los fantasmas existen sólo en su fantasía. Además, siempre en teoría, podrían actuar sobre el cuerpo tomando un tranquilizante, pero naturalmente en este caso es mejor evitarlo. Naturalmente el aprendizaje de esta estrategia dependerá de la actitud de los padres. Si no acuden nunca, el niño difícilmente tendrá manera de aprender. Si le gritan seguramente le harán sentir inadecuado por el hecho de tener estos miedos, complicando aún más la tarea. Si van, le explican que todos los niños tienen este problema y le dan buenos consejos, es más fácil que el niño se apropie e interiorice diversas formas eficaces de tranquilizarse. Resumiendo, se puede

regular el estado emocional actuando sobre el cuerpo, por ejemplo, concentrándose sobre otra cosa o razonando de manera crítica sobre lo que estamos pensando. No hay ninguna estrategia que sea mejor que otra, hay que saber usar un poco todas. Pero cada una puede usarse de manera desregulada. Se puede pedir ayuda insultando a quien tendría que ayudarnos o actuar sobre el propio cuerpo emborrachándose o hinchándose de psicofármacos o razonar de manera descorazonadora. Si estamos de acuerdo, la primera cosa a hacer es darse cuenta y reconocer estos modos desregulados para luego buscar otros mejores. Podemos utilizar el siguiente esquema de clasificación: acciones sobre el ambiente, acciones sobre el cuerpo, regulación de la atención, es decir, pensar en otras cosas, razonamientos críticos. Para cada tipo valoraremos cómo funcionan, ¿de acuerdo?

En la última parte de la intervención se hace referencia a las posibles estrategias de autorregulación. En el manual de Linehan (1993), se tratan en extensión estas estrategias y el terapeuta puede encontrar una infinidad de sugerencias útiles en las que inspirarse. Habitualmente nosotros explicamos al paciente que dichas estrategias pueden agruparse en tres grandes categorías: la acción directa sobre el cuerpo o el contexto ambiental (por ejemplo, evitar situaciones problemáticas y pedir ayuda); la acción directa sobre el estado mental y sobre el comportamiento (por ejemplo, reconocer y asumir una distancia crítica de una creencia problemática). Dado que estas categorías están resumidas en la parte de regulación de la Escala de Evaluación de la Metacognición (EEM), a menudo le damos al paciente esta parte, pidiéndole, después de haberla ilustrado con ejemplos, que indique las estrategias que adopta y su éxito o fracaso. Esto ayuda al paciente a razonar en términos de regulación y le consiente familiarizarse con diversas estrategias.

5.5. La intervención sobre los estados problemáticos

La intervención sobre los estados problemáticos es el aspecto del tratamiento para el cual los terapeutas cognitivos suelen estar más preparados. La técnica del análisis detallado de las secuencias pensamiento-emoción, la capacidad de identificar el esquema subya-

cente a las representaciones disfuncionales, la habilidad de centrar el foco terapéutico y de crear un clima de colaboración con el paciente, son todos elementos preciosos del bagaje formativo que mantienen su utilidad también en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Sin embargo estos trastornos y el trastorno límite de la personalidad en particular, por su complejidad y por la presencia de disfunciones de metarrepresentación, implica diferentes modificaciones de la técnica estándar (Beck, Freeman *et al*., 1990; Cottraux, Blackburn, 2001; Liotti, 2001; Perris, 1993; Rezzonico, 1996; Semerari, 1999b). Además la psicopatología grave tiende a crear situaciones clínicas similares más allá de los diferentes enfoques teóricos. Por esto, no sorprende que las técnicas cognitivas puedan ser utilizadas como una parte del tratamiento en otros contextos y que, viceversa, los terapeutas cognitivos utilicen e integren sugerencias provenientes de otras orientaciones.

Las principales variantes respecto al abordaje estándar son las siguientes:

1) Identificar con claridad los estados problemáticos en la sesión antes de proceder con las tareas de autoobservación. Beck, Freeman *et al*. (1990) subrayan que a menudo en el tratamiento cognitivo de los pacientes límite las creencias disfuncionales se presentan en los procesos de transferencia y contratransferencia. En general, los déficits de metarrepresentación hacen difícil iniciar precozmente las tareas de autoobservación en los trastornos de la personalidad. Los pacientes límite, en particular, tienden a presentar directamente en la sesión el estado problemático, lo que, como hemos visto, representa una ocasión preciosa para experimentar en vivo nuevas estrategias de regulación. Cuando el estado problemático no está activo en la sesión, el terapeuta puede reconstruirlo con preguntas guiadas que incluyan los diferentes aspectos de la experiencia: las sensaciones somáticas, las emociones, las representaciones.

2) Dar un nombre a los estados problemáticos. Una vez el terapeuta y el paciente hayan identificado con precisión un estado problemático es conveniente ponerse de acuerdo sobre qué nombre otor-

garle. La ventaja de este ponerse de acuerdo, más allá de crear un léxico común, es ayudar al paciente a recordar el contenido de la sesión en la que los estados han sido identificados, facilitando su reconocimiento en los momentos críticos.

3) Especial atención a los factores de vulnerabilidad y riesgo. Una vez se han identificado y designado los estados problemáticos, resulta posible utilizar las tareas de autoobservación. Hay que recordar que, con pacientes que presentan una dificultad general en la regulación del comportamiento, el primer objetivo de la autoobservación es identificar las circunstancias, los estímulos y los contextos ambientales donde se activan con más facilidad comportamientos mayoritariamente peligrosos o dañinos. Especialmente en el caso de comportamientos suicidas o autolesivos, se debe animar al paciente a prestar la máxima atención a los factores de riesgo y a los primeros indicios de la manifestación interna que señala la activación de tales estados. Cuando uno capta las primeras señales de emergencia, la indicación es llamar siempre al terapeuta o, si este no está en ese momento disponible, llamar a otras personas con las cuales se ha acordado que se puede recurrir en caso de necesidad de ayuda.

4) Importancia de tratar en vivo los estados problemáticos. Con un paciente que sufre, por ejemplo, de ataques de pánico en el Eje I, es posible que toda la terapia se desarrolle exitosamente simplemente hablando de los ataques, sin que el terapeuta vea nunca al paciente en un estado de pánico. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de los estados problemáticos de los pacientes límite. Dada la gravedad y generalización del déficit de regulación es necesario que estos pacientes aprendan directamente durante la sesión modalidades adecuadas con las que reflexionar y gestionar los estados problemáticos.

Por eso es importante que el paciente muestre tarde o temprano al terapeuta todos los aspectos relevantes de su psicopatología y que todos los estados significativos sean, al menos una vez, tratados en vivo. Cuando un estado es narrado por el paciente pero no se ha pre-

sentado nunca durante la sesión, y el paciente no consigue manejarlo, el terapeuta debe animarlo a que lo llame en el momento en que el estado está activo, aunque no se trate de una situación de especial riesgo para el paciente.

5) Insistir en la aceptación. Mientras que en el tratamiento cognitivo de los trastornos del Eje I, el énfasis se pone claramente sobre el cambio, en el tratamiento de los pacientes límite es absolutamente fundamental que el reconocimiento de un estado problemático se acompañe de la aceptación del estado mismo. Con esto queremos decir que es absolutamente necesario que el paciente no active un curso de pensamientos que le hagan sentir inadecuado, indigno, loco, malo por el hecho de experimentar dicho estado. Un estado problemático se concibe básicamente como un problema a resolver, pero la persona que vive ese estado está bien de todas maneras, incluso si no consigue resolverlo. En la terapia dialéctico-conductual se recurre al aprendizaje de las técnicas Zen para ayudar al paciente a conseguir una actitud no juzgadora sobre sí mismo y los demás. Además de las técnicas específicas tiene una gran importancia el estilo del terapeuta y el recuerdo de cómo el terapeuta ha afrontado el estado. Desde este punto de vista, las técnicas de validación, desvelamiento y compartimiento resultan especialmente útiles.

6) Regular el recuerdo de las intervenciones. Los pacientes límite presentan problemas particulares de alteración o de ausencia de memoria en los momentos disociados o emocionalmente más intensos. A este problema concurren ambos déficits de metarrepresentación. La no integración lleva a una separación de los escenarios mentales y de las representaciones de rol que se suceden las unas a las otras sin influirse recíprocamente. La desregulación emocional hace que los recuerdos se seleccionen y, a veces, se distorsionen en coherencia con el estado emocional del momento. Por ello, se pueden olvidar o recordar las sesiones de forma selectiva, alterando profundamente su contenido. Este problema puede afrontarse acordando con el paciente algunos sistemas que faciliten el recuerdo. El paciente debe recordar ambos aspectos de la sesión: el clima de aceptación no juzgador y los contenidos cognitivos conectados a la comprensión y

la regulación. Una de las técnicas más simples a las cuales se puede recurrir con este objetivo es el uso de notas-recordatorio, escritas por el terapeuta, que el paciente puede leer en los momentos problemáticos. Un ejemplo típico es el siguiente:

Querida M., en este momento quizás tiene aquella sensación de amenaza inminente de la que hemos hablado en la sesión y empieza a creer que no es capaz de afrontar la situación y que las personas que están a su lado le muestran desprecio y son agresivas con usted. Puede ocurrir que realmente tenga problemas pero, a menudo, en estas situaciones no se limita a prevenir desavenencias y tensiones superables, sino que se imagina un final dramático de sus relaciones y un destino de soledad cósmica. Intente recordar lo que dijo en la sesión: estos momentos son transitorios, temores ligados a su historia, que le asaltan muy a menudo pero que nunca se hacen realidad. Después de tranquilizarse intente poner en práctica los sistemas de distracción de los que hemos hablado. De todas maneras, acuérdese que aunque no lo consiga no va a pasar nada dramático, la crisis tarde o temprano pasará.

P.D. Naturalmente no me enfadaré con usted si no lo consigue.

7) Reiterados momentos de explicación y síntesis. El déficit de integración comporta que el paciente oscile entre estados mentales diferentes y entre representaciones contradictorias de sí mismo y de los demás. Por ello es necesario que el terapeuta dedique, con una cierta frecuencia, algunas sesiones a recapitular los diferentes estados mentales identificados y sus transiciones. Ryle (1997) sugiere el uso de diagramas escritos en los cuales se representan los diferentes estados de yo y las conexiones de transición. Nosotros utilizamos un procedimiento análogo usando como base el modelo general descrito en el capítulo anterior que se modifica para simplificarlo, y resaltar la parte que en aquel momento es oportuno subrayar y adaptarlo al caso de cada paciente. En el ámbito de la CAT (Ryle, 1997) se da mucha importancia a una carta que escribe el terapeuta en la que resume de manera discursiva los problemas principales del paciente a la luz de su historia de vida. Se trata de una sugerencia seguramente válida, que no hemos aún usado de manera sistemática, pero que nos proponemos adoptar de modo extenso en un futuro próximo.

5.6. La gestión del caso: las líneas directrices de la American Psychiatric Association

En Octubre de 2001, la *American Psychiatric Association* publicó las directrices para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Contrariamente a lo que sucedió con las directrices análogas para los trastornos del Eje I, las sugerencias planteadas están basadas, en gran parte, en la experiencia de clínicos expertos y no en una amplia base empírica de estudios controlados. Basta considerar que para la recomendación principal, la psicoterapia individual, sólo se hace mención a tres estudios controlados: dos para la psicoterapia psicodinámica, referidos, por otra parte, a la misma muestra de sujetos, y uno para la terapia dialéctica-conductual (a la cual habría que añadir la investigación de Koons *et al*., 2001). Es muy probable por esto que, con el tiempo, otros tipos de intervención psicoterapéutica estén destinados a sumarse a los recomendados para este tipo de pacientes. Sin embargo, teniendo en cuenta la relativa debilidad de la base empírica, la fuerza de las directrices reside en su organización global y la integridad con que se afrontan los problemas planteados por el trastorno (McGlashan, 2002). Lo más convincente son los conceptos de fondo que están en su base. En primer lugar, hay un reconocimiento de la naturaleza multidimensional del trastorno, de la cual se deriva la recomendación de una gestión flexible, hecha a medida según la exigencia de cada caso específico combinando entre ellos diferentes abordajes terapéuticos. Vista la variabilidad de los casos clínicos, se pone un énfasis especial sobre la evaluación. Dada la tendencia de los sujetos a la ideación suicida y a los intentos reales de suicidio, la evaluación hace referencia, en primer lugar, a situaciones que pongan en riesgo la integridad del paciente. De ésta debería depender, según las directrices, la elección del contexto terapéutico: ambulatorio, ingreso hospitalario o semiingreso. El tipo de tratamiento indicado es la psicoterapia individual, de una duración mínima de un año y con una frecuencia media de una sesión semanal. Para apoyar la terapia se puede plantear el tratamiento farmacológico, centrado en las principales áreas sintomáticas. Con este propósito se identifican tres grandes áreas.

La primera área hace referencia al tratamiento de la desregulación afectiva. Los pacientes que sufren un trastorno límite de la personalidad presentan labilidad emocional, una gran sensibilidad ante el rechazo, sentimientos inapropiados de rabia intensa, sentimientos de vacío que producen una fuerte disminución del estado de ánimo e intensas y rápidas "tempestades emocionales". Este espectro sintomatológico parece que responde a los antidepresivos serotoninérgicos (SSRI). Menos eficaces parecen ser los clásicos antidepresivos tricíclicos. En el caso de que exista un fuerte componente ansioso pueden indicarse las benzodiacepinas que, sin embargo, deben utilizarse con cautela para evitar su posible abuso. En el caso que la rabia sea especialmente intensa se puede asociar a los SSRI bajas dosis de neurolépticos, con el objetivo de permitir una respuesta más rápida y eficaz. La utilización de inhibidores de la monoaminoxidasa tiene un fuerte apoyo empírico pero es muy difícil que este tipo de pacientes consiga respetar las restricciones dietéticas fuera de un régimen de hospitalización y, por tanto, se desaconseja este tipo de fármacos. La utilización de estabilizadores del estado de ánimo está muy difundida clínicamente, pero tiene pocas evidencias empíricas, y queda, por tanto, como una segunda opción en el caso de que no haya una respuesta al tratamiento con antidepresivos.

La segunda área sintomatológica que parece responder a un tratamiento farmacológico es la del comportamiento impulsivo que incluye la agresividad hetero-y autodirigida, la promiscuidad sexual y el abuso de sustancias. También en este caso el tratamiento a elegir son los SSRI, que se pueden asociar, en el momento en que el comportamiento pone al paciente en una situación de grave riesgo, con bajas dosis de neurolépticos, sean clásicos o bien atípicos. La experiencia clínica demuestra que una respuesta parcial a los SSRI puede completarse con la utilización del litio.

El tratamiento de síntomas tales como la susceptibilidad, la ideación paranoide, alucinaciones, desrealización y despersonalización, que pueden presentarse como rasgos en la sintomatología del trastorno límite de la personalidad, deben ser tratados con bajas dosis de neurolépticos que pueden aumentarse en el caso de respuesta parcial o falta de respuesta.

Una última área a tener siempre en cuenta es el hecho de tratar farmacológicamente el eventual trastorno del Eje I (habitualmente, depresión mayor) eventualmente también presente en el paciente con trastorno límite de la personalidad; este aspecto puede facilitarse usando la misma clase de psicofármacos. Los tipos de psicoterapia indicados son la terapia psicodinámica en la formulación de Kernberg y Clarkin y la terapia dialéctico-conductual según Linehan y la CAT de Ryle. En cualquier caso, las directrices subrayan una serie de elementos comunes que la experiencia clínica muestra eficaces en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

Se reconoce que una fuerte alianza terapéutica es importante para afrontar los flujos emocionales transferenciales y contratransferenciales que atraviesan el tratamiento. Para obtener este resultado es necesario definir los objetivos del tratamiento, que éstos sean razonables y alcanzables, y establecer los límites de la relación terapéutica. Esto no previene las posibles transgresiones del *setting* o los ataques al terapeuta, pero permite intentar regular el estado emocional haciendo referencia al pacto inicial.

5.7. Directrices prácticas de gestión

A nuestro entender, el punto de mayor sabiduría clínica de las directrices de la APA, es el haber subrayado la importancia central que tiene, en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, la gestión flexible del caso. La terapia individual que hemos venido describiendo representa sólo una modalidad de intervención que resulta necesaria al tratar este tipo de pacientes, la modalidad en la que estamos más especializados. Pero la terapia individual es ineficaz, y a veces imposible, si no se insiere en una gestión más amplia que prevea la participación de diversas competencias y el uso inteligente de los recursos disponibles. Al igual que todos los colegas que tratan este tipo de pacientes nos encontramos continuamente frente a problemas de gestión más o menos complejos. Las cuestiones principales que habitualmente encontramos y tenemos que afrontar son de tres

tipos: el problema de los tratamientos no ambulatorios, el uso integrado de diferentes competencias y el uso de recursos presentes en el contexto de vida del paciente.

5.7.1. Los tratamientos no ambulatorios

El punto que las directrices de la APA sitúan en la raíz del árbol de decisiones del tratamiento es la valoración de los riesgos para la integridad del paciente y de la consecuente necesidad de un ingreso hospitalario. Hay que ser muy claros sobre este punto. Una hospitalización breve, después de un acto autolesivo o un intento de suicidio, en sí misma no incide sobre el comportamiento autolesivo o suicida posterior a la hospitalización. En otras palabras, no disminuye la probabilidad y la frecuencia de posteriores comportamientos autolesivos o suicidas. Lo que las directrices tienen presente, al recomendar tratamientos en condiciones de hospitalización, son los centros de investigación y de terapia especializados, que normalmente disponen de estructuras donde los pacientes de mayor riesgo reciben, por un período de al menos algunos meses, tratamientos psicoterapéuticos especializados, dirigidos expresamente a reducir estas conductas. Por desgracia, este tipo de estructuras son muy escasas en Italia, aunque hay algunas excelentes. El resultado es que un paciente límite típico con comportamientos suicidas y autolesivos crónicos y repetidos, es ingresado normalmente en el servicio de urgencias después de un intento, permanece durante algunas semanas en la unidad de psiquiatría del hospital, donde recibe terapia farmacológica, y luego es dado de alta hasta el siguiente intento de este tipo. En estas circunstancias, hay que realizar por tanto una evaluación más amplia y que prevea no sólo la valoración del riesgo, sino también una valoración de la probabilidad que tiene el ingreso de incidir sobre el mismo riesgo. Entonces, se pueden dar dos situaciones extremas. En la primera, el paciente realiza crónicamente actos de este tipo. En estos casos, los intentos de suicido se dan a menudo en estados disociados y no son previsibles en base al estado de ánimo. El paciente puede parecer, a ojos de los familiares y del terapeuta, estar bastante sereno, salir sonriente y tranquilo de la sesión, negar claramente, de manera veraz, tener ninguna ideación

suicida, pero entrar de repente en otro estado mental y llevar a cabo un nuevo intento. Los casos en los que este intento fracasa, van seguidos, habitualmente, de un período en el que el paciente se siente culpable e indigno, y otro período de relativa serenidad hasta el intento siguiente. En estos casos, donde se dan intentos recurrentes y desligados del estado de ánimo de base, un ingreso hospitalario que no prevea un trabajo psicoterapéutico especializado es sustancialmente inútil. Y viceversa, es conveniente que el paciente sea tratado por al menos dos terapeutas, los cuales deben animar e insistir para que el paciente llame a uno de los dos en el momento en que se da cuenta de que está entrando en un estado suicida. Cuando esto sucede es necesario ver cuanto antes al paciente y tratar "en vivo" el estado mental. Hay que tener presente que los pacientes explican que en esos momentos no recuerdan la terapia y que viven en un estado de distanciamiento emocional de todo y de todos (Perris, 1993). Hablar de este estado cuando uno lo está experimentado e insistir sobre su carácter transitorio hace más probable que la próxima vez el paciente se acuerde del terapeuta y que esté dispuesto a llamarlo. De este modo se favorece la capacidad de reflexionar sobre estos estados en el momento en que se producen, de mantener la conciencia de su carácter transitorio y de manejarlos sin acciones peligrosas.

En el lado opuesto, se dan casos en los que la ideación suicida surge después de un acontecimiento de vida y en el marco de un trastorno depresivo agudo. En estos casos, es conveniente la hospitalización, aunque durante ésta no se lleve a cabo ningún tratamiento psicoterapéutico, dado que, superado el momento de mayor intensidad de la depresión, el riesgo se reduce notablemente. Es más, hay que tener en cuenta que, en casos de este tipo, iniciar una terapia ambulatoria con antidepresivos puede, transitoriamente, aumentar el riesgo de suicidio en la fase en la cual el efecto sobre el estado de ánimo aún es débil pero el paciente, gracias a la terapia, es más capaz de organizar comportamientos suicidas. Naturalmente hay casos en los cuales la evaluación del riesgo y de las ventajas de una hospitalización resulta difícil. Sobre todo es difícil para el terapeuta discernir entre preocupaciones realistas y temores inducidos por los ciclos de

alarma. Justamente por esta razón es necesario que el terapeuta disponga de un apoyo adecuado. Esta necesidad nos lleva a plantear el próximo problema: el uso de una multiplicidad de *settings* y la integración del trabajo de diversos profesionales.

5.7.2. Un equipo de terapeutas

Tanto las directrices como los principales centros de terapia del trastorno límite de la personalidad indican la necesidad de tratar el trastorno integrando diferentes tipos de tratamiento e implicando a diversos profesionales. Recientemente, Liotti (2001) ha elaborado un marco teórico general a favor del uso de *settings* múltiples. En estos pacientes, argumenta el autor, la formación del vínculo con el terapeuta se caracteriza por la presencia tanto de representaciones positivas, como de representaciones negativas en las cuales el terapeuta puede ser visto como perseguidor o como víctima. La relación terapéutica tiende, básicamente, a reproducir las características del patrón de apego desorganizado. Dado que es poco probable que se active al mismo tiempo el mismo tipo de vínculo intenso respecto a dos personas, la presencia de una segunda figura terapéutica (que puede ser también el psiquiatra que hace el seguimiento del tratamiento farmacológico y que tiene una formación psicoterapéutica), con el cual el paciente está menos implicado, favorece la elaboración de las representaciones no integradas que amenazan la primera relación. A este argumento, queremos añadir otro que va en la misma dirección. No hay peor crisis de la alianza que aquella en la que el terapeuta ya no desea seguir más con la terapia. Dado el esfuerzo, la disponibilidad y la tensión emocional que requieren, estas terapias pueden llevar al terapeuta más experto a una situación insoportable. El poder compartir la carga con otros alivia muchísimo esta situación y protege el tratamiento del peor de los riesgos: el rechazo por parte del terapeuta. Puesto que los pacientes son muchos y los terapeutas pocos, se debe aplicar el principio general a las situaciones concretas. Nosotros nos regulamos así. Todos los pacientes con comportamientos de riesgo o suicidas son tratados por al menos dos terapeutas: el psicoterapeuta individual y el psiquiatra que le hace el

seguimiento farmacológico. Éste último (salvo en los casos en que el paciente ya es tratado por otro colega psiquiatra que lo ha derivado al centro para la psicoterapia) es un miembro del equipo del centro con la misma formación que el terapeuta individual y tiene con el paciente al menos una entrevista quincenal, de la misma duración que una sesión de terapia individual. El paciente puede llamar a ambos profesionales en caso de urgencia y ambos mantienen un diálogo del que el paciente está informado.

Cuando se da la necesidad y resulta clínicamente oportuno, además, se puede enviar al paciente a un grupo o pedir la ayuda de un tercer colega para hacer una intervención con la familia.

Los pacientes menos graves, básicamente aquellos cuya sintomatología prevalente se refiere al trastorno de identidad y a la caoticidad relacional, son tratados por un solo psicoterapeuta que, si es médico, proporciona la terapia farmacológica necesaria y, si no lo es, recurre a un psiquiatra de confianza para solicitarla.

5.7.3. Multiciplidad de "settings"

En todos los tratamientos de los trastornos de la personalidad el terapeuta proporciona muchas explicaciones sobre las estructuras y la dinámica del trastorno. Este tipo de explicaciones, más allá de su utilidad inmediata como instrumento de conocimiento y de gestión, presentan un conjunto de ventajas terapéuticas. Crean un contexto donde compartir la conceptualización del problema, permiten verificar el acuerdo sobre los objetivos y tareas que están en la base de la alianza terapéutica y, en el caso del trastorno límite de la personalidad, constituyen un marco dentro del cual se pueden integrar funciones que de lo contrario no resultarían integradas. Estas intervenciones las realiza habitualmente el terapeuta a lo largo del curso del tratamiento individual, pero sus beneficios pueden ser reforzados con sesiones grupales para pacientes y para familiares. El esquema de intervención informativo es el de la explicación-normalización/validación del fenómeno-ejemplos de estrategias de gestión. En el caso de los pacientes límite son muy útiles las intervenciones informativas sobre el concepto de invalidación y sobre la regulación emocional. Hay que precisar que

estos grupos no constituyen una verdadera terapia grupal y, a menudo, van dirigidos a pacientes seleccionados en base a la capacidad de participar en un grupo. Más compleja es la cuestión de la implicación de los familiares en la terapia.

Con este objetivo, resulta útil distinguir dos clases de problemas. La primera se refiere a la necesidad de los familiares y de los distintos miembros de las familias de recibir una ayuda especializada y la segunda, a la contribución que los mismos familiares pueden aportar a la terapia del paciente. Por lo que se refiere al primer problema no es nada infrecuente que el nivel de malestar psicológico en las familias de los pacientes límite sea muy alto y que otros miembros de la familia presenten un verdadero trastorno psiquiátrico. También es una experiencia común que, en los momentos de idealización, los pacientes pidan al terapeuta si puede hacer algo por sus familiares. Si es posible, el terapeuta debe hacerse cargo del problema y enviar a los familiares a algún colega con el cual tenga una relación de colaboración. Sin embargo, en este caso, aunque la colaboración resulta útil para ambas terapias, es evidente que la nueva terapia tendrá sus propios objetivos y que no puede considerarse sujeta a la del paciente límite. Diferente es el caso en el que es posible involucrar a los familiares para conseguir un objetivo limitado dentro del marco del tratamiento.

Es necesario recordar que es muy raro el caso en que los familiares y los padres del paciente límite son aquellos monstruos crueles y locos que describen algunos textos. La mayoría de las veces presentan, para bien o para mal, rasgos límite, es decir, están emocionalmente desregulados, pero también se muestran generosos y dispuestos a implicarse y, a menudo, si se les orienta adecuadamente, pueden resultar muy útiles. Los objetivos del tratamiento sobre los cuales es posible obtener una ayuda efectiva son los siguientes. El primero, y a menudo el más urgente, es la reducción de la emocionalidad expresada. Ver a los familiares, explicarles lo que le sucede al paciente, explicar el planteamiento de la terapia, puede tranquilizar. Esto no es un hecho banal. Puede reducir el clima de tensión familiar, lo cual, en un paciente hipersensible al contexto emocional, pue-

de comportar un efecto inmediato y benéfico sobre la sintomatología. En los casos en los que las relaciones no son demasiado caóticas y desreguladas puede realizar esta intervención, con el consentimiento del paciente, el mismo terapeuta individual, que explicará a los familiares qué es la desregulación emocional y dará una serie de consejos prácticos para mantener bajo el clima emocional general. En el caso de situaciones más graves con conflictos violentos y frecuentes *actings out*, una simple intervención de apoyo e información no es suficiente. En estos casos hay que combinar la terapia individual con un verdadero tratamiento familiar derivando la familia a un colega experto en este campo.

Un segundo problema, sobre el que los familiares pueden tener un papel inestimable es la gestión de los intentos de suicidio. Cuando se pide al paciente que llame al advertir las primeras señales de que está entrando en un estado suicida, hay que tener presente la posibilidad de que en ese momento no encuentre a ninguno de los terapeutas. Por eso se prepara una lista de personas a la cuales se pueda recurrir. Entre estas personas puede haber algunos familiares. Entonces, el terapeuta puede llamarlas y conocerlas con el consentimiento del paciente, explicarles la dinámica de estos estados e indicarles cuáles son la mejores maneras de ayudar al paciente, básicamente acompañarlo durante todo el tiempo que dura dicho estado confirmado su carácter transitorio. A la objeción de que podría tratarse de un carga emocional demasiado grande respondemos recordando que los familiares de estos pacientes están ya sometidos a una gran carga y que más bien se sienten aliviados al recibir explicaciones e instrucciones claras.

Naturalmente, al conocer a los familiares, el terapeuta puede hacerse una idea de sus recursos y valorar en qué medida pueden implicarse en el tratamiento. En algunos casos es posible explicarles las dinámicas de los ciclos invalidantes y entrenarlos a utilizar intervenciones de validación-compartimiento. Una perspectiva reciente prevé un amplio uso de recursos terapéuticos de la familia (Pontalti, 1998, 1999). En los casos de los pacientes que rechazan la terapia, estos colegas trabajan mucho con los familiares, ayudándoles a gestionar la situación. Una consecuencia frecuente de este tipo de tra-

bajo es que el paciente pide voluntariamente participar en las sesiones para posteriormente solicitar una terapia individual. Muchos casos de este tipo han sido tratados, con buenos resultados, en nuestro centro por parte terapeutas que se han formado en él. En estos casos, la intervención con los familiares se ha centrado en la gestión de los ciclos interpersonales.

Y finalmente, hay que recordar que no todos los casos de pacientes límite son gestionables en un contexto ambulatorio. En Italia, en los casos donde existe un grave descontrol de los impulsos, el recurso último es enviar al paciente a una comunidad durante un largo período de tiempo. Sin embargo, también en estos casos es importante que la decisión se tome conjuntamente con el paciente, no como una concesión importante frente a la psicopatología sino como una decisión terapéutica consciente, la mejor de las posibles, dadas las circunstancias.

6 El trastorno narcisista de la personalidad: la enfermedad de la "vida grandiosa"

Giancarlo Dimaggio, Daniela Petrilli, Donatella Fiori y Serena Mancioppi

Intentad imaginar que sois un pianista. No simplemente un gran pianista, sino un talento raro, una promesa, un genio del instrumento. Tenéis un amigo, compañero del Conservatorio, que también es un virtuoso, y a ambos os espera un futuro lleno de promesas.

Un día estáis caminando por el pasillo y oís una melodía proveniente de una habitación contigua, algo que jamás habíais escuchado antes, una sonoridad que parece que no pertenezca a este mundo. Traspasáis el dintel, y encontráis a un hombre que está tocando y experimentáis la sensación inmediata, indiscutible, inmanente: estáis escuchando al genio más grande del siglo. Y vosotros, dotados de un talento excepcional, os dais cuenta que a pocos metros de distancia, inclinado sobre el piano, con el oído cerca de las cuerdas, está sentado vuestro límite insuperable, vuestro ideal de perfección que finalmente se ha encarnado sin duda alguna, pero no en vosotros: Glenn Gould. Os sentís derrotados, de una manera definitiva e inapelable.

Esta es la historia del *Soccombente* de Thomas Bernhard: dos pianistas de enorme talento se encuentran cara a cara con el que saben que es el mayor genio existente. Para ambos no habrá posibilidad de elección: uno, la voz narradora, abandona el piano y se convierte en

un estudioso de la música pensada; el otro, Wertheimer, el derrotado, se anulará en la búsqueda de una interpretación imposible, comparable a esa inmaculada, refinada obsesión de las *Variaciones Goldberg* de Glenn Gloud. Cada vez más ensimismado, taciturno y oprimido por la hermana, Wertheimer acabará por sucumbir a su trágico destino.

Imaginemos, con McAdams (1997), que cada personaje de una narración representa un estado mental (Horowitz, 1991b), un aspecto del sí mismo del individuo. Glenn Gould encarna un estado grandioso. Vive distante, inaccesible, en un mundo de perfección, áureo, en la búsqueda incansable (pero en su caso feliz) de cielos cada vez más cristalinos. Después de unos años deja de dar conciertos, se retira en un estudio de grabación, una torre de marfil lejana, cerrada, cuya llave de entrada ha sido lanzada muy lejos. Wertheimer, el derrotado, es el espejo deforme, el estado depresivo, la derrota eterna. Recluido en la oscuridad de una casa, con las ventanas siempre cerradas y polvo que se acumula, respira la soledad y el hedor estancado que emana la muerte cuando acecha pacientemente. La meta de la vida para ambos es una sola: ascender hacia la cima de la perfección artística; la escala de valores es clara, precisa como los destellos de cuarzo, las alternativas no existen. El placer de la compañía, el amor, son motivaciones pueriles que rascan en vano el caparazón de ambos y son rechazadas sin titubeos. La transición entre los dos estados mentales sigue una ley: conseguir la meta abre las puertas del paraíso, fracasar nos precipita en el abismo.

En esta historia encontramos condensados algunos elementos distintivos del trastorno narcisista de la personalidad, pero no todos. ¿Cuál es, ampliando el ángulo de visión, el prototipo del trastorno? ¿Cómo reconocer una personalidad narcisista en la clínica?

Como subraya el DSM, las fantasías de grandeza son un aspecto importante. Los pacientes suelen expresarlas con cierta desenvoltura: de una manera velada dan a entender que sus talentos e intereses son especiales, y sus cualidades excepcionales e infravaloradas. A menudo, en la descripción de una falta de reconocimiento social, el clínico puede reconstruir la autoimagen de grandiosidad. Pero no nos engañemos. El diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad no

es una tarea simple. Si el clínico espera a que la persona entre en la consulta y diga "Yo soy el mejor de todos", pues va listo, las cosas realmente no funcionan así. Es más fácil que el paciente se presente con una vaga insatisfacción, con síntomas ansiosos o hipocondríacos experimentados con distanciamiento emocional (Kohut, 1971), casi como una molesta grieta en un sistema de vida sin fisura alguna. En la narración la causa del malestar es típicamente externa: colegas incapaces, amantes indecisos, familiares pesados son la supuesta causa del problema. Frecuentemente, la modalidad en que se presenta es la del distanciamiento altivo. Los pacientes traen la torre de marfil a la terapia y mantienen al terapeuta al otro lado de las rejas. Adoptan habitualmente un posicionamiento que Modell (1984) llama de "no relación"; este autor describe los pacientes en la sesión como "encerrados en un capullo". Los clínicos subrayan que en estos pacientes ocupan un lugar central las experiencias de fragmentación y vergüenza (Kohut, 1971, 1977; Zaslav, 1998), de terror primario, de sentimiento de culpa edípico y del superviviente (Modell, 1984), experiencias de separación, exclusión del grupo y sentirse diferente (diversidad primaria) (Beck, Freeman *et al*., 1990; Millon, Davis *et al*., 1996). Los pacientes narcisistas experimentan verdaderamente estos sentimientos, pero es difícil que hablen de ellos durante las primeras sesiones (Wertheimer, la sombra de Gould, no aparece enseguida). Es típico que la imagen de un sí mismo débil, sufriente sea juzgada negativamente por el propio paciente. La expectativa implícita es que quien es débil está sometido, y quien pide ayuda se convierte en un esclavo (Modell, 1984; Peyton, Safran, 1998). ¿Qué persona, con esta convicción, sería capaz de mostrar una herida a un desconocido, aunque éste ostente un título de psicoterapeuta?

La sensación más frecuente que experimenta el clínico durante las primeras sesiones, especialmente si es inexperto en dicho trastorno, es de lejanía, desorientación, exclusión de la conversación: "¿Por qué esta persona ha venido a mi consulta y cuál es el problema?". El no sentirse terapeuta es una clásica señal contratransferencial. Causa de dicha reacción es en buena medida la alteración de la capacidad de identificar las emociones, invasiva en estos pacientes, unida a la des-

confianza de base en la capacidad de los demás de responder dando los cuidados y atenciones solicitadas: el otro es representado como alguien dominante o falto de interés.

Así pues, los narcisistas tienen un acceso insuficiente a algunos estados internos, en particular, a las emociones vinculadas a la activación del sistema de apego y los deseos no integrados de una imagen grandiosa de sí mismos. Experimentar fragilidad, deseo de protección, fatiga, debilidad, es algo arriesgado e inconfesable (Jellena, 2000; Modell, 1984). Por ejemplo, no puede permitirse admitir el deseo de pasar una velada bailando, a menos que el sujeto se convierta antes en un gran bailarín. Faltando el acceso a dichas emociones y deseos, el discurso de los narcisistas se vuelve teórico, abstracto, avanza y se organiza haciendo referencia a principios y valores generales (Akhtar, Thomson, 1982; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002). Los problemas se formulan en términos de correcto/erróneo, las acciones de los demás son evaluadas sin tener una teoría de la mente articulada ("se comporta así porque está motivado por …"), el objetivo es decidir si están dentro de la norma que el mismo sujeto ha establecido (Dimaggio, Semerari, 2001a). Donde no construyen teorías, los narcisistas narran hechos, secuencias de acontecimientos.

Gloria, de 35 años, durante la primera sesión empieza así, con una sonrisa enigmática: "Mi problema es que, cuando estoy en medio de la gente, cuento hasta ocho. Uno, dos, tres, cuatro… y después vuelvo a empezar." El terapeuta está desconcertado. ¿Está delante de una psicosis, un trastorno obsesivo compulsivo? Nada de eso. Después de insistir en algunas preguntas, Gloria da alguna explicación: experimenta un sentimiento tal de aburrimiento, desasosiego, incapacidad de involucrarse en una conversación interesante, que en cada situación social cuenta mentalmente hasta ocho y lo repite para hacer que el tiempo pase de la manera más soportable posible. El desprecio es mal disimulado: poquísimos merecen que se les escuche.

Ante este panorama desolador, la acción de los narcisistas no se guía por deseos egosintónicos, ligeros, sino por valores, por la búsqueda de estados superiores de perfección. En la medida en que no puede renunciar a la consecución de estos estados superiores, el suje-

to se siente oprimido. El tono que aparece en la conversación mientras cuentan sus objetivos y esfuerzos realizados para conseguirlos, es metálica. Para decirlo sencillamente, el gozo de un niño que se come su primer helado de verano no tiene nada que ver con la tremenda satisfacción de un narcisista que ha conseguido la meta fijada. Y también la desilusión es de otro tipo. El niño recluido en casa por la lluvia se siente triste y desconsolado, el narcisista impedido se muestra rabioso y vengativo.

La atmósfera de la sesión varia de la idealización recíproca (Kohut, 1971), al clima de desconfianza o reto, en que el paciente pone en duda la capacidad del terapeuta, la eficacia o utilidad de la psicoterapia (véase también Gabbard, 1998; Kernberg, 1975, 1998; Modell, 1984; Ornstein, 1998; Peyton, Safran, 1998). El terapeuta puede sentirse especial en una sesión y en la sesión siguiente incapaz, aburrido[1].

6.1. Los estados mentales: grandioso, de vacío desvitalizado, depresivo/aterrorizado, de transición

Los autores que se han ocupado de este trastorno adoptan dos enfoques: algunos (Kernberg, 1975, 1998) apuntan que detrás de una fachada arrogante, despreciadora, altiva, se esconde un sentido de fragilidad, vulnerabilidad y vacío abismal. Una actitud omnipotente esconde un sí mismo débil, lleno de envidia y vergüenza. Viceversa, algunos autores, siguiendo a Kohut (1971), observan que el sentido de vulnerabilidad enmascara la presencia de fantasías grandiosas: el

1. Los sentimientos de aburrimiento son raros en de nuestra experiencia clínica, quizás a causa del *setting* donde se hicieron las observaciones. Los autores que describen el aburrimiento del terapeuta son todos psicoanalistas: el *setting* analítico quizás facilita el surgimiento de este sentimiento al escuchar las fantasías grandiosas o hipocondríacas de los narcisistas. En el proceso terapéutico cognitivista se pide una mayor actividad a los pacientes y esto seguramente permite que éstos utilicen las actividades intelectuales y también los rasgos exhibicionistas, dando como resultado una sesión más animada. Pero sí se mantiene la experiencia de frialdad y distanciamiento afectivo y la sensación de exclusión o de inutilidad.

paciente espera que los otros reconozcan en él al héroe que se oculta detrás de la máscara. Sea cuál sea la fachada presentada, la otra está lista para aparecer en escena.

En cambio, otros autores subdividen los pacientes en subtipos. Rosenfeld (1987) los clasificaba en "de piel gruesa" y "de piel fina"; Akthar y Thomson (1982) describen el tipo manifiesto, *overt*: grandioso en sus fantasías, deseoso de admiración, de moral idiosincrásica, inestable con sus parejas, fríamente deductivo, promiscuo sexualmente, egocéntrico, enamorado de sus palabras y de los atajos que evitan la fatiga del aprendizaje; el tipo velado, *covert*, en cambio, tiene sentimientos de inferioridad, dudas recurrentes sobre sí mismo, es proclive a la vergüenza, frágil, busca incesantemente gloria y poder, es muy sensible a la crítica y a los fracasos, incapaz de depender y de fiarse, envidioso, no tiene en cuenta los límites generacionales, anda por el mundo sin metas, manifiesta poco entusiasmo por el trabajo, tiene muchos intereses superficiales, se aburre, cambia de opinión para obtener favores, miente, tiene un estilo de vida materialista, irreverente con la autoridad, no se enamora, no ve a su pareja como a una persona distinta, puede tener perversiones sexuales, su inteligencia "se detiene en los títulos de los artículos", no presta atención a los detalles, aprende nuevas habilidades con dificultad, cambia el significado de lo que dice cuando su autoestima se halla amenazada. Los autores observan también que el sujeto puede mostrar externamente un estado viviendo otro en el mundo privado. Cooper (1998; Cooper, Ronningstam, 1992) señala cómo la grandiosidad es activada cuando se amenaza la autoestima. Por otra parte, describen a individuos cuya grandiosidad es vivida a través de fantasías que no es posible mostrar en público. Estos sujetos son tímidos, falsamente empáticos y en realidad envidiosos, siempre dispuestos a rebajar las cualidades de los demás, siempre alerta y a la caza de muestras de reconocimiento de sus talentos especiales. Gabbard (1989) denomina así los subtipos: *inconsciente*, arrogante, no cuidador de los demás y *hipervigilante*, cerrado, tímido, sensible a cualquier mínima herida de la autoestima.

Millon (1999) describe cuatro subtipos: a) sin principios (con rasgos antisociales): amoral, fraudulento, desleal, arrogante, se aprove-

cha de los demás; b) amoroso (con rasgos histriónicos): el síndrome de Don Juan, seductor, intrigante, fascinante, mentiroso, evita la intimidad y está dominado por la búsqueda de placer; c) elitista (narcisista puro): se siente un privilegiado, espera tener una vida en la que los demás complazcan sus expectativas, usa las relaciones para obtener un estatus especial; d) compensatorio (con rasgos evitativos y negativistas): contraataca para esconder o borrar las heridas a su autoestima; cae en fantasías de grandiosidad para compensar sus heridas, busca la admiración; el ascenso hacia estatus más altos garantiza su buena autoestima.

Otros autores, más en la línea de Horowitz, y asumiendo que un sujeto experimenta un conjunto de estados mentales distintos, múltiples, observan que los narcisistas oscilan entre estados de grandiosidad, vacío, vergüenza, depresión angustiosa y desregulación emocional con tendencia al "*acting-out*" (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002; Horowitz, 1989; Young, Flanagan, 1998).

Existe un amplio acuerdo entre los autores que describen los subtipos del trastorno y los que reconstruyen el conjunto de estados mentales de un determinado paciente: es muy probable que el narcisista experimente en su amplitud el conjunto de estados mentales descritos en la literatura y que los subtipos diagnosticados se caractericen por el estado mental más relevante y manifiesto. Además, en una lectura prototípica del trastorno, se puede formular la hipótesis de que el tipo ideal experimenta la gama entera de los estados mentales y otros sujetos sólo una parte limitada de dicha gama. Estos últimos pacientes constituirían los subtipos del trastorno, serían portadores solamente de *rasgos narcisistas* y no de todo el cuadro manifiesto.

El narcisista *inconsciente*, experimentará más fácilmente el estado grandioso pero, durante la terapia, mostrará el estado depresivo/aterrorizado. El tipo *hipervigilante* contactará más rápidamente con vivencias de vergüenza y de rabia derivadas del juicio negativo, recibido o esperado, pero se irá desplazando, durante su relato, hacia estados de frío distanciamiento o de grandiosidad altiva. La percep-

ción de amenaza de la autoestima activará estados de escaso control de los impulsos, de tipo límite, pero que a diferencia de lo que ocurre en dicho trastorno, son de breve duración.

La tendencia a oscilar entre diversos estados mentales ha sido bien descrita. Kohut (1971) observa que el primer síntoma que ayuda a diagnosticar el trastorno son vagas sensaciones de vacío, aburrimiento y anestesia emocional. Se activan, sin embargo, cambios hacia rumiaciones hipocondríacas que a su vez son sustituidas por un entusiasmo transitorio que se sigue a los éxitos conseguidos o premios recibidos, que deja a su vez paso a la angustia y el sentimiento de vacío inicial. Kernberg (1975) describe las oscilaciones entre sentimientos inconscientes de inseguridad e inferioridad por una parte y de fantasías omnipotentes por otra. Millon (1999) apunta que el reconocimiento de la distancia entre la imagen de sí mismo y los actos reales lleva a la decepción, a la sensación de estar en un *bluff*, que puede desencadenar en un episodio depresivo mayor.

Los estados mentales que hemos identificado en nuestra experiencia son cuatro: grandioso, de transición, depresivo-aterrorizado y de vacío desvitalizado (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, Procacci, 2002). Esta descripción guarda muchas afinidades con el modelo de Young (1990), que identifica los siguientes estados: sí mismo grandioso, niño vulnerable y autosuficiente desapegado.

En el *estado grandioso* los temas mentales recurrentes son superioridad, autosuficiencia, dominio del mundo, no pertenencia al grupo o pertenencia a un grupo que se fantasea que es de los mejores. Las emociones son o de euforia, de percepción de fuerza y sentimiento de eficacia personal, o bien de frialdad y distanciamiento. Sensaciones y estados somáticos pueden presentarse escindidos, pero a veces el cuerpo es vigoroso, activo. Este estado es casi idéntico al del sí mismo grandioso descrito por Young, que sostiene que dicho estado es el favorito de los narcisistas. En nuestra experiencia clínica tiene una relevancia menor respecto al estado de vacío desvitalizado.

Valerio llega a terapia en un estado de profundísimo dolor psicológico, marcado por fantasías suicidas. Tiene 28 años y en su narración salta adelante y atrás en el tiempo. El diagnóstico dominante es de trastorno límite de la personalidad, pero en los pasajes llenos de sufrimiento descritos en el diario terapéutico muestra el estado grandioso narcisístico: "Yo cuando iba al instituto estaba completamente fuera de mí mismo. Hacía política y no sé ni tan sólo si era porque me gustaba. Y la hacía tan bien, me salía como algo natural, fuera de cualquier discusión. Era un líder nato, ni siquiera me daba cuenta, pero me sentía un Dios. A los otros ni siquiera los veía, era tan evidente que nadie lo discutía. El lío empezó cuando pasé del instituto a la universidad. Allí el hecho de ir bien sin tocar el libro no basta. Me suspendieron y ni siquiera me di cuenta del efecto que tuvo. Durante el verano tuve un terrible accidente con la moto, estaba borracho, pero no me hice nada. Salí de esta con el sentimiento de omnipotencia reforzado. El impacto del suspenso no me llegó hasta el año pasado (aproximadamente diez años después).

En el estado *depresivo/aterrorizado* los temas son: sensación de fracaso, de rechazo y de expulsión del grupo, amenaza, derrota, autodesvaloración, inconsistencia de la identidad y sumisión. Las emociones son: vergüenza, miedo, tristeza impregnada de nostalgia por el paraíso perdido. Se observa a menudo una sensación de disgregación, el estado de conciencia se puede desorganizar y llevar a experimentar fantasías terroríficas oniroides en las cuales espantosas enfermedades llevan a la muerte o bien la temida venganza de los demás llega a cumplirse.

Claudio tiene 30 años y viene a terapia por la insistencia de su pareja que se queja de su tendencia a la mentira y a la fabulación: en efecto, construía todo un mundo de fantasías que utilizaba para justificar su incapacidad real de implicarse afectivamente. La realidad de la relación era una ausencia total de calor afectivo y dificultades en las relaciones sexuales: Claudio tenía poco deseo y le costaba llegar a la eyaculación por miedo a dejarse ir. "Tenía que tenerlo todo bajo control". Un año y medio después de la terapia, aunque había mejorado su capacidad para expresar las emociones y se habían reducido sus fabulaciones, no habían cambiado los problemas de intimidad. Claudio prefiere hablar de su carrera profesional, bien encarrilada y exitosa. El terapeuta desde hace meses insiste en que se hable en la sesión del problema sexual, dada la escasa eficacia del trabajo terapéutico realizado. La

novia de Claudio es más rápida y decide romper la relación, como ya había sucedido al inicio de la terapia. Claudio llama angustiado al terapeuta: se ha encontrado sin darse cuenta en un estado alterado de conciencia, en el borde externo de la cornisa del balcón. Por un instante le ha pasado por la cabeza acabar con todo, pero lo que más le inquieta es la laguna amnésica: "¿cómo he llegado hasta aquí?".

El estado depresivo/aterrorizado, como puede verse en este episodio, puede estar disociado. Es tal la dificultad de los narcisistas de acceder a las emociones negativas que éstas pueden llegar a presentarse en estados alterados de conciencia: el control de la acción está en manos de personajes que encarnan los aspectos vergonzosos, miedosos, incapaces de afrontar las dificultades del mundo relacional. En el momento en que la autoimagen grandiosa de Claudio se quiebra –¿puede haber una prueba más demoledora de abandono afectivo?– no hay instrumentos protectores, el estado negativo emerge ingobernable.

En el estado de *vacío desvitalizado* la experiencia emocional está ausente en todo el horizonte, pero no sólo se escinden los sentimientos de debilidad y fragilidad sino todo el conjunto de sensaciones. El sujeto se siente frío, desapegado, alejado de los demás y de su propia experiencia interior; percibe el mundo como si fuera irreal, el cuerpo lejano y anhedónico. La experiencia no es intensamente desagradable, más bien al contrario; los narcisistas se mantienen bastante tiempo dentro de este estado, en el cual son intocables, no están sujetos a las fluctuaciones de la autoestima y las complejas, irritantes e incomprensibles demandas de los demás. Las fantasías de éxito y omnipotencia pueden llenar la vida mental aunque no posean el eco triunfal que colma el estado grandioso. En gran parte, las metas se dejan de lado, el narcisista vive observando el quehacer de sus semejantes. Este estado coincide en buena parte con las descripciones clínicas de Modell (1984), de pacientes encerrados en un "capullo". A la larga este estado se convierte en egodistónico: el sujeto percibe que su vida está vacía, es aburrida, la frialdad emocional le molesta y se despierta la necesidad no confesada de establecer relaciones.

El *estado de transición* se activa cuando el paciente siente que las metas en las que se funda su autoestima se ven amenazadas y perci-

be, por debajo del umbral de la conciencia, el riesgo de caer en el estado depresivo/aterrorizado. Se activa enseguida la rabia y se atribuyen a los demás las causas de la invalidación o de los fracasos. En este estado los pacientes tienden con facilidad al "*acting-out*", sea tanto auto como heteroagresivo, o de otro tipo. Pueden hacer uso de sustancias como la cocaína para volver a un estado de autocomplacencia, seducir compulsivamente para confirmar la propia imagen y poder o trabajar como condenados para recuperar o reconquistar las posiciones que temen perder. Para Young este estado tiene un valor de "autocuidado": el hipertrabajo, la seducción, el uso de sustancias sirven a este fin. El estado de transición tiene muchas características de la impulsividad límite (*borderline*); la diferencia es que en el trastorno narcisista las oscilaciones entre rabia, vergüenza y vacío son transitorias (Millon, Davis *et al*., 1996): habitualmente después de un breve período el narcisista reconquista las distancias.

Mostraremos ahora como todo el conjunto de estados mentales es descrito por una paciente. Katia, de 28 años, ha iniciado la terapia por un problema de incapacidad de decisión, acompañado por una disforia crónica y sentimiento de desbordamiento (*overwhelming)*. Al inicio de la terapia sus narraciones eran secuencias de hechos, faltos de emociones y deseos. Al final, después de tres años describe a modo de fábula un conjunto de estados mentales, en un estilo impensable en el principio de su recorrido de curación. Identifica tres personajes, cada uno de los cuales representa un estado mental: el gusanillo, o sea, el sí mismo débil, expuesto a la vergüenza y humillación; la hiena, que lucha en el estado de transición para proteger al gusanillo; el león, un mixto de fantasías grandiosas y de distanciamiento aséptico, que se ha alejado del mundo y vive solitario, en una sabana mental sin caminos que puedan traerle nuevos huéspedes.

P.: Me siento fea, cuanto más me dicen que soy bonita, más me cabreo. Puedo ser fea, pero será fea normal.

T.: ¿Pero te ves verdaderamente fea?

P.: Algunos días sí… Giorgio ayer me decía: "Eres muy cariñosa" Y yo me sentía una hiena. Sentía esta discrepancia, pero él decía que yo normalmente soy bastante cariñosa. En ese momento era totalmente lo opuesto.

T.: Según tú, ¿qué ha visto Giorgio?

P.: La mayoría de las veces soy cariñosa. Cuando soy así estoy realmente distante.

T.: El otro día decías que te sentías un gusanillo que tiene necesidad de una coraza protectora…

T.: Lo que me sale en esos momentos es justamente lo contrario al gusanillo, es la hiena… El gusanillo es la parte más sensible, más empática con las demás personas. Esta de estos días es la parte cínica que pasa de los demás, que está como en un mundo aparte.

T.: La distancia es una óptima coraza…

P.: Es una protección para ambas partes, si me alejo muerdo menos.

T.: La distancia es otra cosa que el gusanillo y la coraza.

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

T.: Hagamos un juego, hagamos ver que aquí hay tres personajes: el gusanillo, el personaje de la coraza y el personaje distante. Busquemos el nombre para estos dos últimos.

P.: … Al personaje de la coraza lo llamaría la hiena y al personaje distante (pausa) el león… es el rey de la selva, se siente un poco "el no va más", es una distancia arrogante, de desprecio por todo lo demás.

T.: Me puedes describir estos tres personajes…

P.: … Vamos por orden de aparición… el gusanillo: es un animalito bueno, muy bueno. Por esto debe estar muy atento y procurar protegerse porque el gusanillo es un poco como el pobre minino y por tanto no tiene coraza y por eso las cosas le llegan de golpe. Entonces yo pienso que cuando las cosas le llegan de golpe y alguien se aprovecha de eso… y cuando le llega un bastonazo entre las dientecillas entonces el gusanillo se transforma en una hiena [*aquí encontramos la mejor descripción posible del pasaje de un estado mental en el cual el sí mismo es débil, indefenso, a un estado de transición ante la presencia de una amenaza interpersonal*] que es muy sarcástica, muy calculadora, y está siempre al acecho. Y es bastante agresiva, al contrario del gusanillo que es muy acomodaticio, que busca una solución de compromiso, la hiena no, va recto por su camino.

T.: La hiena es quien interviene cuando ve que han herido al gusanillo…

P.: … La hiena es muy mala, hay que estar atentos. Pero la hiena es mejor que el león, porque la hiena es agresiva y por tanto interactúa con el mundo exterior, cosa que el león no. Cuando llega el león adiós a todos.

T.: ¿Y cuándo llega el león?

P.: No lo sé. Quizás cuando la hiena se harta de ser hiena porque no es justo que uno sea sólo agresivo, uno se aburre. Y entonces llega el león que

se distancia de este mundo cruel y vive en un mundo de justicia e injusticia y está absolutamente protegido porque al león no le importa nada de nada. Mientras la hiena agrede o es agredida, ¡al león no le pasa nada! El león es frío, hace que las cosas mueran por congelación, es inalcanzable. [*el personaje del león describe el estado de aislamiento relacional, buscado como solución a los problemas relacionales y caracterizado por la búsqueda de una anestesia emocional que se convierte en indiferencia*].

Hay dos elementos del contenido que merecen una atención especial: la sensación de ser diferente y de no pertenencia, y el sentimiento de culpa.

6.1.1. El sentimiento de no pertenencia

La sensación de ser diferente o extraño es un elemento estable en el trastorno (Akhtar, Thomson, 1982; APA, 1994; Beck, Freeman *et al*., 1990; Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999; Miller, 1981; Millon, Davis *et al*., 1996). El no compartir es una actitud altiva y despectiva en un estado grandioso –soy diferente en la medida en que soy superior–; en un estado de vacío el sentimiento de ser diferente lo hallamos en su forma pura: el sujeto se siente como un alienígena caído en la Tierra, el mundo no le afecta para nada. En el estado depresivo/aterrorizado la situación del estado grandioso se invierte: el narcisista es objeto del ostracismo de los demás, se siente rechazado, juzgado y, por tanto, expuesto a amenazas, a quejas. La imagen negativa de sí mismo es inaceptable y tiene la sensación de que si los demás se fijan en él lo van a encontrar reprobable, merecedor de castigos. En general, la única pertenencia posible es pertenecer a comunidades imaginarias, al grupo de los elegidos; el narcisista consiente compartir cuando se halla en el inicio de las relaciones amorosas, o de amistades íntimas, o de grupos elitistas. Con el paso del tiempo, este sentimiento de compartir fusional, de simpatía electiva, deja espacio a diferencias insoportables[2]. Algunos autores subrayan que el senti-

2. Procacci, Dimaggio y Semerari (1999) tratan extensamente la articulación de la sensación de sentirse diferente y para comprender cómo ésta se manifiesta en el narcisismo el lector puede remitirse a Beck, Freeman *et al*., 1990; Miller, 1981; Waelder, 1926, citado en Millon, Davis *et al*., 1996.

miento de diferencia puede originarse del siguiente aprendizaje: los padres creen en la superioridad del futuro narcisista y refuerzan su sentirse especial, diferente en cuanto superior (Miller, 1981). Otros observan que las familias de los narcisistas son extrañas, socialmente aisladas. Así pues, el niño crece diferente, objeto de las bromas de sus coetáneos. El sujeto resuelve la continua amenaza a su autoestima escudándose en el sentimiento de superioridad, construyendo una coraza, forjada a veces a partir de cualidades reales, o simplemente de fantasías de grandiosidad (Kernberg, 1975, 1998; Vaknin, 2003): "Soy diferente porque soy mejor. Me atacan porque me envidian", es la explicación que se da de su sentimiento de ser diferente. El camino hacia el trastorno de la personalidad está servido. Cualquiera que sea el camino, el sujeto no desarrolla a lo largo de su crecimiento habilidades de metarrepresentación o conversacionales para reconocer la comunidad del sentir, para colaborar con los demás en metas comunes.

6.1.2. El sentimiento de culpa

Kohut sostenía que la emoción dominante de los narcisistas fuera la vergüenza, en contraste con las concepciones psicoanalíticas clásicas que veían la culpa edípica como organizador de la psicopatología. Modell (1984), aún reconociendo el valor de la observación de Kohut, se plantea el problema: el sentimiento de culpa, en particular la denominada *del superviviente*, es central en la experiencia de los narcisistas y contribuye a mantener la psicopatología. Parece algo contrario a la intuición y algunos autores afirman que los narcisistas no son capaces de experimentar culpa (Lowen, 1983). Según Modell, en cambio, los narcisistas sienten que no tienen ningún derecho en su vida, y temen hacer daño a los demás si consiguen realizar sus propios deseos. Nuestras observaciones clínicas van en la línea de Modell y nos llevan a sostener la tesis que los narcisistas experimentan un sentimiento de culpa (del superviviente, pero también edípico y de responsabilidad omnipotente) a la luz de un sistema (explicitado en las narrativas terapéuticas) de balance familiar. Tienen un sentimiento de pertenencia indiscutible a su núcleo familiar de origen, sienten

que están en deuda respecto a dicho núcleo y que no son capaces de saldar dicha deuda (Mancioppi, Fiori, Petrilli, Dimaggio, en prensa).

Gloria describe el tema del sacrificio, de la renuncia a gratificaciones, sentida como una suerte inmerecida, en un e-mail enviado al terapeuta durante un período de trabajo en el extranjero:

> En mi educación el bien en cierta manera no existe a no ser que haya un sacrificio. Mi madre siempre dice: hacen bien las otras madres que no cuidan a sus hijos, porque después los hijos les tienen más respeto que vosotros conmigo, y siempre pone ejemplos de madres desnaturalizadas que no saben cocinar o que con el hijo con fiebre salen de casa o cosas por el estilo. A un cierto punto la he personificado. Hay que sufrir, dedicarse para tener una recompensa en el cielo, visto que en la tierra se prefieren las desgraciadas. Es verdad, no sé disfrutar de la vida, por la educación recibida de las monjas, por la rectitud absoluta de mi madre y mi padre, por mi sentimiento de ser claramente afortunada.

El bien como algo que sólo se puede conseguir pagando el precio del sacrificio, está íntimamente ligado a la posibilidad de expiación o, en términos de lealtad, a la posibilidad de haber pagado la propia deuda intergeneracional. Pero ¿cómo es posible pagar la deuda dentro de la familia cuando en dicho contexto familiar el sacrificio pasa de ser "medio" a convertirse en "fin" último, en valor supremo? (Mancini, 1997; Mancioppi, Fiori, Petrilli, Dimaggio, en prensa; Modell, 1984; Weiss, 1993).

De hecho la dicotomía culpa/vergüenza no tiene razón de existir, es perfectamente posible que un mismo paciente experimente (o se defienda de) sentimientos de culpa y vergüenza en momentos diferentes de su vida. Veamos como Mara, de 28 años, que trabaja en una sociedad de investigación de mercados, describe claramente su sentimiento de culpa.

P.: […] en fin, no tengo ganas de irme con ese tío el fin de año.

T.: No te vayas.

P.: ¿Cómo lo hago para no irme?

T.: Si no tienes ganas…

P.: No, no soy capaz, eso fastidiaría el fin de año de Gianni, le haría perder el dinero, lo perdería yo también, pero él perdería además el único viaje que me ha propuesto, en resumen, me parece demasiado…

T.: ¡Lo que significa que no lo deseas!

P.: ¿Cómo que no lo deseo?

T.: No lo deseas, no tienes ganas de irte, no tienes ganas de estar con él.

P.: Lo sé, pero no… es decir, yo sé que si el sentimiento de culpa llega a un cierto nivel, entonces me siento demasiado mal, y por tanto prefiero no tenerlo.

T.: Entonces afrontemos el sentimiento de culpa… ¿por culpa del sentimiento de culpa tu vida tiene que estar paralizada?

La paciente se culpabiliza tan sólo con la idea de hacerle daño al otro, de tener las de ganar. El sentimiento de culpa acentúa el déficit de monitorización, descrito aquí como resultado de la represión activa. El deseo accede brevemente a la conciencia, evoca un sentimiento de culpa, y la emoción resulta intolerable; la paciente usa una estrategia de regulación de segundo nivel: eliminar de la conciencia el deseo. La repetición de esta actividad se convierte en un verdadero déficit, la paciente tiene serias dificultades para acceder a sus estados internos.

A partir de este déficit, Mara se siente incapaz de realizar elecciones en base al deseo. Entonces, se genera la expectativa de que sea la pareja quien elija por ella conforme a un deseo que no se expresa en la interacción. Los resultados de este proceso son los siguientes:

P.: La posibilidad de una elección afectiva… porque cuando consigo hacer una elección en base a un aspecto claramente de conveniencia, o racional, como en el trabajo, entonces lo consigo, no de una manera muy relajada, porque de todas formas hay cierta implicación, pero entonces sí lo logro; en cambio, esto es algo exclusivamente afectivo, poco hay de… racional.

T.: Pero, ¿qué te pasa? ¿te confundes?

P.: Me confundo, empiezo a tener un tipo de pensamiento absolutamente improductivo.

T.: ¿Te obsesionas?

P.: Sí, me obsesiono, se convierte en un pensamiento combinatorio. Comienzo a ir de un lado a otro y continúo así, la última vez he estado dos años así, de un lado a otro, de un lado a otro, hasta que no se fueron, me paralizo. Después me entra una rabia furiosa, me pongo rabiosa esperando que sea el otro quien decida, empiezo a tener comportamientos absolutamente… Si adopto un comportamiento obligo al otro a definirse, ¿no? Entonces me sale

un comportamiento de este tipo, a menos que me arrepienta en el momento en que llevo a cabo el comportamiento, por lo cual termino confundiéndome y también confundiendo al otro… entonces, me pongo muy rabiosa y el sentimiento de culpa crece desmesuradamente porque me siento responsable de ese bloqueo.

El circuito es recursivo: la culpa empeora la monitorización, que a su vez empeora la relación interpersonal. Surge el sentimiento de rabia que influye negativamente en la interacción. Y esto refuerza posteriormente el sentimiento de culpa.

En otros casos, los pacientes se ponen rabiosos por el simple hecho de sentirse culpables. Percibir este sentimiento para ellos significa inmediatamente tener que renunciar a sus deseos, ceder ante las pretensiones de los demás que sufren daños. Pueden dirigir la rabia hacia el otro al cual atribuyen la intencionalidad culpabilizadora. A partir de este sentimiento entran en el estado de transición y en los ciclos interpersonales rabiosos. Es probable que el sentimiento de culpa se active de modo consciente durante el estado grandioso, pero que no sea reconocido porque genera enseguida la búsqueda del distanciamiento relacional o de la grandiosidad para mantener el derecho sobre las conquistas.

6.2. El perfil de los fracasos en las habilidades de metarrepresentación

Las habilidades de metarrepresentación de los narcisistas presentan carencias en varios aspectos. El defecto principal tiene que ver con la monitorización de los estados internos. Lowen (1983) describió la afectividad apagada de estos pacientes, cómo ignoran de manera sistemática las señales del cuerpo. Los narcisistas se basan en fantasías grandiosas y no en las emociones para dar sentido a la experiencia. Modell (1984) nos muestra pacientes incapaces de percibir la sensación de vitalidad, la importancia de las relaciones. Kohut (1971, 1977) describe sentimientos de vacío y aplanamiento emocional, sensaciones de no existencia.

Los narcisistas excluyen de la conciencia los sentimientos relacionados con la activación del sistema motivacional de apego (Jellena, 2000). El acceso a estas emociones es problemático y los narcisistas no son capaces de reconocerlas fácilmente, además de espantarse cuando perciben que están aflorando. En la misma línea de Cooper (1998): la capacidad de experimentar los sentimientos de duelo, la tristeza y el placer por las actividades propias está dañada. Es una forma de alexitimia, como señala Krystal (1998).

Katia nos ofrece un ejemplo de cómo se niega la activación del apego. Describe un impulso hacia la pareja y lo niega al mismo tiempo. También borra cualquier posible conexión entre el encuentro con su pareja y el estado interno desagradable.

P.: Giorgio ha llegado en avión… hemos ido a buscarlo, ha dormido en mi casa y a la mañana siguiente lo he acompañado al aeropuerto…

T.: ¿Tiene un significado este encuentro con Giorgio?

P.: ¿Tiene un significado? ¡Buf! Sí.

T.: Si me lo has contado quizás quiera decir que tiene algún sentido especial.

P.: Sí, algún sentido tendrá seguramente, pero sinceramente no sé qué sentido tiene [*tres años después Katia compra una casa con Giorgio y proyectan casarse*].

T.: ¿Qué significado tiene Giorgio ahora en tu vida?

P.: No lo sé porque en este momento no me gusta para nada cómo soy, cómo trato a la personas, ¡no me gusto para nada! No me soporto a mí misma… ¿Qué significado tiene? ¿Qué quiere decirme? ¡No lo sé!... no me gustan algunas de mis actitudes… nadie consigue comprenderme hasta el fondo.

T.: Intentemos entender qué significa esta relación con Giorgio.

P.: ... Yo he elegido un hombre del cual sé con seguridad que: a) no me puedo enamorar porque, sería hacer una verdadera tontería, entonces la elección me parece ya indicativa de, ¡buf! no sé tan siquiera de qué! De hecho intuyo que quizás no quiero involucrarme hasta el fondo y ¿qué significa? No lo sé, significa quizás tener las espaldas cubiertas, ¡buf!

T.: ¿En qué sentido?

P.: Que así no estoy del todo sola… es la presencia física de una persona… la puedo tocar, abrazar…

T.: ¿Es importante esto para ti?

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

T.: ¿Por el hecho en sí o por el hecho de que sea Giorgio quien te abrace?

P.: Por el hecho en sí.

T.: Aunque fuera cualquiera.

P.: No, uno cualquiera no, pero bien, hay tantos hombres en el mundo, ¡si no fuera él seguramente sería otro!... pienso que es una manera mía de estar con las personas, es decir, me acostumbro, les cojo cariño, puede parecer feo decirlo, pero también me sucede con los animales.

Katia niega la voluntad de establecer una relación con Giorgio y la intervención del terapeuta se centra en conectar la descripción (me ha abrazado y me ha gustado) con la relación afectiva.

En general estos pacientes utilizan la información del razonamiento consciente y se fían poco de la experiencia emocional para interpretar el mundo y tomar decisiones: recuerdan en lugar de sentir (Dimaggio, Procacci y Semerari, 1999; Vaknin, 2003). A causa de la alexitimia, las sensaciones corporales son sólo fuente de *arousal* poco diferenciado y, en consecuencia, los narcisistas oscilan entre estados positivos y negativos, desagradables y difíciles de manejar (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione y Procacci, 2002).

En estudios anteriores hemos observado, tanto analizando sistemáticamente las sesiones, como utilizando la SVaM, un patrón de disfunciones de metarrepresentación que parece ser típico de este síndrome en que la incapacidad de identificar los estados internos constituye el elemento principal (Dimaggio y Semerari, 2001b; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci y Alleva, 2003). En los dos casos analizados (Katia y Mara) los aspectos más relevantes del déficit son: 1) un acceso limitado a los propios deseos y emociones; 2) una escasa capacidad de conectar el estado interno a las variables relacionales: cuando los narcisistas describen un estado interno, no saben qué lo ha activado y tienden a explicárselo en términos de variaciones endógenas de su estado de humor.

Veamos algunos ejemplos del déficit de monitorización. Durante la primera sesión Katia se muestra completamente alexitímica, no reconoce las emociones y deseos, y esto genera en ella una sensación de confusión y fatiga:

P.: … Acabo siempre dándole vueltas a todo o bien adoptando una visión donde todo va bien y el contrario de todo también… para poner un ejemplo, un día voy con unos pantalones tejanos descosidos, y otro con unos pantalones elegantes entallados… y así un poco en todas las cosas, es decir, me gustan muchas cosas… y a veces me siento que no sé cuál es mi dirección… me gusta mucho hacer deporte, me he sacado un título en submarinismo, he intentado hacer parapent, también voy al gimnasio y juego a voleibol.

T.: ¿Querrías ser una persona más tranquila?

P.: En efecto. Además tengo este trabajo tan mental, terminé la carrera hace dos años, ahora estoy preparando oposiciones, estoy harta de llevar una vida en la cual sólo hay estudio y más estudio, me gustaría trabajar… y luego me meto en mil cosas, me gusta tener muchas cosas que hacer, pero luego resulta por ejemplo que termino teniendo a mi alrededor demasiados hombres, y no sé cuál elegir.

Katia no connota emocionalmente los hechos e intenta decidir mediante el análisis "racional" de alternativas o sencillamente no elige. No consigue describir un deseo propio.

Poco después, en la misma sesión, se observa la falta de acceso a las emociones negativas: la paciente cuenta una separación afectiva como si fuera un proceso de mutuo acuerdo entre dos personas que han decidido tomar caminos distintos (que no aclara) y no aduce ningún motivo por el cual la historia tuviera que llegar a su fin.

P.: … La historia ya planteaba dudas desde antes… yo con este chico estuve desde los diecinueve años hasta los veinticuatro, después ¡uno tiene necesidad verdaderamente de crecer, solo!... Estábamos de acuerdo sobre esto… aunque después hemos estado todo un año dejándonos diciendo "Sí, te quiero, yo también te quiero, pero en este momento –sabes– no podemos estar juntos".

T.: Típico.

P.: Típico, un clásico realmente (ríe), algo absurdo pero ha ido así.

Otro aspecto nuclear es la incapacidad de conectar un estado interno con variables relacionales. Mara, mientras describe la relación con su novio, manifiesta el problema. El único nexo que formula es entre la presencia de su pareja y un sentido de irritación.

P.: … Por ejemplo, hay cosas que me ponen nerviosa: él no se mueve, habla muy lentamente, baja el tono de la voz, yo en cambio… si te hago una pregunta quiero que me respondas enseguida.

T.: Pero, ¿qué es lo que te irrita tanto? O mejor dicho, ¿qué significa para ti esta lentitud de Gianni?

En este episodio no es posible captar en qué modo el comportamiento y las intenciones del otro han desencadenado la rabia (por otro lado mal descrita) de la paciente.

P.: No sé lo que significa, pienso que tendría que ser más rápido. El año pasado llegué a un punto en que sólo su presencia física ya me ponía nerviosa, su manera de entrar por la puerta, cómo caminaba, no podía acercarse, era terrible.

T.: ¿Qué pasó?

P.: No lo sé… eh… quizás cambió sus maneras… no lo sé muy bien.

El déficit permanece a pesar de que el terapeuta intenta superarlo formulando preguntas específicas.

Las narraciones de los narcisistas, a causa del déficit de monitorización, están constituidas de hechos, secuencias de comportamientos, acciones. Al contrario de los sujetos con trastorno límite de la personalidad, en los cuales la experiencia subjetiva es casi siempre accesible, la narración está integrada y el discurso es coherente, sin saltos lógicos o lagunas. Esta coherencia se consigue a través de la juxtaposición de secuencias planas de acontecimientos o gracias a una teoría general del mundo que unifica la experiencia. Los narcisistas formulan a menudo hipótesis sobre los demás, sobre el porqué, en general, las relaciones entre los humanos se desarrollan de una determinada manera. Describen también cuál es su posición dentro del orden de las cosas. Pero no cuentan los episodios de los cuales deriva su teoría, ni conducen al interlocutor dentro de la escena.

El déficit de distinción entre fantasía y realidad, aunque es importante en el trastorno, tiene menos respaldo experimental. Es innegable que está presente. Por ejemplo, Claudio estaba metido de lleno en su mundo fantástico, hasta tal punto que confesaba cándidamente sentirse un superhéroe, y decía no haber nunca tomado en serio la

idea de ser mortal, a excepción de cuando se precipitaba en un estado alterado de conciencia después de un abandono afectivo. Pero esto es menos evidente y más sutil: los pacientes a menudo saben distinguir entre fantasía y realidad y no todos se dejan llevar por sus fantasías grandiosas, tratándolas como si fueran verdaderas.

Siguiendo el razonamiento de Greenberg y Safran (1987), observamos que el déficit de monitorización genera varias consecuencias. Los narcisistas no prestan atención a determinados aspectos de la experiencia emocional y al modo en que ésa se articula en las relaciones interpersonales. Como consecuencia, los estados emocionales permanecen poco modulados y, por tanto, no consiguen desarrollar formas maduras de regulación de los estados desagradables. Entonces les resulta difícil reconocer un deseo y colaborar con los demás para hacerlo realidad, percibir la fragilidad y pedir ayuda o consuelo de manera adecuada. Están más fácilmente expuestos a explosiones emocionales, intensas, transitorias e ingestionables: rabia intensa, síntomas de angustia y fantasías terroríficas.

Pensemos qué le sucede a un sujeto en el cual se activa un *arousal* negativo en el área de la necesidad de ser cuidado sin que lo reconozca conscientemente: actuará sin la conciencia de qué es lo que le activa (pedir ayuda o consuelo). Realizará acciones disonantes con las señales del cuerpo, por ejemplo, intensificará estrategias de hipertrabajo compulsivo. No será capaz de comunicar a los demás el estado de necesidad. Interactuará guiado por una expectativa (de cuidado) que no comunica, es más, con toda probabilidad emitirá señales verbales que contrastarán con su activación emocional. Muy difícilmente el otro podrá satisfacerla. La falta de satisfacción de esta necesidad inconsciente dejará al narcisista preso de una rabia de la cual no reconoce la causa.

Otro aspecto del déficit de metarrepresentación, y aquí afirmamos lo obvio, es que los narcisistas son egocéntricos, les cuesta mucho comprender la mente del otro (Beck, Freeman et al., 1990; Benjamin, 1993; APA, 1994; Fiscalini, 1994; Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Millon, 1999; Westen, 1990). Bach (1977, 1985) observa que tienen una percepción autocentrada de la realidad y les es difícil tomar distancia en las relaciones actuales y reflexionar sobre su propia mente y sobre la

de los demás. El modo más clásico de describir el egocentrismo narcisista es el de la Psicología del Yo, según la cual los narcisistas no reconocen en los demás a personas reales, íntegras, sino a meros objetos, existentes sólo en la medida en que son fuente de admiración, apoyo, refuerzo de su grandiosidad (Kohut, 1977; Ornstein, 1998).

Gloria habla de una amiga que tiene problemas de esterilidad. Con su pareja están haciendo intentos desesperados de fecundación artificial cuyo fracaso está casi garantizado. Gloria describe con rabia el esfuerzo que realiza la amiga, critica el conformismo social, el seguir el ideal que obliga a una persona adulta a tener hijos para ser válida. Le falta la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de captar los sentimientos de sufrimiento, de pérdida que, puede imaginarse, llevan a una mujer a hacerse la ilusión de que podrá tener un hijo. Pero detrás de esta incapacidad de reconocer que las acciones de la amiga están motivadas por un dolor genuino, está la lucha de Gloria por su propio destino. En efecto, la paciente se siente presa de dos mandatos familiares: por una parte, hacerse cargo de sus padres, siendo el padre inaccesible y la madre gravemente hipocondríaca; por otra parte, encarnar el ideal de familia burguesa según el cual la mujer viste de un determinado modo, desempeña determinadas profesiones, se casa, saca adelante una familia y decora la casa con una cocina siguiendo la moda que vende la publicidad.

En otro episodio va al cine con una amiga. La película elegida es: *Gato negro, gato blanco*, de Emir Kusturica. La película le gusta. También a su amiga, pero ésta dice preferir el film anterior de dicho director: *Underground*. Gloria no había visto esta película. Experimenta una sensación de exclusión, de crítica, de ser víctima de un conformismo (todos han visto *Underground* y lo prefieren) que la excluye. Tiene, entonces, un acceso de rabia, insulta a la amiga, la juzga estúpida, incapaz de formarse una valoración de la película más allá de la comparación con la otra película. Cegada por el sentimiento de humillación es incapaz de pensar en la cosa más simple: que a la amiga le gusta más la otra película[3].

3. Hay que decir que el terapeuta había visto ambas películas y estaba de acuerdo con el parecer de la amiga. Lo comunicó a la paciente y ésta, exasperada, se echó a reír.

Las observaciones experimentales y clínicas convergen o están de acuerdo en un punto: el egocentrismo de los narcisistas es funcional, se trata más de un ejercicio limitado de lectura de la mente del otro, que de una incapacidad funcional, como parece que sucede en la personalidad paranoide (Nicolò, Nobile, en este volumen). Los narcisistas son potencialmente buenos psicólogos ingenuos, si practican la materia. El déficit de descentramiento es estado-dependiente y empeora: a) en condiciones de amenaza a la autoestima, como en los ejemplos arriba expuestos; b) cuando el sujeto percibe que los propios deseos no son validados para el otro, percibido como crítico, rechazante, incapaz; c) en casos de acentuación de la alexitimia (la regulación de las elecciones es problemática, el conocimiento del otro sirve sólo para obtener información relevante con este fin); d) en los estados de vacío (la evitación de las relaciones es completa –emocional y en las conductas–, no se ejercita el descentramiento).

Los fracasos en la metarrepresentación están estrechamente conectados a dos áreas psicológicas: 1) la regulación de las elecciones; 2) la percepción de compartir y de la pertenencia. Expondremos a continuación estos dos temas.

6.3. Uso selectivo de los valores: regular las elecciones

Los narcisistas no aceptan que exista una distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real (Kernberg, 1975): cada acción realizada debe estar guiada por una ley interior, por un valor. Según Akhtar y Thomson (1982), por una parte, los narcisistas son aparentemente entusiastas y celosos de los temas morales, políticos y estéticos, pero en realidad corruptibles. Por otra parte, todo aquello que el narcisista necesita se justifica en términos de "deber ser". No es admisible que tome una decisión en base a un deseo, y el déficit de monitorización le impide tomarla en base a las emociones. Los narcisistas tienen un sistema de valores que es rígido, autorreferencial, inflexible en guiar las acciones, obliga a distorsiones de los acontecimientos para justificar los hechos, elecciones y comportamientos (*ibid*).

Algunos de los valores que les guían se fundamentan en lo que Lasch (1979) define como "cultura del narcisismo". Los narcisistas persiguen metas que siguen valores como "avanzar", más que "estar al lado de", "el poder" en el lugar de "la intimidad" (Emmons, 1989).

El uso de juicios de valor es el mecanismo de toma de decisiones dominante en los narcisistas. Dichos juicios asumen numerosas funciones pero crean círculos viciosos patógenos. En primer lugar y fundamentalmente, sustituyen la monitorización en su fracaso en planear y ejecutar la acción. El narcisista se fija un conjunto rígido de objetivos fuertemente valorados. Si el objetivo va de acuerdo con su yo ideal entonces se lanza a su consecución, mientras que en el caso contrario excluye el objetivo. El uso exagerado de valores provoca una retroalimentación negativa sobre la experiencia emocional: los sujetos pierden el hábito de experimentar las emociones y de utilizarlas como motor de la acción social. También resultan dañadas las relaciones sociales. Por una parte, los narcisistas no consiguen coordinarse cooperativamente con los demás, pierden este instrumento de regulación de la conducta y se ven obligados a confiar en los valores. Por otra parte, los narcisistas esperan que haya una adherencia indiscutible al sistema de valores, tanto por su parte, como por parte de los demás. Comunican esta pretensión con un tono de dictamen, de orden. Los demás reaccionan negativamente ante dicha orden, se someten o bien se rebelan; en ambos casos, la calidad de la relación se deteriora; el canal social se utiliza cada vez menos como guía de cara al futuro posible.

El sistema de valores de un individuo se construye a partir de habilidades y roles que siente poseer o poder asumir. Este mecanismo es universal, para un policía tiene más valor ser policía que ingeniero y viceversa (Rosenberg, 1967). En los narcisistas, el mecanismo es más radical, las habilidades (reales o fantaseadas) se convierten en valores a conseguir, no se hallan equilibradas por otros elementos como una vida afectiva (es correcto hacer esto pero me gusta hacer otra cosa) y una relación articulada. Los juicios de valor se convierten entonces en un imperativo categórico que nunca llega a poder equilibrarse con simples deseos o acuerdos entre iguales.

En resumen, el uso de juicios de valor tiene las siguientes consecuencias negativas: 1) empeora el déficit de monitorización; 2) hace imposible el descentramiento; 3) empeora o deteriora las relaciones interpersonales; 4) la imagen del sí mismo frágil y asustado se considera indigna, inferior, sin valor, y esto impedirá que uno admita la necesidad de ayuda y la pida de manera congruente.

Los narcisistas utilizan a los demás como fuentes de gratificación narcisista, como objetos-espejo que reflejan su yo (Kohut, 1977; Vaknin, 2003). Este tipo de relación se fundamenta en tres aspectos: el uso intrusivo de los juicios de valor como reguladores en la toma de decisiones, el déficit de monitorización metacognitivo y la búsqueda de grandiosidad. La tríada es un verdadero beneficio para la vida relacional: el sentirse especial garantiza al narcisista una especie de derecho al control sobre los demás que, si son un poco dependientes, hacen las veces de esclavo, con la tarea de facilitar los procesos de decisión. El proceso es el siguiente: no sé elegir, tengo que utilizarte para tomar y validar mis decisiones, te someto para utilizarte como función sin arriesgarme a ser controlado; mi ser especial me otorga todo el derecho. La orden es: "Dime qué es lo que quiero hacer". El déficit de descentramiento (falta de empatía) puede derivarse de la existencia de estos factores: el narcisista comprende la mente de los demás básicamente en la medida en que lo necesita para tomar decisiones, operación que es constante y fatigosa. Descentrarse, comprender el punto de vista del otro en sus articulaciones, matices, variedad de intereses e historia personal es subjetivamente peligroso porque deja al individuo privado de la percepción de sus propios deseos y presa, en la fantasía, del control del otro (la búsqueda de la atención focalizada sobre sí mismo, descrita por Robins y John, 1997, puede tener este motor).

Así pues, el otro resulta necesario para el conocimiento del yo: el narcisista desarrolla un conocimiento de su mente, pero de forma egocéntrica. Resumiendo, la necesidad de autorregulación y control del narcisista, unida a la dificultad de descentrarse y a la necesidad de admiración, choca con la variedad de intereses y motivaciones y con la multiplicidad de estados de ánimo de los demás. De este hecho

bien podrían derivarse los círculos viciosos que adquieren matices crueles, sadomasoquistas o gélidos descritos en la literatura (véase Modell, 1984; Peyton y Safran, 1998).

6.4. Autoestima y heurísticas

La autoestima y la imagen de sí mismo son elementos centrales en el narcisismo (Kohut, 1971, 1977; Kernberg, 1975; Ronningstam, 1999). Ya Freud (1914) había observado que los narcisistas tienen una imagen de sí mismos exageradamente positiva. Según Kohut, detrás de la imagen grandiosa subyace una baja autoestima, desenmascarada cuando el ambiente no proporciona el apoyo empático adecuado. El yo, fragmentado, se manifiesta con hipocondría, depresión y sentimiento de vacío y desvitalización. Los narcisistas tienen una imagen hinchada de sí mismos, que el mundo externo no puede sostener (Millon, Davis *et al*., 1996). También Westen (1990) relaciona las distorsiones positivas con una fácil predisposición a sentirse amenazado en el sentimiento de importancia y superioridad. Bursten (1989) observa que el narcisista cuya vanidad ha sido herida vira hacia la hipocondría. Young y Flanagan (1998) relacionan los comportamientos de búsqueda de aprobación y los estándares inflexibles con la regulación de las transiciones entre estados mentales. Si la autoestima se ve amenazada, los narcisistas buscan la aprobación o luchan por mantener los estándares perfeccionistas de ejecución. Los investigadores han observado que los individuos narcisistas se perciben de modo irrealísticamente positivo cuando sienten amenazado su sentimiento de importancia personal (Gabriel, Critelli, Ea, 1994; John y Robins, 1994).

La autoexaltación *(self-enhancement)*, la motivación a tener una imagen positiva de sí mismo es universal y lleva a distorsionar las autoevaluaciones hacia lo alto: el juicio que un individuo hace sobre sí mismo es mejor del que los demás le atribuyen (Raskin, Novecek y Hogan, 1991; Rosenberg, 1967, 1979; Swann, Griffin, Predmore y Gaines, 1987; Taylor y Brown, 1988; Taylor, 1989; Turkat, 1978; Wylie, 1979). La primera heurística típicamente narcisista es *elevar el nivel*

de autoexaltación (self-enhancement). John y Robins (1994) han mostrado que: a) las personas hacen valoraciones menos precisas sobre sí mismas que sobre los demás; b) la mayoría tiende a valorarse de manera excesivamente positiva menos un porcentaje significativo de sujetos que se autoevalúa de manera realística (los deprimidos) y algunos hacen autovaloraciones irrealísticamente negativas; c) los sujetos que se autoevalúan positivamente del modo más irrealístico tienden a ser narcisistas. Además: d) los individuos narcisistas buscan estados de atención centrada sobre sí mismos en los cuales puedan mirarse desde una perspectiva externa; e) la autovaloración de los individuos narcisistas está influenciada por la perspectiva visual desde la cual se observan: el cambio de perspectiva, de interna a externa, aumenta el nivel de autoexaltación, hinchando transitoriamente su autoimagen (Robins y John, 1997).

En la clínica hemos podido reconstruir dos heurísticas: la dinámica narcisista y la ilusión del decatleta. Por dinámca narcisista entendemos una forma de autoexaltación progresiva por la cual la positividad del nivel de autoestima lograda tiene que aumentar cuando los sujetos comparan su imagen actual con su imagen pasada. *La dinámica narcisista consiste en el aumento progresivo del valor atribuido a las metas y submetas del individuo, que tiene como finalidad la cohesión de la identidad personal y el mantenimiento y aumento de la autoestima* (Dimaggio, Procacci y Semerari, 1999).

Al confrontar la imagen presente con la del pasado, los narcisistas tienen que percibir un constante aumento de perfección. Con este fin seleccionan uno o unos pocos objetivos o metas que les servirán de cinta métrica para medir su autoestima. Si logran el estándar fijado sienten que la imagen ideal y la actual de sí mismos coinciden. Las discrepancias causan angustia y dan lugar a los estados de transición o aterrorizado. Con el tiempo, el estándar fijado ya no se considera suficiente y la autoestima corre el riesgo de derrumbarse. Los pacientes se fijarán una meta de valor aún más elevado que buscarán conseguir para obtener una imagen actual de nuevo perfecta, pero a un nivel de perfección aún más alto que el precedente. La escalada interior no tiene fin.

La otra heurística, menos grave clínicamente, es la ilusión del decatleta. Para tener una buena autoestima los pacientes deben sentirse dentro de un rango superior a la media, en un número elevado de metas sociales. No tienen necesidad de sentirse los mejores en un campo, pero tienen que saber que o bien están entre los mejores en todos los ámbitos habituales o bien, *con tan sólo proponérselo*, podrían serlo. Su vida está regulada por la ambición de un decatleta: han de conseguir logros excelentes en una multiciplidad de áreas. Se trata de una ilusión simplemente porque mejorar la ejecución en un área comporta automáticamente empeorar en las otras, a menos que se disponga de jornadas de treinta horas para entrenarse en todas.

Se tiene la ilusión del decatleta cuando: el mantenimiento de la buena autoestima está vinculado a la consecución de estándares superiores a la norma en una serie de metas lo más amplia posible. La superación del *test* sobre el valor personal se produce a condición de que el paciente consiga alcanzar en potencia o en acto los estándares fijados y que no esté en el grupo de comparación con otros que obtienen resultados irrefutablemente mejores (Dimaggio, Procacci y Semerari, 1999).

Federico, de 48 años, manager, es muy inteligente y culto y consigue combinar una amplia gama de puntos de vista con pragmatismo y eficiencia. A pesar de esto se queja de experimentar un sentimiento dominante de constricción tiránica por parte de los demás, la sensación de que no le dejan tiempo para dedicarse a sus propios objetivos. Describe a sus padres como autoritarios, es imposible llevarles la contraria sin una rebelión explícita que acabaría en una pelea física. El padre es un magistrado inflexible, la madre una mujer de casa que ha gestionado las relaciones sociales alternando sabiduría y desconfianza. Está casado y tiene dos hijas, percibe a su familia como constrictiva y a sus superiores en su puesto de trabajo como autoritarios. A pesar de todo esto, desarrolla un impresionante abanico de actividades: cultiva su propio campo poniéndose constantemente al día, colabora en revistas sobre *hi-fi*, escribe sobre viajes, es un experto escalador, se ha desenvuelto en la actividad política, le gusta leer

novelas y ensayos. Tiene una amante con la cual vive un sentimiento de comunión grandioso. Pero se siente insatisfecho. La percepción de constricción, aunque enraizada en la historia familiar, no queda justificada por cómo le van las cosas en su vida real. El problema está en que para fundamentar su autoestima o percibir un sentimiento de autoeficacia, Federico, émulo de Leonardo da Vinci, siente la necesidad de dar lo máximo en todas las actividades antes descritas. Así pues, oscila entre un sentimiento de que los demás le están robando el tiempo, desbordamiento, y un sentido de fuerza y potencia en el momento en que todo gira como si fuera un mecanismo perfecto. Pero la sensación supraordenada es la insatisfacción, no hay nada que lo haga sentir pleno o satisfecho.

El hecho de superar el *test*, aun cuando los pacientes sienten que podrían en potencia alcanzar el estándar previsto, no les permite confrontarse con las variables de tiempo, dedicación, entrenamiento y fatiga, dejando espacio a las fantasías de grandeza. Además, toman decisiones porque la ambición les mueve a confrontarse con el contexto; pero los contextos en los cuales vivimos cambian continuamente. Es fácil que la sintomatología sea el sentido de desbordamiento junto con la confusión de la identidad personal.

El sentimiento de ser diferente puede activar las heurísticas del modo siguiente: "Me siento extraño, distante. No entiendo cómo los demás me valoran. Me valoro autónomamente y establezco un criterio interno al cual atenerme. Me autoaplico el *test* y deduzco que mi valor es elevado. El sentimiento de exclusión deriva, por tanto, de mi ser especial".

El proceso de razonamiento es de tipo pseudodiagnóstico (Trope y Liberman, 1996): bajo la urgencia emocional de una amenaza al propio valor, los narcisistas se focalizan en la hipótesis de ser personas superiores y recogen sólo datos para confirmar dicha hipótesis. A este punto la autoestima está protegida, el estado mental seleccionado es el de grandiosidad y el problema de la diferencia se halla momentáneamente resuelto. Pero, la autoestima se mantiene vulnerable, superar el *test* no es fácil a causa de la exigencia de los estándares y de la permanencia de las fuentes de juicio negativo externo.

A la mínima se vuelve a presentar la ocasión de someterse al *test*, y su solución es la autoexaltación constante. Si una relación activa la autoevaluación, el narcisista, incapaz de descentrarse, no tiene soluciones para salir de este proceso. Le faltan instrumentos para explicarse una decepción laboral, un rechazo amoroso, la sensación de estar excluido de una conversación animada. Así pues, la autoestima oscila amenazadoramente y regula las transiciones entre estados mentales: el paciente compara la imagen de sí mismo y la imagen ideal; si coinciden permanece en el estado grandioso, si son discordantes entra en el estado negativo: fantasías hipocondríacas, temor a ser agredido, a ser objeto de venganzas, de fracasos. También se activan los esquemas interpersonales asociados: dominio/sumisión en la subrutina de derrota y subyugación, escaso valor personal que le hace merecedor de rechazo y exclusión del grupo de los elegidos. Si el resultado del *test* es incierto, se pueden activar mecanismos de protección de la autoestima: racionalizaciones, atribuciones del fracaso a causas externas. En estas fases, el sujeto entra en el estado de transición: se vuelve rabioso, lanza acusaciones y realiza *acting-outs* de distintos tipos para mantener lejos de la conciencia el sentimiento inquietante de amenaza y fragmentación.

6.5. Ciclos interpersonales

Al analizar la literatura sobre este trastorno, sorprende ver las diferencias existentes entre los relatos, a propósito de las reacciones emocionales y somáticas de los narcisistas, que hacen las personas que se relacionan con ellos y los de los clínicos (Vaknino, 2003). En el primer caso, a uno le entra un fuerte sentimiento de angustia claustrófobica ante la idea de que en la vida uno pueda caer presa de un tirano sádico del que es imposible escapar. En el segundo caso, se descubre la articulación de un mundo interior comprensible, hecho de una alternancia entre grandiosidad y vacío y de la misma imagen mental aterradora: la de ser víctima de un poder superior, inflexible, violento e invencible.

La diversidad de reacciones captadas gracias al cambio de perspectiva, la del observador implicado en la relación y atento a sus propios estados internos y la del observador más distanciado, atento al mundo interior del paciente, explica en cierta medida las diferentes descripciones realizadas por clínicos de la relación con los narcisistas. Recuérdense los pacientes descritos por Kernberg (1975), arrogantes y agresivos, en comparación con los que narra Kohut (1971, 1977), vacíos, desvitalizados, en búsqueda de admiración. Teniendo presente lo mucho que un paisaje cambia si lo miras desde la cima de una montaña o bien desde la orilla de un lago, del mismo modo las variaciones del estado mental emergente provocan en los demás reacciones diferentes, y hacen bien reconocibles los principales ciclos interpersonales narcisísticos.

Las áreas de la vida interior más implicadas son la de la idealización, competición, apego/cuidado y evitación aversiva de las relaciones[4].

Partamos de los ciclos correspondientes a lo que Kohut 1971, 1977; Ornstein, 1998) llamaba *transfert* idealizador. En las diferentes fases de esta forma de relación, observada en el *setting* terapéutico, los pacientes buscan en los demás el reconocimiento de su integridad y perfección (*transfert* especular), atribuyen a los demás la perfección que desean (*transfert* idealizador propiamente dicho), perciben un sentido de identificación con el terapeuta en el cual ambos viven un clima de grandiosidad inatacable (*transfert* gemelar).

El ciclo del reflejo especular parte de la necesidad que el otro proporcione la admiración debida. Si dicha admiración se da el yo percibe una sensación de exaltación, de grandiosidad. La expresión de este estado puede ser la actitud benévola, ligeramente superior (véase Millon, 1999), la bondad del soberano respecto a sus súbditos. Esta fase del ciclo es relativamente adaptativa, el otro se siente invitado a idealizar y lo hace de buen grado, seducido por la bondad de las cualidades exhibidas. Piénsese en el inicio de un enamoramiento de una

4. La teoría de los sistemas motivacionales interpersonales como guía para las relaciones humanas ha sido expuesta por Gilbert (1992); Lichtenberg, Lachman y Fosshage (1992); Liotti (1994).

pareja fascinante, seductora (Don Juan) o la entrada en un grupo conducido por un líder carismático, que garantiza a los adeptos su aprobación, les hace partícipes de su estatus, a condición de que su manera de pensar no se ponga en cuestión. Este espejo puede empezar a romperse cuando el otro deja de proporcionar admiración, expresa distanciamiento, crítica o tiene necesidades propias de reconocimiento. El yo entonces se siente traicionado, humillado, la creencia de base, disociada, es que los demás humillan a un yo frágil, expuesto a la crítica y a la vergüenza. Esta parte no se expresa, a menudo no llega ni siquiera a la conciencia, donde en cambio aflora la rabia por la traición del otro, infiel e indigno de confianza. Las reacciones rabiosas del yo conducen a dos subciclos: en el primero, el otro vuelve a someterse, el rango se restablece de nuevo y el yo puede a reapropiarse del estatus grandioso mientras el otro lo admira. En el otro subciclo, aumenta la rebelión y el desafío o hay un distanciamiento en la relación; ambas soluciones llevan al final de la relación, a menudo con rupturas dramáticas y sensaciones prolongadas recíprocas de rabia y sentimiento de amenaza casi inevitables.

El segundo ciclo es el de la admiración, el *transfert* idealizador de Kohut. En este caso el otro asume las funciones de guía ideal que conducirá al paciente hacia el estatus de los grandes, o hacia un estado de enamoramiento digno de los héroes de Wagner. Algunos ejemplos son: el ingreso en un grupo que garantiza el ascenso social, el confiar inicialmente en un líder que después puede garantizar reconocimiento y poder. Si este ciclo se activa en terapia (no está dicho que suceda y si sucede, no lo hace necesariamente en las fases iniciales), el terapeuta puede sentirse halagado y admirado, o bien irritado y que le toman el pelo. Uno sale de este ciclo cuando el sujeto se siente decepcionado o traicionado por el otro, que no devuelve la admiración o el reconocimiento, como por ejemplo, cuando un superior da a un colega un premio que el narcisista siente que tiene todo el derecho de merecer.

El *transfert* gemelar puede entenderse como una vivencia a dos en una fase de idilio, explícito, de admiración recíproca, o bien de convicción implícita de entenderse al instante, sin palabras, como conec-

tados por un inefable vínculo telepático. Las salidas de este ciclo llevan al mismo recorrido de los ciclos precedentes.

Lucio tiene 44 años, gestiona una cadena de restaurantes y pasa gran parte de su tiempo viajando. Quiere abrir un refugio de montaña. Agobiado por su trabajo siente que no puede llevarlo adelante solo: elige un socio, un amigo, que después resulta ser inadecuado. De mutuo acuerdo, el amigo cede su cuota de propiedad a una pareja que Lucio había conocido durante las vacaciones. En un primer momento, Lucio confía al hombre la gestión de la caja. Pasado el breve idilio, Lucio adopta una actitud de desconfianza, se muestra crítico y rabioso. La sensación es que el otro lo está estafando, que se está apoderando del dinero, que impone, junto con su mujer, decisiones injustas. El clima que se genera es de lucha por el poder. El estilo comunicativo de Lucio, severo, áspero, contribuye a exasperar un clima ya tenso. Los dos hombres acaban en una pelea en la que Lucio recibe un puñetazo, y su novia, cuando se acercaba para ayudarlo, recibe una patada en la cara. Lucio describe una pelea en la cocina donde los cuchillos terminan siendo el verdadero protagonista. La tragedia estuvo muy cerca, y se hubiera producido si el paciente no hubiera mantenido, como afirma, un grado suficiente de autocontrol. Enseguida Lucio busca hacer justicia, reflexionando sobre qué estrategia le permitiría reapropiarse del local, actualmente gestionado por la pareja: las posibilidades van desde hacer uso de vías legales hasta la agresión física después de desafiarse cara a cara, para poder reparar la herida infligida a su orgullo y la sensación de fraude.

Esto es un ejemplo de primer ciclo competitivo. Intentemos analizarlo. La secuencia interactiva puede empezar con una propuesta de cooperación que durante un breve período puede llevarse a cabo. Pero pronto el narcisista capta en el otro señales de reto, de falta de reconocimiento de su superioridad, de su visión iluminada de las cosas. Entonces se activa la rabia, a veces de manera soterrada, y si el otro entra explícitamente en competición, se activa la desconfianza paranoide. El otro no proporciona la admiración esperada, ni el reconocimiento de estar en posesión de la razón. Llegados a este punto, o se entra en competición o se busca salir de la relación. En el pri-

mer caso la batalla que se produce puede llegar a los extremos anteriormente descritos. En el segundo caso, el narcisista puede asumir una actitud de resentimiento, reivindicativa, llegar a establecer un cerco (como si se tratara de ir a la caza de una presa) contra una expareja, para castigarla tal como merece por haberlo herido, humillado y abandonado.

Valerio, después de algunos meses del final de una relación de seis años, llama a las dos de la madrugada a su ex-pareja que lo ha dejado, la espera en el portal de su casa durante horas para soltarle en cara su rabia y desprecio. Su sensación es la de estar actuando justamente, de tener derecho a hacerlo.

La forma idealizadora de las relaciones suele tener poca duración. El narcisista puede quedar prendado de un alguien considerado excepcional o puede afiliarse a un líder admirado. Pero pronto la necesidad de reconocimiento y el reto sustituyen a la idealización, llevando al narcisista a retar, provocando el rechazo en los demás. Y entonces, el narcisista siente desprecio por la figura idealizada anteriormente, alejándose de ella, humillado, herido y rencoroso.

Gloria recibe una beca de estudios para realizar una investigación histórica en una isla del Mediterráneo. La decisión de irse la atormenta, la isla es descrita como una prisión, las condiciones del contrato, económicamente muy buenas, en un momento donde el trabajo escasea, parece, según sus palabras, una forma legal de secuestro de una persona. Finalmente se va. Interrumpe la terapia pero acuerda continuar el trabajo terapéutico vía correo electrónico. Después de unas semanas un mensaje suyo describe la relación con la figura idealizada: Gloria durante un fin de semana en París se encuentra con su ex, un actor francés.

Estoy de regreso de París, y me parece que ha pasado un año entero. He visto a mis amigas, he ido a la Universidad, al Louvre, etc. y a François. François está con —- (una conocida actriz francesa), ¿no le parece que se ha pasado de la raya? Claro que yo lo consideraba un bombón, pero evidentemente no era la única. De todas maneras me he sentido muy bien, me he divertido mucho, y con esa sana sensación de tener el estómago apretado por tanta excitación. París me parece mi ciudad ideal. Vi a François en el teatro

y después del teatro, dos veces, él ha sido muy majo conmigo, me ha dado besos, caricias y abrazos, y me ha presentado a todos sus colaboradores como una de las personas más fieles en su vida. También invitó a mis amigos, y la segunda vez volví con Valentina, y después fuimos todos juntos al café, y luego me invitó a ir con él a la representación de medianoche hasta las 5 de la madrugada. Después a las 9 tenía una transmisión en televisión y hubiéramos dormido juntos si no fuera porque mi cama era demasiado pequeña y él estaba agotadísimo, así que se marchó.

Una relación imposible, con un hombre lejano pero del cual se tiene certeza de su grandiosidad: "Claro que yo lo consideraba un bombón, pero evidentemente no era la única". Hay que subrayar que Gloria continuamente describe amores ideales de este tipo, algunos vividos en el pasado con una intensidad desmesurada. El final de una de estas relaciones la dejó hecha polvo, destruida. ¡Se quedó muda durante ocho meses!

Las relaciones en que el otro proporciona el apoyo y la admiración esperadas se mantienen a costa de que el otro se muestre inofensivo e idólatra. Millon (1999) observa que a menudo parejas afectadas por un trastorno dependiente de la personalidad acompañan a los narcisistas a lo largo de la vida. Pero fuera de dichas relaciones, gran parte del tiempo puede gastarse, especialmente en la segunda mitad de la vida, en una dura competición. Los esquemas activados son los de dominancia-sumisión, en cuyo seno, el yo y el otro asumen roles complementarios. El yo puede sentirse con pleno derecho de pretender del otro lo que quiere, y el otro se ve con el deber de dar y de admirar, privado de deseos propios o dignos de atención. Si el otro se rebela, se da el cambio del pasivo en activo, y el yo se convierte en presa de fantasías en las cuales se siente amenazado, débil, sometido, convertido en un esclavo por un tirano sin corazón, sádico, castrador, un dios omnipotente y malévolo.

¿Qué sucede cuando en el narcisista se activa la sensación de fragilidad, la necesidad de recibir cuidados o apoyo en situaciones que provocan miedo, es decir, cuando se activa el sistema de apego (Bowlby, 1969)? Desde un punto de vista de metarrepresentación, estas emociones tienen un escaso acceso a la conciencia. Pero, a nivel

preverbal, el *arousal* emocional ligado a la percepción inconsciente, a aquel aspecto de la elaboración emocional de los acontecimientos que se produce de una manera automática y que está dotado de una valencia cognitiva llamada *appraisal* (Frijda, 1993; Smith, Lazarus, 1993), se activa de manera automática. La respuesta del organismo es percebir algunos acontecimientos como amenazantes, hostiles, y sentir la necesidad (también esto es innato y capaz de mover al sujeto sin que éste sea consciente de ello) de que alguien proporcione ayuda y protección. En otras palabras, en el sujeto se activa la imagen, con una carga emocional, de un yo débil y necesitado de cuidados que se lanza a buscar.

Existe un cierto acuerdo teórico entre los pocos autores que se han ocupado del estilo de apego de los narcisistas: el patrón típico de este trastorno es el que se denomina patrón A, es decir, evitativo. Desde una perspectiva que intenta relacionar los estudios sobre el apego con la *Cognitive Analytic Therapy* (Ryle, 1995), Jellena (2000), se apunta que los narcisistas tienden a devaluar, a excluir los sentimientos vinculados a la activación del apego y que la estrategia que utilizan para manejar los problemas interpersonales es la independencia defensiva (véase también Gilbert, 1992). Siguiendo el razonamiento de dicho autor, los narcisistas viven con un sentido de superioridad e indiferencia, sin prestar atención a los sentimientos, en particular, al sentido de debilidad personal.

El esquema interpersonal correspondiente es: yo necesitado de consuelo –el otro indisponible. Desde esta óptica teórica, Peyton y Safran (1998) describen algunos patrones de desarrollo del narcisista. El niño especial es admirado y premiado selectivamente por sus cualidades y habilidades, mientras que es rechazado y despreciado por otros rasgos normales. Un adulto con esta historia deberá, pues, acogerse al sentido de ser especial para mantener la atención de los demás y no podrá mostrar otros aspectos de sí mismo o mostrar sentimientos, tales como miedo, tristeza porque espera ser rechazado. Estos rasgos se disocian o llevan a estrategias relacionales de evitación consciente de la intimidad, y pueden emerger de nuevo bajo la forma de ansiedad o vergüenza. El individuo tiende a protegerse de

estas emociones con rabia y aislamiento. Es frecuente que frente a una activación no percibida de la necesidad de cuidado la conducta que se adopte sea la de apego rabioso a una pareja, descrita como inadecuada, negligente, culpablemente indisponible.

La pareja de Lucio quería empezar los estudios en una escuela para convertirse en redactora publicista, pero le faltaba convicción. Lucio la mantiene económicamente y sobre este hecho alterna momentos de orgullo porque es capaz de ocuparse de ella, y a veces momentos en los cuales siente que no hay una correspondencia. Espera que su pareja, como reconocimiento, cocine para él, lo cual no sucede casi nunca. Lucio no expresa verbalmente su demanda, la suya es una espera silenciosa y rencorosa que nunca se cumple. En ese momento se siente privado de los cuidados debidos. Rabioso, ataca a su pareja, la juzga indigna, falta de un sentido de responsabilidad y gratitud que deberían llevarla a cuidarlo de manera adecuada.

El ciclo que se activa es el de la competición por la búsqueda de cuidado. La pareja, herida por las críticas de Lucio, se siente inadecuada e incapaz y esto reactiva su necesidad de protección. Esto provoca en ella rabia, que expresa acusando a su vez a Lucio de indisponibilidad afectiva y escasa capacidad de expresar ternura. Morbosamente le acusa de serle infiel.

Veamos qué sucede cuando durante una sesión en el octavo mes de terapia, Lucio experimenta un atisbo de ternura por su pareja.

P.: … Ella me llamó por teléfono, yo quería decirle algo cariñoso, hablé dos minutos "Estamos preparando la inmersión, quería decirte una cosa, pero te la digo luego". "No, dímela ahora". "No, te la digo después con calma cuando esté solo". "Ah, no me lo quieres decir ¿por qué? ¿quién hay allí?", y entonces ha habido un momento… se ha enfadado y alterado… Le quería contar un sueño que había tenido y no tenía ganas de contarlo delante de los demás, y después durante la tarde, era su santo, quería escribirle un mensaje, pero tenía la segunda inmersión de las 15 a las 17 y al final no he tenido tiempo de escribirlo y tampoco de pensarlo y he desconectado el teléfono; lo he vuelto a conectar a las 18 y enseguida me ha llamado ella, se ve que había estado todo el rato llamándome […].

T.: ¿Había mejorado el clima?

P.: No, qué va, me ha dicho "Es mi santo, y yo estoy aquí sola", y luego ha añadido "pero hace dos días ¿te acordabas que día era?", y yo contesté "Sí, me acordaba, pero no parecía que fuera el caso de celebrarlo, vaya"… ella se quejaba de algunas cosas que según ella yo le había dicho… y entonces… vaya, el día después de nuestra primera pelea, me llama a las nueve y media, y yo estaba en barca con este amigo…

T.: Escucha, pero el sueño, al final ¿se lo has contado?

En este párrafo se capta cómo se estructura el déficit funcional de monitorización. Lucio ha tenido acceso a una escena teñida de emociones de cariño y ternura, tiene el recuerdo, pero al tenerla fuera de la memoria de trabajo no logra estabilizarla en la memoria semántica. Y finalmente, el destino de este episodio, sería quedar suprimido o borrado para siempre de la memoria, lo cual a menudo lleva a Lucio a afirmar: "No sé si estoy enamorado o si lo he estado nunca". La respuesta es sí, sólo que lo olvida siempre.

En este párrafo también se ve cómo los sentimientos de ternura y de intimidad afloran, pero son enseguida sustituidos, dentro del ciclo disfuncional, por un clima de acusaciones recíprocas, en las cuales el yo y el otro se sienten decepcionados, rabiosos, maltratados. Este clima empeora la elaboración consciente de los estados placenteros vinculados a la activación de los sentimientos de intimidad y ofrecimiento de cuidados recíprocos. La alexitimia para estos estados mentales es un proceso activo: estos estados se llegan a experimentar pero enseguida son sustituidos por emociones negativas. La mente del paciente no se detiene suficientemente en la ternura porque ésta puede evocar a su vez información estado-congruente con la emoción y, a la larga, ser integrada en el sí mismo autobiográfico.

Lucio ha olvidado el sueño rápidamente, y ¡sólo recuerda el clima rabioso recíproco! Veremos, en el capítulo sobre el tratamiento, cómo el terapeuta afronta el déficit en la sesión.

A la larga, el narcisista no tiene otra solución que salirse de la relación, yendo a la búsqueda de una soledad áurea. Deja pasar el tiempo recluido en su torre de marfil, presa de un sentimiento de vacío, de soledad cósmica.

La historia es problemática aunque los narcisistas se encuentran, a pesar suyo, en el rol de quien tendría que ofrecer cuidados y atenciones. En otras palabras, si se le pide de cuidar a alguien, lo hacen de mala gana. Sienten rabia, sentimientos de coerción de su yo, la sensación de que el otro siendo débil, incapaz o envidioso de una manera estúpida u obstinada obstaculice o impida sus planes de ascensión al Monte Olimpo. El narcisista y su pareja entran fácilmente en un ciclo de demandas mutuas de cuidado, que ambos perciben insatisfactorias. El narcisista reacciona ante estas quejas sintiéndose injustamente criticado y poniéndose rabioso y empezando a denigrar ferozmente al otro.

En el ejemplo siguiente, Katia y su pareja (han iniciado la relación hace dos meses), compiten para captar la atención del otro. Su pareja tiene una hija de una relación anterior. Y pretende que Katia organice su vida en función de este hecho: si él está ocupándose de su hija, Katia debe ayudarlo y cuidarlo, no puede vivir una vida privada independiente. Katia se rebela ante semejante pretensión tiránica y la demanda de atención se convierte en una exigencia rabiosa y llena de resentimiento entre ambos.

P.: … Entonces le he dicho que esta amiga mía que está estudiando, que iba con el chico, que compraba las entradas, entonces hoy le he llamado y le he dicho: "Mira, que hoy van a comprar las entradas para mañana a las siete y media, y no sé si tú vienes o qué", y él me suelta: "Yo mañana quería ver a mi hija".

Le he dicho: "Vale, quizás la podrías ver el miércoles en lugar de mañana martes".

"Es que yo prefiero sinceramente ir a ver a mi hija que no ir a ver tu Bolero" me ha respondido, "De todas maneras te digo algo hoy".

Y yo he dicho: "No, hoy no, porque les tengo que decir algo antes de las dos y media, cuando irán a sacar las entradas".

"Ah, entonces no sé qué decirte, bien, nada, me arriesgo y cojo dos entradas, luego voy con mi hermana, con mi madre, con quien sea"… Después, me llama Giorgio y me dice: "Bien, ¿y entonces?". Dice: "¿Por qué?, y le digo: "Vale", yo tenía su coche y dentro estaban todas sus cosas. "Vale", ven a coger todas mis cosas a tu casa, ven a recogerme, tomamos algo", y entonces hemos ido a una librería y le he dicho: "Mira, yo por mí… eso tú".

Luego ha dicho: "Mira, para mí las cosa son así, no hay excepciones, tú, el sábado y el domingo tienes que estar conmigo y mi hija. Los otros días…", lo que no es cierto, "… puedes hacer lo que quieras, puedes ver a tus amigas, ir a comer con ellas, y no me parece que no tengas una vida propia, puedes ir al gimnasio", gracias a Dios, "puedes dar clases particulares".

"Ya me gustaría verlo", le he dicho: "No, sobre esto por desgracia no estamos de acuerdo, para mi esto no es justo, en el sentido que está claro que dos personas que están juntas están juntas, también el sábado y el domingo con tu hija, bien estamos todos juntos, pero no puede ser que no haya excepciones a la regla, en primer lugar porque ¿dos están juntos por las reglas? es decir, ¿cómo funciona esto?

T.: Mmm, mm.

P.: Y entonces, tú entonces, ¿no será que me echas de casa? ¿es que soy la criada que te hace la limpieza?, que te den por el saco, ni hablar, esto yo no lo acepto, yo te doy el 100%, y más del 100% no puedo dártelo, porque yo me siento como en una jaula, me siento…no lo puedo hacer, sería como si conscientemente renunciase a mi vida, tú dices que yo tengo una vida propia, pero no eres tú quien tiene que decidir lo que me hace feliz ¿no? Lo tengo que decidir yo, por tanto, en teoría hubieras tenido que ser tú quien me dijera "No, cariño, ve tú que al fin y al cabo Ana se duerme en media horita y no me parece catastrófico".

"Ah, no, no es posible, no es posible ni ahora ni nunca… si no estás de acuerdo es tu problema… así que ya me dirás qué quieres hacer porque si te lo tomas en serio las cosas para mí son así". Bueno, y después voy a su casa a dormir como una tonta, porque después de todo soy tonta, soy una idiota, es inútil cuando uno es tonto hasta el meollo, bueno voy a dormir a su casa, claro hacemos el amor porque es como si fuera algo aparte… y bien, nada, esta mañana él se marcha, yo voy a casa de mi madre que cada vez está más cabreada: "Ah, no, ahora no puede ser que después de todo tengas que recoger sus cosas, cuando él está en casa porque tú obedeces a lo que él te dice, tú te has vuelto imbécil, estás atontada, etc." … qué magnífica compañía… entonces me he dicho "No, bueno, ahora tengo el coche aparcado abajo, qué hago, voy allí".

Partiendo de tales premisas, las relaciones siguen direcciones bastante previsibles: en una, la pareja sucumbe y la relación adquiere tonalidades sado-masoquistas, manteniéndose el narcisista estable a pesar de que adopta el rol de quien domina despiadadamente y no

cuida al otro. En la otra, la competición se mantiene activa, al rojo vivo, equilibrada, y la relación se dirige a su final, en un clima de acusaciones y quejas mutuas. En el caso de Katia, el final ha sido diferente, probablemente gracias al efecto de la terapia: el clima competitivo se ha diluido progresivamente, la paciente ha sido capaz de pedir y recibir afecto de una manera congruente. Después de tres años han decidido ir a vivir juntos.

Como hemos anticipado antes, una solución típica para la gestión de las relaciones interpersonales es la búsqueda de la soledad, la evitación de la intimidad. Al aumentar la tensión emocional, el clima competitivo, las acusaciones recíprocas son todas ellas señales de implicación en la relación que para el narcisista resultan desagradables, penosas o, simplemente, innecesarias. ¿Para qué mantener una proximidad, cuando la torre de marfil está cerca, accesible? Así se activa el distanciamiento, y tanto si es real (interrumpen la relación) como si es emocional, están presentes pero se mantienen inalcanzables, fríos. En estos estadios, la pareja puede sentirse excluida y luego, siguiendo la secuencia lógica, empezar a lamentarse por la ausencia. La respuesta, a menudo, es de irritación y de posterior retraimiento emocional.

Resumiendo los principales ciclos interpersonales disfuncionales, daremos una descripción sintética de los pasos de cada transacción.

1) *Ciclo del reflejo especular.* El yo espera ser idealizado por el otro -> el otro idealiza -> el yo se siente íntegro, satisfecho, benévolo.
   Este ciclo se interrumpe cuando el otro deja de mostrar la admiración prevista, el yo entonces se siente traicionado y se vuelve crítico y vengativo.
2) *Ciclo de la idealización*: El yo admira al otro -> el otro accepta la admiración -> El yo espera el reconocimiento del otro idealizado -> Cuando el reconocimiento no llega el yo se siente humillado, ofendido, rabioso y empieza a despreciar al otro hasta entonces idealizado -> La relación se interrumpe.
3) *Ciclo gemelar:* El yo espera recibir admiración y admira al otro -> El otro admira al yo y se siente admirado por éste -> Sentimiento de gran unión o comunión.

4) *Ciclo competitivo 1*: El yo espera recibir admiración -> El otro no reconoce la superioridad del yo -> Se entra en una competición rabiosa -> El otro responde al reto -> Ruptura de la relación, salida del grupo, retirada a la torre de marfil.
5) *Ciclo competitivo 2* (después de la ruptura del ciclo de la idealización): El yo espera recibir admiración por parte del otro que ya se la ha dado -> El otro deja de mostrar admiración y se rebela -> El yo se siente humillado y traicionado y empieza a reclamar -> El otro alterna sumisión y demanda de reconocimiento -> La relación adopta connotaciones sado-masoquistas. Alternativamente la relación puede interrumpirse, como en el ciclo competitivo 1, el yo se retira a la torre de marfil.
6) *Ciclo de apego 1*: activación inconsciente de la necesidad de cuidado: El yo tiene la necesidad inconsciente de cuidado. Lanza demandas furiosas de atención -> El otro no cuida, responde defensivamente o con rabia -> El yo percibe al otro como culpable y se siente descuidado. Aumentan la rabia y las acusaciones -> Empeoran las capacidades y la disponibilidad del otro de dar cuidados -> Aumenta la necesidad imperiosa de atención.
7) *Ciclo de apego 2*: competición por recibir atención: El yo, de manera consciente o inconsciente, pide atención al otro -> El otro pide atención al yo -> El yo y el otro compiten por ver quién debe asumir el rol de quien recibe cuidados -> El yo percibe las demandas del otro como injustas, humillantes y constrictivas; siente rabia y desprecio -> El yo y el otro perciben los cuidados como insatisfactorios -> Distanciamiento, ruptura de la relación.

6.6. Jerarquía entre síntomas y procesos psicopatológicos de automantenimiento

¿De qué modo los elementos descritos interactúan entre sí manteniendo la personalidad narcisista? Hemos expuesto ya las diferentes formas de interacción que mantienen la psicopatología. Vamos a des-

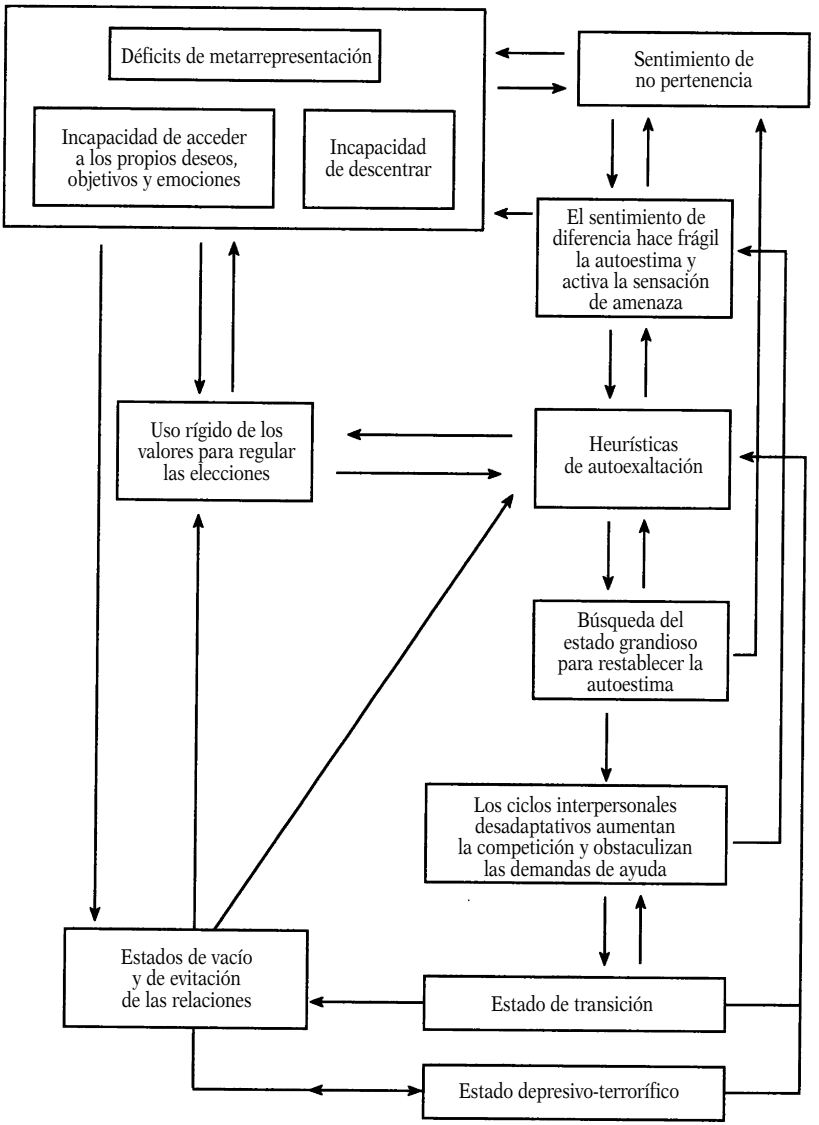
cribir ahora en detalle los principales circuitos disfuncionales y el modelo general de mantenimiento del trastorno. Tomemos como punto de partida los déficits de metarrepresentación: la incapacidad de acceder a los propios deseos, metas y emociones junto con la incapacidad de descentramiento. Creemos que dichos déficits junto al sentimiento de no pertenencia, la búsqueda de un estado mental de grandiosidad y la evitación de los estados negativos, son un elemento fundamental. Todos los factores pueden, de una manera más o menos clara, derivarse a partir de dichos elementos. La Figura 6.1. esquematiza los principales recorridos del circuito.

El déficit de metarrepresentación lleva a una sensación de extrañamiento. Esta condición hace que la autoestima sea vulnerable y activa el *testing* sobre la autoestima según las heurísticas típicas. El narcisista se siente diferente e intenta entrar en un estado de grandiosidad para poder afirmar que su "ser diferente" es producido por "su ser superior" (véase la Figura 6.2).

Si no se supera el *testing*, lo cual es muy probable dada la severidad de las condiciones dictadas por las heurísticas, existe el riesgo de caer en un estado depresivo-terrorífico. Además, la suma de acceso limitado a la experiencia emocional y bajo descentramiento hace poco aconsejables las relaciones interpersonales y puede conducir a la sensación de vivir en un desierto. El sentimiento de vacío acaba siendo la experiencia dominante.

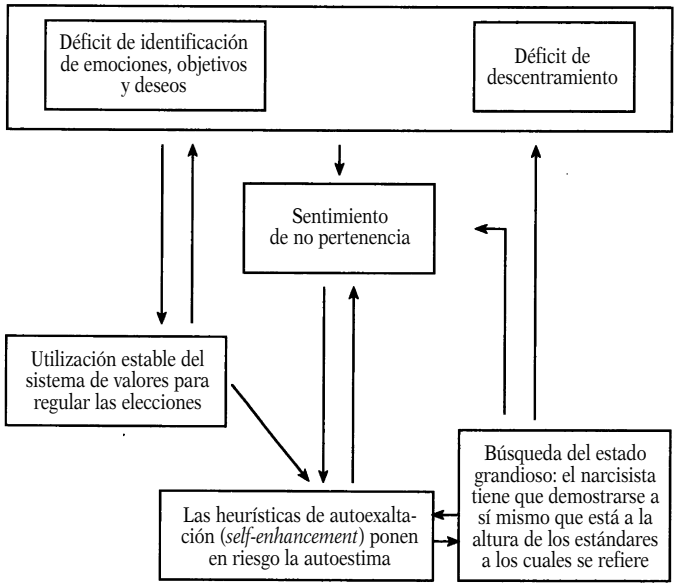
A partir de estos elementos hemos obtenido las condiciones que explican porqué los estados internos no están vinculados a variables relacionales: si falta el acceso al mundo mental propio y ajeno, no es posible conectar, por ejemplo, un estado de ánimo que un observador externo definiría de abandono, con el desarrollo de una relación afectiva. Las relaciones interpersonales se vuelven conflictivas y empeoran circularmente las habilidades de metarrepresentación: el conocimiento sobre dichas habilidades resulta vago (véase, en la Figura 6.1, el recorrido que va de los ciclos interpersonales al déficit de metarrepresentación a través del sentimiento de no pertenencia). Partiendo de una información insuficiente e imprecisa se obtienen previsiones y proyectos falaces.

Fig. 6.1. Los procesos psicopatológicos de automantenimiento



La regulación de las elecciones se vuelve problemática, a causa de la alexitimia: para evitar caer en la parálisis de la acción, el narcisista debe recordar el propio sistema de valores. Entonces encuentra

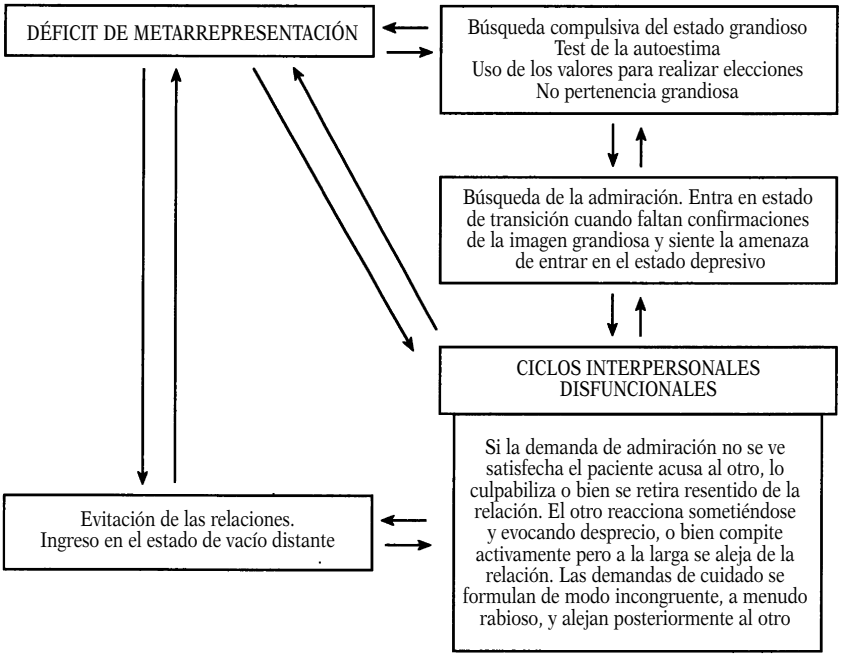
Fig. 6.2. Los efectos disfuncionales del déficit de metarrepresentación



una guía. Esta modalidad empeora circularmente la identificación de los estados internos y el descentramiento. Elegir siguiendo siempre lo que dicta el sentido del deber no permite ejercitarse en escuchar el propio cuerpo, los propios deseos. Esta falta de ejercitación mantiene estable la tendencia a fracasar en el reconocimiento de los estados internos. Utilizar establemente el rígido sistema de valores activa el *testing* sobre la autoestima, el narcisista tiene que demostrarse a sí mismo que está a la altura de los estándares a los cuales se remite (véase la Figura 6.2).

La búsqueda compulsiva del estado de grandiosidad y la evitación de los estados negativos empeora el déficit de metarrepresentación porque orienta la elaboración de la información hacia la autoevaluación y deja de lado los otros estados mentales propios y ajenos. Además, la aspiración incesante a la perfección activa el *arousal*, favorece la creación de un clima propicio a la competición, en el cual el narcisista ve a los otros como enemigos dispuestos a retarlo, humillarlo, a descubrir sus debilidades y aprovecharse de ellas.

Fig. 6.3. El papel de los ciclos interpersonales disfuncionales en el mantenimiento del trastorno



Nota En sentido de las agujas del reloj: el narcisista no accede a los propios estados internos y no lee correctamente los pensamientos de los demás (déficit de metarrepresentación). Esto lo hace extraño. Sintiéndose distinto busca la grandeza para salvaguardar la identidad personal. Si los demás no reconocen su grandeza el paciente entra en un estado de transición y ciclos interpersonales disfuncionales. El resultado de los ciclos es el desapego de las relaciones y el enfriamiento afectivo. Se crean así las condiciones para que se refuerce el déficit de metarrepresentación.

El narcisista no sabe pedir ayuda, se protege de contactar con sus estados mentales negativos: se crean, de este modo, los ciclos interpersonales descritos, y casi todos llevan a la ruptura de las relaciones. En cualquier caso, las relaciones terminan deteriorándose y, a causa del déficit de descentramiento, no pueden ser fuente del manejo del dolor psíquico. Si el narcisista no percibe la intención benévola del otro no puede beneficiarse de sus intenciones de calmarlo y cuidarlo. La evitación de las relaciones íntimas a la larga empobrece al narcisista, dejándolo solo, vacío, aburrido, sin nadie a su lado con quien pueda ejercitar y mejorar sus habilidades de metarrepresentación.

Además, la percepción de grandiosidad, como hemos apuntado antes, refuerza el sentimiento de no pertenencia y acentúa la competencia dentro de las relaciones (véase la Figura 6.3).

El narcisista necesita salir de los estados mentales negativos, depresivos, de vacío, y para lograrlo se plantea metas y valores, y se pone como objetivo llegar a un estado de grandiosidad. Se reactiva el *testing* sobre el valor personal. Desde este punto el circuito empieza de nuevo (véase en la Figura 6.1 el recorrido que lleva al vacío y a su salida).

La tendencia a refugiarse en fantasías de grandiosidad contribuye a mantener una imagen de sí mismo superior en ausencia de reconocimiento social y tiene la necesidad de evitar las relaciones y de reforzar el déficit de metarrepresentación: el sujeto razona de modo pseudodiagnóstico, recoge sólo información relevante que confirme la grandiosidad y deja de lado los datos internos (debilidad, miedo) y externos (rechazos, juicios críticos) que podrían invalidarla.

El sentimiento de culpa del superviviente no es indispensable para constituir el cuadro clínico, pero sí puede empeorarlo. Según Modell (1984) este sentimiento es universal en nuestra especie y tiene la función de prohibir, en determinadas condiciones, la satisfacción de las necesidades individuales para favorecer al grupo. Los narcisistas, sobre todo si provienen de un ambiente en el cual han sido investidos de expectativas grandiosas, se hallan especialmente expuestos a este sentimiento. Su modo de ser totalmente proyectado hacia metas excepcionales les expone a la percepción de ser objeto de atenciones inmerecidas, de gozar de privilegios de los cuales no gozan los demás. La percepción de poder dañar a los demás puede empeorar de manera paradójica las relaciones interpersonales. Rabia, coerción del yo y competición hacia la pareja y los colegas pueden basarse en el deseo no satisfecho de ver complacidos los propios deseos y en la expectativa que los otros recompensen los sacrificios que el narcisista imagina que hace.

El sentimiento de culpa y el déficit de metarrepresentación se refuerzan mutuamente. El sentimiento de culpa empeora el ya limitado acceso a los propios deseos. Esto obliga a usar los valores para tomar decisiones siguiendo las expectativas grandiosas y empeora la capacidad de descentramiento y las relaciones: el paciente siente que está dañando culpablemente al otro, por el cual se siente juzgado

negativa o vengativamente por el propio deseo de autoafirmación[5]. Descuida por tanto sus deseos espontáneos y sus metas, esperando ser complacido, pero esto acentúa la rabia que deteriora las relaciones.

Las relaciones interpersonales disfuncionales son un aspecto de la patología más estable (Ronnignstan, Guderson, Lyons, 1995). Dichas relaciones se ven dañadas o deterioradas de diferentes maneras: las fantasías de grandeza activan los circuitos competitivos, el déficit de metarrepresentación impide modular las relaciones y afrontar adecuadamente los problemas a través del diálogo. El sentido de no pertenencia lleva a estrategias de evitación de la intimidad. Además, la evitación relacional es siempre una modalidad de manejo de las emociones negativas. El uso rígido de los valores obliga finalmente a relaciones guiadas tiránicamente y poco espontáneas.

Para que las relaciones mejoren es necesario que se dé un incremento de las capacidades de metarrepresentación, asociado a la buena gestión de las transiciones en los estados negativos. Es necesario además que se interrumpa el recurso fácil y preferente a la evitación relacional para poder manejar las emociones desagradables.

En cambio, la representación grandiosa del yo está vinculada más estrechamente al *testing* de la autoestima y si ésta se estabiliza (por ejemplo, debido a éxitos o trabajos en la vida real) es menos probable que sea necesario recurrir a ella para evitar estados negativos, lo cual la convierte en un aspecto más lábil del trastorno.

Es posible con este modelo unitario describir los diferentes tipos de la patología narcisista, atribuyendo un peso distinto a los elementos. Damos dos ejemplos: si predomina el déficit de monitorización y descentramiento, juntamente al hecho de mantenerse dentro de un estado de grandiosidad, el narcisista se mostrará inconsciente, despectivo y egocéntrico. Si prevalece la sensibilidad a transiciones en el estado depresivo, con una falta de acceso a los propios objetivos y el uso de valores en la regulación de las decisiones ("estoy obligado a tomar decisiones de suma importancia pero que no son las

5. Sin el déficit de monitorización y la intrusividad de las fantasías de grandiosidad, el sentimiento de culpa llevaría o bien a consecuencias fisiológicas, reprocidad social y cuidados adecuados, o bien a la depresión (Mancini, 1997).

mías"), nos encontramos con el narcisista hipervigilante, sensible a la vergüenza, que tiende a evitar las relaciones y a caer en el estado de vacío.

6.7. Conclusiones

A la luz de todo lo descrito, parece que algunos elementos son de mayor relevancia jerárquica en la formación del narcisismo. En particular los más relevantes son: el déficit de monitorización de la metarrepresentación, la activación de ciclos interpersonales disfuncionales, los estados de vacío desvitalizado y la búsqueda constante de estados de grandiosidad para consolidar la autoestima. Como veremos en el capítulo siguiente dedicado al tratamiento, éstos son los elementos sobre los cuales se debe focalizar la psicoterapia.

¿Qué tipo de interacción se da entre dichos elementos? El déficit de monitorización, unido al déficit de descentramiento, se traduce en la percepción constante de ser diferente: si el sujeto no reconoce emociones y deseos propios y no tiene la capacidad de adoptar la perspectiva del otro, ¿cómo podrá establecer puntos en común? Ambos aspectos se refuerzan mutuamente, el escaso conocimiento sobre uno mismo no ayuda a realizar inferencias correctas sobre el otro; y viceversa, ver al otro de manera egocéntrica, poco diferenciado, no permite hacer uso de su perspectiva para mejorar el conocimiento de sí mismo. El sentimiento permanente de ser diferente es amenazante, el déficit, pues, no permite coordinarse y cooperar, hacer que te cuide alguien que es percibido como ajeno, incapaz e indiferente. La búsqueda de confirmación continua de la autoestima traduce entonces la diversidad en un sentimiento de superioridad, de fría distancia, despectivo, imposible de satisfacer. De esta manera, a través de la ecuación "soy diferente y por tanto superior", la autoestima se proyecta. Pero esto activa los ciclos interpersonales, el otro no admira la exhibición del narcisista y no satisface sus necesidades no expresadas. Entonces, la relación oscila entre la competición y el distanciamiento. El déficit de metarrepresentación no permite salir de estos ciclos: si el

narcisista siente que las metas grandiosas han sido invalidadas no puede ni manejar por sí solo las emociones negativas, ni pide consuelo al otro y todavía menos activa metas alternativas, basadas en deseos egosintónicos que permitan entrar en estados mentales placenteros. Así pues, los ciclos negativos no se interrumpen. La atmósfera relacional no permite mejorar la habilidad de lectura de la mente. El sujeto se retira de las relaciones y entra en estados de debilitamiento emocional, en el cual no se persiguen los deseos activados. A la larga, el sujeto se queda aislado, empobrecido en metas, diferente, incapaz de salir de la torre de marfil en la cual se había refugiado.

7 La psicoterapia de la personalidad narcisista

Giancarlo Dimaggio, Daniela Petrilli, Donatella Fiori y Serena Mancioppi

El planteamiento terapéutico del trastorno narcisista de la personalidad se fundamenta en dos hipótesis: La primera es que *en la personalidad narcisista los elementos que más interfieren el funcionamiento mental son el déficit de monitorización de la metarrepresentación y la tendencia a crear ciclos interpersonales disfuncionales*.

Consideramos que tales elementos son básicos por su presencia dominante en las narrativas de los pacientes y por la capacidad que tienen de determinar la atmósfera de las sesiones[1].

Los ciclos interpersonales disfuncionales además de empeorar las relaciones, al impedir la consecución de objetivos, se activan en la transferencia y amenazan el proceso terapéutico, razón por la cual los abordamos en primer lugar. El psicoterapeuta plantea sus intervenciones después de preguntarse cómo evitar reforzar los ciclos

1. En relación al déficit de monitorización, su peso ha sido ya sometido a unas primeras verificaciones empíricas. En dos casos de pacientes afectadas de trastorno narcisista de la personalidad, la evaluación de las habilidades de metarrepresentación han mostrado que éste es el déficit dominante. En particular, lo que faltaba a las pacientes era la capacidad de conectar el estado interno con las variables relacionales: tenían una teoría autárquica de la propia mente (Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Procacci y Alleva, 2003).

interpersonales negativos. Deberá comprender cuáles son los personajes que habitan la escena de la terapia, cuál es su posición dentro del diálogo, en qué modo esto aumenta la disfuncionalidad de la relación y, si es el caso, cómo pararlo. El objetivo final de la terapia es tratar, en la medida de lo posible, estos elementos.

La segunda hipótesis es que se interviene sobre el nudo del circuito que el paciente presenta en la sesión o en aquella fase de la terapia

El terapeuta debe tener en mente el modelo de mantenimiento del narcisismo y formular constantemente hipótesis sobre las consecuencias que producirá su intervención, es decir, anticipar en qué estado mental entrará el paciente, si se activan emociones que puedan obstaculizar la terapia y de qué tipo, y qué beneficios podrá obtener el paciente del tratamiento.

7.1.1. Efectos patógenos de los ciclos interpersonales disfuncionales

Los ciclos idealizadores, aunque son gratificantes, tienen una breve duración y obligan a creer en ilusiones de grandeza o en verdades parciales, hechas trizas más tarde o más temprano por la onda fustigadora de la realidad. El narcisista sale hecho polvo de los ciclos competitivos, pierde el cariño o afecto de los demás, experimenta y provoca malhumor, ve con amargura cómo los demás le superan, se cree un genio incomprendido o un fracasado. Las emociones de rabia o envidia que se transforman en planes de venganza (Kernberg, 1975; Beck, Freeman et al., 1990; Millon, 1999), sentimiento de humillación e incapacidad de reaccionar ante la falta de empatía, lo llegan a cegar. Le impiden modular la experiencia, descentrarse (*"no me ha mirado porque está cansado, tiene gustos diferentes de los míos"*), estabilizar sus planes en ausencia de las gratificaciones que la vida adulta utiliza a pequeños sorbos como bálsamo para el dolor.

El aislamiento relacional deja al narcisista fuera de las puertas del mercado, creado como protección (Modell, 1984), teorizado como un ejercicio ascético de desdén, se traduce en la falta de práctica en las relaciones sociales y habilidades de metarrepresentación. Los proyectos de vida quedan en meras intenciones, el efecto es devastador.

El narcisista a la larga se apaga emocionalmente o mira envidioso, con la nariz pegada a la ventana, la vida vivida de los demás. La depresión no se hace esperar.

7.1.2. Efectos patógenos del déficit de monitorización

La falta de acceso a los deseos impide vivir en sintonía con el cuerpo y con los proyectos de vida marcados por emociones genuinas, perseguidos en consonancia con las propias actitudes. Los narcisistas no reconocen estos estados internos y se ven constreñidos a perseguir metas grandiosas. La falta de reconocimiento de la propia fragilidad y debilidad no permite bloquear proyectos que están más allá de las fuerzas del sujeto y, sobre todo, pedir ayuda y consuelo cuando dichas necesidades se hallan presentes en una dimensión preverbal. La incapacidad de conectar el estado interno con las variables externas no permite moverse hacia las personas que provocan emociones agradables, comprender que la atracción que se experimenta es un impulso afectivo y no una simple excitación sexual, que el malhumor que experimenta depende del exceso trabajo. Y finalmente, actuar en constante desacuerdo con lo que el cuerpo y los deseos dictan, convierte al narcisista en presa de un sutil, invencible sentimiento de insatisfacción e invalidación: "¿Quién me impide gozar todo lo que me espera?". Y entonces, se siente vacío, la vida le parece gris, ontológicamente carente de sentido.

7.2. Las líneas de ruptura de la cadena

El clínico deberá intentar romper el circuito de automantenimiento, deshacer los nudos. En síntesis, tales operaciones irán encaminadas a: a) superar los ciclos interpersonales disfuncionales; b) promover niveles más elevados de habilidades de metarrepresentación; c) reconocer el conjunto de estados mentales, manejando los problemáticos, integrarlos y construir nuevos estados mentales que permitan moverse adecuadamente en el mundo de las relaciones.

A continuación enumeramos, en orden de importancia, los nudos patológicos sobre los que hay que intervenir, y más adelante describiremos cómo se trabaja sobre los diferentes elementos:

1) la activación de ciclos interpersonales disfuncionales (a partir de la relación terapéutica);
2) los fracasos en la monitorización de la metarrepresentación;
3) la regulación de la autoestima mediante heurísticas encaminadas a permanecer en un estado grandioso;
4) los estados de vacío desvitalizado;
5) la reconstrucción de esquemas interpersonales disfuncionales y de las transiciones entre estados mentales fuera de la sesión; la incapacidad de descentrarse y de reconocer cómo contribuye el sujeto a los ciclos interpersonales;
6) el *coping* de los estados mentales dolorosos;
7) el acceso a las emociones del sistema de apego;
8) la no integración del conjunto de estados mentales.

7.3. La regulación de la relación terapéutica

La transferencia es un espacio privilegiado de intervención porque: 1) lograr estados compartidos permite construir significados más fácilmente; 2) la relación misma corre el riesgo de interrumpirse; 3) la activación de ciclos en la sesión refuerza la patología; 4) salir de los ciclos durante la sesión y mostrarlo al paciente proporciona un nuevo modelo relacional y ayuda a recuperar las habilidades carentes de monitorización.

7.3.1. La construcción de la sintonía y la superación de los ciclos interpersonales disfuncionales

Para trabajar sobre la relación es necesaria la sintonía interpersonal. El tema principal de vida de los narcisistas es el valor del yo (Kernberg, 1975; Ronningstam, 1999). Por este motivo los narcisistas

se hallan constantemente ocupados en regular la autoestima y en medir su propio valor: sobre estos temas hay que buscar la manera de compartirlos[2].

El narcisista activa los ciclos idealizadores; el terapeuta puede encontrarse en la posición de quien admira o de quien es admirado. Una vez haya indagado en su interior quién es en aquel momento, la conducción de la terapia variará. Si es idealizado, al inicio del tratamiento, resulta útil que no se discuta dicha posición (Kohut, 1971; Gabbard, 1998). En un clima de grandiosidad cautamente compartido, el paciente no se arriesga a caer en dudas amenazantes sobre su valor personal, a acceder demasiado a emociones problemáticas.

La alianza se ve favorecida si el terapeuta reconoce estar involucrado en el tema universal de la aspiración a la perfección. O si no, ¿para qué se hubieran escrito obras como *Fausto*, *El Gran Gatsby*, o por qué Nietzsche habría teorizado sobre la voluntad de poder? Referirse a la propia épica favorece un clima en el cual se pueden observar las aspiraciones de superhombre del paciente, carentes de prejuicios morales. Dicha épica crea las premisas para que el narcisista pueda buscar vías alternativas. El terapeuta puede referirse a las propias fantasías de grandeza: ganar el premio Nóbel, ser el medio centro en la Liga de fútbol nacional, ser una modelo envidiada. En el espacio de juego de la ficción (Fonagy y Target, 2001) terapeuta y paciente pueden tener conjuntamente sueños de grandeza, con la debida distancia, incluyendo la idea de una terapia perfecta, a cuya realización ambos aspiran en noble competición. Resulta útil que el terapeuta reconozca las habilidades y capacidad de juicio del paciente poniéndose en la posición de quien es capaz de apreciarlo (y por tanto, ubicándose dentro del universo idealizado). Kohut (1971) afirma que hay que aceptar la idealización del paciente, Kernberg (1975) que hay que interpretarla. Es verdad lo que subraya Gabbard (1998): es necesario centrarse en las presiones idealizadoras del paciente por

2. Es probable que las confirmaciones de la autoestima se busquen para combatir el vacío: los narcisistas persiguen metas grandiosas excitantes y esto los despoja de otros objetivos. Ante la imposibilidad de decidir, entre vacío o grandiosidad, cuál es el tema dominante, los abordamos paralelamente.

un tiempo limitado, so pena de que se dé una falsa conducción de la terapia, en la cual el terapeuta complace al paciente –evitando hacer intervenciones que puedan ablandar la coraza o poner en crisis las creencias; la idealización primero es acogida y luego es interpretada, siguiendo una secuencia de ilusión-desilusión.

Los *ciclos competitivos* no permiten la cooperación, ni el acceso a las emociones y favorecen la distancia relacional, hasta la interrupción de la terapia en un áspero clima de desafío. El terapeuta debe reconocerlos en la sesión. El narcisista despreciador resulta desagradable y provoca ganas de desafiarle y de juzgarle moralmente o bien hace sentir al terapeuta incompetente. Si se muestra altivo, *snob*, el terapeuta no tendrá tanto el impulso de competir con él, sino de desinteresarse. En ambos casos la terapia corre riesgos. El terapeuta tiene que salir de la eventual posición de desvalorización, accediendo a una posición con un plus de valor personal y competencia o confrontando al paciente con la falta de confianza. Si el terapeuta se siente desvalorizado a menudo el paciente se larga y no vuelve más. El terapeuta puede comunicar al paciente que no se siente investido de la estima necesaria e interrogarse ambos sobre este hecho. ¿De qué depende? ¿De alguna acción u omisión del terapeuta? Hablar explícitamente sobre este aspecto evita que el terapeuta se sienta desbordado y le permite trabajar para superar la ruptura de la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2000). Si el clima emocional es bueno, el terapeuta manifestará comprender cómo el sujeto lucha para conseguir grandes metas, cómo fija estándares muy exigentes a los cuales tiene que adecuarse.

Una reacción típica de los terapeutas inexpertos, ante la exhibición que el narcisista hace de sus cualidades, es el deseo de reestablecer los roles. Enmascarada por la voluntad de afirmar su posición terapéutica ("yo soy el terapeuta"), está la necesidad de afirmar su propio poder. El paciente reacciona ante dichas pretensiones de manera sistemática: se enfada o deja la terapia.

También la seducción puede tomar la forma de poder, un narcisista donjuanesco puede provocar rechazo en una mujer terapeuta. Como en el caso de abierto desafío, en el que terapeuta y paciente

reconducen a noble juego lo que podría acabar en una sangrienta contienda, la terapeuta puede aceptar con mucha cautela los comentarios del paciente sin rechazarlo abruptamente. Si la terapeuta consigue realizar esta difícil operación, y no se espanta de la erotización de la transferencia, a la larga ésta se transforma en estima y aprecio sinceros. Los rudos intentos de seducción se convierten en gentilezas dentro del marco explícito de la relación terapéutica.

Salir de ambientes idealizados o competitivos resulta complicado, la presión emocional de los participantes en la relación es potente. Transformar las fantasías grandiosas en un mundo mítico, narrable, permite salir de los ciclos y metarrepresentarlos sin tener que realizar interpretaciones centradas en el paciente, que fácilmente son captadas como acusatorias, críticas o tiránicas (Safran y Muran, 2000).

Las cosas, aunque lo parezcan, no son nada simples. Los narcisistas son especialistas en captar los puntos débiles del terapeuta: demandas como no pagar las sesiones a las cuales no han asistido o hacer que éstas duren más de lo debido, o bien llegar tarde y pretender hacer la sesión completa, cambiar las reglas del juego respecto a acuerdos sobre tareas, todo ello haría saltar los nervios hasta del más empático de todos los psicoterapeutas. Si la lucha por el poder se activa, el terapeuta tiene que buscar un equilibrio entre autoridad, sumisión y prepotencia. Una vez se haya librado de la rabia, podrá explicar que entiende la exigencia del paciente que ha llegado con retraso por completar la hora, pero que no es posible, y mostrándose dispuesto a hablar de los sentimientos suscitados, quizás después de consentir que la sesión dure un poquito más de lo acordado. Aceptar la petición del paciente sería ceder al tirano, acogerse a la rigidez del *setting* sería encarnarlo. Los límites del contrato terapéutico deben buscarse y establecerse en cada sesión específica y en los límites personales del paciente y del terapeuta.

La búsqueda del distanciamiento relacional es otra dimensión negativa, quizás la que comporta un mayor peligro de *drop-out* (abandono). Alexitimia, estilo teorizante, hablar en tercera persona, hacen que el terapeuta no perciba la demanda de cuidado, que note al paciente poco motivado e infravalore su enfermedad. Katia, después

de tres meses de terapia, propone interrumpir el tratamiento, está aburrida, tiene prisa, lo siente como algo inútil. El terapeuta, en la sesión anterior, había propuesto a Katia que reflexionara sobre dicha decisión. Katia acepta, y expone sus dudas:

P.: Estoy aburrida [...]: a mi entender... la terapia no veo en qué me puede continuar ayudándome, en el sentido de que seguramente me ha servido... no consigo aún entender cómo es que aún no me ha venido una iluminación, catártica... luego usted me ha dicho "No, según mi opinión, aún no ha terminado", y entonces, yo me dijo "Bueno, me fío", porque yo vengo aquí, me fío de usted y usted es mi terapeuta, yo puedo tener mi opinión pero si tiene que prevalecer una de las dos, prevalece la suya, pero [risas] es bastante coherente pero [...] no es constructiva para mi vida, para lo que tengo que hacer, lo que tengo que estudiar, ver.

T.: Ah, Ah.

P.: Además desde hace tiempo que no estoy mal, he comprendido muchas cosas, cuando me cabreo, cuando no me cabreo, cómo me tomo las cosas. Pero luego el trabajo uno se lo tiene que hacer... solo, no es que usted pueda venir todos los días.

T.: Dicho así parece un poco "Vengo porque tengo necesidad del doctor".

P.: Y, bien, sí, es así.

T.: Con esta motivación es difícil hacer un trabajo constructivo.

P.: No, no es verdad, no es verdad porque de todas maneras... porque no vengo para perder el tiempo.

T.: Escucha Katia, esta sensación, ¿es aburrimiento o bien es algo más vago?

P.: No, vago, no es que me fastidie venir aquí.

T.: No, lo entiendo, cierto, no quería decir eso, es decir, si junto al término aburrimiento había otros matices de emociones, de sensaciones...

P.: De perder el tiempo, de no hacer nada constructivo [...] la sensación es de perder una hora de mi jornada [...] la sensación me dice que no me lleva a nada.

El terapeuta ha trabajado para reconocer el distanciamiento del paciente, recibiendo como respuesta una serie de afirmaciones genéricas. En ese momento utiliza su propio marcador emocional, el sentimiento de exclusión, y recuerda aquellos episodios donde la paciente se ha mostrado distanciada; explica a Katia cómo se articula su

tendencia al distanciamiento. Además, en aquel período Katia se sentía subyugada por su pareja y reaccionaba con rabia y deseos de salir de la relación. El terapeuta reconstruye en la sesión las señales de la ruptura de la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2000).

T.: No consigues nunca sintonizarte.

P.: No me lo habían dicho nunca, pero de todas maneras [risas] me lo ha dicho y tomo nota de ello.

T.: Subrayas siempre las diferencias en el discurso.

P.: Uh.

T.: También sobre la evidencia, en efecto, sobre este aspecto estamos diciendo lo mismo, hoy especialmente, pero tú, como decir, estás subrayando que estamos diciendo cosas diferentes.

El terapeuta observa cómo la falta de sintonía está construida activamente: Katia crea las condiciones que generan su percepción constante de la diferencia.

P.: Sí, porque.

T.: Ahora sí que me rindo.

El terapeuta intenta salir del ciclo, declarando que no tiene ninguna intención de convencer a la paciente de la bondad de nada y toma nota de que la tendencia al distanciamiento es incorregible si la paciente no muestra ninguna intención de cambiarla.

T.: [...] Tienes siempre la tendencia a situarte en el polo opuesto de mi punto de vista, a la disonancia [...] a distanciarte.

P.: No, solamente quiero decir el motivo de esto que es probablemente cierto, que como pienso sobre qué puntos de vista se puede progresar, si estamos de acuerdo, estamos de acuerdo y ya está. Hace ya un año que estamos de acuerdo, por lo cual los puntos en que se puede progresar o sobre los cuales está bien que usted entienda que yo lo veo de manera distinta porque sino luego se me escapan también porque si le digo que estamos de acuerdo se escapan ellos solitos, entonces esta es la motivación, no digo que no sea cierto que yo remarco las diferencias.

T.: Pero tú, de tanto en tanto sientes [...] un momento en que te sientes comprendida.

P.: Uh, cierto, por supuesto.

Señalar el problema e interrumpir lo que la paciente percibía como una presión hacia la implicación emocional, permiten tomar conciencia de compartir y captar el punto de vista del terapeuta en la sesión. En la continuación de la sesión, el terapeuta, animado por el buen resultado de las intervenciones, realiza una operación de desvelamiento del propio sentimiento de exclusión. Esto proporciona a Katia un *feed-back* sobre cómo ella misma provoca en los demás reacciones que luego son percibidas como negativas: desinterés y frialdad.

P.: Probablemente hoy ha habido más momentos en que no he conseguido explicarme.

T.: Deja estar si conseguías o no explicarte, ¿te has sentido comprendida?

P.: En las cosas en que decía no, no; en las que no decía nada, sí, me he sentido comprendida [...]

T.: Pero de todas maneras, noto una sensación bastante constante de estar distantes [...] me resulta difícil sentir que eres una persona que está presente, no porque no tenga interés, o no me importe o no piense en lo que decimos, lo reflexiono y, emocionalmente, la siento un poco... ¿ausente? Es decir, si lo pienso, cuando se ha acabado la sesión, lo reflexiono, lo pienso: Yo a Katia ¿cómo la he visto? ¿Qué sensación me ha dado? Tengo que decir que a menudo tengo la sensación de una distancia un poco metálica, como de algo... ¿frío? Algo distante, distanciado, inalcanzable, también un poco seco, ¿no? Cuando finaliza una sesión [...] permanece el aura de la persona, ¿no?

P.: Sí, cierto.

T.: Como puedo decirlo, la sensación de fondo [...] cuando pienso en la sensación de fondo que dejas después que hemos hablado [...] esta es la sensación que me ha dejado Katia [...] A menudo este tipo de sensaciones tienen mucho que ver con lo que vive o experimenta la persona que nos cuenta y nos habla [...] en tu caso, tú te presentas dejando esta sensación un poco de frialdad [...] tiene mucho, es decir, me cuadra mucho con la descripción que tú haces de tu padre [...] se podría decir que tú te pareces mucho a tu padre, su manera de mantenerse fuera de las relaciones, de estar ocupado haciendo cosas pero emocionalmente distante, intocable, incluso quizás incapaz de hacerse cargo o cuidar a las personas próximas, ¿no? Me acuerdo que hace unos seis meses trabajamos sobre el tema de comprender a tu padre.

P.: Cierto.

T.: [...] siempre con esa tendencia de tu padre de que sean los demás que le busquen a él [...] de alguna manera aquí sucede lo mismo, soy yo quien dice: continuemos viéndonos [...] De la misma manera que eres tú el motor del hecho de continuar viéndote con tu padre.

El terapeuta intenta conectar el patrón activado en la sesión con la historia de vida de Katia. Se estaba activando una inversión de roles y el terapeuta adoptaba involuntariamente el rol de la hija que busca a un padre huidizo. Cuánto más intentaba motivar a la paciente para que estableciera relación, más ella, conforme al estilo paterno, se mostraba inaccesible. La interpretación histórica, a partir del desvelamiento, hace que Katia reconozca que mantiene a los demás fuera de su mundo interno. Ahora quiere cambiar y acepta continuar el tratamiento. En la sesión siguiente, Katia hace una relectura de lo sucedido, haciendo un análisis a partir de la falta de sintonía.

P.: Esto confirma mi teoría de que la sesión en la cual estábamos en mayor desacuerdo luego, al menos para mí, ha resultado ser la sesión más constructiva [...] Se acuerda que usted me había dicho "Ah, porque de todas maneras hay una parte en ti que es más fría, más distanciada".

T.: Es cierto, sí me acuerdo.

P.: [Ríe] En vista a lo que me dijo, actúe en consecuencia porque lo que sucedió con Giorgio (su compañero), nosotros nos vimos el lunes. Él tenía la cena de trabajo y yo le había advertido que iría a tomar unas copas a casa de Ada y él me había dicho que yo no debía ir..., y yo obviamente el lunes por la noche fui, no estaba esperando otra cosa que eso..., Giorgio se presenta a la una de la madrugada después de la cena de trabajo, salgo a su encuentro y me aparta. Desde el lunes, hace ya tres días, que él prácticamente me ignora... Yo había sacado entradas para ir a ver el Bolero de Ravel, y claramente para castigarme me ha dicho: "Yo prefiero ir a ver a mi hija", y yo he ido a ver el Bolero... cuando he vuelto a casa me ha ignorado... Su actitud era muy parecida a mi distanciamiento... he decidido conscientemente no distanciarme, no dejar salir esta parte mía árida sino estar al cien por cien, tragarme todo lo que he tenido que tragarme porque luego entre dientes me lo he tenido que tragar y bien, con todo esto, él que no viene al Bolero. Finalmente el jueves él decide que podemos hablar de ello y empezamos con discursos delirantes, es decir, que yo tengo que estar en casa y esperar que si él tiene una cena de trabajo, yo no tengo que ir a lugares donde me puedan echar los

tejos, a fiestas, y que él no quiere para nada llegar a la situación en que él se vaya a pasar el fin de semana con su hija y yo me vaya a pasar el fin de semana con mis amigas y, por tanto, "lo coges o lo dejas", es así, "o aceptas estas cosas, o es inútil que estés conmigo". Nuestros puntos de vista sobre la relación de pareja están a años luz de distancia... es decir, yo de esta manera no puedo vivir... y entonces le he dicho, "Sí, he entendido tu discurso, en general me va bien, tu tienes una cena de trabajo, yo no me organizo, no voy a cenar con mis amigas solteras, pero hay un límite, en el sentido que ir a tomar unas copas a casa de Ada yo voy, yo he ido, y iré 2.000 veces, por tanto, métetelo en la cabeza esto es así... entonces yo le digo "Para mí, es que no me amas, porque dos personas que se aman buscan ponerse de acuerdo, si tú me dices "éste es mi esquema y haz lo que yo te digo o sino no te quiero", entonces significa que no me amas y mejor que te compres un perro... Evidentemente ha entendido que no tenía nada que hacer porque yo estaba muy convencida de lo que quería, por tanto, me ha dicho "Tienes razón, ya sabes que yo estoy cambiando, me tienes que dar tiempo porque estoy mejorando, intentaré ser menos duro respecto estas cosas". Por tanto, final de la historia, podemos decir que hemos alcanzado un cierto acuerdo.

Katia ha utilizado el conocimiento generado en la sesión para resolver un problema interpersonal. De este modo ha encontrado una nueva estrategia para evitar completar el ciclo que de la competición por el poder lleva a la ruptura de la relación, evita reaccionar ante la rigidez de la pareja cortando la relación. El resultado del acuerdo es positivo y la posición de la pareja cambia: no es ya un tirano sino un hombre dispuesto a poner en discusión su visión del mundo.

Frialdad y distancia caracterizan a los narcisistas (Modell, 1984; Vaknin, 2003). El terapeuta se arriesga a distanciarse o creer en narraciones en las cuales cualquier rastro de sufrimiento ha sido eliminado. El paciente percibe el distanciamiento del terapeuta y no pide nada más que encerrarse en su "capullo", protegido de los sentimientos dolorosos que una relación pudiera suscitar. El distanciamiento se activa fácilmente apenas el paciente percibe una mejora, frecuentemente en relación al objetivo que le ha llevado a solicitar terapia. Admitir conscientemente que uno se beneficia de la ayuda del terapeuta significa desmontar el mito de la autonomía omnipotente. Así pues, el paciente tiende a pensar que, después de una leve

fisura en un mundo perfecto que ha necesitado de la intervención de un especialista –como hubiera hecho si hubiera tenido que llamar al carpintero–, puede regresar a su áurea autosuficiencia. En otras palabras, no reconocerá que ha sentido la necesidad de ayuda, que la ha pedido y que la ha recibido. Si el paciente expresa que quiere interrumpir la terapia antes de que se hayan dado cambios estructurales –como la mejora de la monitorización– el terapeuta debe interpretar la intención y mostrarle cómo tiene tendencia de modo automático a despegarse de los demás y cómo esto a la larga lo perjudica. Dicho de otro modo, el terapeuta puede proponer un período de reflexión compartido para decidir si y con cuáles objetivos continuar el tratamiento. Durante este período es fundamental que el terapeuta trabaje sobre la necesidad de autonomía del sujeto utilizada como defensa del dolor que generan las relaciones y como una forma de afrontamiento ante los fracasos empáticos, sufridos a lo largo de la historia de desarrollo (Kohut, 1977). Por tanto, hay que subrayar el valor adaptativo del mecanismo de protección (Modell, 1984; Peyton y Safran, 1998). En fases avanzadas de la terapia es necesario detenerse en la incapacidad del paciente para tomar conciencia de las necesidades de dependencia. Trataremos estos aspectos en el párrafo dedicado a la activación del apego.

7.4. La intervención sobre el déficit de monitorización metarrepresentativo

Una vez se ha establecido un *setting* relacional aceptable en la sesión, hay que incidir en el déficit de monitorización: escasa identificación de deseos no integrados en la autoimagen grandiosa y emociones; falta de conexiones entre la experiencia subjetiva y las variables relacionales. Los estados de vacío son expresiones de este déficit y se convierten en consecuencia en un objetivo fundamental del trabajo terapéutico. Hay que centrar precozmente la atención sobre el déficit de monitorización, lo que tiene pocas contraindicaciones. Veamos cómo se articula la intervención.

7.4.1. El estilo narrativo factual y el déficit de identificación

El terapeuta tiene que manifestar claramente su (escaso) nivel de comprensión del discurso, explicar que la narración factual y teorizante lo desorienta, que la información escuchada no lo ayuda a formular un plan compartido de trabajo terapéutico. Se explicita que el conocimiento más útil para el tratamiento es el *personal* y que los episodios relacionales son un material precioso en este sentido.

Plantear de este modo el discurso permite frenar al paciente cuando, lanza en ristre, afronta temas filosóficos o políticos en el marco de su cosmovisión. Los pacientes, aunque un poco mosqueados, habitualmente aceptan bien estas observaciones; perciben que hay un interés por algo que les toca de cerca. En síntesis, es necesario que la atención explícita de la pareja terapéutica esté centrada en los estados emocionales, como en el siguiente ejemplo, extraído de la terapia de Mara.

P.: Él continuaba preguntándome: "¿Has hecho esto? ¿Has hecho lo otro?". Y yo "Sí, lo he hecho...". En un momento dado, empieza a decir que yo no había entendido nada. Que no tenía sentido que estuviera allí. Entonces yo le digo con voz angelical...

T.: ¿Qué sentías?

P.: Que sentía... más que nada que él no entendía lo que yo intentaba decir.

El terapeuta anima, inútilmente, a la paciente a describir el estado emocional. En la intervención sucesiva sugiere que podrían haberse experimentado algunas emociones en la escena narrada: la paciente conquista un mínimo de acceso a la emociones.

T.: El no sentirse comprendida puede acompañarse de emociones de tristeza, rabia, ansiedad.

P.: No, a mí no me coge ansiedad. Entonces le he dicho: "Escuche creo que usted exagera todo lo que yo digo". ¡No lo hubiera dicho nunca! Se ha vuelto... mis colegas se han sentido mal. Yo inmóvil, guardando la compostura. Él gritaba que yo no había entendido nada, que él no exageraba nada, pero de manera violenta.

T.: ¿En ese momento que has sentido?

P.: Cerrazón, me he cerrado por completo, tipo "¡Que te den por el saco a ti y a tus modales!".

T.: Cerrazón, ¿quieres decir una especie de anestesia emocional o sentías rabia?

P.: Cerrazón... no estaba anestesiada. Probablemente estaba rabiosa pero no lo sentía como rabia, era más bien una rabia congelada. Si uno dice "Que te den por el saco" está rabioso.

¡Probablemente estaba rabiosa! La primera señal de identificación de una emoción es una hipótesis, una interpretación del comportamiento. A la paciente le cuesta evocar de nuevo la emoción. La narración coherente le ayuda pero, juntamente con las preguntas del terapeuta, a pensar que, con mucha probabilidad, se trataba de rabia.

T.: El gesto que has hecho con la mano parece que expresa desprecio.

P.: Sí, eso es... es eso justamente... es rabia. Cuando alcanzo ciertos niveles, si mi control funciona es realmente como una reacción de alejamiento. O.K, bye, bye.

T.: ¿Y sientes desprecio?

P.: Sí, justo, totalmente.

El terapeuta capta un componente no verbal de desprecio e invita a la paciente a expresarlo. Descubrimos que, si experimenta un *arousal* desagradable, la paciente intenta salir de la relación. Es inútil que el terapeuta trabaje en ese momento sobre la disposición al alejamiento, la paciente primero tiene que reconocer la emoción que le mueve a actuar. Así pues, el terapeuta formula preguntas para suscitar la experiencia emocional y señala las referencias de la paciente a la experiencia interna. En general, es útil detenerse en las expresiones faciales y en el tono de la voz para captar y hacer observar discrepancias entre el texto del discurso y el lenguaje no verbal.

7.4.2. El déficit de relación entre variables. Superación de la teoría de las mónadas

Para afrontar el déficit en la capacidad de conectar el estado interno con el desarrollo de las relaciones, rasgo nuclear del narcisismo, es útil estimular los nexos entre estados internos y desarrollo de las relaciones, no aceptando, por tanto, las descripciones autárquicas del paciente del tipo: "estoy de mal humor porque me levanto así por la

mañana". Es aconsejable pedir que el paciente lleve a cabo autoobservaciones entre las sesiones, lo cual al cabo de unos meses da sus frutos: se entiende que el desinterés de la pareja ha provocado malhumor, que una falta de reconocimiento ha causado un estado depresivo.

El terapeuta puede observar en la sesión disociaciones entre estados emocionales, narrados en un fragmento, y relaciones interpersonales, descritas episódicamente en otro momento. A veces, el nexo causal entre el desarrollo de la relación y el estado interno es evidente para terapeuta, pero no para el paciente. El terapeuta puede plantear la integración y plantear la hipótesis que el episodio relatado, el comportamiento del otro, puede haber suscitado el estado interno.

Katia era una teórica de la autarquía de sus estados internos. Después de un año de terapia pasada entre la alexitimia y "me siento de un humor de perros porque yo soy así y es así como me levanto por la mañana", cuenta haberse levantado deprimida. Luego cuenta que la noche antes fue a cenar con su compañero y dos amigos. El tema era las dificultades de pareja, desde el miedo a casarse y tener hijos hasta la posibilidad de separarse. El terapeuta se detiene en estos temas y Katia reconoce que ambas perspectivas son inquietantes: la idea que una relación pueda evolucionar o, sobre todo, fracasar, la deprime. Su pareja entre otras cosas, parecía contemplar ambas posibilidades en su discurso. Por tanto, Katia se ha imaginado que él la podría abandonar o bien insistirle para que se casara pronto. Ambas alternativas la han perturbado, el temor a ser abandonada después de haberse implicado en una relación es la emoción predominante. El estado interno se conecta entonces con el desarrollo de la relación, y Katia reconoce la importancia de dicha relación y teme que pueda terminar.

Para tratar el déficit de monitorización el terapeuta puede señalar que no ha entendido el discurso del paciente, desvelar su sentimiento de impotencia, de inutilidad frente a una narración carente de referencias a estados internos. El terapeuta de Katia, al desvelar su sentimiento de exclusión en el pasaje antes ilustrado, le ha permitido mejorar el acceso a los estados internos y mantener una relación íntima.

Los pacientes a menudo sacan beneficios de estas intervenciones y la relación terapéutica no corre ningún riesgo. Pero no siempre

dicho tipo de intervenciones son eficaces: los narcisistas pueden simplemente concluir que la distancia es su *status* ontológico e interrumpir la terapia o la relación. También puede suceder que la paciente interprete la observación del terapeuta como una necesidad de proximidad, a la cual atribuye valencias seductoras ("se siente atraído por mí") o económicas ("me necesita para ganar dinero"). El terapeuta puede percibir la rigidez del paciente y reaccionar a su vez sintiéndose embarazado, invasor, seductor o necesitado de la relación. Hay que manejar internamente estos aspectos, de manera que se puede mostrar serenamente al paciente la necesidad de distancia como algo suyo. Si el paciente se representa explícitamente al terapeuta como una persona que busca la proximidad por interés, hay que hacerle ver que esto es congruente con el esquema. Contrariamente, asegurar que sus intenciones son desinteresadas no hace más que acentuar la desconfianza del paciente.

Se ve cómo la intervención actúa sobre un nudo del circuito psicopatológico e incide al mismo tiempo sobre varios elementos. En este caso plantear como problema la distancia interpersonal mejora la monitorización, puede activar ciclos interpersonales negativos (con el subsiguiente distanciamiento) o interrumpirlos y puede provocar la entrada en estados de desprecio y distanciamiento. Si el manejo del terapeuta es correcto, el paciente: a) mejora el acceso a los estados internos y reconoce la intrusividad de la búsqueda del distanciamiento y su función defensiva; b) sale de los ciclos negativos; c) descentra, se da cuenta de cómo la gente no busca la proximidad sólo por egoísmo: d) recupera recuerdos personales, por ejemplo, cómo en la familia de origen la búsqueda de cercanía provocaba rechazo, el juicio de parte de los padres incapaces de manejar la intimidad.

7.4.3. Favorecer el acceso a deseos no integrados en la imagen de grandeza

Que el paciente acceda a deseos que no tengan la finalidad de reforzar la grandiosidad es quizás el aspecto principal de la terapia en el narcisismo. La tarea a realizar es distinguir los deseos "reales"

de los que mantienen al yo grandioso (Lowen, 1983). Satisfacer los primeros suscita una atmósfera de juego, entusiasmo, curiosidad, no influencia la autoestima. Los segundos son narrados con una frialdad metálica, el nexo entre su consecución, relatado triunfalmente, y el valor personal es explícito. A veces, se percibe el sentimiento de coerción del yo al perseguirlos, más fácilmente son connotados como objetivos obligados; el canon así lo exige.

Los deseos no aparecen inmediatamente en terapia, el narcisista está demasiado ocupado vistiendo la coraza de la grandiosidad. Cuando aparece una fisura, el terapeuta capta una nota de espontaneidad, de ligereza, se da cuenta que está escuchando la narrativa de episodios agradables: un partido de fútbol, dar una vuelta e ir de compras con una amiga. El terapeuta tiene que señalar pronto que el paciente ha entrado en un estado mental libre de constricciones, en el cual la expresión del rostro es más relajada, la atmósfera más ligera. Si el paciente acepta la observación, el terapeuta puede ir más lejos y mostrar la diferencia entre la placidez de este estado y la pesadez de las narraciones en las que prevalece la búsqueda de metas grandiosas.

Después de que el terapeuta ha identificado y validado los verdaderos deseos del paciente pueden emerger paradójicamente sentimientos de rabia y amargura: "Parece que sea tan fácil seguir los propios deseos, pero es justamente esto lo que se me había prohibido durante toda mi vida". El objeto de la rabia son los familiares. Dentro del esquema, el yo se arriesga a ser sometido por las pretensiones tiránicas del otro. En relación a este aspecto, el terapeuta planteará hipótesis interpretativas, dirigidas a conectar las metas del paciente con el reconocimiento de los padres, en la necesidad de complacer las expectativas familiares.

La rabia misma, más fuerte y amenazante, también puede tener otro significado. El paciente encarna los personajes grandiosos: mostrar que es posible perseguir otras metas (sea también por el mayor bienestar del paciente mismo) evoca la rabia de esos personajes familiares tiránicos, incapaces de aceptar nada que no sean sus órdenes. El tirano se confronta activamente con el terapeuta,

abanderado de una rebelión que hay que suprimir. En este caso es de mucha utilidad que el terapeuta adopte una posición interpretativa. Se debe indicar que el conflicto actual se produce entre las metas internas del paciente y no entre los planes del paciente y la voluntad del terapeuta. También pueden ser beneficiosas intervenciones integradoras, en las cuales se explicita que perseguir la grandiosidad implica el riesgo de despreciarse si se fracasa. Se tiene que recordar al paciente que él mismo en otras ocasiones ha declarado ser esclavo de esos objetivos.

El sentimiento de culpa se activa fácilmente en esas circunstancias (Mancioppi, Fiori, Petrilli, Dimaggio, en prensa; Modell, 1984). El paciente cree que conseguir sus propias metas es perjudicial para la familia. Gloria muestra cómo el sacrificio se convierte en un valor que se transmite de generación en generación: la culpa la lleva a expiar y condenarse a una existencia mortificada, en la que la autorrealización se considera indigna y se anhela o desea ardientemente al mismo tiempo. Gloria siente la muerte inminente, cree ser perjudicial para los demás. Ante esto reacciona con una omnipotencia reparadora:

P.: Hay un amigo que quizás podría quedarse mi gatito durante Navidad... no sé si es correcto para el gatito, o si es correcto que venga conmigo, sin mí podría morirse, conmigo estaría a salvo, obviamente.

La omnipotencia reparadora se entrecruza con una imagen dicotómica del yo y del otro visto alternativamente como autosuficiente o dependiente-inepto:

P.: Mis animales son mis niños perpetuos. Una prole perennemente inepta. Me acuerdo de la distinción que hicieron en la escuela entre los animales que estimulan a la prole para que se separe de los padres, y aquellos que deben cuidar a la prole durante mucho tiempo porque es inepta. Yo soy el clásico ejemplo vivo de prole profundamente apta que quisiera ser inepta, destruida entre Peter Pan y Wonder Woman.

Veremos más adelante cómo el terapeuta ha tratado estos sentimientos, que llevaban a Gloria a mantener la relación con una pareja descrita como persona inepta y como un parásito.

7.5. La regulación de la autoestima mediante las heurísticas dirigidas a mantener la grandiosidad

Federico describe su relación con la montaña en el siguiente escrito:

> Cuando escalas estás sometido a una gran tensión interior y a un fuerte ritmo. Cuanto más fuerte es el ritmo más estrecho es el contacto con uno mismo. Cuando uno se detiene para coger aliento aparece el miedo.

Establece una comparación con la terapia y atribuye a esta escalada un valor exaltador. El terapeuta observa que esto implica un estilo de vida heroico, trágico: fatiga, reposo negado, el abismo al borde del camino. La relación de Federico es de orgullo, se siente reconocido. La visión del abismo es todo menos amenazadora para los narcisistas, si descubren que alguien los ve, como equilibristas, caminando en el sendero estrecho, se sienten comprendidos. En las fases iniciales de la terapia no hay que ir mucho más allá. Más adelante se le hará ver cómo el mantenimiento a ultranza de una autoimagen grandiosa dificulta la consecución de otros objetivos, resulta insoportable o causa la caída en la depresión.

Reconstruir en la sesión las heurísticas (la dinámica narcisista y la ilusión del decatleta) hace que el paciente sea más consciente de su manera de regular la autoestima y las metas de la vida. A partir de esto, si se plantean como problema dichas modalidades de funcionamiento, el paciente descubre la fatiga que el proceso implica y a menudo llega a preguntarse: "Pero, ¿por qué debo vivir así?".

No hemos encontrado ninguna contraindicación ni riesgo al trabajar precozmente en este plano, es más, a menudo es el primer tema sobre el cual planteamos un punto de vista explícito. Explicar al paciente que hemos entendido que busca estados de creciente perfección, y cómo esto le lleva a "venderse el alma" para conseguirlos, con el grave riesgo de que el diablo lo atrape con suma satisfacción, no interfiere en las metas centrales, no moviliza defensas y promueve un inicio de la monitorización. Trabajar sobre la autoestima genera sintonía, consolida la relación terapéutica y promueve las habilidades de metarrrepresentación.

7.6. Los estados de vacío

7.6.1. Sintonización empática

La piedra en el zapato que llevan los narcisistas a terapia es con toda seguridad el vacío. Cuando lo experimentan se sienten desmotivados, abúlicos, anhedónicos. Al terapeuta le cuesta hacer frente a la impotencia y al derrotismo que le embargan frente a estos estados. Mantener la confianza en la propia capacidad de superación es fundamental. Sintonizar con estos estados de vacío no es agradable. Por parte del terapeuta, rememorar recuerdos propios de aburrimiento, ausencia de objetivos, captar el aspecto universal, significa contactar con los propios aspectos abúlicos; pero solamente desde este estado podrá captar realmente qué es lo que experimenta el paciente, sin caer en un activismo inútil. Hay que reconocer y evitar una actitud de vitalización histérica de la relación, en la cual el terapeuta intenta animar artificiosamente la sesión. Dicha vitalización tiene normalmente efectos de breve duración y, aunque consiga arrancar alguna sonrisa en sesiones de lo contrario somníferas, no es ese el objetivo de la terapia. En cambio, es útil que el terapeuta recuerde el modo en que combatió la desvitalización y lo comparta con el paciente. Invitarlo a identificar y cultivar intereses, a no caer en la abulia, a actuar aunque nada parezca tener sentido, es una práctica habitualmente beneficiosa, que mantiene activo al paciente mediante aquel poco de vitalidad que conlleva la realización de tareas, el ejercicio físico o cultivar un hobby.

El corazón o núcleo de la terapia de los estados de vacío desvitalizado es la validación empática de las emociones emergentes. En estos desiertos del alma de tanto en tanto florecen deseos como si de flores de cactus se trataran. Los narcisistas dejan que se sequen. Muy probablemente, en su historia de desarrollo estos deseos han sido invalidados. El resultado es una vida interior árida. El terapeuta tiene que captar las variaciones de la expresión facial del paciente, los pequeños gestos que de repente surgen en el rostro, en la postura. Es importante que el terapeuta se vaya animando en sintonía con la vitalidad del paciente. En este sentido, esto valida los deseos y metas que

van reanimando al paciente. En efecto, el narcisista juzga que lo que no está integrado en la imagen grandiosa tiene poco valor aunque provenga de su mundo interno. Pero su experiencia interior dice otra cosa, y es esto lo que el terapeuta debe tener presente: señalará cómo en los momentos en que el paciente experimenta determinadas emociones, cultiva deseos, se siente mejor, más ligero. Entonces es posible mostrar el contraste entre estos estados de bienestar vital y la pesadez que acompaña la búsqueda de las metas grandiosas. Este apoyo empático hay que mantenerlo durante toda la terapia, o al menos hasta que los deseos puedan mantenerse por sí solos.

También en estos momentos se abren escenarios del pasado. Emergen recuerdos de padres fríos. La conexión del presente mortecino con un pasado aislado permite a los narcisistas atribuir sentido al vacío (tiene un historia), recuperar momentos de vitalidad que eran dejados de lado (no soy una persona gris), comprender que la imposibilidad de gozar no es una tara endógena, sino que depende de la sensibilidad al contexto.

Flavio, de 40 años, directivo, afirma: "Tengo todo lo que debería desear, un buen trabajo, una buena compañera, una casa confortable, mi situación económica me permite bastantes satisfacciones, pero no disfruto con nada. Pero si no lo hago ahora –se pregunta– ¿cuándo será el momento?". Después de unas pocas sesiones, el recuerdo de la madre define el contexto de desarrollo del sentimiento de vacío. Flavio la describe como una mujer fría, triste, infeliz, insatisfecha, desconfiada, vengativa, rabiosa, incapaz de tener gestos de afecto o de aprobación. "La llamé el otro día, le dije que gracias a mi trabajo mi hijo podrá viajar cuando se haga mayor". Me respondió: "Me he enterado que tu empresa está en crisis, quién sabe si aguantará". Es como si siempre me dijera: "Estúpido".

El terapeuta observa que su incapacidad de gozar lo que ha experimentado, de apreciar sus cualidades, incluido el ser un buen padre, está minada por la voz interiorizada de su madre. Flavio reconoce que el estilo materno desvalorizante se corresponde con su anhedonia. Esta conciencia provoca en él tristeza, rebelión, pena y rabia hacia la madre y una sensación de desconsuelo (la alexitimia de Flavio no es grave). El terapeuta responde rápidamente: se trata de cultivar los

deseos que continuamente afloran y son descartados. La operación siguiente es la validación de la relación de Flavio con su hijo: es un padre afectuoso que busca la aprobación de su propia madre. Si ésta falta, pierde la confianza en sí mismo. El terapeuta subraya que Flavio se describe como un buen padre: Flavio hace una expresión de alivio.

7.6.2. La construcción de planos de vida que permitan salir de los estados de vacío desvitalizado y la reducción de la tendencia al aislamiento relacional

Los deseos se traducen en acción: es necesario construir nuevas modalidades de relación. El primer obstáculo es la culpa y la vergüenza. El terapeuta, después de meses de haber ayudado a Gloria a reconocer los sentimientos de culpa y de indignidad, a tomar conciencia de cómo dichos sentimientos eran debidos al apego invertido, la impulsa a dejar de ocuparse compulsivamente de los que siente que son ineptos. Después de una acentuación transitoria del sentimiento de culpa y de vergüenza hacia su familia, Gloria empieza a vivir de nuevo. Reconoce que la imagen de una familia perfecta y enferma a la vez no es una realidad sino un mito. Se encuentra más relajada, se lo pasa bien saliendo una noche con sus amigos. Por primera vez desde el inicio de una relación con un compañero descrito como incapaz de cuidarse de sí mismo, de dar afecto y estimular el deseo, siente interés por un hombre.

Acceder a los deseos, como en el caso de Gloria, puede representar una revolución del pensamiento individual y familiar. En efecto, Gloria una vez que se ha dado cuenta de la actitud oblativa-grandiosa, descubre que no hay nada que esperar de la familia. La gestión del patrimonio y de las actividades familiares le es negada. La empresa de la familia la gestionan el padre y el hermano. Gloria finalmente comprende por qué sus planes de estudio nunca han sido validados: era una misión confiada al hermano mayor, varón, dentro de la mejor tradición familiar. La imposibilidad de Gloria de "tener algo más" (Modell, 1984), estaba prohibida por la mentalidad familiar.

Gloria decide, entonces, matricularse en la facultad de Arquitectura. Nunca se ha sentido con derecho ni capaz de hacerlo, a pesar de

su inteligencia superior a la media. En un clima afectuoso e irónico, el terapeuta observa que hasta ese momento tomar esa decisión hubiera sido realmente demasiado: "si se admite que usted es una persona mala, es justo que tenga que hacer penitencia, que no pueda concederse una relación con un hombre que la quiera, que se tenga que hacer cargo del malestar de la familia, este castigo es seguramente justo. ¿Pero no esto suficiente? ¿No puede al menos estudiar la carrera que le gusta?". Gloria capta la idea de fondo; le ha tocado de cerca la idea de poder interrumpir el camino de sacrificio. Se relaja. Le comunica a su compañero que vive como un "okupa" en su piso, que ya no podrá mantenerlo así toda la vida y que su relación se ha acabado oficialmente, tendrá que buscarse un nuevo domicilio.

Otro obstáculo para buscar la satisfacción de los deseos se debe al daño que deriva de su falta de práctica. Los narcisistas, al oscilar entre sentimientos de grandiosidad, vacío y vergüenza, no aprenden a desenvolverse en el mundo. La capacidad de construir nuevas amistades, explorar nuevos territorios, luce por su ausencia: se tiene que inaugurar una fase de aprendizaje a través de la acción, durante la cual el terapeuta acompaña al paciente en el descubrimiento de áreas inexploradas, en el ejercicio de competencias sociales. El *setting* de terapia de grupo puede ser un instrumento adecuado para tal fin (Millon, 1999), ya que permite descubrir, en un contexto protegido, el camino que los otros han recorrido desde la formulación de un deseo hasta su realización.

7.7. La reconstrucción de los esquemas y ciclos interpersonales disfuncionales y de las transiciones entre estados mentales

El narcisista, a causa del déficit de monitorización no consigue realizar algunas operaciones sobre sus propios esquemas interpersonales: 1) no los reconoce conscientemente; 2) no percibe el impacto que los demás tienen sobre uno mismo y el que uno tiene sobre los demás. En cambio, *debido al déficit de descentramiento no lee los estados mentales de los demás en un modo que le permitiría superar las cre-*

encias patógenas (por ejemplo, descubrir que el otro no presta las atenciones esperadas no por falta de amor sino por cansancio). Sin haber mejorado el déficit de metarrepresentación es inútil trabajar sobre los esquemas interpersonales. A causa del déficit de monitorización, los narcisistas no conectan la experiencia subjetiva con el contexto.

Para Flavio apatía, anhedonia, vacío son datos primarios de la experiencia. El terapeuta propone unas tareas de autoobservación: conectar las fluctuaciones del estado de ánimo, sea positivo o negativo, con los acontecimientos de la vida cotidiana. Después de unas sesiones Flavio nota que tiene una tendencia a querer complacer a su pareja, a infravalorar sus deseos, debido a la intención de hacer lo que ella desea. Flavio quiere satisfacer una imagen de sí mismo de intelectual inglés, racional, preocupado por el bien colectivo. Este ideal no coincide con sus deseos ocultos. Cuando percibe la discrepancia entre estado interno (quería ir al cine) y el estado del mundo (nos hemos quedado en casa) se da cuenta de que se enfada. El terapeuta subraya que la insatisfacción del deseo ha empeorado el estado de ánimo. Flavio observa: "Soy incapaz de hacer lo que me gusta, razono en términos de lo que es correcto [uso valores como base para tomar decisiones] y nunca sobre lo que realmente me apetece. A mí me gusta jugar al tenis, pero voy a la piscina porque teóricamente me va bien para la salud [el nexo existente entre este estado y las invalidaciones maternas, mostrado anteriormente, se ha establecido en realidad un mes después de estos episodios]". Flavio se rebela ante su propia manera de ser e identifica estos patrones de funcionamiento como posible causa de la alternancia entre vacío y depresión. Descubre en la sesión otro nexo: recuerda que siempre fue un niño obediente, que asumía el deber de una tarea como absoluto. No sólo no recuerda haber transgredido algo hasta que fue al instituto, sino que ni tan siquiera nunca intentó poner en duda internamente las decisiones familiares.

La lectura inicial del estado de ánimo, autárquica, queda sustituida rápidamente por una teoría relacional del funcionamiento interno. Flavio descubre además que puede incidir sobre el mundo, que no es un títere del destino.

Desde el momento en que el paciente reconoce los estados mentales, es posible realizar varias operaciones, en particular, se puede dar cuenta del impacto emocional de las relaciones. Se deben explicitar los nexos causales entre las invalidaciones interpersonales y las

reacciones rabiosas, el excesivo trabajo compulsivo y, sobre todo, la caída en un estado de apatía, de anestesia emocional. La retirada de las relaciones (fuentes de posibles invalidaciones) hay que entenderla como una protección pero también como algo nocivo para el sujeto, y por tanto se invita al paciente a mantener las relaciones aunque requieran mayor implicación. Young y Flanagan (1998) sostienen que este sea el foco estable de la terapia del narcisismo. A nuestro parecer, es cierto sólo cuando los narcisistas son capaces de soportar el impacto que las relaciones tienen sobre ellos, hasta ese momento las defensas del distanciamiento y del no establecer relaciones no pueden ser abordadas.

En fases avanzadas de la terapia es importante consolidar la conciencia del vínculo que existe entre estados grandiosos y estados depresivos. Cuando el paciente manifiesta los estados negativos el terapeuta tiene que ayudarlo a comprender cómo la incesante búsqueda de la grandiosidad y la rigidez de los estándares de regulación de la autoestima lo someten constantemente al riesgo de deprimirse a causa de la derrota. Llegados a este punto, el narcisista se ha quitado en gran parte su máscara, la pantalla de las vanidades se ha roto, emerge la profundidad del mundo interior. Estos pasajes son difíciles de afrontar, la depresión puede ser intensa y duradera, se tiene la impresión de estar atravesando un lago negro sobrevolado por cuervos. Pero también es una ocasión de neoconstrucción compartida de significados, de metas de vida alternativas, como ilustraremos más adelante.

La reconstrucción de los esquemas interpersonales (Beck, Freeman et al., 1990), el reconocimiento de la sensibilidad ante la invalidación y de la tendencia a competir, son pasos hacia la mejora de las relaciones. Es importante que el sujeto reconozca que habitualmente tiende a partir de expectativas de reconocimiento, que son luego sistemáticamente desatendidas. Se debe explicitar la compulsividad y la intrusividad de los esquemas. También ésta es una puerta de entrada para la reconstrucción de la historia personal. El paciente se da cuenta de cómo los esquemas se han ido formando dentro de las relaciones a lo largo de la historia del desarrollo y cómo ahora está repitiendo patrones antiguos. Esta conciencia favorece la dis-

tancia crítica y reduce la rigidez de los juicios de valor. Pero al mismo tiempo, de un modo casi inevitable, plantea una pregunta inquietante. ¿Qué otra manera de relacionarse existe? Se sube el telón que escondía el vacío interior. Este es uno de los motivos por los que este tipo de intervenciones se deben realizar en fases consolidadas de la terapia. El paciente sólo podrá sacar provecho si se nutre de la suficiente confianza en sus propias capacidades y en la competencia del terapeuta que le permita "apostar" por la posibilidad de construir alternativas.

Las relaciones de Lucio se transforman fácilmente en relaciones competitivas, tal como se puede ver en el párrafo siguiente:

P.: Hoy he ido a clase de inglés. He cambiado de profesora porque me habían aconsejado eso para aprender diferentes acentos hasta que encontré una que al final de la clase me acompañaba a secretaría y me daba la posibilidad de elegir entre diferentes horarios. Ella es diferente, me acompañaba a dirección para ver los horarios de las clases, me llamaba también a casa. Las otras eran diferentes porque al final me dejaban solo con la secretaria. Al principio era muy atenta y cumplidora, mientras que desde hace un tiempo se pone a hablar en italiano de sus cosas y llega tarde a clase.

En este fragmento se puede observar cómo se pasa de un esquema en el cual el otro presta las atenciones que el sujeto considera que se merece, al ciclo del apego: la falta de atención provoca rabia. En la primera parte del texto existe ya el personaje negligente, pero en un rol secundario. A partir de ese momento se convierte en coprotagonista y provoca en el yo rabia y una actitud reivindicativa.

P.: Hoy ha empezado con media hora de retraso y después de la clase se ha puesto a bromear con ese delante de mí y durante ese tiempo acumulaba un poco de rabia también porque no conseguía hacerle entender que hasta cinco minutos está bien, pero veinte minutos… me ha parecido que es un "pelota". Me ha provocado tal rabia que me ha hecho cambiar de humor hasta el punto de hacer mal la clase. He pensado: "Ahora mismo voy a quejarme a dirección"; en general, después de clase se bromeaba, pero hoy estaba visiblemente rabioso. Ella se ha dado cuenta. No le permito a usted lo que no le permito ni a mi madre o a mis padres, ha sido una reacción parecida a la que me sucede con mis padres, una rabia reciente e inmediata.

De la idealización de la relación (la profesora era vista como alguien extremadamente disponible y atenta), Lucio pasa a una rabia relacionada con temas de decepción, traición y explotación. La reacción inmediata es la retirada de la relación o bien una acción reivindicativa.

P.: No quería continuar tomando la clase… he renunciado a media hora y me he marchado, le he dicho que tenía cosas que hacer… he pensado también ir a quejarme a dirección.

El terapeuta reconstruye: el tema de vida que da coherencia a los episodios, el nexo entre el comportamiento del otro y la reacción del paciente. Además subraya cómo el paciente formula básicamente juicios de valor sobre los demás.

P.: Si siento esta rabia que no me permite olvidar o tener relaciones sociales, diplomáticas, fingidas… esta rabia… a veces estoy tentado de destrozar no sé qué…

T.: Lo bueno es que la única alternativa posible son las relaciones diplomáticas, fingidas… El aspecto emocional principal es la rabia. Hay dos aspectos interesantes: uno es la inflexibilidad ante el fallo, o se termina una relación o debe ser castigado… parece como si la profesora para ti no existiera… una es demasiado rígida, la otra es demasiado permisiva con las citas pero menos rígida con los horarios, es como si tuvieras un ideal absoluto de profesora que te lleva a dejarlas a todas.

El terapeuta ha subrayado hasta qué punto los esquemas interpersonales son rígidos, los juicios de valor resultan intrusivos, los estándares rígidos y el resultado de la valoración consabido: el otro es indigno.

P.: Es verdad que lo soy, cuando tengo muchas opciones no consigo nunca estar satisfecho.

T.: La insaciabilidad…

P.: Es verdad que se puede encontrar algo mejor.

T.: ¿De qué película estamos hablando?

P.: [ríe] … es que se puede buscar algo mejor… como cuando estoy frente al televisor, cambio siempre de canal para encontrar algo mejor… es un círculo que no consigo romper.

T.: Esto es un círculo a romper, tú tienes en mente unos ideales, no a personas reales… tienes una profesora simpática, disponible… ¿cuántas has cambiado?

P.: Cuatro.

En un clima irónico, que el paciente acepta, se comprende cómo la búsqueda de perfección guía el mantenimiento de la relación disfuncional. Las imperfecciones provocan rabia. El terapeuta debate este aspecto, confronta al paciente con la insostenibilidad de este modelo de referencia y con el hecho de que éste contribuye a su permanente insatisfacción. Subrayamos que una intervención confrontativa de este estilo no se debe realizar en las fases iniciales del tratamiento: con toda probabilidad el paciente se hubiera sentido simplemente insultado. Hasta ese momento el terapeuta había focalizado la intervención sobre la indignidad, inadecuación de los estándares y sobre todo sobre el sentimiento intrusivo de ser herido y de desilusión.

P.: Esta profesora me gustaba al principio luego…

T.: Hay un aspecto positivo.

P.: Sí, es que estaba más informada sobre lo que necesito en mi trabajo… Una vez estuve esperando veinte minutos y la oía reír en secretaría.

T.: ¿Cómo te sentiste en ese momento?

P.: Como si se burlara de mí, ella es una de esas personas que siempre sonríe para hacerse la simpática, hace un montón de cumplidos para congraciarse. Me dice que yo gusto a un montón de mujeres allí… lo hace para caer bien…

T.: Siempre hay algo negativo en todo, algo devastador.

P.: Sí.

T.: Si una es amable sientes que se burla de ti, si una no lo es te sientes desatendido.

P.: Seguramente me veo a mí mismo peor de lo que soy.

T.: No me has descrito a nadie con aspectos positivos.

P.: Es obvio que vengo aquí a contar mis problemas, sino ¿qué vengo a hacer?

T.: Sí, cierto, pero tienes una extrema severidad al juzgar a los demás, una extrema sensibilidad a sentirte decepcionado, traicionado, herido…

P.: Sí, esto es así.

T.: Ves una mancha, lo rompes y todo el resto desaparece, me muestras sólo las partes oscuras, las sombras… mamá se habrá equivocado, sí, pero ¿cuál es la mamá que Lucio ve? La negativa… su novia… esta profesora que es simpática, atenta, preparada, también ella es mala… y después esta rabia que te ciega, que te hace olvidarla… tu mejor amigo hace algo negativo y lo generalizas todo… la conclusión es que para tener una relación contigo hay que ser perfectos porque cuando te equivocas y en la vida sucede a menudo… ya te has equivocado y punto final.

P.: Sí, sí, es así, es una defensa mía…

T.: No es una acusación.

P.: Hay situaciones realmente exageradas y a veces consigo encontrar un punto medio para no llegar a un conflicto, de todas maneras esto es algo recurrente, tener siempre el dedo apuntando contra la responsabilidad de los demás, quizás también contra la mía.

Al final de este fragmento se ve cómo las intervenciones de confrontación suscitan de todas maneras una relación juez-acusado, con el terapeuta en el rol de juez. El paciente siente las observaciones como críticas, pero esto no suscita emociones imposibles de manejar, de vergüenza o rabia, no se crea un clima de desafío. El paciente reconoce la actitud crítica o desvalorizadora como propia.

La conciencia de las propias relaciones (y en parte de la contribución del paciente a las mismas) puede construirse precozmente pero conllevar la interrupción del tratamiento: Federico, después de ocho meses de terapia, comprende que en sus relaciones entra en un constante estado de competición, búsqueda de perfección y nuevos estímulos. Reconoce que el terapeuta lo ha ayudado a ver dichos patrones y a evitar reacciones que lo perjudicarían. De hecho, sus relaciones laborales han mejorado, no provoca ya reacciones tiránicas o humillantes. Pero al mismo tiempo dice: "Yo soy así. Se necesitarían años para cambiar y no lo deseo". De este modo, decide, a pesar del parecer contrario del terapeuta, interrumpir la terapia. Hay que decir que la valoración era en cierto sentido realista: tenía un trabajo de alto nivel, una familia estable y tres hijos que empezaba a describir de manera articulada y con rasgos afectuosos. Por tanto, su funcionamiento social era adecuado. El paso final de la terapia (el acceso a estados de ternura, afecto, tristeza) no se ha completado. En el mo-

mento de la despedida, el terapeuta siente un leve sentimiento de fracaso, malestar, de juicio negativo, como si no hubiera sido capaz de convencer a Federico de fiarse de él. Meses después, el terapeuta llama a Federico: la llamada es cordial, Federico está bien, muestra gratitud por los pasos realizados, la vida profesional sigue adelante sin ese sentimiento de competición y derrota que la caracterizaban, es más con la satisfacción de manejar mejor las relaciones y llevar a cabo los planes gracias a una nueva capacidad de guiar a los demás; la vida familiar, aunque es vivida como algo poco emocionante, es aceptable.

La grandiosidad arrogante puede ser egosintónica. Después de un año y medio de tratamiento, Valerio tiene problemas económicos. Acuerda con el terapeuta que el coste de las sesiones será mínimo y Valerio pagará cuando podrá. Valerio tiene las siguientes metas en la vida: elaborar una tesina excepcional para obtener la licenciatura en Letras; trabajar como becario en una universidad donde tiene pésimas relaciones con los profesores y escaso interés por la materia. No hay ningún signo de interés en encontrar un trabajo que pueda permitirle pagar las deudas acumuladas y pagar las sesiones. Valerio tiene el siguiente sueño.

P.: Estaba en una taberna romana, en un subterráneo. En una mesa había trozos de pizza. Empecé a coger un trozo y a comérmelo. El tabernero me miraba. Esperaba que le pagase. No tenía ninguna intención de hacerlo. El tabernero me persigue, mientras yo salgo corriendo.

El terapeuta intuye que el sueño tiene que ver con la relación terapéutica (la interpretación estaba motivada por los seis meses de sesiones, dos veces a la semana, no pagadas): formula el pensamiento de que el paciente considera la terapia como un derecho. Así es. Valerio se guía por esquemas en los cuales él ha estado perjudicado por otros que son injustos y en los cuales no se puede confiar y de los cuales tiene derecho a un resarcimiento. En las sesiones siguientes el tema se hace explícito: trabajar para pagar deudas y terapia invalidaría las metas grandiosas a las cuales no puede renunciar. El terapeuta desvela el carácter intencional de esta decisión y observa que entre las metas de vida de Valerio no existe la idea de trabajar para mante-

nerse. El paciente contesta a dicha interpretación lleno de rabia, siente como un deber interno y un derecho inalienable hacer una tesina espléndida y conseguir ser contratado donde está trabajando. El terapeuta, quieto, observa que el paciente no respeta este aspecto del contrato terapéutico: el precio fijado por las sesiones era mínimo y Valerio pagaría cuando hubiese encontrado un trabajo, que se encargaría de buscar. Entre la rabia y dolor de ser abandonado de Valerio y la irritación y culpa del terapeuta, la terapia se interrumpe. Un año y medio después, Valerio vuelve: "Naturalmente no he hecho la tesina", confiesa con ironía de la cual es todo un maestro; pero trabaja en un lugar adecuado: una empresa que comparte su modo de pensar y donde es apreciado y pagado regularmente.

7.8. El déficit de descentramiento

A pesar de no ser uno de los elementos primarios de la patología, el egocentrismo de los narcisistas perjudica seriamente sus relaciones interpersonales, y por tanto debe ser tratado. Pero todo esto está vinculado con un principio fundamental: *se debe trabajar sobre el déficit de descentramiento sólo después que los narcisistas hayan tenido acceso a los estados internos, a los deseos no integrados en la imagen grandiosa, y los estados de vacío hayan sido afrontados y, al menos, en parte superados*. El problema principal de los narcisistas es el hecho de convivir con una experiencia interna en gran parte disociada, con deseos continuamente negados y con estados de *arousal* negativo que se manifiestan como síntomas ansiosos o de somatización. Por tanto, tienen necesidad de acceder a la experiencia interna. Pedirles que se centren en la mente de los demás les expone a la sensación, intrusiva, de ser depredados, esclavizados por las pretensiones tiránicas de los demás. Representarse la mente de los demás significa asumir el punto de vista de figuras de referencia frías, desconfiadas, tiránicas, desvalorizadoras. Por tanto, les expone a sentimientos de coerción del yo, de rabia, de impotencia. Recordamos que la asunción de perspectivas no se desarrolla en primer lugar hacia los otros reales, sino

hacia la representación de personajes dominantes del escenario interno. Si éste está poblado por personajes glaciales, por padres indiferentes, éstos reaparecerán. Por tanto, las operaciones de descentramiento se deben realizar después de que los personajes interiores hayan sido reconocidos e identificados.

Flavio ha conseguido descubrir detrás de la frialdad y la desconfianza paranoica de su madre, por una parte un dolor de vida y por otro, aspectos adaptativos. Después de sentirse perjudicado por un amigo que ha sacado provecho económico de una transacción efectuada por el paciente, el terapeuta ha observado que Flavio había adoptado una posición especular a la de la madre: desconfianza en la primera, ingenuidad bonachona en éste último. El paciente reconoce que en la visión del mundo de la madre, aunque hosca y desagradable, había aspectos válidos.

Se puede sugerir al paciente que descubra el modo en que los demás son diferentes de los protagonistas del drama interior, están dotados de deseos, necesidades, pensamientos diversos, personales, también benévolos y desinteresados. Llegados a este punto, se descubre que el descentramiento no está muy deteriorado, los narcisistas son potencialmente óptimos psicólogos ingenuos.

Para mostrar al narcisista la articulación del punto de vista de los demás y cómo éstos reaccionan a su comportamiento, el terapeuta puede realizar operaciones de desvelamiento. En el ejemplo anteriormente expuesto, el terapeuta ha desvelado a Katia su propio sentimiento de exclusión, ayudándola a reconocer qué tipo de reacción provoca en los demás. Otro punto de trabajo a abordar es la reconstrucción de la historia personal: es necesario mostrar al paciente cómo su punto de vista sobre los demás está contextualizado y es acorde con la historia de vida. De esta manera, los narcisistas pueden descubrir por ejemplo que si los demás no satisfacen las demandas de admiración es porque a su vez tienen emociones, intereses y metas que le trascienden[3].

3. Las técnicas de simulación o la técnica de las dos sillas pueden ser de ayuda: el paciente al interpretar repetidamente el rol del otro llega a asumir su perspectiva, no sin haber comentado con ironía el punto de vista de éste último o la situación misma de simulación.

Con la misma finalidad, para romper el círculo de competición rabiosa para recibir cuidados, es aconsejable la terapia de pareja, de manera que el paciente pueda reconocer que las demandas de su pareja no tienen la intención de envilecerlo, obstaculizar sus proyectos, humillarlo, sino que son fruto de necesidades universales. El terapeuta mostrará el modo en que las acciones del narcisista resultan nocivas para su pareja o no se corresponden a las demandas legítimas del otro. Con la misma finalidad, el grupo es teóricamente otra opción posible a tener en cuenta, pero nosotros aún no lo hemos utilizado con estos pacientes.

Reactivar el descentramiento produce notables efectos positivos; los narcisistas consiguen realizar observaciones psicológicas muy sofisticadas, descubren el impacto que tienen sobre los demás y a menudo realizan comportamientos reparadores. Por otra parte, a veces se sienten embargados por un sentimiento de saturación por su manera de plantear las relaciones, y esto activa en ellos otros procesos de cambio.

Las relaciones interpersonales de Flavio son buenas, colaboradoras, aunque se describen con un distanciamiento afable. En terapia suscita enseguida la simpatía del terapeuta. Su historia afectiva es repetitiva: entra en relación con mujeres consideradas de inmediato como duras, de humor variable, caprichosas, descontentas. "Sabía que era un marrón" es su frase recurrente. Actualmente, el personaje invalidante está encarnado por los hijos del primer matrimonio de su pareja, de 10 y 7 años. Los describe como vándalos incontenibles, atizados por el padre para arruinarle la vida. Siente el frío y la soledad que esta situación suscita. Afloran recuerdos, describe a su propia madre como una persona incapaz de dar afecto y seguridad, invalidante, despreciadora, desconfiada y aislada. Recuerda con afecto y tristeza a la hermana mayor que para él fue una figura capaz de cuidarle. Pero murió hace diez años y el duelo aún le hace llorar. Flavio está indeciso, no soporta la presencia de los hijos de ella, ha amueblado un piso para vivir solo pero no sabe renunciar a la agradable relación con su pareja. El terapeuta le hace ver cómo oscila entre la posición de desapego de la madre (la tendencia al aislamiento) y la posición de ser víctima de mujeres (o de otras figuras) que tienen rasgos parecidos a su madre. Esto le lleva a considerar su historia ya no como un destino sino como un producto de su modo de plantear las relacio-

nes: el sentimiento de eficacia personal aumenta enseguida. Intuye que la frialdad de los hijos de ella es un reflejo de la suya propia. Pocas sesiones después, Flavio cuenta que ha jugado a balón con el niño y éste ha propuesto de hacer un pastel con un escrito: "Viva Flavio".

Teniendo claro que habitualmente la terapia con los narcisistas no parte de presupuestos nada simples, subrayamos que, a partir del reconocimiento de la propia contribución a las relaciones, y a la actuación de comportamientos nuevos, la capacidad del otro (los hijos de ella) de proporcionar atención y reconocimiento aumenta de manera espectacular. El terapeuta ha podido intervenir directamente sobre la contribución del paciente en el desarrollo de las relaciones y sobre el descentramiento (los niños sienten y perciben su frialdad) porque las operaciones de base, menos arriesgadas, no eran necesarias: Flavio ya es capaz de acceder a sus estados internos (en particular, a los relativos al apego) y no tiene necesidad de protegerse más allá de la intimidad.

7.9. El "coping" de los estados mentales dolorosos

A menudo los narcisistas presentan síntomas al inicio de la terapia. Los más frecuentes (en el estado depresivo-aterrorizado) son disforia, trastornos de ansiedad y somatizaciones. Los síntomas pueden ser intensos y tomar la forma de ataques de pánico o rumiaciones hipocondríacas. Afrontarlos tiene un valor estratégico pero no resolutivo. En efecto, los síntomas no tienen un rol central en el sistema de conocimiento del narcisista. A diferencia del paciente fóbico, por ejemplo, la activación somática (taquicardia) que suscita fantasías de catástrofe, no se basa en un esquema de tipo yo vulnerable y la meta deseada no es la búsqueda de seguridad. El síntoma para el narcisista es un signo de la molesta grieta de la coraza de la autosuficiencia. El yo frágil no accede a la conciencia, la meta que queda interferida es la autonomía y el completar la integración cuerpo-mente. Como dice Mikaela, ingeniera de 40 años: "Mi mente funciona, no veo límites a sus potencialidades. Estos síntomas (leves ataques de pánico con una evitación

moderada) me irritan, me obligan a pensar en detenerme, que no puedo hacer lo que quiero". El tema es libertad/constricción, como en los fóbicos, pero el supuesto es el límite a la grandiosidad. Las fantasías de catástrofe, aunque presentes, se interrumpen mediante la transición en estados mentales de vacío desapegado, donde el narcisista se apaga y reflexiona sobre los molestos síntomas que minan su vida.

Adriano, de 40 años, sufre de prostatitis, se preocupa por descubrir la causa y eliminarla. No soporta que una relación idealizada de amor con su amante sea minada por esta imperfección (que limita su potencia sexual). "¿Qué sentido tiene vivir una historia si no estás al máximo?" se pregunta. Describe a la pareja como una mujer brillante, independiente, no convencional, capaz de implicarlo en un mundo más allá de las reglas, en el cual reluce el intelecto de ambos. El síntoma menoscaba esta perfección. La incapacidad de aceptar una limitación lo lleva a rumiar constantemente sobre la prostatitis que lo excluye de ese posible paraíso del amor.

Mientras escucha estos síntomas, el terapeuta, no se siente llamado a resolverlos como sucedería con pacientes con un diagnóstico únicamente sobre el eje I o con trastorno de la personalidad por dependencia. Es correcto que actúe de acuerdo a esta sensación. En efecto, los narcisistas, una vez se ha hablado sobre el síntoma, cambian de tema y se concentran en su visión del mundo. Detenerse en el síntoma les obligaría a entrar en el sistema de apego, y esto se vive como una amenaza. Por lo tanto, trabajar con las técnicas cognitivas estándar sobre los ataques de pánico, hipocondría, somatización, depresión, dismorfofobias, tiene un valor limitado, sirve y es necesario para construir la alianza terapéutica y para preparar el trabajo sobre los componentes más centrales del trastorno. Resolver los síntomas es casi imposible al inicio de la terapia, a causa de la incapacidad narcisista de conectar el estado interno con las variables relacionales: no se consigue construir el antecedente relacional de la emoción negativa. Sólo cuando se ha tratado este déficit es posible afrontar con éxito los síntomas residuales. Resultan más útiles las intervenciones dirigidas a interrumpir los circuitos de autoinvalidación recursiva que mantienen los síntomas; los pacientes los aplican de manera intelectual y esto les beneficia.

7.10. El acceso a las emociones del sistema de apego y de cuidado

Este es uno de los temas más delicados de la terapia de los narcisistas y el clínico debe prever de forma realista que muchos pacientes interrumpirán el tratamiento antes de poder acceder de una manera más estable a sentimientos de afecto, ternura, necesidad de cuidado y deseo de darlo. Algunos autores sostienen que el objetivo final, resolutivo de la terapia es dejar que los pacientes se dejen cuidar (Young y Flanagan, 1998). Esto es posible sólo parcialmente y no con todos los pacientes; estamos más próximos a la visión de la curación que Kohut exponía en *La curación del Yo*: los pacientes pueden beneficiarse de esto y funcionar mejor, no es necesario esperar a que se dé una curación completa de las estructuras deficitarias. Los esquemas interpersonales precoces, la experiencia del desapego afectivo, la desconfianza, a menudo no se llegan a superar por completo. Es más razonable esperar que los pacientes acepten aminorar las distancias con los demás, que reconozcan que muchos de sus ataques de rabia son formas de protesta por la falta de cuidados. Es posible que logren ocuparse de los demás (lo cual permite siempre tener la relación bajo control desde una posición fuerte) sin las maneras rígidas y forzadas derivadas del sentimiento de culpa y del apego invertido.

Para que se pueda dar este paso es necesario que los pacientes perciban al otro como no amenazante, no humillante, y por tanto que, al menos en terapia, se afronten y se superen los ciclos interpersonales competitivos. Por el mismo motivo, es necesario que se desarrolle una cierta capacidad de descentramiento: en el momento en que el otro ya no es descrito como egoísta, incapaz, hostil, pueden activarse el apego y el cuidado en terapia.

El paciente debe ser capaz de reconocer que sus reacciones rabiosas se activan en respuesta a una falta de admiración cuando el otro expresa sus propias necesidades o compite por la posición. Entonces podrá descubrir que se está protegiendo de la emergencia de la imagen frágil y dependiente del yo. El paso siguiente es que el paciente comprenda que los demás se benefician más de los cuidados recibidos que de las críticas, y que él mismo puede recibir atención y protección sin sentirse sometido.

En el capítulo anterior sobre el modelo del trastorno, hemos expuesto un fragmento de la sesión en la cual Lucio, de pesca con los amigos, quiere contar un sueño a su pareja en el cual aparecía una emoción de ternura hacia ella, pero no lo hace a causa de la enésima pelea. Vemos cómo el terapeuta afronta el problema de la cancelación del afecto y ternura. El paciente hace una referencia a la emoción positiva ("Quería decirle algo bonito"), y luego entra en el ciclo interpersonal competitivo y el clima emocional se tiñe de rabia. El terapeuta observa que Lucio ha acentuado las emociones negativas del discurso y ha borrado la referencia "a algo bonito".

T.: Escucha, pero el sueño, al final ¿se lo has contado?
P.: No, había soñado con ella, y no recuerdo exactamente…
T.: Entonces eso bonito que le querías decir al final no se lo has dicho.
P.: No, le he dicho sólo "Te quería contar que he soñado contigo…".
T.: El sueño, ¿cómo era? ¿Te acuerdas?
P.: No, no me acuerdo, era más una imagen que un sueño.

Lucio ha tenido acceso a una escena marcada por emociones de afecto y ternura, conserva el recuerdo, pero el hecho de tenerla fuera de la memoria de trabajo no le ha permitido que se estabilizara en la forma de la memoria episódica. El terapeuta cambia el foco de atención sobre la memoria positiva para favorecer el pasaje a la memoria episódica a largo plazo. Además, en el párrafo siguiente, el terapeuta subraya cómo Lucio borra ciertos estados internos.

T.: Es interesante que sientas algo bonito por Nicoletta, pero que a ella al final no le llega.

P.: No le llega porque antes nos hemos peleado, ella me agredió inmediatamente al día siguiente, porque quería saberlo enseguida y yo le dije que se esperase un momento, "¿por qué? No tienes ni un segundo para mí". Le dije "Sí, pero tenía que ayudar a los demás a colocar las botellas de oxígeno, espera, quería crear un poco de curiosidad en ti, no lo he dicho a propósito", en fin, era un juego.

T.: Pero al final no lo has llevado a cabo.

P.: No, porque al día siguiente me atacó enseguida y yo: "Quería decirte que había soñado contigo, en cambio tú lo has estropeado todo". Y después nos peleamos.

El ciclo interpersonal de competición para la búsqueda de atención empeora el acceso a la ternura. El terapeuta no interpreta el desarrollo del ciclo o la dificultad de Lucio de adoptar el punto de vista de Nicoletta, ni tampoco muestra el modo en que su comportamiento ha reforzado los sentimientos de abandono de su pareja. A Lucio le cuesta tanto expresar el afecto que el terapeuta opta por una estrategia dirigida a favorecer la conciencia y el recuerdo del afecto.

T.: Has tenido un impulso hacia Nicoletta y luego no has conseguido comunicarlo, […] lo que emerge es la rabia, no los buenos sentimientos.

P.: Sí, yo tengo más problemas a la hora de comunicar los buenos sentimientos.

T.: Pero los tienes.

P.: Sí, pero yo me doy cuenta que siempre cuento las experiencias negativas, las cosas que no me gustan, las que van mal […] me molestan las personas que siempre son optimistas.

Lucio ha reconstruido su estilo afectivo y el terapeuta realiza el siguiente paso: mostrar la influencia que las relaciones disfuncionales ejercen sobre los estados internos, el ciclo rabioso empeora el acceso a los sentimientos de ternura compartida.[4]

T.: Las cosas positivas son delicadas, es como si estuvieran expuestas a la tempestad de la rabia: "Nicoletta lo ha estropeado".

P.: … Acaba en pelea, no comprendía […] yo soy bastante reservado, es decir, no soy capaz de decir "Sí, amor mío, pienso en ti" delante de los demás. Me molesta, porque me da vergüenza.

En efecto, la activación feliz del sistema de apego/cuidado resuelve muchos procesos interpersonales disfuncionales, provoca en el otro reacciones más satisfactorias, evita entrar en circuitos de rabia y acusaciones recíprocas, reduce la necesidad de aislamiento relacional.

Cuando el paciente está en el umbral de la activación del sistema de apego es difícil que el terapeuta lo perciba en su propia piel con

4. Creemos que esta intervención es compatible con el enfoque de la psicología del yo. En esta corriente se podría hablar de construcción empática desde el punto de vista del paciente y de cómo en terapia se pone de manifiesto que las estructuras del yo están disgregadas a causa de las interacciones en las que falta un reflejo adecuado.

sentimientos complementarios de protección, ternura y ofrecimiento de cuidados. Más que estar implicado en el ciclo, el terapeuta escucha al paciente que se queja sobre la incapacidad del otro de dar cuidados, cuidados que por otra parte él nunca pide en voz alta. Es una fase delicada del tratamiento. El paciente describe la incapacidad de la pareja de realizar determinados gestos de respeto (un regalo para la ocasión, ser acompañado a la estación), y muestra desprecio. El terapeuta puede mostrar al paciente que sus necesidades de cuidado no han sido satisfechas. Si la intervención es correcta, con toda probabilidad, la reacción del paciente será rabiosa y habrá un empeoramiento transitorio de las habilidades autorreflexivas y de la calidad de la relación.

Para recuperar la alianza terapéutica, el terapeuta puede interpretar la rabia como un signo de reactivación de una necesidad legítima (Ornstein, 1998). Es posible que en este momento el paciente tenga recuerdos de su historia de desarrollo, y describa el estilo parental con una mezcla de amargura, rabia y, en el mejor de los casos, dolor. Se aconseja no favorecer el apego en las primeras fases de la terapia, a menos que los sentimientos dolorosos no hayan sido narrados. No se debe subrayar la fragilidad del paciente, sino que se debe subrayar la herida abierta, el latigazo recibido, la falta de reconocimiento.

Diez meses después del episodio descrito, Lucio percibe la dependencia de la terapia, a la cual se había acercado con desconfianza y escepticismo. Veamos qué sucede cuando el paciente percibe la necesidad de cuidado y en qué modo el terapeuta maneja la relación. Lucio hace una serie de demandas prácticas al terapeuta y hace notar que las sesiones han sido canceladas durante un mes y medio. El terapeuta capta un matiz de irritación y lo verbaliza.

P.: Tengo que intentar ser sincero […] me he sentido un poco molesto porque he visto que usted tenía problemas para encontrar un hueco en su agenda y por desgracia…

T.: ¿Cómo le ha hecho sentir esto?

P.: Molesto […] cuando tengo tiempo obviamente me adapto a cualquier horario disponible, pero ha habido ocasiones en que usted me ha dado solo un horario a la semana, y obviamente esto en el futuro me puede crear problemas […] me doy cuenta que si todos los pacientes fueran como yo usted

tendría dificultades, pero usted empieza a tener menos tiempo disponible que antes […] entonces esto empieza a ser un problema.

T.: En general, más o menos sí.

P.: Antes me parecía que tenía un poco más de tiempo.

T.: Mire, son situaciones contingentes, puede pasar que finalizo una o dos terapias y entonces durante una semana tengo más espacio […] después está claro que intento ponerme de acuerdo con los pacientes, pero con cierto margen de tiempo disponible, es posible que dentro de un par de meses tenga más disponibilidad porque se acaba alguna terapia, pero no sé cuánto tiempo durará esta disponibilidad, pero no creo que esto sea motivo para estar molesto.

El terapeuta ha planteado la situación en el plano de la realidad, evitando interpretaciones, para no crear un clima competitivo. Posteriormente verbaliza su percepción de señales no verbales que ha leído en el rostro de Lucio.

P.: Intento moderarme, estoy un poco cabreado.

T.: ¿Por qué está cabreado?

P.: Porque luego usted se marchó fuera durante una semana.

T.: Un fin de semana, lo cual significa que empecé a trabajar el lunes por la tarde.

P.: Por favor, era una broma […] ahora yo durante dos semanas dije un día y usted "No, no voy a estar" y luego otra semana, no me acuerdo, luego le llamé, le dejé un mensaje […] me imaginé que usted estaba fuera, en el extranjero por bastante tiempo […].

T.: Se ha enfadado.

P.: Sí, yo hay días que no estoy, pero el doctor el sábado y el domingo no está, y el martes tampoco está.

T.: Ya me gustaría verle a usted.

Aquí el terapeuta ha entrado en el ciclo competitivo, ha percibido la presión invasiva del paciente y ha reaccionado, bien sea irónicamente, o contraatacando, o defendiendo su espacio privado.

P.: Porque para ustedes es correcto no trabajar el sábado y el domingo, pero para mí el sábado y el domingo son un día como otro.

T.: [Ríe].

P.: Es una convención ¿Quién la ha decidido?

T.: Por supuesto que sí, además éste no es un trabajo que pueda hacerse saturándose.

P.: Digamos que me ha parecido que había más rigidez, menos disponibilidad para encontrar espacios […] si usted tiene más rigidez que antes para mí esto se convierte en un problema.

T.: Lucio, el problema existe en general por el hecho de que no hay horarios fijos.

P.: Nosotros nos hemos visto también un lunes, dos lunes seguidos en realidad, ahora no he ido a ver los días de la semana, quizás usted sabe mejor qué días de la semana quedan disponibles, pero usted sabe que me puede dar un horario el lunes o el jueves.

T.: Depende.

T.: […] Entonces se lo digo todo: usted ha asumido la responsabilidad de hacerse cargo de un paciente como yo con una situación determinada […] por tanto, si después de un mes, dos meses no le va bien, si esta situación crea o aumenta las dificultades, esto resulta problemático.

Aquí Lucio da un paso fundamental, reconoce que tiene necesidad del terapeuta y de confiar en él, por tanto, espera que el terapeuta lo acoja, con todas las dificultades que esto conlleva. Hay que subrayar tanto la sinceridad como el desarrollo de este punto de vista; Lucio es muy consciente que está creando un problema, pero confía, al contrario de lo que le sucede con sus temas prevalentes de poder ser acogido.

P.: Me lo tiene que decir usted si tiene más o menos flexibilidad.

T.: No es una cuestión de flexibilidad, ha sido por una serie de motivos contingentes que no tenía más espacio, pero Lucio, lo interesante del caso es que estamos los dos en la misma situación […] ambos tenemos obligaciones laborales que hacen difícil verse con regularidad, pero no es un problema suyo o mío, más de lo que puede ser para el otro, el problema es encontrar conjuntamente el espacio para verse […].

P.: Lo sé, pero si usted tiene un mes o dos con problemas concretos entonces creo que debería aumentar la disponibilidad, sólo esto, porque a mí me causa problemas, porque tengo que empezar de cero, se lo digo sinceramente porque usted me lo ha pedido, me molesta.

T.: Ésta es la terapia.

P.: No lo sé, no soy diplomático […] si usted un mes tiene problemas añadidos, creo que tendría que llamarme, si cambian las cosas para usted, de lo contrario yo hubiera dicho que no, porque el problema de la psicoterapia es

éste, yo me acuerdo por ejemplo de la película de Moretti, "La habitación del hijo", que cuando él decide dejarlo todo porque se ha muerto su hijo, y empieza a romperlo todo; no es que usted pueda decidir: si coge un paciente no lo tiene que dejar hasta que se llegue a una decisión conjunta, como ha dicho usted; no puede decir: "Me marcho a América y vuelvo en cinco meses".

T.: Hay un margen realista que hace que hayan situaciones de la vida que puedan interferir.

También aquí el terapeuta cae en una posición de rechazo, la imagen de un terapeuta que frente a una tragedia personal tiene el deber de trabajar lo hace sentir prisionero de las demandas del paciente. Por tanto, no consigue acoger la necesidad de atención que el paciente, después de tanta esfuerzo, ha conseguido verbalizar y continúa explicando buenos motivos, ante los cuales se puede asentir o estar de acuerdo.

P.: Yo esto no lo sé, pero quizá es verdad.

T.: No lo sé, una enfermedad, por ejemplo.

P.: Me doy cuenta de que es un problema [...] una persona viene a terapia, y después de dos años que yo vengo aquí, ¿yo qué hago? ¿Empiezo de nuevo con otra persona? es una responsabilidad que uno asume. Si uno decide cambiar lo piensa antes, lo programa con antelación, ¿no? es obvio que uno tiene que estar atento si coge a alguien como yo.

T.: [Ríe] ¡Se parece a Lucio, no!

Después de un intercambio en el cual los dos hablan irónicamente, el terapeuta recupera la alianza terapéutica rota y, en el paso siguiente, intenta validar la necesidad de cuidado expresada por Lucio

T.: Es correcto lo que está diciendo respecto a tener una mayor disponibilidad, y me parece aún más importante porque en este momento usted ha entrado más a fondo en la terapia.

P.: Sí, en efecto, lo que menos convenía era este largo intervalo...

T.: Hago todo lo posible, no le puedo prometer que no llegue una semana en que esté sobresaturado de trabajo y no pueda más, pero me ha dado una señal de lo mucho que le importa la terapia y es justo que la pueda seguir correctamente [...] me esfuerzo lo máximo posible [...] pienso que está entrando en una área psicológica delicada, en la cual percibes la importancia de la otra persona... "si el doctor está es una oportunidad que puedo aprovechar para ponerme mejor", ¿no? Sé que pedir ayuda no es nada fácil para

una persona como tú, con rasgos de carácter de orgullo, independencia, por toda la historia personal. Me hace pensar en la relación con Nicoletta, con la cual no consigues abrirte mucho porque no sientes que sea una persona que te escucha con la atención debida... este tipo de sensaciones habían salido ya de alguna manera, cuando me hablabas de tus profesoras de inglés.

Recuperada la alianza en la sesión, el terapeuta reconoce en primer lugar la importancia de expresar los sentimientos de necesidad del otro y después conecta la tendencia de Lucio a sentirse abandonado por un terapeuta poco responsable, con la descripción que había dado de la profesora de inglés en el episodio descrito anteriormente. El objetivo es favorecer la toma de una distancia crítica respecto a un esquema que lleva a pasar de la necesidad de atención a la rabia, al sentimiento de abandono y las acusaciones.

T.: Algunas de las cosas que me estás diciendo han aparecido a propósito de tus profesoras de inglés, tú te quejabas o de la escasa disponibilidad o bien del exceso de diligencia, te enfadabas, te marchabas de clase. Establecer un vínculo afectivo importante con un maestro, un profesor, un amigo, te activa más fácilmente emociones que oscilan entre el sentimiento de abandono, la falta de respeto [...]. Está claro que de todo lo que estoy diciendo debes ver qué es lo que te corresponde, la sensación de que el otro se aprovecha, de que es tiránico: "te has vuelto más rígido, has notado mi disponibilidad y me pones contra las cuerdas"; o bien sintiéndote no respetado: "el doctor hace lo que da la gana, llega con retraso...", ¿de acuerdo? Pero yo creo que el hecho de que en terapia aparezcan estos sentimientos es igualmente útil.

P.: En el caso de la profesora de inglés, me acuerdo de la reacción que tuve, quizás porque fue una reacción infantil o agresiva, o de todas maneras fue una reacción en la que me impliqué demasiado [...] quizás hubiera tenido que mantenerme más frío [...] quizás en caliente me enfado, luego busco encontrar las razones que existen de su parte, de mi parte, busco ser más objetivo, busco razonar y por tanto... pero lo que digo en el caso de la profesora de inglés, si llega media hora con retraso en una clase que dura una hora y media, es obvio que tiene importancia, porque luego no recuperamos esta media hora [...] entonces sí que es un aprovecharse.

T.: Cuando para ti una persona es importante, entonces estás expuesto a sentimientos de rabia y abandono.

P.: Es verdad, hay una implicación mayor.

En el pasaje que viene a continuación el terapeuta intenta realizar otra operación de validación, observando empáticamente la universalidad de los sentimientos del paciente (rabia por el sentimiento de abandono e injusticia en una situación como la descrita). Después de este pasaje plantea como problema no la emoción, sino la dificultad de modularla.

T.: Pero hay un margen amplio de realidad respecto a este tema, en el sentido de que más o menos todos nosotros cuando nos hallamos en una situación como la que cuentas nos sentimos abandonados o nos cabreamos, es decir, pienso que yo en situaciones más o menos parecidas también me enfado o me siento la última mierda del mundo, la cuestión es que para ti estas reacciones se mantienen activadas durante más tiempo.

P.: Esto sí [...] quizás deterioran definitivamente una relación, y resultan irreparables.

T.: Ésta es la cuestión problemática.

P.: Y llevan a la ruptura, usted ha captado el punto clave, felicidades.

A pesar de la recuperación de la alianza, dos meses después Lucio decide interrumpir la terapia, afirmando su necesidad de caminar por sí solo. En la despedida, el clima es bueno, Lucio se muestra insatisfecho respecto a algunas intervenciones del terapeuta y afirma que sólo ha recibido un mínimo beneficio, pero reconoce que el trabajo ha tenido aspectos positivos. De hecho, ha roto la relación con Nicoletta, que desde hacía años era un terreno de continuas peleas, y ha reanudado sus estudios universitarios. Pocos meses después, Lucio llama por teléfono al terapeuta para pedirle un certificado. El clima es cordial, el terapeuta atento. Lucio cuenta que tiene sus altibajos, pero que en general está bien. Ha reanudado también su relación con Nicoletta.

En el ejemplo siguiente, extraído del tercer mes de la terapia de Katia, el terapeuta, en un clima ligero, irónico, hace notar a la paciente sus patrones de apego invertido y le recuerda que si no recibe cuidados es porque no los pide. Katia responde rápidamente[5]:

5. Hay que decir que su patrón de autosuficiencia y resentimiento rabioso todavía no cambiará de forma estable por mucho tiempo; el episodio que leemos es un buen ejemplo de expresión de emociones habitualmente impronunciables.

P.: Hoy soy un pobre gatito.

T.: [Ríe] Por Díos, se me rompe el corazón.

P.: No sea gilipollas.

T y P [ríen conjuntamente].

T.: Respecto a lo que estabas diciendo, sinceramente me enternecía y preocupaba.

P.: Preocúpese, preocúpese.

T.: Puedes estar tranquila, lo siento muchísimo.

7.11. La integración entre estados mentales

En el capítulo sexto hemos descrito cómo Katia había identificado los personajes de su escenario interno: la hiena, el gusanillo y el león, y cuáles eran las relaciones entre ellos. Este pasaje se ha visto facilitado por el trabajo precedente, mediante el cual Katia ha superado el déficit de monitorización, ha tenido acceso a la rabia, ternura, necesidad de cuidado. Además el terapeuta ha observado cómo la tendencia al aislamiento era un patrón repetitivo activamente buscado. El paso siguiente se ha desarrollado gracias a una simple pregunta del terapeuta que ha activado la narración tipo fábula de la paciente, en la cual por primera vez ha integrado los estados mentales y los personajes en un escenario común.

Un año y dos meses después de aquella sesión, Katia realiza los pasos finales hacia la integración entre imágenes de sí misma, patrones de toma de decisiones y de metas a largo plazo. Cuenta el resultado de la prueba escrita que ha hecho para presentarse a oposiciones, para la cual se había preparado durante varios años. No estaba suficientemente preparada. Es la ocasión para discutir y poner en tela de juicio los criterios que han guiado sus elecciones y fundamentado su identidad. Reconoce que ha caminado por caminos que no son los suyos, ha perseguido deseos que no albergaba dentro de sí y que el terapeuta tenía razón cuando observaba esto años atrás. Es el momento de cambiar de una vez por todas.

P.: Las oposiciones han ido bastante mal.

T.: ¿Bastante mal?

P.: Sí, pero he comprendido un montón de cosas, que quizás usted me había querido hacer entender antes pero, era necesario que me diera de morros, sobre todo hablando luego con mi padre que está convencido que en la mi vida ahora tengo que hacer la estudiante de oposiciones, si no es como que he tirado todos estos años por la ventana. Yo en cambio estoy convencida que la vida de estudiante de oposiciones no es lo mío, sufro mucho, estoy muy estresada... En realidad he querido colmar con la voluntad cosas que no tengo como pasión... no es lo que ahora quiero hacer... quería presentarme a estas oposiciones renunciando a otras cosas y he querido intentarlo a mi manera. He comprendido que así no es suficiente y la decisión es: ¡basta! Ahora quiero prepararme para un oficio, tranquila, feliz, aprenderé lo que tenga que aprender y tiraré hacia adelante... mi problema es que cambio a menudo, por lo cual la decisión pierde fuerza. No es así como tiene que ser. Basta. Estoy bastante contenta de haber comprendido estas cosas, quizás ya las había comprendido, pero no las había concretado. Es verdad que no es muy agradable porque en estos años... me he sentido realmente mal. He relacionado también mis estados emocionales (negativos y disfóricos) con lo que hacía concretamente. Lo importante es reconocer el camino recorrido y aceptarlo porque ha sido así hasta ahora. A partir de ahora hay que cambiar.

En este pasaje Katia muestra cómo consigue establecer nexos entre estados emocionales y elecciones de vida, guiadas más por el objetivo de complacer las expectativas grandiosas del padre que no por sus propias metas. Deduce que actuar en desacuerdo con los deseos es fuente de malhumor y que, por tanto, actuar según un deseo propio es algo irrenunciable. Continuando el diálogo añade que tenía interiorizada la búsqueda de metas grandiosas y que la ilusión de alcanzar todos las metas que le venían a la conciencia la dividía.

T.: Tenía que pegársela.

P.: Sí, concretamente para destruir el síndrome del decatleta. Tenía que demostrarme que no es posible. Lo sabía, pero tenía que probarlo por mí misma. También porque además he hecho un esfuerzo terrible durante esos tres días de las oposiciones porque...

T.: ¿Entregaste el examen?

P.: Sí, lo entregué, pero estoy a otro nivel respecto a las personas que dedicaban su vida a esto, que estudian tranquilamente, se sienten en su lugar, como tiene que ser. Personas que tienen otro tipo de pasión, no basta la voluntad de estudiar, uno tiene que tener la pasión para profundizar... las

oposiciones son muy selectivas... Mi voluntad es bastante fuerte, pero respecto a las cosas que siento que quiero hacer; porque cuando decido y quiero hacer una cosa, si es verdadera la decisión entonces a bien, me organizo, me muevo, hago las cosas. Si me lo tengo que decir a mí misma me fatigan más. En este caso me lo decía a mí misma, con un cansancio y un estrés emocional que no vale la pena... No soy una persona que pueda vivir de esta manera... me autoimpongo una escala de valores que no se corresponde a cómo soy... Ya basta, más vale que haga más esfuerzos en la otra dirección, se trata de hacer lo que siento.

Katia ha cambiado: toma decisiones sin la necesidad de aprobación social, reconoce la sensación de gran fatiga mental por lo que es en realidad: un signo de elecciones forzadas. Mira con distancia la hiperactividad de su pasado. Con tono reflexivo, Katia mira a su interior e integra las imágenes del yo: distingue entre las espurias, dirigidas a emular un reflejo grandioso del padre, y las suyas propias, marcadas por el deseo. Observa cómo en la primeras existe una nota de falsedad ("me lo estoy diciendo a mí misma") y de fatiga. Pocas sesiones después la terapia ha finalizado por mutuo acuerdo, Katia estaba con un estado de ánimo normal, agradecida por la ayuda recibida del terapeuta y satisfecha con el trabajo que estaba empezando. La relación con su pareja era buena, lo describe como una persona paciente, sensible y amorosa, cuando anteriormente lo había retratado como si de un asesino en serie se tratara.

La descripción integrada del yo es el paso culminante de una terapia exitosa. El terapeuta no ha trabajado directamente sobre dicha integración sino que ha reconstruido lentamente con la paciente las piezas de la psicopatología y las diferentes imágenes del yo. Entonces, la paciente ha realizado operaciones integradoras por sí sola y han bastado unas pocas preguntas del terapeuta para provocarlas. El fragmento anterior ha sido narrado espontáneamente al inicio de la sesión, y puede considerarse más el fruto de años de trabajo que no de una intervención técnica específica. La capacidad integradora alcanzada permite ahora a Katia desenvolverse en el mundo laboral y afectivo con un mapa completo del yo-en el mundo, adecuado, respetuoso con sus propias inclinaciones y actitudes y detallado en relación a la descripción de la mente de los demás.

8 Trastorno de la personalidad por dependencia. Modelo clínico

Antonino Carcione y Laura Conti

8.1. Introducción

P.: Los momentos en que tuve un poco de calma, por lo que pude manejar la situación de manera más tranquila [...] fue cuando tenía una persona a mi lado [...] sí, sí, es fundamental, perdí la tranquilidad en el momento en que perdí esa persona [...] estaba inducida desde fuera, era esta persona que me la daba[...] pero es algo del momento, porque, luego, la carencia permanece igualmente [...] en las relaciones personales yo me esfuerzo con todos los medios y las energías posibles por reencontrar esa forma de tranquilidad interior, e invierto mucha energía en ello, una cantidad increíble de recursos, con el fin último de reencontrarla [...] es un taladro continuo de "necesito, necesito, necesito" [...] y de todas formas hasta hace cinco años un trabajo no era un problema, pero ahora, en cambio, cabe la posibilidad de poder ir a trabajar a fuera y, en consecuencia, quedarse realmente solos; de todas formas antes también estaba el problema de la eventual muerte de los padres, pero había más amigos que me hubieran respaldado, sola no me hubiera quedado, pero un trabajo totalmente fuera de este ambiente, nunca quisiera, porque vivir para trabajar para luego volver a casa y estar solos: qué sentido tiene, no es posible, no es vida, no se puede vivir sólo para uno mismo; sola, soy inútil; sola, yo no tengo sentido.

Este ejemplo, extraído de la psicoterapia de Lorena, refleja las características de una paciente con trastorno de la personalidad por dependencia: la necesidad vital de relaciones interpersonales de cuidado ("en las relaciones personales yo me esfuerzo con todos los medios y las energías posibles para poder reencontrar esta forma de tranquilidad interior"), el temor a la soledad y al abandono ("el temor a... quedarse... realmente solos... antes también estaba el problema de la eventual muerte de los padres") y la escasa motivación individual ("volver a casa y estar solos: qué sentido tiene, no es posible, no es vida, no se puede vivir sólo para uno mismo").

Aun siendo uno de los trastornos más frecuentes del Eje II, el trastorno de la personalidad por dependencia queda relativamente desatendido por la investigación clínica. Se centra la atención sobre la dependencia como problema general, más que sobre el trastorno de la personalidad por dependencia como entidad nosográfica discreta. La baja especificidad de los síntomas y la escasez de problemas en la relación terapéutica, al menos en las fases iniciales, a veces dificultan el diagnóstico diferencial, y muchas de sus características psicopatológicas acaban siendo atribuidas a los trastornos comórbidos más frecuentes del trastorno de la personalidad por dependencia.

La noción de trastorno de la personalidad por dependencia como entidad nosográfica es reciente, a pesar de que Kraepelin (1913) ya describió una personalidad "incapaz" y receptiva a las influencias externas. Schneider (1958) hablaba de voluntad débil, y Abraham (1927) y Fenichel (1945), desde la óptica psicoanalítica, describieron los sujetos con "personalidad oral" como especialmente poco determinados, proclives a las influencias externas y constantemente en búsqueda de figuras capaces de reestablecer el ambiente seguro ofrecido por la madre durante el amamantamiento. Todos pusieron énfasis en la excesiva demanda de ayuda y seguridad, y señalaron que muchos pacientes mantenían estos rasgos durante y después el tratamiento. La primera edición del DSM (APA, 1952) clasificaba el trastorno de la personalidad por dependencia como un subtipo del trastorno pasivo-agresivo, tipo pasivo-dependiente, mientras que la segunda edición (APA, 1980) lo relegaba en la categoría *otros trastornos de la personalidad*.

En el DSM-III (APA, 1987) el trastorno de la personalidad por dependencia se consideraba una entidad nosográfica autónoma, y se caracterizaba por pasividad en las relaciones interpersonales, tendencia a asumir un rol subordinado a los demás y baja autoestima. El DSM-IV (APA, 1994) subraya que el trastorno de la personalidad por dependencia representa una de las condiciones psicopatológicas estadísticamente más frecuentes entre los síndromes del Eje II.

Los criterios necesarios para el diagnóstico según el DSM-IV son los siguientes (se cumplen como mínimo 4 criterios):

1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con una cantidad excesiva de consejos y reafirmación por parte de los demás.
2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.
4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Estos criterios tienen el límite de enfatizar los aspectos de la dependencia vinculados a la dimensión interpersonal, desatendiendo los aspectos peculiares del funcionamiento intrapsíquico, que son, asimismo, determinantes para la comprensión del trastorno. El cuadro que se configura aparece como la imagen caricaturesca de una

realidad psicopatológica mucho más compleja, con el riesgo de que se conciba el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia como un paciente "ideal", como señalan Bellodi, Borgherini y Pallanti (1999), por sus características de "soldadito obediente", dispuesto a seguir a rajatabla tratamientos e indicaciones terapéuticas.

La mayoría de los autores han puesto de manifiesto el carácter dócil, sumiso, ingenuo y necesitado de cuidados de los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia. Millon (1999) distingue, por un lado, un nivel comportamental, caracterizado por ductilidad, falta de asertividad, necesidad de cuidados y evitación de las responsabilidades adultas, con la consecuente sumisión en las relaciones interpersonales; y, por el otro, un nivel relativo a la imagen de sí mismo caracterizado por ingenuidad y sentimientos de ineptitud e inadecuación. El funcionamiento intrapsíquico es descrito como caracterizado por el uso masivo de la introyección como mecanismo de defensa, para suplir una organización mental incompleta y un funcionamiento social no autónomo (Millon, 1981; Kubacki, Smith, 1995).

En el ámbito cognitivo-conductual, Beck, Freeman y otros (1990) describen el trastorno como el resultado de esquemas disfuncionales. El sí mismo es visto como débil, necesitado e indefenso, en contraposición con la representación de los demás, que se ven como competentes y capaces de asegurar cuidado y protección. Los autores sostienen que una terapia eficaz tiene que ayudar al paciente a actuar de forma autónoma, si bien conservando la capacidad de mantener relaciones íntimas.

Varios autores subrayan la necesidad de distinguir la dependencia como fenómeno fisiológico de la dependencia entendida como trastorno de la personalidad. Birtchell (1997) considera la dependencia en los adultos como el equivalente al vínculo en los niños (Bowlby, 1988) y pone de manifiesto su normalidad en algunas situaciones como las enfermedades discapacitantes y la niñez. El autor destaca como característica del trastorno la incapacidad de establecer una identidad propia separada de las figuras de referencia (Birtchell, Borgherini, 1999).

Sin duda, desde la perspectiva etológica se puede considerar la dependencia como una actitud adaptativa y apropiada en algunos

contextos, que empuja a buscar protección por parte de alguien considerado más fuerte y que, sin embargo, en algunas situaciones clínicas, puede determinar un grave menoscabo del funcionamiento social y personal (Nicoló, Carcione, 1996). Como afirma Bornstein (1993), la conclusión alcanzada en los últimos 40 años de investigaciones sobre la etiología, la dinámica y la prevalencia de los rasgos de personalidad dependiente, es que la dependencia constituye un fenómeno psicológico ubiquitario. Fernández-Álvarez (2000) subraya que la dependencia problemática, relacionada con la estabilidad de relaciones interpersonales inadaptadas, no siempre deriva en un trastorno de la personalidad por dependencia, sino que es una dimensión común a varios trastornos de la personalidad. Lo que, según Bornstein, diferencia la dependencia normal de la patológica es la modalidad con que se manifiesta; en el trastorno de la personalidad por dependencia es incontrolada, no matizada e inadaptada, y determina las manifestaciones características: intenso temor al abandono, pasividad y búsqueda constante de ayuda y seguridad. Los síntomas fóbicos irían orientados a minimizar la separación (Bornstein, 1996).

Según Stone (1993), las demandas constantes de ser tranquilizado, la imposibilidad de expresar el desacuerdo y el ofrecerse para tareas desagradables constituyen medios para mantener la dependencia de las figuras significativas; la sumisión, el sentirse fácilmente heridos por las críticas y la desaprobación, y el aferrarse a las relaciones son, en cambio, maniobras defensivas típicas del trastorno, y su fracaso daría lugar a la sintomatología descrita en los demás criterios descriptivos del DSM.

En un estudio epidemiológico, Loranger (1996) comparó la edad, el sexo y la comorbilidad en el trastorno de la personalidad por dependencia y en otros trastornos de la personalidad. Se puso de manifiesto una mayor frecuencia del trastorno de la personalidad por dependencia en el sexo femenino y en sujetos de edad media superior a los 40 años. Por lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del Eje I, con respecto a los demás trastornos de la personalidad, pareció producirse una mayor asociación con la depresión mayor y los trastornos bipolares; no se observaron, en cambio, diferencias sig-

nificativas en la asociación con los trastornos de ansiedad y la distimia. Este dato parece contrastar con el DSM, que señala una frecuente comorbilidad con la depresión mayor, el trastorno de pánico, la ciclotimia, la fobia social y el abuso de sustancias.

Es interesante señalar que no se observa una mayor asociación con la dependencia del alcohol o de las drogas, que parecen, al contrario, perdominantes en otros trastornos de la personalidad, como el límite o el antisocial. De hecho, esta asociación se espera a menudo, probablemente por una tendencia estereotipada a asimilar el concepto de personalidad dependiente, entendida como predispuesta al uso de sustancias, al trastorno de la personalidad específico.

En cuanto a la asociación con los trastornos de ansiedad, algunos autores (Bellodi, Borgherini, Pallanti, 1999) destacan la necesidad de averiguar por la anamnesis si la sintomatología es precedente o posterior al diagnóstico del trastorno de la personalidad.

Otros estudios muestran una mayor asociación con los trastornos de la alimentación: el 53% de las pacientes anoréxicas y el 46% de las pacientes bulímicas presentan comorbilidad con el trastorno de la personalidad por dependencia (Zimmerman, Coryell, 1989).

El trastorno por dependencia se presta más que otros a un estudio desde dos perspectivas distintas que, a menudo, acaban por divergir. Una centra la atención en el funcionamiento intrapsíquico, como en los modelos descritos por Millon (1999) y la otra en el interpersonal, como por ejemplo en Birtchell (1997). No resulta fácil integrar los dos enfoques. Intentaremos hacerlo de la manera que sigue. Ante todo, describiremos los esquemas del sí mismo y los estados mentales que se ponen de manifiesto en las transcripciones de nuestras sesiones. Algunos de ellos, como el sí mismo inadecuado, el sí mismo frágil y el estado de vacío, ya se hallan presentes o implícitos en la literatura que hemos reseñado. Otros, como el estado de eficacia o el estado de coerción, son, por el contrario, prácticamente ignorados. A continuación explicaremos cómo dichos contenidos se hallan altamente influenciados por trastornos específicos de la metarrepresentación. Por último, describiremos la interacción entre estados mentales y déficit de metarrepresentación, y la génesis de ciclos interpersonales problemáticos que mantienen el trastorno.

8.2. Esquemas del sí mismo y estados mentales

Antes de adentrarnos en cada uno de los estados problemáticos, consideramos importante detenernos en la estructura representativa de estos pacientes acerca de su identidad; en otras palabras, en los esquemas del sí mismo que se manifiestan en cada uno de los estados mentales.

Éstos se caracterizan por una oscilación entre estados de autoeficacia, en que el sujeto tiene una imagen positiva, fuerte y adecuada de sí mismo (*sí mismo competente*), y estados de vacío terrorífico desorganizado, en que predomina una representación de *sí mismo inadecuado y frágil*.

A estos estados mentales básicos se añaden los que varían en función de las relaciones interpersonales: el estado de desbordamiento (*overwhelming)* y el estado de coerción.

8.2.1. El sí mismo inadecuado y frágil

La identidad de los dependientes se organiza alrededor de una representación del sí mismo como inadecuado, equivoco, ineficaz e incompetente. Este esquema de sí se acompaña de variaciones de los estados emocionales, en función del curso de las relaciones interpersonales y de los ciclos interpersonales activos en el momento. Este curso determina unas oscilaciones entre varios estados mentales con connotaciones e intensidades distintas: el polo positivo es un estado de eficacia por medio del cual el sujeto experimenta una representación de sí mismo como adecuado y competente.

El sí mismo frágil se caracteriza por temas de amenaza, soledad, abandono y pérdida. El sujeto mantiene constantemente la sensación de ser incapaz de afrontar solo los acontecimientos, aunque la presencia del otro permite una mayor sensación de competencia sobre las propias prestaciones. En consecuencia, el mayor sentido de eficacia y adecuación va acompañado, en todo caso, por un sentimiento estable de fragilidad, que determina la convicción de "no poder yo solo".

Estos pacientes tienen una necesidad constante de estar presentes en la mente del otro y de compartir y sintonizar profundamente en

todo momento. La idea que el otro no le tenga en mente les lleva a experimentar sentimientos terroríficos de vacío y de intensa frustración.

En el ejemplo siguiente, Lorena vive unos estados de confusión y angustia cada vez que el compañero se distrae de ella.

P.: ... Como siento que no tengo más poder sobre él, él es libre, no le importa un pepino, o es capaz de echarme, yo me siento confusa, me siento... asustada, me hundo en el pánico.

T.: ¿Está hablando de los momentos en que se pelea con el novio y usted no le encuentra? ¿Cuando su novio desaparece?

P.: No sólo entonces, sino también en los momentos en que no desaparece, pero me lleva a casa y él se va a lo suyo. En esos momentos, como estoy en casa sin él, empiezo a sentir estas cosas...

T.: ¿Siempre ha sido tan intensa su dificultad por la separación? ¿En otras relaciones, en otras historias?

P.: No.

T.: ¿No ha sido así? ¿En este caso se ha vuelto así?

P.: Sí.

T.: ¿Por qué, en su opinión?

P.: Porque antes tenía la seguridad de que esa persona dependía de mí, vivía en mi casa, no podía confiar en su madre, de manera que yo era su único punto de referencia; en cambio, ahora sé que puede contar con otras personas, es decir, me molesta cualquier cosa que haga que tenga que ver con otra gente que no sea yo.

Cuando el sujeto tiene esta representación, a menudo entra en un ciclo intrapsíquico de autoinvalidación por el que la sensación de fragilidad anula la de competencia, y se siente inadecuado e indigno. En consecuencia, el sí mismo inadecuado y el sí mismo frágil se influyen mutuamente como si la inadecuación personal quitara al sujeto no sólo la capacidad de defenderse, sino hasta el derecho a hacerlo. Además, el hecho de percibirse como frágil y vulnerable activa un ciclo de autoinvalidación recursiva (Mancini, Semerari, 1990), por el que esta representación se lee como una confirmación de la propia indignidad. La fragilidad se expresa, además, con el constante temor al abandono: "Soy inaceptable. Tengo la expectativa de que el otro se aleje de mí y encuentre alguien mejor", con una representación de la relación como precaria.

A veces, la necesidad de estar presente en la mente del otro adquiere las connotaciones de una prueba sobre el propio valor personal, como se muestra en el ejemplo siguiente, sacado de la terapia de Antonia, una muchacha de 25 años que llega a consulta por trastornos de la conducta alimentaria. Aflora rápidamente una pasividad excesiva en las relaciones afectivas, largas y caóticas, y una gran dificultad para organizar las actividades de estudio y de trabajo.

P.: ... Él vuelve a ir donde su amigo mecánico y yo me siento nuevamente tensa.

T.: ¿Por qué? ¿sospecha que pueda tener un ligue con el amigo mecánico?

P.: No, no, eso no me sabría mal, es decir, si fuera gay podría incluso aceptarlo hasta cierto punto, si tuviera tendencias, pero las mujeres, no, es la comparación... es la comparación, mi problema.

T.: Ah, con el amigo mecánico estaría bien.

P.: Con el amigo mecánico... pero me molesta, porque de todas formas me siento privada de mi rol, porque está él, él puede ser un apoyo, y yo, dejar de serlo. Nunca he estado tan insegura de mí misma. Ahora me obsesiono con cualquier mujer, lo veo, cualquier mujer por la calle le mira, que sea guapa o fea no tiene importancia, no me controlo, estoy celosa. Sí, es algo alucinante.

T.: ¿De dónde viene toda esta...?

P.: No lo sé, nunca he alcanzado estos niveles, es decir, al contrario, si veía una chica guapa podía admirarla tranquilamente y no me sentía en absoluto privada de algo.

T.: Pero ¿antes no se comparaba o estaba tranquila porque salía favorecida de las comparaciones? Es decir, también antes, establecer su valor personal en el plano intelectual o físico ¿era algo que la ocupaba y la ocupa todo el día? ¿es su mayor actividad mental?

P.: Sí.

T.: ¿Y por qué es tan invasivo, extendido y continuo el juicio de valor?

P.: El juicio de valor ¿quiere decir por qué me pregunto constantemente si lo hago bien o mal? Porque me invade la inseguridad, el miedo que igual los demás no me acepten, por lo que me controlo continuamente, me digo a mí misma si puedo pasar, si podré gustar. Ésta es la cuestión siempre, el hecho de tener que gustar siempre, siempre intentar adecuarme a lo que quieren los demás y nunca a lo que yo quisiera.

Para la paciente conseguir estar en la cabeza del otro, ganando también competiciones imaginadas, le confiere valor. Entonces, la coordinación interpersonal asegura no sólo una percepción de autoeficacia, sino la posibilidad de mantener una buena autoestima, al menos en esos sujetos con una representación negativa de sí mismos tan marcada, que a la inadecuación asocian la indignidad.

En consecuencia, los pacientes pueden buscar en la relación una confirmación constante de esa presencia, y someter el otro a presiones que, a menudo, activan ciclos interpersonales disfuncionales.

El ejemplo siguiente es extraído de la terapia de Benedetto, un hombre de 38 años que, a pesar de varias psicoterapias, tiene muchas dificultades en las relaciones interpersonales, donde oscila entre una oblatividad compulsiva y la búsqueda caótica de seguridad y cercanía.

P.: La otra noche nos peleamos otra vez, afortunadamente me he recuperado.

T.: ¿Qué pasó?

P.: Como de costumbre, ella estaba fuera por trabajo, la llamé y oía a alguien que reía. Le pregunté con quién estaba y me contestó que estaba en el bar con una amiga, pero a m me molestó mucho. Empecé a preguntar quién era, como iba vestida, por qué reía y por qué no me había llamado antes. Me dijo que el móvil estaba fuera de cobertura.

T.: ¿Tenía miedo que estuviera con P. [un colega considerado como un pretendiente]?

P.: Sí, claro, pero no lo sé, me molestaba que pudiera reír, gastar bromas. Seguí haciéndole preguntas hasta que ella me colgó.

T.: ¿Qué sintió en ese momento?

P.: Pánico, tenía miedo de que se hubiera acabado para siempre, esta vez. La llamé a continuación, luego hicimos las paces, pero ella ha dicho que no puede seguir así, y esto me provoca todavía más ansiedad, pero intento portarme bien.

T.: ¿Estaba celoso? ¿Se imaginaba una traición?

P.: No, era como siempre, me molestaba que se lo pasara bien sin mí y que con otra gente pudiera sentirse bien, y que pudiera dejarme.

T.: ¿De manera que ninguna imagen de escenas sexuales o actitudes seductoras de ella con otro?

P.: En absoluto, igual me imaginaba que estaba mona, que los demás la miraban, pero no era eso: no me había llamado, no pensaba en mí...

En este extracto se pone de manifiesto la fuerte necesidad del paciente de confirmar su importancia en la vida de la compañera, que surge, sin embargo, de un sentido inadecuado del sí mismo: "podía ver que sin mí y con los demás podía sentirse bien". Como destaca el paciente mismo, no son celos los que determinan el malestar, sino el hecho que ella se había "olvidado" de llamarle, lo que era una clara señal de ausencia en el escenario mental del otro, y, por ello, de escasa importancia. Luego, la forma en que plantea la demanda de ser tranquilizado pone en marcha un ciclo interpersonal disfuncional que suscita la reacción agresiva por parte de la pareja, que aumenta la inseguridad y la sensación de precariedad de la relación.

8.2.2. Estado de autoeficacia

Es el estado deseado, caracterizado por un sentimiento de bienestar psicofísico, dominio de sí mismo, seguridad y alegría. En cuanto a la autoeficacia nos remitimos a la definición de Bandura (1995): la creencia en las propias capacidades de organizar y manejar las tareas y las situaciones para alcanzar los objetivos prefijados. Este concepto coincide con la autoestima de competencia y se diferencia de la autoestima ética, que atañe de modo más general al valor del individuo (Castelfranchi, 1988).

Como subraya Bandura, el sentido de autoeficacia puede derivar de cuatro fuentes: a) las experiencias de gestión eficaz; b) la observación de personas similares a uno mismo que alcanzan objetivos análogos (la experiencia vicaria); c) el contexto interpersonal, cuando nos convence sobre nuestras competencias; d) la mejora y el mantenimiento de buenas condiciones psicofísicas. La experiencia subjetiva de autoeficacia depende de la evaluación inmediata de la relación que existe entre las tareas que nos representamos y los recursos que percibimos a nuestro alcance.

En los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, el estado de eficacia personal está supeditado, de forma característica, a la presencia de una relación significativa segura y estable. En el sistema cognitivo de un sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia, la dependencia no es la enfermedad, sino su

curación (Nicoló, Carcione, 1996). La separación del otro no parece siquiera imaginable. En consecuencia, mientras persista el estado de autoeficacia, la dependencia será del todo egosintónica, y el paciente pocas veces o nunca acudirá a terapia por este problema. Más a menudo, la demanda de terapia será motivada por la ruptura de una relación significativa o el temor que eso pueda ocurrir; o bien, la preocupación de los familiares sobre el grado de mal funcionamiento social o laboral causado por el comportamiento dependiente; o bien, el conjunto sintomatológico del que se queja el propio paciente, en general del tipo de los trastornos de ansiedad o depresivos, activado por todas las situaciones que hacen peligrar o que amenazan la dependencia misma (Bornstein, 1996). Es, efectivamente, el temor a la ruptura o la ruptura de la dependencia lo que genera los síntomas, al contrario, por ejemplo, del sujeto fóbico, para el cual es la misma sintomatología ansiosa que determina la dependencia del otro (Guidano, Liotti, 1983), percibida, por tanto, como egodistónica.

El mantenimiento de la dependencia permite la permanencia de la representación de sí mismo como competente, pero no anula la de un sí mismo débil.

8.2.3. Estado de vacío desorganizado

Como hemos visto en los ejemplos de las sesiones de Lorena, la ruptura de la dependencia genera el estado mental temido, de *vacío desorganizado*. Está caracterizado por temas de pensamiento de abandono y pérdida y por ausencia de deseos activos; la sintomatología puede ser de tipo depresivo, pero también disociativo con despersonalización, desrealización y alteración del esquema corporal. Otra paciente, Alessia, explica:

P.: Cuando estoy sola y me alejo de mis padres me siento disgregada. Es como si, incluso en el espejo, no consiguiera verme entera, sólo puedo verme a trozos. No puedo siquiera imaginarme toda entera.

En el ejemplo siguiente de la terapia de Rosana, observamos que la variación del contexto relacional interfiere dramáticamente en su estado mental, como destacan Millon y Davis (1996). Rosana llega a

terapia a la edad de 27 años con humor deprimido y dificultades para seguir los estudios universitarios. Pronto aflora en terapia el problema de la pasividad en las relaciones y el sentimiento de impotencia acerca de la posibilidad de dirigir el curso de la propia vida.

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

T.: ¿Cómo es eso?

P.: Estaba sola.

T.: ¿Y...?

P.: No puedo si estoy sola, si hubiese estado Roberto [el novio] habría sido distinto.

T.: ¿Hubiera hablado él?

P.: No, hubiese hablado yo, hubiese hecho todo yo, no hay problema.

T.: ¿Él le hubiera dicho cómo hacerlo y qué decir?

P.: No, no me hubiera dicho nada, absolutamente nada, e incluso no me importa un pepino lo que diga... no es eso, pero, cuando estoy sola es como si me quedara paralizada.

T.: ¿Qué piensa?

P.: Nada, oscuridad total, no sé qué hacer, si está él u otra persona, todo es distinto.

T.: ¿Y siempre lo hace todo usted, aunque esté otra persona? ¿Como para la reserva de las vacaciones de este verano?

P.: Sí, es más, me molesta cómo lo hace él.

Es evidente que la coordinación interpersonal es una condición indispensable para conectar con su sentimiento de autoeficacia, y que la presencia de otro significativo no es un simple reflejo de la necesidad de que alguien haga las cosas para y en lugar del sujeto, sino que permite la transición de un estado mental de inadecuación e incapacidad a un estado de autoeficacia y hasta de aparente autonomía en el manejo del problema.

8.2.4. Estado de "desbordamiento" (*overwhelming*)

En este estado predomina la representación caótica y simultánea de múltiples objetivos y tareas, sin la capacidad de seleccionar uno de ellos en el que focalizar la atención consciente. En este tipo de

estados los pacientes pasan de una tarea a otra sin organizar planes ni establecer prioridades. Veremos, más adelante, cómo este estado se activa generalmente debido a que las distintas relaciones de referencia animan el paciente a perseguir objetivos diferentes y, a veces, contradictorios. Con su típica complacencia, éste quisiera, entonces, satisfacer a todo el mundo; sin embargo, no consigue establecer prioridades o hacer elecciones que podrían dejar a alguien descontento. Este estado se caracteriza por una sensación de confusión, abatimiento y escasa eficacia personal. El sujeto se siente agobiado, oprimido por un sentimiento de desorden y confusión. Recordemos que nuestro sentido de eficacia depende del balance que efectuamos de manera intuitiva e inmediata entre las tareas representadas y los recursos autoatribuidos. Cuando el balance es favorable solemos experimentar una sensación de vigor y confianza; un balance incierto se acompaña de una sensación de irritabilidad disfórica; finalmente, si consideramos que las tareas son excesivas o los recursos inadecuados, entonces sentimos profunda abulia y astenia.

Destacamos que el balance no tiene lugar entre metas y tareas *objetivas*, sino entre objetivos y tareas *representadas*. Por consiguiente, una dificultad en la representación de los objetivos puede determinar una oscilación entre experiencias de vacío, donde no hay objetivos representados, y de desbordamiento (*overwhelming)*, donde los objetivos son demasiados.

P.: He intentado volver a tomar las riendas de la situación con relación a mi tesis... Una persona normal ya hubiera empezado a leer las cosas de forma metódica, desde el primer capítulo. Por la agitación que me invadía, la confusión, las ganas de hacerlo todo, he empezado el primer capítulo, luego he empezado el segundo capítulo, he empezado el tercer capítulo y, luego, el cuarto. Cada día me despertaba y empezaba otro capítulo para luego perderme en un párrafo. La confusión, la angustia de no conseguirlo me hacía pasar del primer capítulo al segundo, del tercero al cuarto. La confusión es esta vida mía, este sentimiento de incomodidad, este estado de ánimo alterado, me mueve entre muchos ámbitos, sin saber exactamente adónde ir [...]. No lo puedo afrontar, esto.

En este ejemplo, Lorena relata la confusión relacionada con la dificultad de seleccionar un objetivo y llevarlo a cabo; esto desencadena un sentimiento de escasa eficacia personal y de incapacidad de ser dueña de su estado mental.

También en los sujetos deprimidos está presente un bajo sentimiento de eficacia personal, pero en estos casos se halla más vinculado a la sensación de tener pocos recursos que a una representación excesiva y confusa de las tareas. La diferencia se pone de manifiesto también en un criterio del DSM-IV: "tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)" (APA, 1994).

8.2.5. Estado de coerción y de rebelión a la coerción

Está caracterizado por una representación de las relaciones como coercitivas acompañada por ansiedad, rabia y sensación de haber sufrido una injusticia. Como explicaremos más en detalle a continuación, los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia no son nobles autómatas, faltos de metas personales, dócilmente guiados por las expectativas ajenas: tienen objetivos propios, que, sin embargo, quedan a menudo apartados de su representación consciente. La acción y la vida misma se programan en coordinación con las expectativas, los deseos y las metas de las figuras significativas. El contexto interpersonal se convierte en el faro que guía las elecciones personales. No obstante, cuando las expectativas del otro no son compatibles con los objetivos personales, que existen a pesar de no estar representados, advierten un sentimiento de obligación a conformarse y se rebelan emocionalmente. La emoción es, a menudo, la rabia, pero los pacientes tienden a no reconocerla, probablemente porque admitir impulsos agresivos hacia la figura significativa abriría unas fisuras peligrosas en la representación de la relación. Las sensaciones corporales activadas por la rabia y por el sentimiento de coerción, como sensación de ahogo, respiración entrecortada, nudo en la garganta, etc., se pueden vivir con ansiedad y miedo a perder el control. Finalmente, la única emoción que se reconoce es la ansiedad, que justamente puede llevar a una demanda de terapia.

Algunos autores identifican como característica de los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia la tendencia a infravalorar los aspectos negativos de las relaciones y centrarse exclusivamente en los positivos para no afrontar eventuales momentos de crisis o separaciones. Eso ocurriría por medio del uso masivo de la negación como mecanismo de defensa que consentiría tolerar incluso las relaciones más desastrosas y evitar los impulsos hostiles (Kubacki, Smith, 1995). Esto sería responsable de la pobreza introspectiva y del escaso sentido crítico de estos sujetos, (Millon, 1981). El ejemplo que sigue pertenece a la terapia de Eva, una mujer de 30 años que llega a terapia con la demanda de tratar y manejar sus momentos de profunda ansiedad y tristeza. La paciente muestra fuertes dificultades para afrontar las situaciones en que el compañero mantiene hacia ella una actitud de reproche y distancia, situaciones que desencadenan un miedo agudo al abandono. En este estado mental, Eva es incapaz de reconocer determinadas emociones y de distinguir pensamientos y deseos distónicos de los del compañero.

P.: Ha sido una semana horrible, me he encontrado fatal. He empezado a sentirme cansada, muy fatigada, las piernas pesadas. Luego, ya sabe, con mi trabajo siempre tengo que prestar atención, hablar todo el día y, se lo aseguro, con un esfuerzo terrible. Sentía el cerebro como si estuviera envuelto en un papel grueso que lo hace todo mucho más pesado y me hace sentir como si estuviera dormida. Intentaba quedarme tranquila y hacer que todo me resbalara, y un poco sí que lo conseguía. Pero el otro día empezó a subirme la ansiedad, de manera tal que por la noche tuve unos sueños horribles.

T.: Ha dicho que de una sensación inicial de fatiga y cansancio, ha sentido que la ansiedad más adelante aumentaba. ¿Acaso recuerda dónde estaba cuando sintió ansiedad? ¿Qué estaba haciendo?

P.: Me estaba preparando para ir a la cama, Andrea estaba mirando la tele, yo, en cambio, estaba cansada y quería irme a dormir.

T.: ¿Cómo se había sentido con Andrea por la tarde?

P.: Como siempre. Él estaba alegre por la preparación del viaje.

T.: ¿Qué viaje?

P.: Nos vamos a Francia a casa de sus padres, salimos dentro de unos diez días.

T.: Recuerdo que a usted no le gustaba la idea de este viaje, no quería ir.

P.: Sí, es verdad, al principio no tenía nada de ganas. Además, en su fami-

lia hay una atmósfera como del "Mulino Bianco"*, todo perfecto parecen artificiales, pero luego él empezó a hacer morros, y a mí me hace sentir muy mal, lo percibo tan distante que al final yo misma me sorprendí yendo a reservar los billetes de avión. Ahora si pienso en este viaje me siento como un pajarito con las alas atadas.

La descripción de Eva es significativa por la dificultad de hacerse cargo de sus propios objetivos y negociarlos dentro de la relación, anteponiendo la sumisión a las metas ajenas y sintiendo, sin embargo, una profunda egodistonía emocional.

En ocasiones el sujeto se rebela al estado de coerción. A continuación, suele percibir un estado transitorio de alta eficacia, al que siguen rápidamente sentimientos de culpa, pena y temor al abandono y al castigo que lo llevan a estrategias de reparación, con el fin de mantener la relación. En el ejemplo siguiente observamos cómo Lorena advierte un intenso sentimiento de culpa cuando experimenta un estado de ánimo distinto al de la madre.

T.: ¿Cuál cree que es el mayor obstáculo para que disminuya este: "yo vivo sus malhumores"? [Referidos a la madre]

P.: Me siento culpable por vivir mi vida feliz y contenta y sabiendo que ella, en cambio, se encuentra mal. No tengo el derecho de hacer algo así. Es injusto que yo esté verdaderamente contenta en lo más profundo de mí, sabiendo que la persona a quien quiero, que me ha dado la vida, está mal. Su vida entera se ha planificado para mí, para mi hermana, por tanto sería una desagradecida sin límites si fuera feliz sabiendo que ella es infeliz. Una vellaquería... no es posible. 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 dolores dependen de una persona, que igual he conocido hace apenas un mes, imagínese de una persona que me ha dado la vida. Éste es el vínculo más fuerte. Conseguir despegarme de este lazo significaría haber podido desligarme de todas las ataduras que me mantienen morbosamente cercana a las personas que me rodean. Por ejemplo, a mí no me apetecía hacer el amor con esa persona, lo he hecho porque, de todas formas, era un modo de acercarme a él.

---

* N. de T.: Línea de productos alimenticios de la casa Barilla con un plan de marketing basado en una imagen de familia feliz tradicional, de hábitos sanos e incontaminados.

8.3. El funcionamiento de la metarrepresentación

8.3.1. El déficit de representación de los objetivos

Creemos que los estados mentales descritos hasta ahora se generan y se mantienen en gran medida por un malfuncionamiento específico de la función de metarrepresentación, caracterizado por la dificultad de acceder, en ausencia de una persona de referencia, a una representación de los propios deseos, de las metas personales, y de los planes para alcanzarlos (Carcione, Nicoló, Semerari, 1999).

La mente humana contempla múltiples objetivos de diversa naturaleza, a menudo contradictoria. Cada uno de éstos implica planes de acción que pueden resultar mutuamente incompatibles. Esta complejidad sugiere la existencia de mecanismos que regulan el acceso a la conciencia de un número finito de objetivos, al fin de hacer posible una acción orientada. Si las metas afloraran a la conciencia de manera desregulada, nos quedaríamos paralizados en nuestra relación con el mundo. Los mecanismos de regulación deben tener en cuenta el contexto y la situación, sin volverse excesivamente dependientes de ellos, con tal de mantener la coherencia necesaria en el manejo de la realidad. El proceso de regulación también puede resultar disfuncional en el plano cuantitativo: por defecto o por exceso. En el primer caso, no conseguimos representarnos ningún objetivo, y predomina la experiencia de vacío. En el segundo caso, nos representamos demasiados, y en esta situación predomina la experiencia de confusión, ineficacia y desbordamiento (*overwhelming*). Habitualmente, no hace falta ningún esfuerzo para activar conscientemente objetivos coherentes con el contexto.

Por ejemplo, si estamos haciendo un examen en la universidad, difícilmente se activará de forma inmediata el objetivo de saludar un viejo amigo. La regulación basada en el contexto interpersonal es un motor de elección profundamente adaptativo, sin la cual seríamos unos antisociales o, en el mejor de los casos, unos antisociales regulados por motivaciones autárquicas. Sin embargo, no siempre esta-

mos en relación con otros, incluso, a veces, ni siquiera conseguimos emprender una relación imaginaria. Además, dada la complejidad de las relaciones sociales, puede suceder que los contextos interpersonales hagan surgir objetivos diferentes y mutuamente incompatibles. Por estas razones es necesario que los procesos de heterorregulación basados en el contexto vayan acompañados de mecanismos de regulación autónoma que nos permitan ser activos y sentirnos vivos, aun cuando estemos solos, y saber qué metas perseguir aunque nos lleguen demandas contradictorias. Cuando hablamos de déficits de representación de los objetivos nos referimos específicamente a una debilidad de estos mecanismos de autorregulación, que en ausencia de relación con el otro produce en el sujeto un sentimiento de vacío y, en presencia de demandas relacionales múltiples, un sentimiento de desbordamiento (*overwhelming*).

Desde este punto de vista, la dependencia patológica se puede entender como un trastorno de la regulación de las elecciones, por el que la dinámica normal de deseos, valores y demandas propia del contexto relacional se ve alterada a causa de la salida de escena de los deseos. Si, por ejemplo, vemos un traje de corte elegante y a bajo precio, no necesariamente nos activaremos para comprarlo. En cambio, lo haremos si el traje nos gusta y nos imaginamos llevándolo puesto en una fiesta en que lo pasamos bien. En ese caso, sabemos lo que nos gusta, dónde encontrarlo y cómo conseguirlo. La activación emocional no guiará el proceso entero de elección, pero nos llevará a verificar la compatibilidad entre los valores (¿puedo permitírmelo económicamente? ¡no lo robaré!) y el contexto interpersonal (¿le gustará a mi pareja? ¿resultará agradable o ridículo?). Una regulación equilibrada de las elecciones prevé que deseos, valores y contexto interpersonal se influyan mutuamente para solucionar incompatibilidades y conflictos. Cuando, por la razón que sea, la utilización de alguno de estos factores es insuficiente, los otros tienden a la hipertrofia. *El uso masivo y unilateral del contexto interpersonal para determinar elecciones y metas a perseguir caracteriza el trastorno de la personalidad por dependencia* (Carcione, Conti, Dimaggio, Nicolò, Semerari, 2001).

8.3.2. Ausencia de deseos activos

Cabe subrayar que los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia no están privados de deseos autónomos y de objetivos marcados emocionalmente. Éstos, sin embargo, tienden a aflorar a la conciencia sólo como percepción de ajuste o contraste entre las propias metas y las ajenas. De manera característica, en estos pacientes la solución que se representa para los problemas planteados por una discrepancia, casi nunca consiste en un análisis de la situación o en la búsqueda de una mediación, habida cuenta de la diferencia de objetivos. Más bien esperan que el estado mental del otro cambie para establecer la coincidencia deseada. Hablando de las vacaciones inminentes, una paciente relata:

P.: No sé si quiero ir de vacaciones con ella, pero quiero que ella me pida que pasemos las vacaciones juntas.

La asunción de las expectativas ajenas se produce de forma sintónica e inmediata, y se busca activamente. En el ejemplo que sigue, Antonia describe su sensación de vacío y la necesidad extrema de adhesión a la persecución de las metas ajenas.

P.: Tengo miedo a lo que puede decir [referido al novio], lo que puede hacer, porque siento que tiene muchísimo poder sobre mí, y de hecho, como las cosas no van bien, es decir, como él tiene algo... en fin, parece que mi vida esté en sus manos, yo conduzco mi vida según su estado de ánimo. Entonces, estando así las cosas, hoy me he sentido muy mal, no estaba triste, no le echaba de menos, pero no tenía ganas de hacer nada, ni siquiera he abierto un libro. He vuelto a pensar que mi vida no tiene ningún sentido, y la sensación que experimentaba hoy era de... incluso en mi casa, es como si yo estuviera fuera... es como si no hubiera nada por detrás ni por delante, es decir, como si mi vida girara alrededor de las situaciones en las que me hallo, pero no me siento segura porque tengo la sensación de tener algo dentro, o de tener un pasado, unas raíces, y al mismo tiempo no tengo nada delante mío, y entonces me encuentro desplazada, parece como si no tuviera una vida, ni siquiera siento mi cuerpo, tengo la sensación de que me han metido dentro de algo que no es mío, de estar viviendo la vida de otro, de mi novio... y me siento desesperada.

En el ejemplo siguiente de Rosana observamos de qué modo el otro sugiere objetivos que la paciente asume automáticamente, a pesar de que en un momento anterior tenía claro que no coincidían con sus propias metas.

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

T.: ¿Otra vez? ¿No había dicho que ya no tenía ganas y que se había propuesto negarse si su tía se lo volvía a proponer?

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

T.: ¡Debe de haber insistido mucho!

P.: No, sólo me preguntó si quería seguir y no pude decir que no; por otro lado, también está bien, así consigo el diploma, es decir, el título.

T.: ¿De modo que ahora está contenta de hacerlo?

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

T.: ¿Qué siente?

P.: A veces, una sensación de ahogo aquí o me entran ganas de llorar, otras veces lo destrozaría todo.

T.: ¿Hubiera preferido hacer otra cosa?

P.: No, de hecho también es eso... vaya lo uno por lo otro, así que...

Cabe destacar el carácter marcadamente estado-dependiente del déficit. Como podemos observar en el ejemplo anterior, los sujetos no son alexitímicos ni presentan, necesariamente, una dificultad en diferenciar e identificar sus estados internos. No obstante, en ausencia de una coordinación con la mente del otro, su estado mental parece caer en un vacío indiferenciado. Nótese cómo la paciente del primer ejemplo de este apartado distingue acertadamente las características del estado: su insurgencia repentina al cesar la coordinación interpersonal ("mi vida está en sus manos, yo conduzco mi vida según su estado de ánimo"); la diferenciación del sentimiento de ausencia afectiva ("no estaba triste, no le echaba de menos, pero no tenía ganas de hacer nada, ni siquiera he abierto un libro. He pensado otra vez que mi vida no tiene sentido en absoluto"); los efectos sobre la percepción del estado físico: la falta de voluntad y la restricción de la conciencia ("ni siquiera siento mi cuerpo, tengo la sensa-

ción de que me han metido dentro de algo que no es mío"). En el segundo ejemplo se ponen de manifiesto sensaciones de coerción y de desbordamiento (*overwhelming*).

En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos no consiguen pensar en ellos mismos: la cohesión del esquema corporal puede disminuir. En tales casos la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos o a la búsqueda de estados de excitación erótica que se pueden concebir como formas de excitación sustitutoria de objetivos biológicos más primitivos y menos interpersonales, y como intentos de "sentirse", de volver a tomar contacto con el propio cuerpo.

Queda, sin embargo, un problema por resolver: si el sujeto no necesita que el otro significativo desarrolle las tareas en su lugar y, al contrario, se siente del todo adecuado en su presencia, ¿por qué la experiencia de una gestión eficaz y el recuerdo de una ejecución satisfactoria no permiten mantener el sentimiento de autoeficacia en ausencia de la figura de referencia? Una posible explicación es un mal funcionamiento metacognitivo específico, que concierne a la capacidad de integrar estados mentales distintos. Otra consiste en atribuir la gestión eficaz a la presencia del otro (*locus of control* externo).

La capacidad de integración en los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia es altamente estado-dependiente. A diferencia de los pacientes con trastorno límite o disociativo, en quienes la falta de integración se manifiesta también con fragmentación de la narración, que se presenta con una confusa superposición de varios hilos narrativos (Dimaggio, Semerari, en prensa), en los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia se observa un relato fluido y con coherencia interna. Los distintos estados mentales, sin embargo, pueden coexistir al mismo tiempo sin influenciarse recíprocamente y sin que se haga patente un punto de vista integrador. En el siguiente ejemplo vemos cómo Antonia tiene dos representaciones diferentes y contrastantes de la relación con su novio y que sus respectivas narraciones, a pesar de no estar integradas entre sí, resultan de todas formas claras e íntegras.

T.: ¿Qué tiene de especial esta historia?

P.: Que parece una historia de película; lo tiene todo de especial, al menos al principio. Ahora es un asco... Fue un flechazo y luego me cortejó de manera bestial, todos los días durante más de un mes me envió rosas, y rosas, y rosas a casa, por eso le digo, una historia de película.

T.: Este tipo de historias tan arrebatadoras, en fin, que te transportan...

P.: Además, enseguida hubo muchísimo *feeling* entre nosotros, era como si ya nos conociéramos de antes, cuando estaba con él era como estar con otra yo. Él ha sido la primera persona que me ha aceptado como soy, por eso me dio seguridad. Fue una temporada maravillosa. Luego seguimos juntos y todo lo demás... De todas formas para mí siempre ha sido una historia de película, porque era bonito. Los fines de semana juntos, los regalos inesperados, me sacaba a cenar casi todas las noches.

Este relato pone de manifiesto la percepción de la paciente de una preciosa historia de amor. Sin embargo, en un momento posterior de la sesión, observamos una percepción de la relación como frustrante y parasitaria:

P.: Yo luché para que mi novio viniera a vivir con mis padres, luego ellos también se mostraron muy abiertos y le aceptaron enseguida, si pueden echar un cable son los primeros. No obstante, desde que se ha marchado para volver a su casa, de esa temporada él no recuerda nada, al contrario, incluso a veces recrimina, después que mis padres le trataran como a un hijo. Luego, tengo la sensación de que me utiliza para cualquier cosa; necesitaba ir al notario, uno que yo había contactado, al principio se había mostrado amable y disponible, y luego, una vez llegamos allí me trató muy mal. Es decir, de vez en cuando tengo esta sensación de ser...

T.: ¿Y la tiene en esta secuencia tan rápida? Se estaba perdiendo en esos recuerdos tan apasionados e inmediatamente después le ha venido esta sensación de ser utilizada.

P.: No, pienso en esto cuando digo que es un bastardo, entonces me pongo a recordar las cosas negativas; si no me abandono a estos recuerdos tan bonitos que luego igual, en el momento en que los vivía, eran un palo. Lo que pasa es que desde fuera lo veo como algo fantástico, momentos maravillosos, que, en cambio, en realidad son una porquería.

En el relato de la sesión, la paciente muestra una buena capacidad de integración, reconoce el cambio de una representación a

otra de su pareja y de la percepción de la relación, pero esta integración fracasa en los momentos en que la relación está en curso, y de ahí la dificultad para construir una representación unitaria del otro (Kernberg, 1993).

Captar este déficit de integración requiere al terapeuta una particular atención, para no dejarse despistar por la claridad de las narraciones de los pacientes. El déficit de integración consiste en una disociación entre las distintas representaciones del otro e impide estrategias adaptativas para manejar la relación.

La no integración de los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia se podría explicar por medio de la función autorreguladora de Wells (2000). El sentimiento de inadecuación funcionaría, en este caso, como creencia metacognitiva del tipo "lo que yo pienso no tiene valor": de este modo, el sujeto no daría valor a su propia elaboración y modificaría constantemente su punto de vista, adaptándolo a las influencias relacionales del momento, sin poder hallar un punto de vista integrador.

8.3.3. Déficit de comprensión de la mente ajena

La dificultad de comprensión de la mente ajena se presenta con dos posibles variantes. En un caso se halla especialmente potenciada y sofisticada a causa de la necesidad de comprender los deseos y las metas de los demás, para poder compensar el déficit de representación de los propios. En este caso, la coordinación interpersonal se alcanza con facilidad incluso en ausencia de la figura de referencia. En los pacientes más graves, sin embargo, la comprensión de la mente ajena puede ser deficitaria, y en ese caso se buscará la coordinación con las metas, los deseos, las intenciones y las expectativas ajenas por medio de demandas apremiantes de seguridad y consejos.

En todos los casos, la función de descentramiento es deficitaria, de hecho, incluso la mejor comprensión de la mente ajena se efectúa desde una perspectiva egocéntrica, dirigida principalmente al mantenimiento de la relación. La diferencia descrita es la responsable de las distintas tipologías de ciclos interpersonales que mantienen la patología.

8.4. Ciclos interpersonales

Para los sujetos con trastorno de la 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 un sentimiento de autoeficacia que le permite evitar el estado de vacío terrorífico. Sobre la base de estos supuestos, creemos que en los modelos de relación propuestos por los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia es posible identificar tres ciclos interpersonales disfuncionales prototípicos, que hemos llamado *ciclo oblativo*, *ciclo caótico-desregulado* y *ciclo sado-masoquista*. Vamos ahora a describirlos detalladamente.

8.4.1. Ciclo oblativo

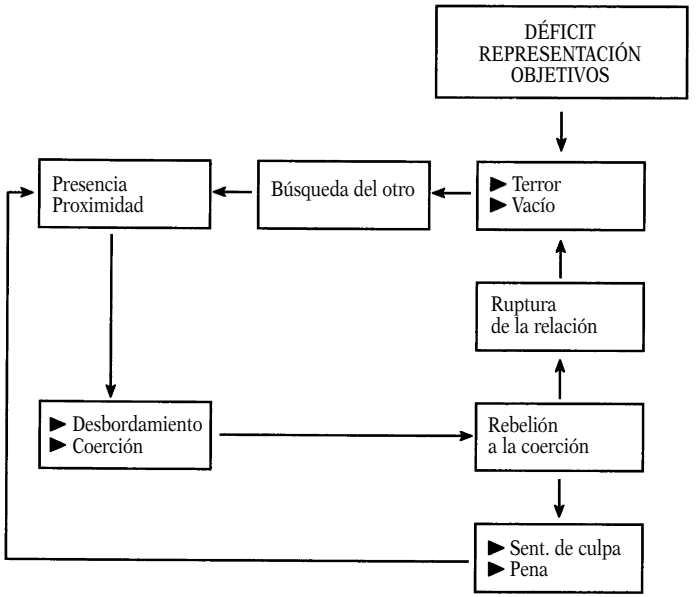
Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia saben cómo hacer feliz al otro, satisfaciendo y anticipando amablemente y eficazmente sus necesidades. Hasta tienen la impresión de desear las metas del otro, que asumen y no distinguen de las propias, presentes, pero poco representadas. Por lo tanto, el sujeto tiene 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.

Un colega nos explica una anécdota muy significativa: al principio de una sesión, mientras hacía pasar a su despacho una paciente con trastorno de la personalidad por dependencia, echó una mirada a la estantería de la habitación y se dio cuenta de que unos libros habían caído de la repisa; tuvo la idea de volver a colocarlos. La paciente captó su mirada por un instante y, mientras el colega se sentaba, ella misma se puso a ordenar la librería.

La extraordinaria habilidad para "leer" la mente de los demás hace estos pacientes excepcionales en algunos momentos de la relación interpersonal, pero del todo ineptos en ausencia de un contexto interpersonal, aunque sea imaginario.

Éste es el elemento que caracteriza el ciclo *oblativo*, representado esquemáticamente en la Figura 8.1.

Fig. 9.1. Ciclo oblativo



Los pacientes, con tal de mantener la presencia y la proximidad de la figura de referencia, se adhieren constantemente a las expectativas y los deseos del otro. Los intentos de asumir metas propias son casi siempre ficticios; de hecho, los nuevos objetivos se manifiestan en contextos interpersonales nuevos y son a menudo la representación de las metas del nuevo contexto. Incluso los gustos gastronómicos, deportivos, estéticos, y hasta las normas morales pueden cambiar en función del otro; el paciente percibe estas metas como suyas hasta que la relación interpersonal aguanta, pero cuando ésta resulta mermada, muchos objetivos pierden el sentido que habían adquirido anteriormente.

No se trata de una simple subordinación/sumisión para obtener soporte y protección, sino de asumir los objetivos ajenos para organizar y dar forma a la propia experiencia.

En esta situación el otro se siente empujado a actuar de manera controladora dentro de la relación, disfrutando del poder de decidir y de centrar la atención en los propios deseos y necesidades. Esta actitud favorece y mantiene el comportamiento oblativo en el tras-

torno de la personalidad por dependencia, al menos hasta que se perciba la sensación de coerción.

En esta modalidad relacional, la comprensión de la mente ajena del trastorno de la personalidad por dependencia es extremadamente elevada y sofisticada; sin embargo, cuando aparece la coerción, la ausencia de descentramiento inhibe la percepción del posible contraste entre los propios objetivos y los ajenos. En consecuencia, los síntomas que se derivan del estado de coerción o de la sensación de desbordamiento son vividos como un acontecimiento inexplicable e imprevisto. La sensación de coerción, activada en la relación, llevará a la rebelión, que podrá tener dos desenlaces, según el estado mental o la reacción del otro participante de la relación: en un caso, el sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia ve o se representa al otro sufriendo, y experimentará un sentimiento de pena y culpabilidad, comportando un juicio moral sobre la propia conducta; al juzgarla como inaceptable, exhibirá un comportamiento reparador, orientado a reestablecer el *status quo ante*. En el segundo caso, en cambio, ante una reacción de alejamiento por parte del otro, debida al cambio relacional, el sujeto entrará en el estado de vacío terrorífico, que le llevará a buscar nuevamente la relación, reiterando el ciclo y manteniendo el problema.

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

P.: Creo que el error que cometo es empezar por una situación que es normal para todo el mundo, en la cual yo permanezco en mi esfera y la otra persona se queda en la suya. En un momento dado, cuando la situación avanza... tal vez aquella persona me atrae un poco más de la cuenta, es decir, la admiro, valoro esa persona, me gusta, me da seguridad; entonces empiezo a subir muchos peldaños... recorro un camino en su dirección y abandono mi vida, para entrar ya totalmente en la de la otra persona, mi única meta ya no es mi vida, sino sus problemas, sus negocios, sus penas, sus cosas, y las mías

desaparecen. Desde el momento en que recorro este camino estoy expuesta a todo tipo de sufrimientos. Si consiguiera quedarme con y dentro de mi vida, acercarme a estas personas, relacionarme permaneciendo en mí misma, otro gallo cantaría.

T.: Yo también lo creo.

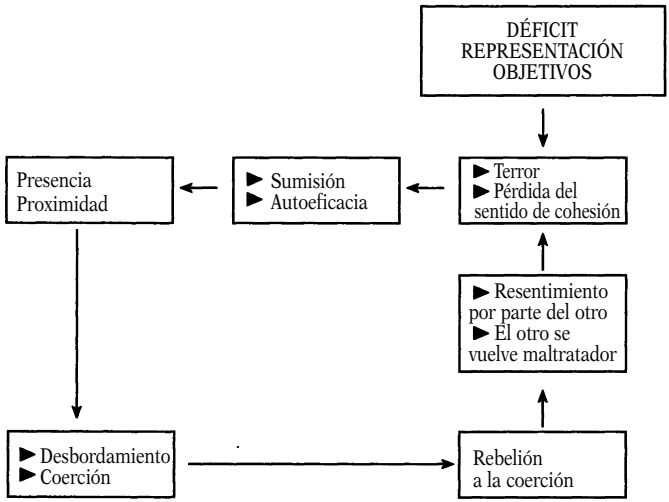
P.: En cambio, no entiendo en qué momento me dirijo hacia el otro. Mientras recorro ese camino no consigo percibir que estoy abandonando mi realidad para entrar e imaginarme totalmente en la suya. Me encuentro ya allí dentro, así que para mí volver hacia atrás sería un gran esfuerzo, ahora ya he entrado de lleno, y estas cosas me producen sufrimiento.

8.4.2. Ciclo sado-masoquista

Cuando la figura de referencia del sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia presenta una modalidad de relación estructurada por el dominio y el poder sobre el otro (por ejemplo sujetos con rasgos de personalidad límite, narcisistas o paranoides), puede ocurrir que la rebelión al estado de coerción por parte del sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia provoque una intensa reacción de resentimiento, hasta adquirir aspectos de maltrato. La sensación de pérdida de poder sobre el otro puede intensificar actitudes despóticas orientadas a reestablecer el control, que aprovechan la sensibilidad de los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia para experimentar sensaciones de miedo y de abandono. Cuando el sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia anticipa la distancia del otro y un posible abandono, surgen sensaciones de vacío terrorífico, a menudo acompañadas por una pérdida del sentido de cohesión, que posteriormente le empujan a buscar la proximidad por medio de la sumisión. El otro percibirá que su poder ha aumentado e intensificará los comportamientos de maltrato, dirigidos a someter. Se ilustra el *ciclo sado-masoquista* en la Figura 8.2.

Es a causa de sus escasas capacidades de descentramiento que el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia interpreta esta actitud maltratadora como provocada exclusivamente por el propio comportamiento, considerado exagerado o equivocado; además, la lectura egocentrada de la relación dificulta la posibilidad de

Fig. 8.2. Ciclo sado-masoquista



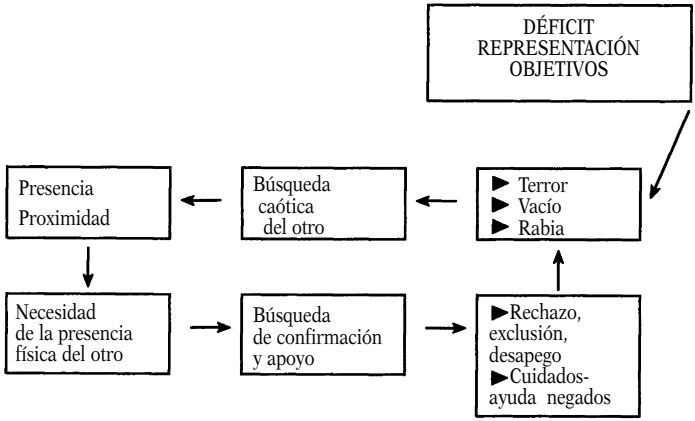
reconocer el papel del propio sentimiento de rabia y de rebelión en la inducción de la reacción ajena, seguida por la sensación de abandono y desapego.

Consideramos que este aspecto se sostiene también en el déficit de integración, en tanto que la dificultad reside en la posibilidad de mantener en la memoria las distintas representaciones de sí y del otro permitiendo una construcción coherente e integrada de la relación a lo largo de las distintas fases que atraviesa. El dependiente no integra la imagen maltratadora del otro y los estados de dolor que esto le causa, y mantiene la imagen dominante y escindida de un sí mismo feliz en presencia del otro idealizado.

8.4.3. Ciclo caótico-desregulado

En el establecimiento del ciclo interpersonal que hemos denominado caótico-desregulado, el sujeto tiene una comprensión deficitaria de la mente ajena, que dificulta la construcción de una representación estable de la mente ajena; esto exaspera la necesidad constante de seguridad y consejos. Por consiguiente, es posible que estos pacientes impliquen a familiares y personas significativas en rituales de confirmación extenuantes y obsesivos.

Fig. 8.3. Ciclo caótico-desregulado



Tendremos, pues, por un lado, las continuas y, a veces, obsesivas insistencias del sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia, orientadas a buscar constantemente confirmaciones afectivas explícitas y hasta la presencia física permanente del otro; por otro lado, el papel de las figuras significativas oscila entre prestarse a proporcionar pruebas de la propia disponibilidad, afecto y presencia, y el intento de alejarse a causa del agotamiento causado por la frecuencia y la insistencia de las demandas. Como es obvio, este tipo de oscilaciones no facilita la construcción de una representación confirmadora estable en la mente egocentrada del sujeto dependiente, que experimenta estados de vacío desorganizado durante los cuales se lanza a una búsqueda cada vez más caótica del otro, como podemos observar en la Figura 8.3, hasta reestablecer de alguna manera la presencia y la proximidad, dando inicio a un nuevo ciclo.

A veces el marco terapéutico individual no permite captar con claridad el nexo entre las modalidades obsesivas con las que se manifiestan la dependencia y el comportamiento caótico de las figuras de referencia. La terapia familiar puede constituir, en estos casos, un contexto de observación privilegiado (Carcione, Nicoló, Pontalti, 1995; Nicoló, Carcione, 1996).

8.5. Consideraciones sobre el diagnóstico diferencial del trastorno límite

Los aspectos de diagnóstico diferencial son muy importantes con relación a otros trastornos de la personalidad, especialmente al trastorno límite.

La alta comorbilidad se debe a que los clínicos observan los aspectos de la dependencia interpersonal como apoyo, ayuda y aprobación, que caracterizan muchos trastornos de la personalidad. No es casual que Bellodi, Borgherini y Pallanti (1999) consideren estos elementos como un área de alta vulnerabilidad teórica del trastorno, que confunde el diagnóstico. Respecto a esto, Birtchell (1997) subraya la necesidad de un cuestionario específico capaz de medir las distintas áreas en que se expresa la dependencia, que desglose sus componentes y correlaciones.

Por cuanto se refiere a los aspectos intrapsíquicos, más allá de la formulación diagnóstica, también subsisten problemas de diagnóstico diferencial. Ciertamente, la representación de sí mismo como inadecuado y débil no es una característica específica del trastorno de la personalidad por dependencia.

Además, la baja especificidad de los síntomas a menudo dificulta el diagnóstico. Por ejemplo, algunas características observadas en los pacientes con trastorno límite de la personalidad también se han puesto de manifiesto en los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, y algunos de los ciclos interpersonales descritos en el trastorno de la personalidad por dependencia y el funcionamiento mental en ellos implícito presentan muchas similitudes. Por lo tanto, es importante observar algunas características de los dos perfiles que permiten su diferenciación, dado que es frecuente la presencia de comorbilidad de los dos trastornos, que según Morey (1988) llega a una superposición en el 50,8% de los casos. Dichas diferencias consisten en una serie de características únicas del funcionamiento mental que conciernen la manera de estructurar un "equilibrio disfuncional". Uno de los problemas tiene que ver con la representación del sí mismo. La connotación de inadecuado y débil adquiere tonos menos

intensos en comparación con el sí mismo indigno y vulnerable del trastorno límite de la personalidad, lo que expresa la necesidad de sentir la propia competencia y autoeficacia por medio de la relación, antes que la necesidad de poder y de invulnerabilidad.

Una diferencia importante entre los dos cuadros psicopatológicos es la mayor estabilidad de las relaciones interpersonales que se encuentra en los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia, en quienes las rápidas, frecuentes e intensas oscilaciones de las representaciones del otro convierten las relaciones interpersonales del trastorno límite de la personalidad en mucho más caóticas e inestables. La sociabilidad del trastorno de la personalidad por dependencia resulta más congruente con el contexto en comparación con la búsqueda desregulada de las relaciones propia de los trastornos histriónico y límite.

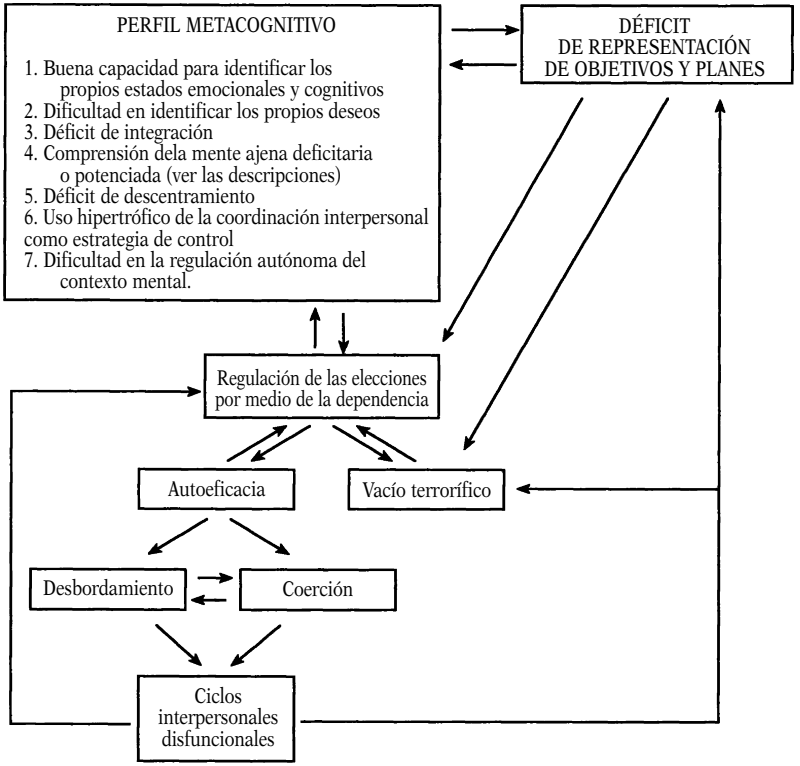
Otro elemento es el relativo al sistema de regulación de las elecciones: hipertrofia en el uso del contexto interpersonal en el trastorno de la personalidad por dependencia; caos en la regulación en el trastorno límite de la personalidad, que oscila de expresiones antisociales a otras narcisistas, hasta a formas de dependencia.

Por último, y no menos importante, es el estado interno del terapeuta. No resultará difícil comprobar cómo tales entidades nosográficas evoquen en el terapeuta estados internos específicos, dependientes más de la patología que de las características personales del terapeuta. Los pacientes dependientes casi nunca manifiestan las heridas y las reacciones de irritación de los ciclos invalidantes o de los estados urgentes de alarma tan frecuentes en el trastorno límite.

8.6. El modelo general de funcionamiento

Después de haber analizado cada uno de los elementos que constituyen el cuadro del trastorno, es posible proporcionar una visión de conjunto que permita comprender sus relaciones (ver Figura 8.4). Para facilitar al lector la lectura de la ilustración, los elementos presentes en la Figura aparecen en cursiva en el texto.

Fig. 8.4. Modelo general de funcionamiento del trastorno de la personalidad por dependencia



El modelo general de funcionamiento se puede leer de manera circular, por lo que cada elemento del ciclo realimenta los demás. El *perfil metarrepresentativo* que se identifica en el trastorno de la personalidad por dependencia tiene su núcleo central y característico del trastorno en el *déficit de representación consciente de objetivos y deseos*. Este déficit comporta una modalidad estable de regulación *de las elecciones personales por medio de la dependencia de figuras significativas*. Ésta alimenta una representación de sí mismo como inadecuado y débil, del que se deriva la necesidad del sujeto de recurrir a la coordinación interpersonal. Ello permite experimentar temporalmente un fuerte sentimiento de identidad y de *autoeficacia*, hasta el punto que se llegan a asumir los deseos y las expectativas del otro

como propios, con lo que el sujeto evita el temido estado mental de *vacío terrorífico*, vinculado a los déficits metacognitivos (ausencia de deseos activos) y a la incapacidad de fundamentar la propia identidad en el ejercicio prolongado de las propias actitudes. En el curso de las relaciones interpersonales la distonía entre los deseos propios y ajenos determina dos estados mentales; uno caracterizado por la sensación de *coerción*, rabia e injusticia sufrida; el otro, por *desbordamiento* (*overwhelming*), en que el sujeto percibe simultáneamente una multiplicidad de objetivos. Ambos estados generan un conjunto de síntomas variables que lleva a sustraerse de la relación con modalidades disfuncionales. La activación de los ciclos interpersonales disfuncionales no permite vivir experiencias que pongan en entredicho los esquemas interpersonales y los individuales, ni se estimula el desarrollo o la mejoría de las habilidades metacognitivas deficitarias. Todo ello comporta que el funcionamiento problemático continúe y que, en consecuencia, el trastorno de la personalidad se mantenga.

9 ¿Paciente ideal o paciente difícil? El tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia

Antonino Carcione

9.1. La regulación de la relación y la gestión de la dependencia en el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia: ¿paciente "ideal" o paciente "difícil"?

Un día, en el curso de mi actividad psicoterapéutica, me di cuenta, aunque demasiado tarde, de un "abominable error": había citado dos pacientes a la misma hora. Estaban allí, en la sala de espera. Entendí que era hora de tomarme unos días de vacaciones, sin embargo ¡el daño ya estaba hecho! Basándome en un criterio de mayor urgencia clínica, evalué rápidamente a cuál de los dos pacientes era oportuno aplazar la sesión, y disculpándome, lo hice. El paciente "desplazado" tenía un trastorno de la personalidad por dependencia y, sin siquiera protestar, se fue, dando las gracias por la nueva cita.

Este ejemplo no es azaroso: situaciones similares se producen sistemáticamente en la experiencia clínica, y describen uno de los problemas ligados a la terapia de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia: la instauración de ciclos interpersonales oblativos en la sesión. Tal como el paciente con trastorno límite de la personalidad nos alarma y nos transmite una sensación de urgencia,

el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia nos da seguridad y nos induce una actitud cuidadora instintiva, pero... ¡sin prisas! Al contrario, la única urgencia que parecemos tener con esta tipología de "buenos" pacientes es la de ayudarlos para que se liberen de los vínculos de dependencia (estudio, trabajo, familiares, relaciones que interfieren, etc.), imaginándonos una consecuente solución inmediata del sufrimiento.

Sin embargo, la realidad clínica plantea problemas más complejos que, a nuestro parecer, sitúa los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, además de los que padecen otros trastornos de la personalidad, entre los que Perris llamaba "pacientes difíciles", refiriéndose a la dificultad de establecer una relación terapéutica sólida y eficaz. Efectivamente, la dependencia no es una simple necesidad de ayuda y seguridad frente a los miedos, sino que constituye el elemento en que se basa la regulación de las elecciones, que permite percibir metas y deseos y contrasta sensaciones terroríficas de vacío; en una palabra, la dependencia hace que el sujeto se sienta vivo.

En las formas menos graves, en las que no se observa una gran dificultad en la comprensión de la mente ajena, los pacientes resultan, generalmente, simpáticos y agradables gracias a sus cualidades de sociabilidad, pero, también en este caso, el terapeuta, en primer lugar, tendrá que evitar participar en ciclos interpersonales problemáticos. Su estado de ánimo tiende a oscilar entre una tendencia a la hiperimplicación, a menudo caracterizada por fantasías narcisistas elicitadas por la complacencia de la paciente, y una leve irritación por su pasividad (Perry, 1996). Según nuestra experiencia, estas variaciones no suscitan problemas especiales, y se resuelven fácilmente evitando ser indulgentes. En los casos graves, en cambio, el terapeuta puede que sienta la dependencia del paciente hacia él como una responsabilidad intolerable, y que advierta la tendencia a evadirla.

Puede suceder que se infravalore la gravedad del trastorno y el papel invasivo y patológico del déficit de representación de los objetivos. En tales casos, se tiende a estimular, ya desde las primeras eta-

pas de la terapia, una rápida autonomía del paciente, por medio de confirmaciones y consejos, sobre todo si se trata de personas adultas, de buen nivel social y con buenas oportunidades de vida. La mayoría de las veces, el éxito de estas intervenciones, caso de producirse, se revela temporal y vinculado a la creación de un ambiente favorable; sin embargo, la inevitable insurgencia de eventos problemáticos sume de nuevo al paciente en un profundo estado de vacío.

Por el contrario, la terapia tiene que tomar en cuenta los diversos aspectos del trastorno y debe dirigirse hacia el tratamiento de los estados mentales problemáticos, la compensación del déficit de representación de los objetivos y la interrupción de los ciclos interpersonales disfuncionales.

El recurso excesivo a una figura de referencia para regular las elecciones y las acciones no es una patología, ni constituye el problema del paciente. El problema reside acaso en la carencia de mecanismos de regulación autónoma. "Combatir la dependencia" en estos pacientes es como querer rehabilitar la musculatura de una extremidad después de una fractura, reduciendo la hipertrofia muscular de la extremidad sana. El terapeuta puede aceptar serenamente que aumente la dependencia del paciente hacia él, sin que ello signifique alimentar su patología, sino más bien utilizar un proceso compensatorio. Será el trabajo de potenciación de los procesos de toma de conciencia de los propios objetivos y de regulación de los planes lo que equilibre la dependencia sintomática hacia una modalidad más funcional (Carcione y otros, 1999).

La dificultad, pues, no consiste tanto en la aplicación del modelo de terapia, que más bien consideramos simple y lineal, sino en la frecuente tendencia a entrar en ciclos disfuncionales, que se pueden evitar por medio de operaciones de disciplina interior. Los marcadores relacionales que señalan la tendencia a poner en marcha maniobras antiterapéuticas son: la búsqueda de una ruptura rápida de la dependencia, que conduce a ciclos oblativos (por ejemplo, dar consejos frecuentes y sugerir objetivos); la tendencia por parte del terapeuta a sustraerse por un excesivo sentimiento de responsabilidad, dado que teme que se reproduzca una nueva relación de depen-

dencia; la sutil participación en ciclos de maltrato (cambiar las citas, etc.) por la irritación producida por la excesiva pasividad del paciente, o, al contrario, por el exceso de tranquilidad suscitada por su cordialidad y complacencia.

9.2. El esquema de la intervención

Una vez conseguida la gestión de los ciclos problemáticos, el terapeuta deberá intentar romper los circuitos de interacción entre los estados mentales, los déficits metacognitivos y los ciclos interpersonales disfuncionales puestos de manifiesto y esquematizados en la Figura 8.4, con el fin de perseguir cuatro objetivos fundamentales: el aumento de la conciencia de los objetivos, la gestión de las problemáticas interpersonales, la gestión de la experiencia de vacío y la de las experiencias de desbordamiento (*overwhelming*).

El protocolo terapéutico requiere los pasajes que vamos a reseñar y a detallar a continuación en este capítulo.

1) La regulación de la alianza es el objetivo inicial, al que hemos dedicado expresamente el principio del capítulo. El terapeuta identifica rápidamente en la sesión los indicadores personales de activación de los ciclos interpersonales disfuncionales (sentimiento de protección, tendencia a dar sugerencias y consejos, irritación); luego, formula de manera clara y explícita el contrato terapéutico: no trabajar contra la dependencia, sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones de modo autónomo. En esta fase se necesita tener presente la idea de que el paciente tiene un déficit de descentramiento, por lo que leerá de manera egocéntrica el estado mental o las formulaciones del terapeuta y pondrá especial cuidado en la formulación de las intervenciones (¡una sensación similar al "caminar pisando huevos" producida por los pacientes con trastorno paranoide!). El paciente necesita formarse una representación estable de la actitud del terapeuta, y percibir que éste evita la responsabilidad de gestión puede hacerle recurrir a demandas caóticas de confirmación, que activan los ciclos disfuncionales.

2) Reconocer y definir el estado mental con que el paciente llega a sesión: vacío depresivo, vacío desorganizado, ansiedad y/o rabia. Hará falta reconstruir y promover las narraciones de episodios prototípicos, mostrar al paciente cuáles son los estados mentales que tiende a experimentar con mayor frecuencia, y cuáles son los dominantes. Se tendrá que mostrar la jerarquía de importancia entre los distintos estados. En general, el paciente trae como estado problemático el de abandono por parte de las figuras de referencia, y tiende a infravalorar el sentimiento de vacío subyacente que, sin embargo, influye mayormente en el mantenimiento del malestar.

3) Paralelamente a esta operación habrá que poner en evidencia los déficits metacognitivos para que el paciente tome conciencia de la dificultad para identificar los propios objetivos y deseos.

4) Son necesarias constantes intervenciones de *validación emocional*. Éstas tienen el objetivo de *normalizar* y *compartir* la experiencia del paciente, especificando que se discute la problemática relacionada con el trastorno, y no el valor y la dignidad personal, con el fin de bloquear los frecuentes mecanismos de autoinvalidación causados por una representación de sí mismo como *inadecuado*.

5) Después de haber compartido y validado la experiencia problemática, se puede pasar a la *exploración y discusión de las estrategias de gestión* (regulación). Éste es el momento adecuado para aclarar el contrato terapéutico y centrarlo en el mecanismo de regulación de las elecciones. Ahora se fijan los objetivos siguientes:

- Explicar el sistema de regulación de las elecciones.
- Identificar las estrategias de gestión (regulación) utilizadas (en general, el recurso a la coordinación interpersonal) y promover otras que permitan la regulación autónoma de la organización mental.
- Examinar con el paciente los ciclos interpersonales disfuncionales y promover habilidades metacognitivas de monitorización de objetivos y deseos, descentramiento y diferenciación sí/otro e integración.
- Incrementar la autonomía (Beck, Freeman et al., 1990), la autoeficacia (Sperry, 1995) y la competencia. (McCann, 1995; Retzlaff, 1995).

9.3. Identificación de los estados problemáticos.

En la primera fase de la intervención el objetivo no será el cambio, sino el conocimiento de los estados mentales y la construcción de la alianza; sucesivamente, después de la validación de lo aprendido, se definirá un plan para el cambio.

El análisis de los contenidos mentales se dirige, ante todo, a reconocer y definir el estado mental con el que el paciente llega a la terapia: vacío depresivo, vacío desorganizado, rabia y/o ansiedad.

Muchos de los ejemplos siguientes se han sacado de la psicoterapia de Antonia, de quien ya hemos hablado en el capítulo anterior.

P.: Estaba espantada, porque tenía miedo a volverme a quedar sola [llorando] y tenía miedo a decir claramente lo que pensaba, porque temía que se fuera, y que luego no hubiese forma de arreglarlo y, además, me genera terror esta persona, porque es muy agresivo en su manera de hacer, nunca me deja hablar, no…

T.: Terror, es fuerte la expresión.

P.: Sí.

T.: Miedo muy intenso.

P.: Es miedo a él, mezclado…pero no es miedo a que me pegue, en absoluto, miedo a lo que puede decir, lo que puede hacer, porque siento que tiene muchísimo poder sobre mí. Como él tiene algo, parece que mi vida esté en sus manos. Yo conduzco mi vida según su estado de ánimo. Hoy me he sentido muy mal, no tenía ganas de hacer nada, ni siquiera he abierto un libro, he vuelto a pensar que mi vida no tiene ningún sentido, y la sensación que experimentaba hoy era de… incluso en mi casa, es como si yo estuviera fuera, es como si mi vida transcurriera, aquí en este momento, en cualquier otro lugar […] parece como si no tuviera una vida, tengo la sensación de que me han metido en algo que no es mío, y me siento desesperada, porque quisiera que alguien me ayudara, pero, al mismo tiempo, nadie me puede ayudar, que tengo que ser yo la que me ayude en esta situación, es decir, a salir de ella, porque otro no me puede sacar. Sólo yo puedo decir, tomar decisiones, […] yo me siento impotente, no me veo capaz de decidir, es decir, en realidad no sé hacia dónde volver la cabeza.

El terapeuta intenta redefinir y resumir los componentes del estado mental, resaltando la relación entre los temas de pensamiento y la organización emocional.

T.: Espere, ha dicho tres cosas importantes, nada menos que tres, vamos a analizarlas: en primer lugar, esta reacción de miedo, de pánico, de terror a que este chico la pudiera dejar de un momento a otro, es decir, su reacción frente a estas acusaciones, a estos reproches, ha sido realmente de miedo y de terror a un abandono, básicamente; luego, en casa, tuvo la sensación que su vida fuese un cielo abierto: en función del humor de su novio, los acontecimientos la arrastran, en el sentido de que no tiene un recorrido propio.

P.: No tengo un camino.

T.: Una dirección, algo, que es más o menos lo más significativo que me ha dicho…y el tercer aspecto que ha mencionado es que por encima de todo esto se siente desesperadamente impotente, necesita ayuda, y siente una impotencia personal, y también un pesimismo frente a la posibilidad de recibir ayuda. Hay tres cosas que quisiera analizar, su terror al abandono, su sensación de no tener una dirección, y su convicción de no poder recibir ayuda, ni poderse dar una dirección. Empecemos por la primera, ¿es típico en usted este terror a que la abandonen, esta intolerancia al abandono, a la perspectiva del abandono?

El terapeuta subraya que el estado emocional que expresa la paciente de ansiedad y miedo, es en realidad la expresión de tres estados mentales relacionados entre sí. Cada uno presenta características específicas, merece una atención adecuada y requiere estrategias de solución diferentes: el temor al abandono, el vacío en ausencia de objetivos y el sentimiento de impotencia e inadecuación.

En el ejemplo, la paciente muestra dificultad para identificar los estados internos. Sin embargo, en ese momento la atención se centra en el análisis de los contenidos, más que en el déficit metacognitivo, con el fin de definir con la paciente el sentido y la motivación de la sintomatología ansiosa.

9.3.1. Las narrativas prototípicas

El diálogo psicoterapéutico se desarrolla a través de relatos de historias sobre nuestros pacientes, su vida interior, sus relaciones y su modalidad personal de construir el significado de los acontecimientos. Algunas narrativas son más típicas y completas que otras para captar el núcleo de las problemáticas psicopatológicas y facilitar la comprensión del mapa que guía la acción (Dimaggio, Semerari,

2001a). Por lo tanto, será oportuno ayudar al paciente a reconocer y recordar algunas narraciones prototípicas que contribuyan a identificar las características de su funcionamiento en el contexto de las relaciones. Volvamos al ejemplo ya citado en el capítulo general, sacado de la terapia de Lorena, que es un buen ejemplo de la descripción del problema de la dependencia.

P.: Creo que el error que cometo es empezar por una situación que es normal para todo el mundo, en la cual yo permanezco en mi esfera y la otra persona se queda en la suya. En un momento dado, cuando la situación avanza... tal vez aquella persona me atrae un poco más de la cuenta, es decir, la admiro, valoro esa persona, me gusta, me da seguridad; entonces empiezo a subir muchos peldaños... recorro un camino en su dirección y abandono mi vida, para entrar ya totalmente en la de la otra persona, mi única meta ya no es mi vida, sino sus problemas, sus negocios, sus penas, sus cosas, y las mías desaparecen. Desde el momento en que recorro este camino estoy expuesta a todo tipo de sufrimientos. Si consiguiera quedarme con y dentro de mi vida, acercarme a estas personas, relacionarme permaneciendo en mí misma, otro gallo cantaría.

T.: Yo también lo creo.

P.: En cambio, no entiendo en qué momento me dirijo hacia el otro. Mientras recorro ese camino no consigo percibir que estoy abandonando mi realidad para entrar e imaginarme totalmente en la suya. Me encuentro ya allí dentro, así que para mí volver hacia atrás sería un gran esfuerzo, ahora ya he entrado de lleno, y estas cosas me producen sufrimiento.

Se pone de manifiesto de manera especial cómo la paciente se concentra progresivamente en el estado mental del otro, hasta confundirlo con el propio; los deseos del otro se convierten en sus deseos, la vida del otro se convierte en su propia vida: ¿cómo podría no existir vacío en ausencia de una relación significativa?

A través de esta narración, es fácil comprender como se instaura progresivamente la dependencia, y evocarla en el curso de la terapia facilita la construcción de un estado mental compartido para afrontar los problemas. En la fase sucesiva, pues, el terapeuta volverá a tratar el tema de los estados mentales mostrando sus causas, los desencadenantes, y poniendo en evidencia cómo la dependencia se busca compulsivamente para evitar el estado de vacío y cómo de hecho

impide el acceso a estados potencialmente más adaptados, que pongan en entredicho la representación inadecuada y dependiente de sí, y que construyan un concepto de sí autónomo y eficaz.

Dimaggio, Salvatore, Azzara y Catania (2003) señalan cómo rescribir algunos capítulos de la historia personal puede ser terapéutico desde varios puntos de vista. En la reescritura se reorganizan historias confusas y aparecen nuevas representaciones del sí mismo dentro de historias de vida en que el sujeto aprende a moverse en ámbitos anteriormente ignorados: "por ejemplo, un paciente con personalidad dependiente [...] descubre que es capaz de actuar creativamente" o un sujeto "que cree que su propio bien se consigue en detrimento de los demás y que sufre sentimientos crónicos de culpabilidad, además de invalidarse sus propios objetivos, puede descubrir que el placer de alcanzar una meta no necesariamente va relacionado con dañar a los demás".

9.4. La intervención sobre las funciones metacognitivas

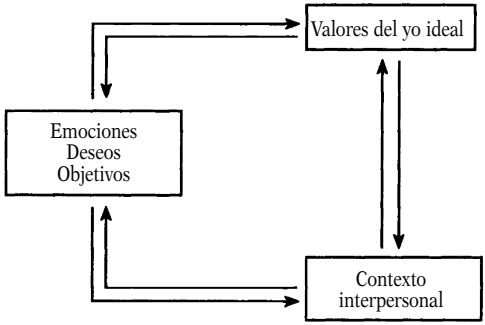
9.4.1.Explicar el déficit y el mecanismo de regulación *de las elecciones*

Ya desde las primeras fases de la terapia es indispensable que el paciente sea consciente de sus dificultades para identificar metas y deseos. La intervención terapéutica que sigue describe una posible explicación del problema característico del trastorno de la personalidad.

T.: Es como olvidarse de tener una capacidad autónoma de respirar y regular el ritmo mismo de la respiración, entonces se genera una representación de sí mismo como necesitado de respiración asistida para vivir, pero gracias a esto el sí mismo se ve como fuerte y adecuado.

Este ejemplo, que recoge una situación "fisiológica" de dependencia, resulta generalmente muy eficaz en el diálogo terapéutico, facilita una representación que se puede compartir con el paciente y que resultará fácil de evocar en las situaciones problemáticas. Hay que ilustrar este punto antes de pasar a una explicación clara del meca-

Fig. 9.1. Regulación de las elecciones



nismo general de regulación de las elecciones y del déficit. Cuanto más esquemática y clara resulte la explicación, más eficaz será.

En el apartado siguiente mostramos la secuencia entera en que el terapeuta, en el curso de una sesión, explica a Antonia el problema de la heterorregulación, y cómo ésta se relaciona con la conducta alimentaria.

T.: Entonces, yo he entendido tres cosas, diría que tres grandes problemas... empecemos por el que tiene más implicaciones prácticas, el hecho que usted no sabe organizarse, que dice que no sabe organizarse, que no tiene una dirección... esto casa, en mi opinión, con las crisis alimentarias, períodos en que tiende a engordar... quiero hacerle un pequeño esquema [Figura 9.1] para ayudarme a explicarle estos aspectos...

El terapeuta empieza a poner en relación el sentimiento de vacío con la ausencia de deseos activos, y ésta con las crisis alimentarias, dibujando en la sesión el esquema descrito en la Fig. 9.1 (Carcione y otros, 1999).

T.: Este triangulito [Véase Fig. 9.1] sirve para ilustrar cómo ocurren las elecciones equilibradas, el mantenimiento de los objetivos, la consecución de metas, la decisión sobre qué hacer y qué no hacer, etc. Por supuesto, inicialmente hay que saber una cosa, qué es lo que se desea, nuestros objetivos, es decir, los escenarios que nos representamos en nuestra mente, marcados positivamente o negativamente, lo que queremos hacer, lo que nos gusta, lo que no nos gusta, lo que se asocia a emociones positivas, lo que se asocia a emociones negativas, todo esto nos da una primera información importante...

El terapeuta subraya el aspecto de la marcación somática de los escenarios representados, dado que su comprensión por parte del paciente es un elemento determinante para poderle ayudar, en fases posteriores, a reconocer los deseos marcados positivamente. A continuación, señala la evaluación sobre la base de normas y valores personales, o de la distancia del yo ideal, de cómo quisiéramos ser.

T.: ... luego viene toda la evaluación, si se puede hacer, si no se puede hacer, si somos capaces, si no lo somos. Esto, sin embargo, también nos dice que algún deseo puede quedarse frustrado, de todas formas sabemos y entendemos que queremos esa cosa determinada...

El terapeuta explica ahora el recurso al contexto interpersonal en la regulación de las elecciones, y para eso utiliza el *nosotros universal* en la mayoría de las intervenciones (Semerari, Carcione, Nicoló, 2000), para compartir y normalizar la experiencia del paciente –que, como ya subrayamos, corre el riesgo de entrar en ciclos autoinvalidantes– y para facilitar un cambio metacognitivo.

T.: Ahora bien, saber lo que uno quiere no es algo fácil, a menudo para saberlo nos ayudamos con las expectativas y las influencias del contexto ambiental, esto es totalmente normal, es más, no sólo es normal, sino incluso sano; si frecuentamos un determinado círculo de personas, espontáneamente seleccionamos deseos coherentes con esas personas, con el contexto en el que nos hallamos... sin embargo, como nos desenvolvemos en varios contextos, también existen mecanismos por los cuales sabemos lo que queremos independientemente del contexto y de la relación con los demás...

Más adelante, siempre haciendo recurso al uso del *nosotros universal*, el terapeuta ofrece ejemplos de posibles escenarios compartidos en los que para cualquiera, en ausencia de relación, es fácil entrar en estados de vacío debidos a la ausencia de deseos activos.

T.: ... puede ocurrir que no podamos acceder a nuestros deseos en ausencia de un contexto interpersonal de referencia, de otra persona... cuando no sabemos qué hacer, no tenemos metas; o, mejor dicho, no es que no tengamos metas, sino que no conseguimos tener conciencia de ninguna, no conseguimos establecer ningún objetivo, así que se activa una sensación de vacío interno...

P.: Entiendo lo que quiere decir.

T.: Es esa sensación que tenemos de no saber bien, bien qué hacer, dónde ponernos, tragaríamos una carretilla de hormigón con tal de sentir el cuerpo.

P.: Lo que vivo cada día.

El paciente percibe que el terapeuta comparte la característica invasiva de su estado mental, la reconoce en su explicación, y puede diferenciar la percepción normal, "fisiológicamente" posible de la sensación de vacío, de la propia problemática psicopatológica.

T.: A menudo en estas condiciones se advierte la necesidad de comer o se activan metas más biológicas, de tipo sexual o de tipo alimentar, para colmar este vacío, porque si no tenemos ningún objetivo no logramos pensar en nada, tenemos literalmente la sensación de no existir, por lo tanto pensamos en nosotros mismos sólo en relación con una acción, es imposible no pensarnos en acción, intente imaginar que no hace nada, ya verá como no lo consigue. Aunque se imagine en el sofá, se imagina la acción de sentarse e imagina que se duerme, está haciendo la acción de dormir... para pensar sobre nosotros mismos necesitamos tener en mente una acción: pensar, estudiar, no necesariamente una acción física, si no, de veras que no conseguimos pensarlo.

Y esas son las condiciones en que no sentimos el cuerpo, cuando estamos así, sin una acción con un objetivo, ni siquiera sentimos el cuerpo...

El terapeuta intenta describir los distintos estados mentales que se pueden experimentar en las situaciones de vacío y, en concreto, subraya la correlación con la entrada en estados disociativos de despersonalización.

T.: Entonces, ¿qué es lo que pasa cuando nos hallamos en dificultad en este sentido? Así se vuelve uno hiperdependiente, ya no se trata de la dependencia normal del otro. O, al contrario, uno se vuelve muy rígido en las elecciones, engancha algo por hacer y siempre hace lo mismo de manera coercitiva, forzada, porque si deja de hacerlo percibe la sensación de vacío, muchas dietas tienen esta estructura, muchas gimnasias coercitivas: ¿si no voy al gimnasio? No es que me divierta, es que si no surge la sensación de vacío. Otra alternativa es volverse hiperdependientes de la necesidad de alguien, en el sentido de que realmente no se sabe dónde ir ni qué hacer. Ésta es una con-

secuencia importante desde el punto de vista de la alternancia de entusiasmos y vacíos, porque hasta el momento en que hay alguien que nos apoya en nuestras elecciones, que nos aprueba, que nos da confirmaciones, etc., entonces, bien, nos sentimos entusiastas, si esto nos llega a faltar –aunque la elección a fin de cuentas... sabemos en el fondo de nuestro corazón qué es lo que deseamos, pero no conseguimos activar el deseo consciente– aquí se produce el sentimiento de vacío, el dejarse ir, el perder...

Después de esta descripción del mecanismo, durante la cual el terapeuta ha podido evaluar que el paciente ha percibido correctamente el esquema general de funcionamiento (tengamos presentes los mensajes no verbales que obviamente no se pueden extraer del texto), se puede pasar a poner en relación de manera específica el problema de la heterorregulación con varios problemas cotidianos de la vida del mismo paciente.

T.: Esto es lo que le sucede un poco con los estudios, una dificultad para mantener una actividad privada de acción, es difícil mantenerla consigo misma, porque así uno se cansa, mantener un nivel de conciencia suficiente de su objetivo, que le permita seguir, mantener cierta constancia... ¿No sé si le cuadra...?

P.: Me cuadra perfectamente, y no sólo para los estudios, sino que toda mi vida es así.

9.4.2. Estrategias de "regulación"

La gestión autónoma de la organización mental, la regulación *de las elecciones y la gestión de los conflictos interpersonales*. Una vez el paciente tiene claros los mecanismos más arriba explicados, terapeuta y paciente disponen de un modelo compartido del trastorno y de su manifestación, y acuerdan el contrato terapéutico orientado al cambio. En este momento el terapeuta debe repetir al paciente que no hay nada equivocado ni patológico en la utilización del contexto interpersonal para definir los propios objetivos y para regular las elecciones. El problema se halla, en todo caso, en la dificultad de equilibrar este proceso fundamental con otros que puedan modularlo. El contrato, fundamentalmente, no se formula contra la dependencia, sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones.

Ya hemos puesto de manifiesto que en estos sujetos la dependencia compensa una dificultad básica para representar y perseguir objetivos personales. En este sentido, empujar a una ruptura del vínculo de dependencia, significa intentar eliminar los procesos de compensación y autocuración, más que el trastorno en su globalidad, y comporta el riesgo de sumir el paciente en un vacío cargado de angustia. Por lo tanto, habrá que favorecer la construcción de una nueva representación de sí mismo que incluya objetivos, metas y deseos propios aprendidos, elaborados y llevados al ámbito de la vida. El objetivo de fondo de la terapia es la construcción de la nueva representación de sí mismo a partir de las habilidades reconocidas como propias, que permitirá reducir la necesidad excesiva de protección, que Benjamín (1993) identifica como objetivo central de la terapia.

En los casos menos graves, con tal de favorecer elecciones conscientes, se puede utilizar la marcación emocional de las situaciones de acuerdo o contraste entre las propias aspiraciones y las demandas del contexto interpersonal. El terapeuta anima el paciente a creer que las emociones que siente son el indicador más fiable de lo que éste desea o teme, los objetivos a los que aspira. Repetimos que esto no tiene nada que ver con un entrenamiento asertivo que, por el contrario, desaconsejamos en estos casos, ya que conlleva el riesgo de activar comportamientos desregulados en el marco de una oscilación dicotómica entre una total dependencia y una total independencia, al límite de la insociabilidad. El objetivo es alcanzar una sensación de dominio de sí mismo y de libre elección, incluso, a veces, en la renuncia; y no, desde luego, el de perseguir una asertividad obligada. El terapeuta, pues, deberá favorecer el descentramiento y la negociación entre las propias metas y las ajenas, con tal de poder manejar los conflictos interpersonales que surgen de la experiencia de la coerción.

Además, los pacientes que viven de modo distónico la regulación por medio del contexto interpersonal a menudo desarrollan convicciones del tipo: “Si renuncio a un objetivo personal para contentar a alguien, entonces soy débil e inadecuado”. Estas convicciones pueden volverse muy invasoras, hasta el punto de llegar a adquirir características de verdaderos esquemas patógenos. En ese caso se puede intervenir por medio de las técnicas oportunas de terapia cognitiva están-

dar, que resultan muy útiles para favorecer la conciencia del déficit metacognitivo y el distanciamiento crítico posterior (Lalla, 1999). De entre las técnicas estándar, algunos autores (Beck, Freeman y otros, 1990; Sperry, 1995) sugieren el recurso al diálogo socrático y al descubrimiento guiado para evitar la tendencia inducida por estos pacientes a dar consejos, que podrían aumentar, de modo altamente iatrogénico, la dependencia del terapeuta y reforzar la visión del sí mismo como inadecuado. Opinamos, sin embargo, que este tipo de técnica de intervención fácilmente puede activar ciclos autoinvalidantes, y colocar el paciente en una posición de sumisión: se siente incapaz de identificar sus propias metas y deseos e imagina que el terapeuta, en cambio, los tiene totalmente claros. Es más útil recurrir a operaciones de autorrevelación a partir del indicador interpersonal del terapeuta: "Siento que usted me pide consejos y yo tengo también el impulso de dárselos. Pero esto significaría mantenerle en la postura de dependencia que en general adopta en las relaciones. Es justamente esta dependencia la que refuerza su sentimiento de debilidad y no le permite entrenarse en observar sus objetivos y deseos y dejar que la guíen. Perdone, pues, si no le doy consejos, nos costará más a los dos, pero creo que sacaremos mucho provecho de ello".

De este modo, además del déficit, también se puede favorecer la toma de conciencia de los esquemas interpersonales: "Me siento inclinado a hacerle de guía, como también sucede con sus parejas. Si lo hiciera, probablemente también acabaría por provocar esa sensación de opresión, de necesidad de rebelarse que tantas veces me ha descrito".[1]

En los casos más graves, como ya hemos visto, el acceso a la marcación somática de los escenarios deseados puede resultar imposible o muy difícil. En estos casos se necesita que el paciente haga directamente experimentos conductuales para favorecer la diferenciación de los deseos. En esta fase resulta útil el descubrimiento guiado como técnica de intervención. Nosotros la utilizamos y aconsejamos a nuestros pacientes que elijan al menos una pequeña actividad diaria (que

1. Debo a Giancarlo Dimaggio las presentes observaciones críticas sobre el diálogo socrático que me han ayudado en la redacción del texto.

el terapeuta no sugiere) –por ejemplo, leer el periódico o dar una vuelta en bicicleta– en absoluta autonomía, sin quedar de acuerdo con nadie. En esta fase de exploración, no es necesario que el paciente reconozca el deseo antes de llevar a cabo una acción específica (¡éste es el objetivo, no el requisito!), sino que se tiene que posicionar delante de ella con la actitud de un investigador que necesita verificar una hipótesis banal: "hacer tal cosa, ¿puede gustarme?" Entonces, habrá que iniciar la acción, con el fin de evaluar a continuación el tono hedónico que le sigue. Es útil recurrir a la observación de la marcación somática presente en los momentos precedentes a la acción o en el transcurso de su representación mental: si mientras miro un dulce de requesón se me hace la boca agua, entonces quiere decir que me gusta, pero si verlo o imaginarlo me provoca náuseas, entonces es preferible orientarse hacia un croissant de chocolate, ¿no?

En el contexto de una explicación clara del trastorno y de un contrato terapéutico del tipo que hemos descrito, incluso los pacientes gravemente dependientes consiguen implicarse de manera fáctica en este tipo de experimentos, especialmente si se comparte a fondo con ellos la experiencia.

9.4.3. La gestión del estado de vacío

Siguiendo la estructura bifásica de la entrevista, después de comprobar que el escenario es compartido con el paciente y que esto ha permitido acceder a un buen nivel de funcionamiento metacognitivo, el terapeuta discute las estrategia de dominio de los estados problemáticos y, en particular, en este momento, del estado de vacío desorganizado.

T.: ... El segundo aspecto importante a combatir en estos momentos [de vacío]es hacer algo, la acción da un sentido de reorganización, cualquier tipo de acción ayuda a combatirlos, aunque hay que saber que en ese momento no apetece hacer nada, en el sentido que no se consigue representarse ninguna meta deseada, por lo que uno tiene que tener algo como una memoria de las cosas que le gusta hacer, e imponerse hacerlas, luego poco a poco le entran las ganas, después lo experimenta, pero tiene que empezar con un acto de confianza, y a continuación se da cuenta sobre la marcha.

P.: Lo entiendo.

T.: En primer lugar se encuentra mejor, ya que disminuye el sentimiento de desorganización personal, luego se da cuenta de si le gusta o no... no es que las personas que tienen dificultades en este aspecto sean autómatas, sin objetivos o deseos; tan es así que usted tiene una emotividad muy intensa, por lo que emocionalmente se da cuenta cuando algo le gusta o no, pero no lo registra cognitivamente, mentalmente, no consigue saberlo en el momento en que necesitaría saberlo.

P.: Esto es grave.

T.: No se asuste, es algo totalmente abordable, trátelo como un problema, no como un hecho inmodificable, como un problema a solucionar...

El terapeuta subraya constantemente la posibilidad de gestionar el sufrimiento, con la condición de abordarlo desde una actitud encarada a la resolución de problemas, indispensable para poner en marcha estrategias eficaces de regulación.

T.: ... Imagínese, su mente funciona bien pero es como si tuviera un circuito hipotrófico de utilizarlo tan poco, entonces hay que entrenarlo, es como si hubiera tenido un accidente y un brazo se hubiera quedado quieto por mucho tiempo, la musculatura se ha vuelto flácida. Tiene que utilizarlo más, ese brazo, tiene que ejercitarlo empezando por movimientos pequeños, es decir, por pequeñas elecciones, es algo que yo siempre aconsejo, decidir por uno mismo, sin la ayuda de nadie, de las relaciones con los demás, etc., así que una pequeña actividad cotidiana para sí misma, la más nimia, desde leer un libro...

P.: Pero ¿y tiene que ser constante? Es decir, cada día...

T.: Ahí está, esto es lo importante, se va a dar una vuelta en bicicleta... Lo que se le antoje, siempre y cuando tenga la sensación subjetiva que hace una elección con un fin de autocuidado, por placer. Éste es uno de los aspectos sobre los que debe centrar la atención, en definitiva se trata de aprender a dominar los momentos de vacío, de desorganización, que son mayores cuando está sola, cuando tiene que desarrollar una tarea continuada, entonces está más expuesta a experimentar momentos con pérdida de sentido... uno tiene la sensación "ah qué bien, hago el examen, me saco la licenciatura"... se esfuma fácilmente.

El terapeuta especifica cómo afrontar el problema de la búsqueda de metas personales, que pueden ser potenciales fuentes de placer y

de la estrategia necesaria para salir del estado de vacío. La acción, cualquiera que sea, mientras esté orientada a una meta, aunque impuesta, no tiene como objetivo la búsqueda del placer, sino, como ya subrayó Jaspers (1959), la reorganización del estado mental, dada la estrecha relación que subsiste entre la conciencia del Yo y la conciencia de la acción. En cambio, el análisis de la marcación somática permite evaluar si la actividad va acompañada por sensaciones con tono hedónico positivo o negativo y, basándose en ello, decidir si seguir el mismo camino o plantearse otras metas, la danza en lugar del gimnasio, o la música en lugar del cine.

En el ejemplo siguiente el terapeuta entabla una conversación con Antonia sobre las estrategias de regulación utilizadas (en general, el recurso a la coordinación interpersonal) para promover otras que permitan la regulación autónoma de la organización mental.

T.: En mi opinión, usted en este momento realmente necesita imponerse algo, saber que puede imponerse algo, que no está totalmente a la deriva, que si decide hacer algo, lo hace, tanto si toca como si no toca, tanto si tiene el estado de ánimo adecuado como inadecuado. Desde mi punto de vista, en este momento es muy importante, ahora, no sé resolverle adónde ir, porque no tengo la más mínima idea, pero, tanto la danza, como los estudios, elija usted misma, no tiene mucha importancia, decida hacer algo, tener un espacio suyo, y manténgalo, sea cual sea su manera de sentir, y sin importar el rendimiento, tanto si baila bien como si baila mal, tanto si estudia bien como si estudia mal.

El terapeuta trata el problema de la incapacidad de gestionar autónomamente la organización mental, que determina el sentimiento de inadecuación y, en consecuencia, de impotencia, que tiene Antonia en ausencia de la coordinación interpersonal.

P.: La danza es algo que puedo hacer también cuando me encuentro mal, que realmente me hace sentir mejor, de hecho también las últimas noches soñé un montón de veces que iba, que volvía a empezar. Para mí es una liberación.

T.: Pero no se vaya con contemplaciones, es muy importante, es decir, usted lo primero que debe hacer es intentar tener un espacio en la cabeza que sea únicamente suyo, donde este chico no entre, luego decidirá...

P.: Esto lo puedo hacer.

T.: Le resultará útil, ojalá le guste y se encuentre bien, pero no es eso lo que importa, lo importante es que se ponga una especie de disciplina de oficial prusiano, decide hacer esto: lo hago, luego, el chico: estoy mal, estoy bien...

P.: Es cuando estoy mal que no consigo manejar las situaciones.

T.: Bueno, gracias, es eso lo difícil, claro, todos podemos manejarlas cuando estamos bien; su problema existencial es aprender a no derrumbarse en los momentos inevitables en que no se encuentra bien, qué sé yo, problemas afectivos, de trabajo, de estudio, de cansancio por lo que hace, que tarde o temprano todos tenemos.

P.: Yo quisiera... por un lado este aspecto mío es bonito... me lo digo a mí misma, tienes una cabeza que es buena, que vale, luego, en un momento dado el derrumbe. Pero yo quisiera demostrar que soy una que los tiene bien puestos, porque en mi opinión en el fondo hay unos... tengo la posibilidad de conseguirlo, es decir, no soy un cero a la izquierda como alguien puede pensar y como yo también me veo, en el fondo algo bueno lo tengo.

La intervención del terapeuta se revela eficaz, ya que la paciente no sólo comprende y comparte la formulación del terapeuta, sino que, por lo menos en esta situación concreta, muestra un incremento del sentimiento de eficacia personal, que podrá evocarse fácilmente en el curso de la terapia, en los momentos de escasa integración.

9.4.4. La gestión del sentimiento de desbordamiento (overwhelming): la estrategia de Augusto

Si, por un lado, el paciente con trastorno de la personalidad por dependencia experimenta estados de vacío en relación con la dificultad de acceso a objetivos y deseos, por el otro, se producen frecuentes estados de sufrimiento psíquico por la presencia de una sensación de desbordamiento (*ovewhelming*), que consiste en la representación caótica y simultánea de un conjunto múltiple de objetivos y tareas. En los pacientes dependientes a menudo se relaciona con el exceso de metas solicitadas por diferentes contextos

interpersonales. En efecto, la necesidad de apropiarse de los objetivos de las figuras de referencia puede determinar la insurgencia de un conflicto de prioridades. Un mal funcionamiento en el uso de estrategias de regulación adecuadas, concretamente las que requieren la capacidad de regular voluntariamente la organización mental (estrategias de segundo y tercer nivel), impide establecer jerarquías de relevancia para seleccionar una sola meta sobre la que centrar la atención consciente.

En estas circunstancias, el sujeto vive oprimido por un sentimiento de desorden, de caos, que a veces llega a adquirir connotaciones de degrado y deterioro, que, como es obvio, tiene efectos profundos sobre el sentimiento de autoeficacia, hasta llegar al desprecio por uno mismo y a la dismorfofobia.

En esta situación, pues, la meta está representada, pero no aparece una jerarquía de importancia y no está presente el procedimiento para conseguir el objetivo si no está heterorregulada: "sí, espero que sea el otro quien proporcione un orden mental".

Éste es el caso en que aconsejamos recurrir a esa técnica terapéutica que en otro lugar definimos como la "estrategia de Augusto" (Carcione y otros, 1999) y que recodaremos brevemente. Augusto es un campesino, muy hábil en la poda de los olivos. Un día explicó a un colega la actitud necesaria para afrontar el reto de podar un campo de casi un centenar de olivos: intentar imaginar y contar los árboles que se deben podar, comentaba Augusto, produciría un sentimiento de incapacidad y abatimiento, provocando ganas de quedarse en la cama. Sin embargo, todo cambia si uno se imagina podando los árboles uno por uno, seleccionando un solo olivo en el que se fija la atención consciente, manteniendo los otros en el trasfondo, y basando en ello el balance entre el objetivo y los recursos representados, sobre el que se basa el sentimiento de eficacia personal; "... entonces encuentro la fuerza de un toro, ¡un olivo detrás de otro!".

Así pues, en el curso de la relación terapéutica es esencial tener presente la tendencia al estado de desbordamiento (*overwhelming*) en

el momento de establecer las tareas con el paciente, y luego debemos regular la organización mental sin animar a alcanzar y reconocer las metas, que en este caso ya son conocidas, sino creando orden, reconstruyendo el escenario y estableciendo prioridades en la misma sesión. Este procedimiento *en vivo* requiere explicitar los criterios por los cuales se establecen las jerarquías de importancia, de manera que se puedan identificar las heurísticas disfuncionales o los ciclos recursivos que se crean justo cuando interviene el estado mental; esto facilita el aprendizaje y la memoria en el paciente.

Recordemos, como ejemplo, el mismo fragmento extraído de la terapia de Lorena descrito en el capítulo general del trastorno de la personalidad por dependencia, subrayando las intervenciones del terapeuta:

P.: He intentado volver a tomar las riendas de la situación con relación a mi tesis... Una persona normal ya hubiera empezado a leer las cosas de forma metódica, desde el primer capítulo. Por la agitación que me invadía, la confusión, las ganas de hacerlo todo, he empezado el primer capítulo, luego he empezado el segundo capítulo, he empezado el tercer capítulo y, luego, el cuarto. Cada día me despertaba y empezaba otro capítulo para luego perderme en un párrafo. La confusión, la angustia de no conseguirlo me hacía pasar del primer capítulo al segundo, del tercero al cuarto. La confusión es esta vida mía, este sentimiento de incomodidad, este estado de ánimo alterado, me muevo entre muchos ámbitos, sin saber exactamente adónde ir [...]. No puedo hacerle frente.

En este caso sí que se presenta el objetivo único "afrontar la tesis", pero el procedimiento estratégico lleva la paciente a tratar los distintos capítulos como múltiples metas que se presentan simultáneamente en su escenario mental y no existe un orden jerárquico.

T.: Espere sólo un instante, entonces la cuestión es no dejarse poseer por esta confusión y poder empezar a decir: "bueno, estoy confundida porque me agitan tantas metas o tantos impulsos al mismo tiempo". Acepte vivir la ansiedad ligada a la eventualidad (repito, la eventualidad) de no conseguir hacerlo todo. Luego, una vez establecido el programa de estudio, y con ello, el orden según el cual proceder, concéntrese en un solo capítulo a la vez. Los

otros deben permanecer en el trasfondo. Quiero decir, ciertamente no creerá poder escribir simultáneamente 5-10 capítulos.

P.: [Riendo] Claro que no, además, cómo podría darle sentido.

T.: ¡Muy bien! Entonces, establezca el orden y proceda un capítulo detrás de otro, uno a la vez como los olivos de Augusto, ¿recuerda?

9.4.5. El déficit de integración

En el modelo general hemos descrito el papel desarrollado por la dificultad de integración en la oscilación del sentimiento de eficacia según el curso de las relaciones. En el ejemplo siguiente el terapeuta muestra *en vivo* la dificultad de Gabriel en integrar las representaciones contradictorias, que ha ido narrando a lo largo de la terapia, de la pareja, con la cual vive una relación de dependencia, en la actualidad extremadamente conflictiva. Es más, el paciente, de 30 años, llega a la terapia precisamente con una demanda de ayuda para romper la relación. Gabriel atribuye la propia dificultad a la convicción de que Piera es su mujer ideal, acogedora y cuidadora. Desgraciadamente, esta representación es contradicha por los hechos de la vida cotidiana, con acontecimientos que inducen el paciente a entrar en estados de profundo abatimiento y frustración (llega a terapia con humor moderadamente deprimido) y con momentos de rabia desregulada.

P.: Estuve comprometido con Ángela, pero no era mi mujer ideal, hace 10 años que espero a mi mujer ideal, estábamos en la playa y yo estirado en la tumbona me imaginaba a mi mujer ideal. Ella hacía todo lo que yo le decía, yo no quiero una mujer así, siempre disponible y remisiva.

T.: ¿Y usted se aprovechaba de ello? ¿Era exigente?

P.: No, pero no me gusta así, era demasiado disponible.

T.: ¿Por eso la dejó?

P.: En realidad, me dejó ella.

T.: ¿Por qué?

P.: No lo sé.

T.: ¡Si era tan remisiva!

P.: Ya no había nada.

T.: ¿Usted sufrió?

P.: No.

T.: ¿Y cómo es que no la había dejado ya antes?

P.: Para no estar solo... No lo sé.

T.: ¿Y cómo era?

P.: ¿Físicamente?

T.: En general, dígame cómo la imaginaba.

P.: Es Piera, es ella [la novia actual de la cual habla con el terapeuta desde hace unas sesiones].

T.: ¿Es decir? Descríbamela.

El terapeuta pide al paciente que describa la pareja, evitando proporcionar de manera directa su impresión sobre lo contradictorio de las representaciones, con el fin de mostrar en vivo el déficit de integración y su relación con la inestabilidad emocional.

P.: Es Piera, usted sabe cómo es.

T.: Sí, pero quisiera que me la describiera, desde el aspecto físico hasta el carácter, es decir, la imagen que le aparecía mientras estaba estirado en la tumbona.

P.: Bien: es Piera, como le he dicho; de todas formas: rubia, con el pelo liso, corona de flores en la cabeza [ríe], dulce, disponible, comprensiva, me escucha y me respeta. ¡Doctor, Piera!

Hasta ese momento, las descripciones de la pareja habían sido opuestas y el paciente achacaba sus propios problemas precisamente a la falta de disponibilidad y a la incomprensión de la novia. Para estimular el distanciamiento el terapeuta muestra una marcada expresión de sorpresa.

T.: ¿Piera? ¿…? Se me hace difícil imaginarla así.

P.: Sí, Doctor, mire lo que he escrito en casa. Bien, es Piera, escuche. Que me da: amor: poco y rara vez; comprensión: no; dureza: mucha; me acepta: no; juicio arbitrario: sí; egocentrismo: sí; fiabilidad: cero; dignidad: cero; tengo la impresión de que me explota. Se concentra en mis problemas y mis defectos. Sufro, ¡me abro con ella hablando de mí y cuando ve mis debilidades me ataca! Odia mis padres, no valora los esfuerzos que hago. Hoy me ama y se quiere casar conmigo, mañana ya no.

T.: ¿Pero bueno, su mujer ideal no tenía que ser distinta? Me parece más similar a Ángela que a Piera.

P.: ¿Usted cree? Pero Piera es dulce... ¡después es un monstruo!

Obsérvese cómo el paciente se queda casi sorprendido por la reacción de sorpresa del terapeuta, pero en este punto puede comenzar una metarreflexión que le permite reconocer el cambio rápido de las imágenes.

T.: ¿Son compatibles Piera monstruo y Piera disponible y dulce?

P.: Piera también es dulce.

T.: Efectivamente, pero creo que estas dos imágenes se superponen y oscilan muy rápidamente. Es como si usted esperara Piera como la imagina, luego la ve o la llama y al cabo de unos segundos se convierte en un monstruo.

P.: Es exactamente así, tiene razón.

T.: ¿Y en ese momento, que siente?

P.: Tranquilo.

T.: ¿Qué entiende por tranquilo?

P.: Me quedo así... ¡tah! ¡*touché*!

El cambio emocional desencadenado por la intervención del terapeuta, aunque no bien etiquetado ("¡Tah! ¡touché!"), se puede leer como indicador de su eficacia. En este punto, el terapeuta explicita el déficit de integración, y explica su vínculo con los estados de confusión que dificultan el manejo de la relación.

T.: Escuche, si yo le dijera que mi novia es mi mujer ideal; mi mujer ideal es alta, rubia con ojos azules, delgada. Luego, le presento mi novia: bajita, morena, maciza y con los ojos oscuros, ¿usted qué pensaría?

P.: Me quedaría desconcertado.

T.: Exactamente como me quedaría yo al tener dificultades para conciliar la imagen de Piera con la de su mujer ideal. ¿Usted se siente así?

P.: Sí, desorientado, confundido, pero es tanto una cosa como la otra.

T.: Eso es, tiene razón, es tanto una cosa como la otra. A veces Piera es dulce y disponible, pero muchas otras es dura, le falta al respeto, etc.

P.: Es exactamente así, sólo que la mayoría de las veces es así, yo no puedo estar con ella, pero ¿por qué aguanto?

T.: ¿Usted en esos momentos, raros según dice, en que Piera es dulce, se acuerda de que normalmente es dura, etc.?

P.: No, realmente no me acuerdo, tiene razón, tal vez, si me acordara...

T.: A propósito, ¿de qué color tiene el pelo, Piera?

P.: Moreno.

T.: ¡Lo habría jurado! [Los dos ríen].

9.5. La reestructuración del sí mismo

Si la terapia ha sido eficaz, el paciente empieza a utilizar nuevas modalidades de regulación de las elecciones, descubre que posee objetivos y deseos propios que antes no imaginaba, se descubre capaz de decir que no y de atribuir dignidad a las propias posiciones. Sin embargo, no es infrecuente que en esta fase el sujeto experimente una especie de crisis de identidad, no se reconozca en un papel más autónomo y asertivo, y asuma una actitud autocrítica dirigiéndose juicios morales como "me he vuelto egoísta y pasota". El terapeuta podría sentirse desanimado al ver que vuelven a aflorar con fuerza los viejos temas de antes, y esto podría instilar un sentimiento de impotencia con un consiguiente distanciamiento progresivo de la terapia. Este estado de ánimo se tiene que compartir con el paciente, pero hay que contrastarlo reafirmando el sentido del cambio, subrayando la historia del proceso terapéutico y destacando que todavía permanece la atención al otro; tanto es así, que la regulación autónoma a menudo ocurre por medio de autoinstrucciones para escuchar los propios estados internos, que ahora son cálidas y no hostiles como antes. Sobre todo, hay que señalar que la "generosidad" de antes era en realidad una oblatividad coercitiva que corroía las relaciones y que mantenía un constante sentido de inestabilidad de las relaciones, acompañando en todo este proceso al paciente hacia una asimilación egosintónica del propio derecho a la autonomía. Saltarse este pasaje corre el riesgo de invalidar el recorrido terapéutico entero, y de provocar el progresivo abandono de la terapia.

9.6. La gestión de la tendencia a la autoinvalidación

Hay que tener siempre en cuenta que el paciente, al sentirse intrínsecamente inadecuado, puede leer la explicación del déficit de representación de los objetivos como una confirmación de la misma inadecuación para vivir solo, por lo que la explicación siempre debe ir acompañada por operaciones transversales de validación emocio-

nal y de prevención de ciclos mentales recurrentes de autoinvalidación recursiva (Mancini, Semerari, 1990, 1990; Safran, Segal, 1990; Semerari, 1991).

En el siguiente ejemplo el terapeuta afronta con el paciente la escasa eficacia de sus intentos de variar autónomamente la organización mental y resolver los problemas activando un diálogo interno con un tono agresivo, crítico y de reproche excesivo.

P.: Inconscientemente siempre espero que el hecho de no estudiar sea debido a los problemas que tengo, entonces pienso que si mis problemas se resuelven me entrarán unas ganas bestiales de estudiar, pero igual en la práctica no tengo ganas y ya está.

T.: Que no tenga ganas está comprobado, que le puedan entrar, no es tan seguro.

P.: Es que sin una licenciatura siento que valgo poco, es así... ya que sólo tengo un título de secundaria.

T.: ¿No es suficiente este motivo de orgullo para ponerse a estudiar?

P.: No.

T.: Tomemos nota.

P.: Pero de hecho es verdad, entonces en el fondo me importa un pepino.

T.: Evidentemente no es una motivación tan fuerte como para...

P.: Si fuera muy importante me pondría a estudiar.

T.: No, no funcionan los reproches en negativo para desanimarla.

P.: ¿Habrá algo que funcione?

T.: Desde mi punto de vista, usted no es de esas personas que reaccionan a los reproches y autorreproches con actividad, mejor dejarlos, la desaniman y punto.

P.: Es verdad, sí, así es, es justo esto, es muy grave como situación; al menos, si fuera una persona normal que te regañan y haces algo, entre los demás aspectos también tengo este.

T.: No, mire, las personas se dividen en 50 y 50%, no es que usted sea anormal.

P.: Pero entre todo lo que tengo, también esto me tenía que pasar.

Se observa como, a pesar de que el terapeuta formule el problema del fracaso de las estrategias de segundo nivel compartiendo la experiencia y con intervenciones de normalización, la paciente no recibe la intervención del terapeuta como una crítica constructiva a su ten-

dencia a autodesvalorizarse, sino que percibe el punto de vista terapéutico desde su faceta disfuncional; en consecuencia, se lee como confirmación del sí mismo inadecuado. Por ello, el terapeuta reformula inmediatamente la intervención y aclara lo dicho, describiéndolo en términos de resolución de problemas.

T.: No, mire, si se lo toma como otro reproche lo retiro, no era un reproche, era una constatación, usted necesita que la animen, más que que la riñan...

El terapeuta, que recuerda las narraciones en que la paciente ha representado los padres como figuras extremadamente invalidantes, percibe que, en el escenario mental de Antonia, él también ha sido construido como un personaje activamente invalidante; este evento mental podría poner en marcha un ciclo interpersonal disfuncional si no se rescribiera inmediatamente (Dimaggio y otros, 2003), por lo que el terapeuta percibe que no aclarar este estado mental inutilizaría cualquier intervención terapéutica. Aprovecha, entonces, el material que ha salido en la sesión para mostrar a la paciente cómo la autocrítica sin la metarreflexión imposibilita cualquier cambio e induce en los demás y en uno mismo una sensación de irritación y de impotencia, que a menudo lleva a la renuncia y a la desmotivación.

T.: Esto también vale como actitud hacia sí misma, además uno se trata a sí mismo un poco como si fuera otra persona, uno se dice cosas, se da consejos, se reprocha, etc., usted necesita darse ánimos, es inútil que se trate a sí misma desde la perspectiva del reproche... ¿puedes hacerlo? ¿Ves cómo puedes hacerlo? Virgen santa, qué tonta, todavía no estás licenciada. Ni siquiera abre los libros si se reprocha de esta manera, no funciona, le quita fuerza, confianza, energías.

P.: Dígaselo a mi madre, adelante, dígaselo a mi padre.

A partir de este momento cambia el tono emocional que acompaña los relatos, y este evento es un indicador de la eficacia de la intervención terapéutica (Semerari, 1991; Safran, Segal, 1990).

Si la tendencia a la autoinvalidación es debida a actitudes invalidantes de las figuras de referencia, será de ayuda implicarlas en el proceso terapéutico con el fin de explicitar los mecanismos de invalidación y extraer información sobre la manera de manejarlas. En

general, en nuestra experiencia, con este tipo de pacientes son suficientes 3-4 entrevistas focalizadas en las estrategias de validación emocional (Linehan, 1993) para interrumpir estos ciclos disfuncionales. Las sesiones las puede llevar el mismo terapeuta individual o, mejor, otro terapeuta, preferentemente un compañero con quien se mantiene una estrecha colaboración.

9.7. Los ciclos interpersonales

9.7.1. Ciclo oblativo y sentimiento de culpa del superviviente

El sentimiento de culpa desempeña un papel esencial en el mantenimiento del ciclo dependiente (Millon, 1999). En especial, nos parece típico de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia ese tipo particular de culpa que varios autores (Mancini, 1997; Modell, 1984; Weiss, 1993) han descrito como sentimiento de culpa del superviviente. Muy sintéticamente, podemos describirlo como un sentimiento ligado a la construcción de sí mismo como persona que perjudica a las personas queridas cuando alcanza éxito personal o, más simplemente, sus propios objetivos (O'Connor, 1996). Para una descripción más detallada de este concepto, véase la bibliografía citada más arriba.

En general, en los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia, esta reacción aparece tanto al romper la relación para interrumpir la sensación de coerción o de desbordamiento (*overwhelming*), como al realizar elecciones autónomas. En el ejemplo siguiente, la paciente Lorena describe su dificultad para perseguir su propio bienestar, porque imagina que esto perjudicaría a la madre, hacia la cual se siente vinculada y agradecida.

P.: Me sentiría culpable de vivir mi vida feliz y contenta sabiendo que ella, al contrario, que ella está mal, yo no tengo derecho a hacer algo así, ¿por qué tengo que estar contenta si ella está mal? [...] es injusto que yo esté verdaderamente contenta, sabiendo que la persona que tanto quiero, que me lo ha dado todo en la vida, todo, está mal; lo peor es que yo no puedo hacer nada porque su vida se la ha construido ella, esto es lo peor...

En este punto el terapeuta interviene validando la experiencia emocional de la paciente y se lanza a pedir una diferenciación entre ella y la madre.

T.: Usted decía "yo no puedo liberarme, yo no puedo prescindir de mi madre, me sentiría culpable, ¿cómo puedo ser feliz yo mientras ella...? me sentiría culpable", lo ha repetido varias veces esto, con frases diferentes, el hecho de que se sentiría mal, se sentiría culpable con esta idea.

P.: Sí.

T.: Eso, pues, ¿qué es lo que me da a entender? me da a entender que usted se siente fuertemente empujada a hacer algo bueno para ayudar a su madre.

P.: Sí.

T.: Y que si no consigue hacerlo no se siente con derecho a poder buscar su bienestar personal.

P.: Mhm, mhm, sí, es verdad.

T.: Como si dijéramos, no puedo aspirar a una vida, no puedo realizarme como persona, no puedo pensar, ni siquiera imaginar poder ser feliz o tener una tranquilidad interior o una satisfacción interior, si todo esto ocurre mientras mi madre está mal, ¿lo he entendido bien?

P.: Sí.

T.: Éste me parece un propósito, tengo que decirlo, muy generoso, muy noble, no hay nada que rebatir o despreciar como una tontería, una especie de idiotez, al contrario, me parece un propósito generoso, insisto: noble, cuando usted decía: "pero doctor, usted puede salir de casa teniendo a una persona muy querida, su mujer, sus hijos que están mal, ¿usted qué hace? ¿está alegre? ¿se pondría a reír, estaría contento?" Entonces usted me quería decir "mire, si cogemos ejemplos de la vida cotidiana, nos sentimos inclinados, nos sentimos empujados a hacer algo por nuestros seres queridos si les vemos sufriendo, entonces, yo veo a mi madre sufriendo, tengo que hacer algo para ayudarla, no puedo siquiera imaginar alcanzar mi bienestar, una tranquilidad o hasta mi propia felicidad prescindiendo de ella, tengo que, al mismo tiempo, o, mejor, antes, arreglar las cosas de mi madre y luego podría pensar en mí, o al mismo podría pensar en mí, entonces me sentiría autorizada a pensar en mí" ¿estoy en lo cierto o me equivoco?

P.: Está en lo cierto [...].

T.: Si todo esto le cuadra... Un observador externo como yo, interesado y partícipe en la comprensión de su historia, pero externo, bueno, estoy viendo que el método que al final se ha plasmado en todos estos años es el

siguiente: "yo vivo sus malhumores, es decir, lo que experimenta mi madre, el aire que respira, las emociones negativas que en este caso vive mi madre, yo también las vivo, penetran también en mi interior, se extienden, invaden mi interior y yo estoy mal como ella.

P.: Sí.

El terapeuta se detiene en primer lugar compartiendo la experiencia con la paciente, luego discute estrategias de regulación que no entrañen el inicio de ciclos autoinvalidantes.

T.: Todo esto no veo de qué forma pueda favorecer a su madre, porque si usted, Lorena, también se encuentra mal como su madre, si usted también sufre por los malestares de su madre, en mayor o menor medida, ¿de qué modo esto ayuda a su madre en el plano psicológico?

P.: De ningún modo, en absoluto.

T.: Porque es que yo entiendo que usted desea ayudar a su madre, y, lo repito, me parece más que legítimo, pero el método que hasta ahora... se ha... se ha instaurado en el curso de los años de su vida, no consigo ver de qué manera ayuda a su madre.

P.: No, no la ayuda en absoluto, es que de hecho mi... no es un método para ayudarla, tal vez en mi interior casi es una forma de... ya que no puedo hacer nada, al menos yo también estoy mal y de esta manera me siento más a gusto, porque así no vivo mi vida tranquila y feliz sin importarme un pepino ella y su existencia. De esta manera me sentiría culpable y desagradecida, porque ya que no puedo hacer nada, al menos estoy mal yo también, y al menos no me puedo acusar de ingratitud [...].

T.: ¿Me permite que intervenga?

P.: Claro que sí.

T.: Ahora si usted al explicarme todo esto y me dijera: "sabe doctor, esto me entristece mucho, me hace sentir mal, si usted supiera cuántas veces he visto a mi madre melancólica, me hace sentir mal, me hace sentir desanimada" eso, si poco a poco usted explicara este tipo de cosas y a medida que las cuenta, mientras pasan los minutos, yo también me volviera progresivamente triste, melancólico, depresivo, y yo compartiera sus dolores, si me cogieran también a mí, ¿usted cree que esto la ayudaría?

P.: No, y además es...

T.: Si usted viera mi rostro ponerse progresivamente triste, melancólico...

P.: No...

T.: Espere, ¿por qué se ríe?

P.: Porque hay un dicho.

T.: Hablo seriamente.

P.: No, porque hay un dicho... ehm que es "el médico piadoso deja pudrir la herida", y que se adapta a esta situación, es verdad, si usted hiciera lo mismo que yo hago con mi madre, no la ayudo.

La experiencia de compartir permite una mejora en el funcionamiento de la regulación de la paciente, dado que permite un distanciamiento crítico de sus propias creencias disfuncionales.

9.7.2. Ciclo sado-masoquista

La conocida oblatividad de los pacientes dependientes entraña el riesgo de volver a las personas significativas objeto de tantas atenciones y cuidados, incapaces, a su vez, de reconocer una necesidad real de atenciones y cuidados en el paciente mismo. Esto puede ocurrir también en relaciones aparentemente no problemáticas. "No te preocupes por mí, lo hago con placer" es una expresión utilizada con frecuencia por los pacientes dependientes, y con una convicción tal que casi induce en los demás la creencia de que bloquear esa conducta sería hacerles un feo; al contrario, la ausencia de obstáculos frecuentemente alienta actitudes cada vez más demandantes. Personalidades dominantes, prepotentes, narcisistas, o, peor, con rasgos de egocentrismo malévolo, pueden evitar más o menos conscientemente prestar atención a las necesidades de los demás, lo que en los pacientes dependientes puede llevar fácilmente hacia ciclos sado-masoquistas.

Incluso en una fase avanzada de la terapia, cuando se ha adquirido la conciencia de los propios objetivos, el mayor deseo de los pacientes dependientes es encontrar una sintonía total, sin declaraciones explícitas, entre las propias necesidades y las del otro, para "rodear" el sentimiento de culpabilidad o la constricción. Sin embargo, esto se produce con muy poca frecuencia, por lo que los pacientes experimentan un sentimiento de rebelión ligado a la sensación de no ser recompensados adecuadamente. Esto generará actitudes resentidas o chantajes; el temor al abandono o la sensación de vacío evitarán la búsqueda de una ruptura definitiva de la relación, y se reproducirán las dinámicas relacionales precedentes, en un ciclo recursivo.

Un claro ejemplo de este ciclo que es útil explicar en terapia puede ser el conocido síndrome de Estocolmo, utilizado por el terapeuta con Antonia:

T.: De acuerdo, empecemos por grados, empiece a darse una organización de vida propia, no obedezca a órdenes despóticas.

P.: En cambio, es lo que hago.

T.: Porque esto aumenta la tendencia al despotismo cuando no se controla adecuadamente la agresividad, se convierte en una relación perversa, puede ser hasta cautivadora es… ¿usted sabe lo que es el síndrome de Estocolmo?

P.: No.

T.: El síndrome de Estocolmo es un fenómeno por el cual la víctima se enamora de los secuestradores, porque está asustada, tiene miedo, y se siente a la merced de los secuestradores, por lo que el secuestrador, que es el que asusta, también es la única persona que la puede tranquilizar. Entonces se crea una dinámica…cuanto más éste produce miedo, más es él solo el que puede tranquilizar…

P.: Entonces yo debo estar en pleno síndrome de Estocolmo.

T.: Esto no se lo puedo decir, decir que este muchacho es un secuestrador sería ir muy lejos, no le conozco […] pero cuidado con las relaciones de este tipo, porque se crea una dinámica cada vez más cautivadora, aparentemente inexplicable, y en realidad, muy sencilla.

A veces, estos ciclos pueden activarse en la sesión, y el terapeuta puede no darse cuenta que ha dejado de lado algunas necesidades o minimizado ciertos deseos de un paciente tan cortés y complaciente. En consecuencia, siempre hay que asegurarse que las redefiniciones y las reformulaciones terapéuticas son compartidas, y pedir la opinión del paciente sobre lo que se ha dicho en la sesión, fomentando la explicitación de eventuales desacuerdos o resentimientos. Siempre se debe llevar a cabo esta última maniobra cuando se detectan señales de irritación que el paciente tiende a no expresar, y que se pueden identificar por la expresión facial o por la irritación experimentada por el terapeuta, a causa de una oposición pasiva, aparentemente desligada del contexto relacional actual.

9.7.3. Ciclo caótico-desregulado

En el trastorno dependiente la apreciación emocional de los objetivos personales es limitada. La comprensión de la mente ajena se produce según dos modalidades. En la primera, puede potenciarse la capacidad de comprender las expectativas y los deseos para compensar la dificultad de representar los propios objetivos y deseos. En la segunda modalidad, en cambio, la dificultad para comprender e integrar los estados mentales de los demás impide una representación estable de la mente del otro; esto exaspera la necesidad de consejos y confirmaciones continuas. A menudo, estos pacientes implican a familiares y personas significativas en extenuantes y obsesivos rituales de confirmación. No es inusual hallar que las figuras de referencia manifiesten o hayan manifestado, a su vez, comportamientos y actitudes caóticas y contradictorias que permiten dar cuenta de las dificultades de estos pacientes por estabilizar una representación de la mente ajena. Por delante de cualquier otro objetivo, hace falta ayudar estos pacientes a manejar la relación con las personas significativas. El trabajo se centrará pues en la comprensión de la mente ajena y en las operaciones de descentramiento relativas a esas figuras. A menudo, en estas terapias, el centro del diálogo terapéutico lo constituye la historia personal del padre, de la madre o de la figura significativa, para favorecer en el paciente las operaciones de descentramiento. Carcione, Nicoló y Pontalti han descrito el caso de un chico, Bruno, afectado por un grave trastorno obsesivo-compulsivo acompañado por una importante sintomatología disociativa. Las terapias psicológicas y farmacológicas llevadas al cabo, centradas en el Eje I, habían resultado todas inútiles. El recurso a una terapia familiar, solicitada por el último terapeuta individual, permitió la identificación de una grave forma de dependencia que implicaba a todo el núcleo familiar y que había afectado a tres generaciones, orientando el terapeuta hacia un diagnóstico en el Eje II de trastorno de la personalidad por dependencia. Esta intervención, con un trabajo de unos dos años, se mostró adecuada respecto al trastorno de la personalidad por dependencia y precozmente eficaz en cuanto a la sintomatología obsesiva y disociativa.

Este ejemplo, que no queda aislado en nuestra experiencia, nos lleva a sugerir, en estas condiciones, la instauración temprana de un marco terapéutico doble, asociando a la terapia individual una terapia familiar. De todas formas, en el tratamiento del trastorno de la personalidad por dependencia, se aconseja la integración de otras figuras de referencia en el proceso terapéutico individual (Turkat, 1990), como ya hemos descrito para el manejo de la actitud autoinvalidante.

9.8. La terapia farmacológica

Las evidencias a favor de una terapia farmacológica del trastorno de la personalidad por dependencia son escasas, y se orientan al tratamiento de la sintomatología ansiosa o depresiva que motiva la demanda de terapia. Durante el recorrido psicoterapéutico aconsejamos el uso de antidepresivos ISRS para el tratamiento de la disforia (Ellison, Adler, 1990; Millon, 1999), que favorece, entre otras cosas, actitudes autoinvalidantes, o para contrastar los estados de vacío si son continuamente activos. Algunas veces es necesario recurrir a estabilizadores del estado de ánimo (carbamazepina o ácido valproico) en las fases de desregulación emocional o de vacío desorganizado, si van acompañadas de trastornos significativos del estado de conciencia. Las benzodiacepinas, que Stone (1993) aconseja para la gestión de la ansiedad, pueden ser útiles para el manejo de los estados de ansiedad esporádicos que pueden acompañar los estados de desbordamiento *overwhelming* causados por momentos particulares de múltiples tareas a desarrollar (personales o requeridas por el contexto). Siempre consideramos oportuno explicitar al paciente los motivos que eventualmente determinan la indicación de la terapia farmacológica, para utilizarlos como elemento de intercambio en el proceso psicoterapéutico.

9.9. Y para acabar…

Para concluir, queremos reflejar dos fragmentos de sesiones sacados de fases distintas de una psicoterapia ahora ya concluida, en que

se muestra un diálogo interno referido a dos acontecimientos similares entre sí y relacionados con un sentimiento de coerción en la relación interpersonal. Hablando de la relación con el marido y de una relación extramatrimonial de éste, recién descubierta, la paciente, en una de las primeras sesiones, explica:

P.: Puedo entender por un simple gesto, por una mirada, exactamente cómo desea que le prepare la bolsa del fútbol; hasta puedo entender cuándo quiere salir en coche y cuando en la moto […]. Cuando descubrí que tenía otra mujer me enfadé muchísimo, le quería dejar. Bastó con que me hiciera una sonrisa, que me acariciara, es decir, que yo entendiera que me deseaba, para que de pronto, de alguna manera me sintiera incapaz de continuar cabreada, estaba otra vez a su disposición […] por la noche hicimos el amor.

En una fase más avanzada, después de haber tratado el problema de la regulación de las elecciones, la paciente narra este acontecimiento:

P.: Me encontraba en la ronda de circunvalación, mi marido quería que nuestros hijos acudieran a un gimnasio lejos de casa que era más barato y al que yo les estaba acompañando. De repente, vi claro que yo no estaba para nada de acuerdo con ese asunto, que no lo quería así […]. Hice marcha atrás y fui para casa para afrontar el tema, peleamos violentamente, estuvo a punto de golpearme, pero yo permanecí firme en mis ideas […]. Al final apunté los niños al gimnasio de debajo de casa.

10 El trastorno de la personalidad por evitación: Modelo clínico

Michele Procacci y Raffaele Popolo

Nadie hubiera vislumbrado en él esa timidez
típica de quien se encuentra entre personas
amigas entre sí, vinculadas por ecos afianzados
de complicidad chistosa y por sobreentendidas
alusiones a nombres cargados, para ellos,
de significados especiales, que dejan entender
al recién llegado cómo la historia que ha
empezado a leer en la revista, en realidad,
empezó tiempo atrás en números viejos
ahora ya imposibles de conseguir.
Escuchando la conversación general,
densa de referencias a acontecimientos
desconocidos para él, el extraño permanece
callado y desplaza la mirada sobre quien está
hablando y, como más rápido el turno de
palabra, más móviles se vuelven sus ojos;
muy pronto, el mundo invisible que revive
en los labios de los presentes se hace opresivo,
y él se pregunta si han entablado adrede
una conversación ajena a él.

V. Nabokov
El ojo

Smurov es el personaje de una breve novela de 1965, en que Nabokov describe el mundo interno de un "Sogljadataj": un "observador", un "espía". Smurov es, en realidad, un emigrante en el Berlín del tiempo de la revolución rusa, él también, como muchos más, desarraigado de su país, obligado a adaptarse a un mundo nuevo. Es un hombre endeble, parece un fantasma, y en él se refleja un microcosmos de personajes de la emigración rusa, desde el indigente hasta el hombre de éxito, como Kasmarin, un rico comerciante integrado en la sociedad alemana, y, por ello, el prototipo opuesto.

A menudo, profundizando en la psicología de los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación, encontramos a personas como Smurov, espectros en un mundo al que no pertenecen, donde asumen un papel de "observadores" más que de "actores".

En este capítulo sostendremos que la experiencia de no-compartimiento y no-pertenencia es central en la determinación y el mantenimiento de la dinámica del trastorno, que es, de forma circular, efecto y causa de déficits de metarrepresentación; afirmaremos, además, que los estados mentales y los ciclos interpersonales problemáticos representan diferentes modalidades de organizar y/o reaccionar a esta experiencia de base.

10.1. La fenomenología clínica del trastorno por evitación

El trastorno de la personalidad por evitación nace como entidad diagnóstica gracias a Millon (1969), que lo distingue de la personalidad esquizoide: el primero, dolorosamente inhibido del contacto social, el segundo, distanciado e indiferente en las relaciones. Al prever el contacto con los demás, el paciente con trastorno de la personalidad por evitación se siente inadecuado, teme su juicio negativo, se inhibe y experimenta emociones de ansiedad y vergüenza, típicas de los componentes fóbicos de la personalidad (Akhtar, 1986). Vive de manera más o menos generalizada un sentimiento de desapego en las relaciones diádicas y de exclusión de las grupales, no consiguiendo un estado pleno y satisfactorio de compartimiento y pertenencia (Procacci, Semerari, 1998).

P.: Era una cena con compañeros de la escuela, en la que todos tenían en común recuerdos de la infancia; el problema real era mi alternativa, porque yo ni siquiera tenía una infancia feliz para explicar..., no tenía una experiencia feliz propia con la que responder a los relatos de los demás.

Son palabras de Francesco, un joven profesional que trabaja, tiene una casa bonita donde vive solo, pero se encuentra desanimado, cansado. Sería feliz si pudiera sentir el vínculo que une a los otros; en cambio, se siente diferente y ajeno a todo ello. Su búsqueda de contacto está amenazada por la percepción del no-compartimiento.

Las características esenciales del trastorno de la personalidad por evitación, según la descripción del DSM-IV-TR, son una modalidad invalidante de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibildad a la evaluación negativa. Las variaciones de los criterios nosográficos a partir del DSM-III-R han desplazado paulatinamente la atención de la manera de vivir las relaciones íntimas hacia un malestar más generalizado en las relaciones sociales, con el resultado de volver confusos los límites del trastorno; los dos aspectos pueden coexistir, pero no necesariamente (Livesley, 2001b). El conjunto de criterios diagnósticos propuestos se ha mostrado poco específico, y comporta varias superposiciones del trastorno de la personalidad por evitación con otros cuadros clínicos (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, Cadoret, 1998). Millon (1999) ha intentado resolver este problema describiendo varios subtipos de personalidad evitante, cada uno de ellos caracterizado por rasgos de otros trastornos (por ejemplo, dependiente, paranoide). Esto alerta sobre la necesidad de identificar una dimensión subyacente común que sustente manifestaciones clínicas no siempre superponibles.

En este sentido, el trastorno de la personalidad por evitación es el trastorno de la intimidad, donde hay un fuerte deseo de establecer relaciones estrechas, dentro de las cuales, sin embargo, se genera un sentimiento de exclusión.

Los evitantes relacionan el sentimiento de inadecuación experimentado en la relación con la expectativa de ser rechazados o juzgados negativamente; de ahí la tendencia a evitar, huir de la relación con los otros. El déficit de descentramiento propio de estos pacientes

amplifica el temor al juicio negativo: los comportamientos de los demás se leen como una devaluación sin que se consiga formular hipótesis alternativas. En palabras de Francesco:

P.: Había ido a una fiesta con Giulia, estaba tenso porque me sentía observado, ¡qué vergüenza! "Seguro que dirán algo" pensaba. Giulia lo había notado y me dijo: "¿Qué te pasa? ¿Quieres marcharte?". "Sí" le contesté "¡Vamos!".

La dificultad por abandonar una posición egocentrada lleva al evitante a la desconfianza en las relaciones. Esta perspectiva la comparte con el trastorno paranoide; pero en éste la distancia interpersonal está ligada a una constante percepción de amenaza y peligro (Nicoló, Centenero, Nobile, Porcari, 2002). El trastorno de la personalidad por evitación no teme intenciones malvadas ocultas, sino que experimenta un vacío relacional profundo que encuentra difícil de describir, y que traduce como un sentido de ser ajeno al contexto; su desconfianza está relacionada con el temor a sentirse incómodo y humillado una vez se descubra su inadecuación.

La evitación alivia los estados de ánimo negativos suscitados por la representación de las relaciones íntimas como problemáticas (Beck, Freeman y otros, 1990). El deseo de afecto va acompañado de un constante miedo al rechazo, por el que se retira a una soledad vivida con tristeza.

Según Perris (1993) el concepto de sí mismo para los evitantes es de socialmente incompetente; esto les vuelve extremadamente sensibles al juicio, propensos a pensamientos automáticos autocríticos, y les produce temor al rechazo. Un juicio negativo confirmaría su convicción de estar llenos de defectos y de no ser dignos de ser queridos. La perspectiva del rechazo es para ellos muy dolorosa y, dada la baja autoestima, prefieren mantenerse distantes de las personas ya que, acercándose, podría descubrirse su verdadera naturaleza.

Tienen poca capacidad de reconocer sus estados internos que se ocultan a sí mismos y a los demás. Cuando preservan la capacidad de monitorización reconocen emociones como ansiedad, vergüenza y temor al juicio negativo.

En algunos casos, como observaron autores históricos (Bleuler, 1908; Kretschmer, 1925), el conjunto de las variables mentales descritas hasta ahora (sentimiento de no-pertenencia, dificultades para compartir, déficit de monitorización y/o de descentramiento metarrepresentativo) lleva a un mal funcionamiento similar al trastorno esquizoide, ejemplificado en el discurso de Alessandro.

P.: El muro que hay entre los demás y yo es un muro psicológico emocional. Muchas veces yo, como le repito, no pregunto según qué cosas, o por miedo a las respuestas, como decía antes, pero porque yo... ya me siento, no digo inferior a los demás, sino por estas dificultades psicológicas mías, por estas problemáticas, aunque, luego, bueno, tienen otras consecuencias, aunque unas pueden ser positivas y otras negativas.

La barrera que le separa de los demás no le permite compartir nada, ni sentirse parte de un grupo, Alessandro siente una diferencia de fondo:

P.: [...] Por decirlo en broma, es como si yo ahora me paseara con un sombrero de burro psicológico, por lo tanto, incluso cuando voy, pongamos por ejemplo, al supermercado, se juntan dos series de problemáticas a mis dificultades personales, luego miro a mi alrededor, porque lógicamente no es que yo sea aséptico, miro a mi alrededor y veo a las personas que tengo al lado, o ¿qué sé yo? como hoy, voy allá, pregunto cosas, interactúo con la dependienta o con el dependiente, etc. Pero luego ¿qué pasa? [...] no hay esa cosa, cómo puedo decirlo, sentimiento de igualdad, no sé cómo decirlo, eso, pongamos el ejemplo del trabajo, muchas veces quisiera hacer alguna broma sobre las personas, pero no una ironía, pero muchas veces no la hago porque digo: "¡oh! ¿y si me interpretan mal?".

Millon (1969) explica las diferencias entre esquizoide y evitante, recogidas en el DSM-III: "La definición 'esquizoide' se limita a la personalidad caracterizada por una dificultad intrínseca en el establecimiento de relaciones sociales. La definición 'evitante' describe a esas personas que tienen tanto las capacidades como el deseo de relacionarse socialmente, y que, sin embargo, temen la humillación y el rechazo, y por ello evitan dichas relaciones". Esta distinción ha lle-

vado a una dicotomía artificial entre los modelos psicopatológicos por conflicto (evitante) y por déficit (esquizoide). La diferencia principal entre evitante y esquizoide es que el evitante desea una implicación social y tiene una sensibilidad extrema hacia los demás, mientras que el esquizoide prefiere la soledad y es indiferente a la aceptación y al rechazo. La evitación, sostiene Millon, es una elección activa por medio de la cual el individuo se defiende de un ambiente que percibe como rechazante. De esta manera, Alessandro llega a preferir la relación con los animales más que con las personas.

P.: Yo, desgraciadamente, tengo que defender, ésta es la paradoja, mi enfermedad, es decir, mi situación, mis dificultades psicológicas, yo las tengo, lo sé que las tengo, entonces ¿qué hago? No puedo ponerme a merced de los demás, exponerme, las tengo que defender de algún modo... actuar de alguna forma, de manera que no afloren demasiado [...] con los animales todo esto no existe porque el animal no es como la persona que habla, que tiene su personalidad, sus cosas, que te puede contraponer cosas, [...] el animal llena ese vacío incluso afectivo, emocional que uno no puede, por motivos suyos, por motivos subjetivos u objetivos, desarrollar de modo social, entonces en mi caso, que estoy bajo arresto domiciliario, el animal ¿qué hace? El animal es un sucedáneo de lo que uno no hace, es decir, es un ser, es un ser vivo que compensa ciertas cosas.

Junto a la evitación se produce un proceso paulatino en que el individuo se cierra socialmente, excepto al contexto de la familia de origen, que puede ser vivido conflictivamente pero siempre con una fuerte dependencia. Los familiares consideran la evitación como un estilo de vida más que un problema psicológico: esto retrasa la petición de una demanda de ayuda. La amenaza de una ruptura de los vínculos de dependencia familiar puede ser un motivo para que los padres pidan psicoterapia. Francesco, por ejemplo, ha sido enviado a terapia por la madre porque cuando ésta intenta entender las razones del aislamiento relacional del hijo éste se vuelve arisco, agresivo y se queja de una presencia excesiva de los padres en su vida. Alessandro, en cambio, vive la presencia de los padres cerca de su casa como una inevitable "jaula dorada". Admite que goza de las ventajas de la de-

pendencia prolongada (tiene cuarenta y tres años), pero, tal vez, "se inmiscuyen algo demasiado".

Estas personalidades muestran en sus historias una dependencia de unos núcleos familiares compactos y cerrados. En el ámbito de la familia, el niño podía hasta ser objeto de bromas y humillaciones continuas, pero la familia era representada como la principal fuente de soporte, el único lugar seguro en un mundo de personas rechazantes (Benjamin, 1996a, b). Este tipo de dinámicas hacen pensar en formas de dependencia endogámicas (Pontalti, Menarini, 1994).

La dependencia en las relaciones explicaría, según algunos autores, la comorbilidad entre trastorno de la personalidad por evitación y trastorno por dependencia (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, Cadoret, 1998). En ambos trastornos, los pacientes desean estrechar relaciones significativas, dentro de las cuales, sin embargo, experimentan un fuerte sentimiento de inadecuación e inseguridad. Estamos convencidos del vínculo de dependencia que une los evitantes a sus familias, pero no tanto de la posibilidad que éstos puedan establecer relaciones de auténtica dependencia con otras personas. Tal como dice Perris (1993): "La anticipación del fracaso en cada intento de establecer una relación vuelve los pacientes extremadamente complacientes e incapaces de hacer valer su punto de vista". El evitante, por miedo al rechazo y al fantasma de la soledad, se engancha a los demás. Cuando consigue establecer una relación se apega tenazmente y secunda al otro para evitar el rechazo que confirmaría la imagen inadecuada de sí. La relación, pues, se perpetúa de modo estable y coercitivo (mientras que el dependiente atraviesa este estadio sólo de manera transitoria), lo que genera rabia y frustración.

Evitantes y dependientes se distinguen también por la dificultad de éstos para vivir la separación: separados de la figura de referencia, se construyen como incapaces de afrontar el mundo; el evitante, en cambio, experimenta un sentimiento de libertad. En el trastorno de la personalidad por evitación no encontramos la representación de sí mismo que tiene el dependiente, es decir "la de no estar fundamentalmente preparados para funcionar en un mundo tan difícil y frío" (Perris, 1993). Tal como observa Millon (1991), el paciente con tras-

torno de la personalidad por evitación se siente "socialmente inepto y personalmente no atractivo, y por ello su principal preocupación es evitar la humillación y el rechazo, y no que cuiden de él, como puede ocurrir en el dependiente". El concepto clave para distinguir el evitante del dependiente es entonces el retraimiento social.

El evitante sufre a menudo de humor depresivo. Sólo de vez en cuando emprende actividades o pasatiempos que, momentáneamente, le gratifican y le protegen del contacto interpersonal (colecciona películas, escucha música). Sin embargo, cuando se da cuenta de que éste es un signo de la incapacidad por vivir una vida como los demás, se deprime profundamente. Giovanni expresa muy bien esta condición:

P.: No, que María me llamara para despedirse antes de salir de vacaciones, en ese momento me gustó. Me quedé en casa, esa noche daban la semifinal de los mundiales, vi el partido con toda la familia, pero, después de la pausa, de repente me cogió una angustia.

T.: Explíquemelo bien, porque es importante.

P.: Un sentimiento de autodestrucción, una ansiedad de autoeliminación, ganas de desaparecer, de irme, obsesión suicida, de hacerme daño, autolesiva. Hasta mis padres se dieron cuenta, porque acababa de cenar, cambié de expresión, y lo devolví todo, algo alucinante, una pesadilla. Dije: mira, mamá, que mal que estoy.

T.: ¿Se acuerda en esos instantes exactos, a dónde se dirigía su mente?

P.: Pensaba en desaparecer, desintegrarme, marchar, estaba lúcido, en el sentido que le contestaba a mi madre que me preguntaba qué me pasaba, pero no conseguí seguir viendo el partido. Estuve casi dos días, no muy mal, con este malhumor, no muy profundo, pero depresivo.

En el curso de la sesión, Giovanni explica que había sido una sensación de vacío interno y soledad. Después de un invierno en que por fin había encontrado en el trabajo un ambiente en que estar con los demás, la pausa de las vacaciones y la despedida de una amiga lo habían llevado de nuevo a considerar su condición de vida de manera catastrófica.

El humor deprimido le lleva a pedir cuidados. La tendencia al retraimiento y al aislamiento incrementa la vulnerabilidad de la depresión (Alnaes, Torgersen, 1997). Las fases depresivas expresan el fraca-

so de las estrategias de afrontamiento (*coping*) habitualmente empleadas, el espacio creado por la evitación social se vuelve intolerable.

Son frecuentes los derrumbamientos de la autoestima. Desde una baja autoestima, cuando el evitante anticipa y vive dinámicas relacionales, la activación ansiosa es intensa. En estos aspectos, el trastorno de la personalidad por evitación comparte características destacadas con la fobia social: el sentido de inadecuación con baja autoestima, la hipersensibilidad al rechazo, la evitación social. El diagnóstico diferencial es difícil (Dahl, 1996). Nuestra hipótesis es que la dimensión de la pertenencia diferencia los dos trastornos; en esta área el fóbico social parece no tener problemas, se siente inadecuado en situaciones de exposición, a diferencia del evitante que no consigue "sentirse" en relación (Procacci, Popolo, Petrilli, Vinci, Semerari, 2002). En el evitante el no-compartimiento en la relación mantiene baja la autoestima porque confirma una representación inadecuada de sí mismo; en el fóbico social, en cambio, la autoestima está relacionada con el éxito de la acción y con la evaluación de los demás.

Una emoción central en el trastorno es la vergüenza. Gabbard (1992) considera que la centralidad de la vergüenza en el trastorno de la personalidad por evitación configura un nexo psicodinámico con ciertos tipos de pacientes narcisistas (ver narcisista hipervígil de Kohut). Tanto los narcisistas como los evitantes son propensos a la vergüenza, pero los primeros alcanzan más fácilmente estados en que se sienten superiores y en consecuencia protegidos de ese sentimiento. Los individuos con trastorno de la personalidad por evitación pueden avergonzarse de muchos aspectos del sí mismo (Wurmser, 1981); las situaciones sociales deben evitarse porque es allí donde sus aspectos inadecuados se exponen a la vista de todos. El narcisista busca en los demás confirmaciones de su grandeza, el evitante, desmentimiento de su inadecuación. Desde la perspectiva de la teoría del apego, el trastorno de la personalidad por evitación muestra un importante solapamiento con la categoría de apego adulto de tipo ansioso *(fearful)*; este estilo se caracteriza por representaciones negativas de sí mismo y de los otros: los demás no cuidan y no están disponibles, y el sí mismo no merece su afecto. La activación (*arousal*) emocional refuerza la imagen negativa de sí, que se vuelve débil a causa de fac-

tores que inhiben la activación de mecanismos reguladores de la emoción (Mikulincer, 1998). De acuerdo con cada estilo de apego se constituye un estilo de conocimiento (Lorenzini, Sassaroli, 1995). Desde la hipótesis según la cual los trastornos de personalidad del *cluster* C se caracterizan por un modelo de apego inseguro-ambivalente, hallamos un estilo con tendencia a la evitación cognitiva, donde el sujeto intenta no incurrir en invalidaciones por medio de la restricción del campo exploratorio. En la relación, prevalece una actitud reservada, a través de la cual se manifiesta la dificultad de tomar en cuenta nueva información procedente del contexto para formular un juicio social (Mikulincer, 1997).

Nuestra conceptualización del trastorno de la personalidad por evitación nace de unas consideraciones ya expresadas en la literatura (Gabbard, 1992; Horney, 1945; Millon, 1969; Perris, 1993; Pretzer, Beck, 1996). El análisis de los estados problemáticos por medio de la SVaM y de la rejilla de Kelly nos ha llevado a observaciones ulteriores (Procacci, Popolo, Vinci, Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicoló, Pontalti, Alleva, 2000): los pacientes presentan dificultades más o menos graves para monitorizar ideas y emociones y para captar relaciones entre éstas y entre las variables comportamentales y ambientales. De esta manera el sujeto experimenta su mente como opaca. Además, los contenidos mentales más relevantes parecen ser el sentimiento de no-compartimiento y no-pertenencia.

Hemos intentado organizar los datos de la literatura y nuestras observaciones en un modelo que pueda explicar cómo el trastorno se mantiene estable en el tiempo (Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999).

10.2. Los fallos de metarrepresentación

El trastorno de la personalidad por evitación presenta el siguiente perfil de disfunciones en la metarrepresentación:

a) Un déficit de identificación, es decir, la dificultad para reconocer y definir los componentes (pensamientos y emociones) de los propios estados mentales.

b) Un déficit en la capacidad para asociar las variables del propio estado mental y ponerlas en relación con otras variables ambientales.
c) Un déficit de las habilidades de gestión de la experiencia problemática.
d) Un déficit de descentramiento.

El déficit de monitorización de la metarrepresentación vuelve la mente del sujeto "opaca" para él mismo; en muchas circunstancias, al paciente con trastorno de la personalidad por evitación le cuesta describir sus estados mentales y las motivaciones que regulan su comportamiento. Este déficit funcional es típico de los individuos alexitímicos; los evitantes desconocen sus propias emociones, como Alessandro en el ejemplo que sigue:

T.: A ver, me estaba describiendo una velada, cenando con otras personas...
P.: Sí, no me encuentro a gusto en esas situaciones.
T.: ¿Puede decirme qué siente?
P.: Un malestar.
T.: Puede ser más preciso?
P.: Sí, un malestar, no estoy bien, allí.

La dificultad para identificar los estados internos lleva a una comunicación costosa o nula de los contenidos del propio sufrimiento. En la relación, el terapeuta debe recurrir a grandes dosis de intuición y paciencia para reconstruir el discurso del paciente, tiene que estar preparado para el efecto "muro" que puede percibir ya desde el inicio de la entrevista (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999).

La capacidad de reconocer y discriminar los contenidos mentales propios y ajenos nos permite identificar el tipo de experiencias, creencias, preferencias y actitudes que tenemos en común con los demás. Un déficit de monitorización obstaculiza la construcción de esta dimensión compartida. Podemos concluir que los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación con un déficit de monitorización grave vivirán unas relaciones sesgadas por la percepción de no-pertenencia y no-compartimiento, se distanciarán fácilmente de los demás, y esto intensificará el sentimiento de ser ajenos a la relación (véase § 10.7.1).

Algunos autores ponen en relación la dificultad para acceder y comunicar los estados internos con el recuerdo no gratificante de las primeras relaciones significativas (Fonagy, 1996). Millon (1991) señala que los padres de pacientes que desarrollarán un trastorno de la personalidad por evitación resultan, a menudo, humillantes, rechazantes, inflexibles e interesados en la construcción de una imagen social impecable (Benjamín, 1996a, b). Los pacientes recuerdan la atmósfera familiar de forma negativa, con relaciones familiares faltas de calidez afectiva. La ausencia de afecto parental complica la construcción de un vocabulario afectivo propio, en un contexto constrictivo y humillante que congela las posibilidades expresivas. Sin embargo, no todas las narrativas siguen esta trama. Algunos de nuestros pacientes, por ejemplo, evocaban como evento traumático, precisamente la salida de un ambiente familiar cálido y cuidador y la confrontación con un mundo de compañeros agresivo y enjuiciador.

Otro aspecto del trastorno de monitorización de la metarrepresentación se halla en la dificultad de captar las relaciones entre aspectos de la vida psíquica y variables ambientales, como en el caso de Marco:

P.: Estábamos en el laboratorio, Mario hablaba, saludaba, gastaba bromas. Yo estaba agitado. Intentaba no dar la nota a pesar de que se me había subido la sangre a la cabeza, tal vez una parte de mi cara estaba más hinchada que la otra. No sabía qué hacer, estaba totalmente bloqueado. Antes de que los demás pudieran darse cuenta de mi estado, le dije a Mario que tenía que volver a la oficina y salí cabizbajo.

T.: ¿Qué es lo que le ponía tan tenso?

P.: Mi maldita incomodidad, soy incapaz de estar con la gente.

En los momentos de mayor malestar, el paciente tiende a focalizar la atención en su comportamiento: está autocentrado, y la activación emocional vuelve la observación confusa e incierta. Al concentrarse progresivamente en su propia incomodidad, ignora el contexto ambiental, del que sólo capta el elemento de distancia y de posible enjuiciamiento. La perspectiva egoncentrada impide al paciente reconocer los elementos ambientales que pueden contribuir a corregir la ideación disfuncional.

Los evitantes tienen dificultad para distinguir entre su propio funcionamiento mental y el de los demás. Las operaciones de descentramiento fallan, y el sentimiento subjetivo de inadecuación se convierte en el contenido atribuido a la mente de los otros, en forma de juicio negativo. Éstos son descritos como interesados en evaluar y juzgar al paciente. Carla describe esta condición de siguiente modo:

P.: Me encuentro a disgusto cuando ando por la calle, a menudo elijo las horas menos ajetreadas.
T.: ¿Qué es lo que le provoca malestar?
P.: La mirada de las otras personas, me irrita mucho.
T.: ¿Qué motivo tendrían de mirarla?
P.: Esto no lo sé, parecen miradas de desaprobación.
T.: ¿Usted qué siente en esos momentos?
P.: Estoy a disgusto conmigo misma, un poco fuera de lugar.

La paciente atribuye la incomodidad a la actitud ocultamente "marginadora" de los demás. Sin embargo, a la pregunta del terapeuta sobre qué piensan realmente los otros de ella, la paciente ni siquiera consigue ofrecer una hipótesis.

En el trastorno de la personalidad por evitación también están afectadas las habilidades de regulación, es decir, las capacidades para definir los problemas en términos psicológicos y poner en marcha estrategias adecuadas de solución o para afrontar el sufrimiento psicológico consecuente (Carcione, Falcone, Mangolfi, Manaresi, 1997). Como el evitante tiene dificultades para percibir sus propios estados mentales y asociarlos a las variables relacionales, o para construir una representación correcta del funcionamiento mental ajeno, si siente malestar reacciona con estrategias conductuales primitivas, por supuesto, de evitación (Procacci y otros, 2000).

Alessandro lleva una vida retirada, sale de casa para ir a la oficina y, luego, vuelve a su casa. Las mujeres son su "desesperación": Reconoce que siente una atracción sexual, no obstante, está convencido que no la podrá satisfacer. Recuerda el personaje de una sabrosa comedia con Nino Manfredi en el papel de un irreprochable señor, atormentado por imágenes o visiones constantes de mujeres lascivas que no conoce personalmente. Pero para Alessandro no cabe otra posibilidad

que desahogar su exhuberancia sexual en una huida hacia casa, que desemboca en un desesperado y solitario acto de autoerotismo.

Sólo cuando, en el curso de la terapia, tomó conciencia de sus problemas psicológicos, generó estrategias más sofisticadas de regulación de nivel II, como se comprueba en el siguiente fragmento:

P.: Estaba de camino para encontrarme con otros chicos para ir a la discoteca, estaba contento... a pesar de ello, mientras me dirigía hacia allá empecé a sentir el problema de siempre, el miedo, a imaginármelos ya reunidos y yo que tenía que llegar...

T.: ¿Qué hizo, entonces?

P.: Al contrario de lo habitual, me dije a mí mismo "Venga, no tires la toalla... ya casi estás" y en efecto, en cuanto vi al grupo, Mario me saludó, yo saludé a Gino, y luego fuimos todos en mi coche hasta la discoteca...

El paciente, al afrontar el grupo, siente miedo a la confrontación social, sin embargo, reconoce el estado mental problemático como propio y típico: entonces, por medio de una autoexhortación positiva ("Venga, no tires la toalla... ya casi estás"), supera el pensamiento negativo, sigue hasta la meta prevista y se integra en el grupo sin experimentar más incomodidad.

10.3. El dolor de no pertenecer

La capacidad de percibir sentimientos de pertenencia a un grupo social es una de las funciones básicas de la personalidad normal (Livesley, Jang, 2000). El sentido subjetivo de la pertenencia se basa en la convicción de compartir algo con los demás miembros del grupo: metas, valores, intereses, placeres, experiencias, recuerdos. Si esto ocurre en una relación diádica, hablamos de compartimiento (Procacci, Semerari, 1998). Para Baumeister y Leary (1995) la pertenencia es una necesidad fundamental de sentirse vinculados a los demás. Su duración y estabilidad en el tiempo garantizan al individuo la formación de relaciones afectivas necesarias para el bienestar. La falta de pertenencia constituye una privación que es fuente de malestar. Todo individuo establece vínculos interpersonales que afianzan su identi-

dad social (Castelfranchi, 1997). En los grupos, los individuos comparten algunos elementos con otros, y esto les favorece la percepción de estar situados correctamente en el contexto. Las situaciones de cambio social pueden romper los vínculos constituidos y provocar sufrimiento psicológico. Los individuos normales, sin embargo, consiguen reconstituir vínculos con otras personas gracias al hecho de que son buenos psicólogos ingenuos. Esto significa, tener acceso a los propios estados mentales y saber construir una buena representación de los ajenos. De la comparación entre los propios estados mentales y los ajenos se hace posible entender lo que se comparte y así iniciar nuevas relaciones de pertenencia. La competencia metacognitiva es lo que permite llevar a cabo los procesos descritos. El compartimiento así creado permite sentirse parte del contexto social y moverse a partir de reglas, intereses, valores, creencias y sentimientos comunes.

También las creencias sobre uno mismo y los otros influyen en el modo de percibir el grado de inclusión/exclusión en los procesos relacionales y sociales. Nos sentiremos tranquilos si todo se desarrolla en la plenitud del sentimiento de pertenencia y de compartimiento, mientras que la inhibición será dolorosa para quien se siente extraño y sabe que no puede sustraerse del todo a la relación.

P.: La exclusión se producía ya desde los tiempos de la escuela; mientras los demás compañeros ya salían con las primeras chiquillas, yo no conseguía conocer a ninguna. He vivido muy mal la "edad del pavo". Era tímido, pero más que nada me veía diferente, feo. Si hubiese tenido otras características físicas, por ejemplo altura, tal vez hubiera podido intentarlo sin miedo al rechazo y a la humillación. Así que, durante todo el tiempo del colegio, no le gustaba a ninguna, ni una aventura, ningún magreo: esto sólo me pasaba a mí, a mis compañeros, no.

Francesco describe el sufrimiento de sentirse excluido del grupo; experiencia que sigue durante toda su adolescencia y que relaciona con sus características físicas. Cualquier cosa que intente hacer topa con la comparación despiadada con los otros. Se convence que es diferente hasta tal punto que incluso cuando es ya un joven profesional y consigue tener una relación con una chica, percibe una competición perdida con otros imaginarios:

P.: Estaba en la academia de baile con Eleonora. Ahora ya hace unos meses que estamos realmente bien juntos.

T.: Por fin, pero ¿qué pasó?

P.: Mientras bailaba en la pista se acercaron dos mujeres guapas, una morena y la otra rubia: dos espingardas. Empecé a ponerme nervioso.

T.: ¿Qué pensó?

P.: Que una mujer así nunca la podré tener. Seguro que las podrán conquistar hombres altos como ellas. Una vez más mis esfuerzos son vanos: ¡no podré vivir como los demás!

Francesco cree que la solución a su problema podría ser lograr una pertenencia ideal. Siempre busca lo que le falta, y así se condena a su sentimiento de exclusión; en consecuencia se enfada, porque quisiera demostrar a todo el mundo que vive mejor que los demás.

Los estados de desquite narcisista son una solución psicológica dirigida a reaccionar al sentimiento de exclusión. Al faltar la percepción de compartimiento, se oscila entre la sensación de ser el último de los marginados y el deseo de convertirse en el primero de los ganadores.

Cuando un evitante consigue vivir una experiencia de pertenencia, se le abre camino una sensación de verdadero bienestar, y la autoestima se incrementa.

P.: Luego fui a Alemania a la convención nacional de nuestra asociación, fue una experiencia bonita. Al principio nos habían dividido por nacionalidad, dentro del estadio; cuando el altavoz llamaba a los países, cada grupo se levantaba y cantaba el himno. Yo lo hice con el Himno de Mameli *, casi me puse a llorar... luego, cuando llamaron a Francia, canté en voz baja la Marsellesa. Una a mi lado me dijo: "¿Pero qué haces?" y yo: "Soy medio italiana, medio francesa, por eso canto las dos".

T.: ¿Qué sintió en ese momento?

P.: Estaba orgullosa de mí misma. Me había definido: entonces, me dije, puedo ser como soy. Sentí una profunda energía que todavía llevo dentro.

La experiencia de pertenencia se alimenta a menudo de simbologías y hábitos. Giulia los comparte, y por fin percibe una identidad social definida: esto le devuelve eficacia personal y la sensación de

* N de T.: Himno nacional italiano.

estar a gusto, en lugar de la depresión que vivía en los últimos meses. Cuando se llega a experimentar un sentimiento de pertenencia, se producen mejorías en la autoeficacia (*self-efficacy*) y en el tono emocional, con sensación de bienestar y comodidad (Procacci, Dimaggio, Semerari, 1999).

A veces la no-pertenencia se incrementa por la falta de las más simples habilidades sociales.

P.: Muchas veces me bloqueo durante una conversación entre personas.

T.: ¿Por qué?

P.: Observo los demás que intervienen, que dicen cosas interesantes, y me pregunto: "¿qué puedo decir yo que sea realmente interesante?". Pero no me sale nada, y así permanezco callado y me quedo escuchándoles. Cuanto más hablan, tanto más me distraigo, y luego no les presto atención, sino que estoy distante de todo el mundo.

Discutir sobre si se produce antes el sentimiento de no-pertenencia o la baja autoestima correría el riesgo de convertirse en una disputa entre clínicos apasionados por modelos teóricos. Los pacientes, en realidad, nos ayudan: unos subrayan el carácter primario del sentido de pertenencia, como Alessandro; otros, viven la prioridad del problema de sentirse "inferiores", como Francesco en el ejemplo siguiente:

P.: En la época del instituto no podía estar bien con nadie. Me sentía deforme y un poco tímido. Si hubiese sido como los demás, conversando sobre las chicas como los demás, tal vez... pero me sentía excluido por mi aspecto físico. Intentarlo con una chica sin temor al rechazo, es decir, a oírme decir "y tú, enano, cabezón, narizón con grandes dientes, ¿cómo quieres que yo salga contigo?". De hecho en las fiestas del instituto nada de nada: ni una aventura, ni un magreo.

En estos pacientes, la percepción de ser diferentes es fundamental. Unos atribuyen su inadecuación personal a la deformidad del cuerpo; pero, al contrario de quien, como en los trastornos alimentarios, intenta reforzar su autoestima actuando sobre el cuerpo, el evitante lo convierte en un signo inmutable del "destino" que le separa de las otras personas y que limita sus logros en las relaciones afectivas.

Cabe considerar una serie de situaciones que se articulan, de modo específico en cada caso, según tres componentes (déficit metarrepresentativo, falta de habilidades sociales y creencias patogénicas) para construir la percepción compleja de no pertenecer y no compartir.

Se pueden imaginar dos situaciones prototípicas:

1) Pacientes con escasa agudeza metacognitiva: la percepción del sentimiento de no-pertenencia y no-compartimiento se relaciona más a menudo con representaciones de sí mismo como *extraño*, los estados mentales se caracterizan por la sensación de ser diferente y torpe; la distancia interpersonal la viven ambos integrantes de la relación.

2) Pacientes con buena agudeza metacognitiva: la percepción del sentimiento de no-pertenencia y no-compartimiento se presenta de manera dolorosa y se relaciona con representaciones inadecuadas de sí mismo: los estados mentales se caracterizan por exclusión, inadecuación, rechazo y juicio negativo por parte de los demás. A menudo, la comparación con los otros lleva a una pérdida de autoestima con tensión ansiosa o depresión (Procacci, Magnolfi, 1996).

10.4. Los estados mentales problemáticos

Podemos dividir los estados mentales problemáticos del evitante en 1) temidos, 2) de transición y 3) deseados; en los primeros (*a y b*) se agregan los principales constructos a través de los cuales el paciente con trastorno de la personalidad por evitación lee el mundo y anticipa el futuro; los de transición (*c, d, e*), que derivan de los anteriores, constituyen la manera en que estos pacientes habitualmente "leen" la situación relacional en curso; finalmente, los estados deseados (*f, g*), se refieren a situaciones buscadas (por ejemplo, soledad gratificante) o deseadas (por ejemplo, desquite narcisista). Tendremos así: *a)* estado de extrañeza; *b)* estado de exclusión; *c)* estado de miedo, amenaza; *d)* estado de rechazo; *e)* estado de injusticia sufrida; *f)* estado de desquite narcisista; *g)* estado de gratificación solitaria.

10.4.1. Estado de extrañeza

El paciente lo describe recurriendo a metáforas eficaces: un muro, un cristal, una barrera, etc.; está convencido que los demás lo dejan sólo a causa de su supuesta diferencia. Veamos qué dice Alessandro al respecto:

P.: Tener una relación con las personas, pero no a nivel sexual, sino una verdadera relación, cómo se dice, de persona a persona, de ser humano a ser humano, yo ni siquiera eso puedo tener, porque me escondo, me escapo, necesito esconder algunas partes mías... por ejemplo, he participado en dos reuniones sindicales, pero también, en el pasado, yo no decía ni una palabra, nunca, me metía allá, escuchaba, nunca he dicho ni una palabra... muchas veces tengo que hacer un esfuerzo enorme sobre mí mismo para imponerme cosas hasta nimias, a veces... yo estoy dentro, en la asamblea, entonces estoy en contacto con la gente, uno está en contacto, eso, aquí está la asamblea, pero *a veces dentro de mí yo estoy verdaderamente lejos, muy lejos de esa gente*; racionalmente no comparto las ideas de las personas... entonces vuelvo a mi canal de televisión, tengo un canal tipo droga que me permite seguir en la vida de cada día, pero ¿qué pasa? que por motivos subjetivos y objetivos este canal por fuerza se tiene que interrumpir, entonces, se crean esos famosos períodos de *anomia*... cuando se acaban los programas de televisión, es decir, yo tengo unos determinados programas de televisión que me hacen de barrera frente a mi incapacidad de vivir... cómo podría decirlo, mi no-pertenencia.

El paciente intenta participar en manifestaciones públicas (la "asamblea") pero no consigue comunicar ("nunca he dicho ni una palabra"); experimenta un sentido de extrañeza ("estoy muy lejos") que le distancia inexorablemente de los demás. La anomia de Alessandro es la condición según la cual su subjetividad no halla elementos en que reconocerse socialmente.

10.4.2. Estado de exclusión

En el segundo estado mental, descrito en la literatura como típico (Millon, 1969; Perris, 1993; Gabbard, 1992), prevalece el temor a un juicio negativo, la baja autoestima; la sensación de incomodidad o vergüenza incrementa la distancia interpersonal como en el siguiente fragmento:

P.: A mí me espanta la posibilidad de ser rechazado... aunque sea una situación en que nadie nos ve, ella y yo, solos... pero si... yo me lanzo y ella me rechaza, para mí es como haberlo intentado delante de ochenta mil personas... de un estadio de fútbol...

Giovanni es un joven estudiante que después de años de abandono escolar ha acabado el bachillerato y ahora da inicio a su vida de joven adulto. El fragmento subraya la intensidad emocional con que anticipa el rechazo por parte de la chica y de cómo eso representaría un hecho vergonzoso, tanto que se lo imagina como expuesto al "dominio público". La representación anticipada de la exposición al otro provoca en el evitante estados mentales tan parecidos a los de individuos con fobia social generalizada, que llega a plantear dudas sobre la diferencia entre ambos diagnósticos (Perugi, 2001); el reconocimiento de la centralidad de un malestar social "general" en el trastorno evitante ha favorecido esta confusión diagnóstica (West, Keller, 1994). Un malestar general en las situaciones sociales no representa de manera exhaustiva el trastorno evitante, de hecho se observan sujetos que, a pesar de mostrar timidez en muchas situaciones sociales, consiguen establecer relaciones íntimas; al contrario, otras personas pueden estar a gusto en situaciones superficiales, pero temer las relaciones íntimas (Livesley, 2001a). Estos pacientes evitantes muestran siempre una dificultad en la gestión de la distancia interpersonal. El análisis intensivo de las transcripciones de dos tratamientos psicoterapéuticos llevados al cabo con un paciente evitante y otro con fobia social sugiere la presencia de perfiles metarrepresentativos distintos en ambos trastornos (Procacci, Popolo, Petrilli, Vinci, Semerari, 2002): en el trastorno de la personalidad por evitación se presenta un déficit de monitorización de la metarrepresentación, ausente, en cambio en la fobia social; esto comporta que el evitante recurre necesariamente a la evitación para afrontar el malestar, mientras que la fobia social tiene un abanico más amplio de estrategias de regulación. Dichas características llevan a los dos tipos de pacientes a vivir la dimensión interpersonal de manera diferente. El fóbico social no parece preocupado ni suele tener problemas para compartir una relación o pertenecer a

un grupo; la disminución de la autoestima está relacionada con las expectativas sobre la ejecución y el temor al fracaso.

10.4.3. Estado de miedo, amenaza

El estado anterior puede dar lugar a otro estado caracterizado por miedo, amenaza, pérdida de control. Esto ocurre, sobre todo, al afrontar una situación relacional o social nueva, como en el ejemplo siguiente:

T.: Cuando Mario vino a visitarle ¿estaba contento de verle?

P.: Sí, pero el martes me puso en un auténtico aprieto...

T.: ¿Qué pasó?

P.: Mario me pidió que le acompañara al laboratorio. Me dijo: "Allá conozco a todo el mundo, te los voy a presentar, puede serte útil para tu trabajo".

T.: ¿Y usted qué pensó?

P.: Estaba tenso, pero no podía decirle que no. Mientras recorríamos los diversos pasillos para llegar al laboratorio intentaba calmarme, pero no lo conseguía.

T.: ¿Qué hizo?

P.: Estábamos en el laboratorio, Mario hablaba, saludaba, gastaba bromas. Yo estaba agitado. Intentaba no dar la nota a pesar de que se me había subido la sangre a la cabeza, tal vez una parte de mi cara estaba más hinchada que la otra. No sabía qué hacer, estaba totalmente bloqueado. Antes de que los demás pudieran darse cuenta de mi estado, le dije a Mario que tenía que volver a la oficina y salí *cabizbajo*.

Marco describe una situación en que sale del territorio de un lugar conocido (su despacho) para irse a uno nuevo (el laboratorio); es una situación que vive con sensación de bloqueo, a pesar del trabajo de preparación por parte del amigo. El contacto social suscita en él una fuerte ansiedad y dismorfofobia (la cara se le hincha); el *arousal* emocional es tan intenso que perjudica cualquier posibilidad de controlar la situación. La evitación activa se presenta como la única salida.

La actitud vergonzosa, con la mirada hacia abajo, con la que los evitantes entran en relación, tiene que ver con la tendencia a evitar la mirada de los demás. El evitante, asustado, cree que los demás le miran con intensa hostilidad, como si fuera especialmente visible

(heurística de personalización, Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). La mirada de los demás esconde una amenaza, un reproche, una intención maligna. Cuando se da cuenta que le observan, supone una actitud negativa del otro: "Me estaba mirando, entonces ya había notado mi inadecuación". El estado mental analizado ha permitido captar los puntos de contacto entre trastorno de la personalidad por evitación y trastorno de la personalidad paranoide: ambos comparten la escasa confianza en los demás y la tendencia al pensamiento egocentrado.

10.4.4. Estado de rechazo

Del estado de exclusión se puede pasar a un estado mental caracterizado por humillación, rechazo y juicio negativo. El evitante prevé que toda relación lo llevará a este estado. La escasa capacidad de intuir los pensamientos de los otros a partir de expresiones y comportamientos genera una interpretación de las señales de comunicación como burla o rechazo. Cuando se produce el estado temido, como una especie de profecía autocumplida, asume el aspecto de un destino cruel e ineludible, una condición de vida perenne, dolorosa e inaceptable, que le hace sentir humillado, como se deduce del fragmento que sigue, de la terapia de Alessandro:

P.: Sabía que no tenía que entrar en esa tienda, que me mirarán de arriba abajo, y efectivamente la dependienta estaba irritada, nos hizo atender por otro y yo empecé a sentirme raro.

T.: ¿Qué sentía?

P.: Sentía algo por dentro que hervía... estaba enfadado, me encontré fatal durante todo el viaje de vuelta, me encerré y no hablé más, de todas formas, siempre es la misma historia...

10.4.5. Estado de injusticia sufrida

Si, por un lado, el evitante tiende a limitar las relaciones interpersonales, por el otro, en el contexto de las pocas relaciones estables que puede tener por nacimiento, como las familiares, o la única relación de pareja, aflora a menudo un estado mental caracterizado por rabia, constricción e injusticia sufrida.

Alessandro percibe las relaciones como obligadas, mientras que no se puede explicar por qué los otros las viven de modo libre y sin prejuicios. La relación es un tema difícil de la vida: los hábitos, la negociación de las divergencias y las normas de convivencia escapan a su comprensión. Cuando establece una relación duradera, ésta adquiere un carácter obligado: no se puede elegir con quién vincularse, pero es mejor seguirle la corriente al otro para no quedarse otra vez solo. Alessandro resume:

P.: ... Yo no puedo estar enfadado con las otras personas o no puedo decir que no a las personas porque aunque quiera, digamos, hacerme el duro... Lorenzo el sábado me contestó mal, yo me enfadé y dije "ahora ya no hablaré con Lorenzo durante un tiempo" porque me había hecho cabrear el sábado, y, en cambio, el lunes me llamó a la oficina "ah! Pero qué enfadado estás" yo le dije "no, no estoy enfadado para nada" pero no era verdad, estaba enfadado.

T.: Pero ¿por qué es tan difícil decir que no, Sr. A?

P.: Porque en mi posición no puedo hacerlo, porque de entrada no tengo relaciones sociales, si yo me enfado y corto irracionalmente, entonces yo ¿qué hago?

Así pues, las relaciones adquieren las características de una "jaula dorada", es bueno tener relaciones, aunque sean difíciles de construir, pero éstas limitan la libertad de expresión.

P.: Cuando uno no tiene relaciones sociales o tiene muy pocas relaciones sociales ¿qué pasa? Que las pocas que se tienen o las situaciones que luego se crean se convierten en cadenas, porque es el momento en que uno crea lazos.

T.: ¿Por qué se convierten en cadenas Sr. A?

P.: ... porque, porque, por miedo, por miedo a perder esas escasas relaciones muchas veces te encuentras en esas situaciones, es decir, me encuentro en esas situaciones-cadena porque digo, vale, ahora esto ¿qué sé yo? Ha salido esto así, por decir, y vale, de acuerdo, la acompaño, pero bueno, ahora casi se ha convertido en una obligación.

La rabia, que es la emoción que a menudo acompaña los temas de constricción o de injusticia sufrida, puede ser contenida, como en el ejemplo anterior, o activada de manera indirecta (ausencia en el puesto de trabajo, agotamiento de las relaciones sentimentales). Es una forma de polémica silenciada, no comunicada.

La "coerción" en la relación y la rabia inexpresada pueden llevar al evitante a maniobras de distracción activa por medio de las cuales intenta alejarse de estímulos ambientales que considera perturbadores.

El trastorno de la personalidad por evitación se imagina viviendo estados mentales deseados, como los siguientes.

10.4.6. Estado de desquite narcisista

Este estado surge habitualmente en las fases avanzadas de la terapia o como consecuencia de tratamientos con altas dosis de antidepresivos, y se caracteriza por una especie de autoexaltación con indiferencia o desprecio del juicio ajeno. El trastorno de la personalidad por evitación se siente, por fin, dueño de la situación relacional y actúa empujado por expectativas grandiosas; en algunas circunstancias parece que esté bajo el efecto de "estimulantes": ya no incertidumbres o incomodidad, sino una actitud decidida, un deseo de estar en el centro de atención, con una soberbia que generalmente le es desconocida. La "metamorfosis" va acompañada de un sentimiento de desquite. Sin embargo, los sentimientos de no-pertenenecia, de distancia interpersonal y de ser diferente permanecen intactos, aunque están connotados ahora por un sutil sentimiento de superioridad. Las escasas habilidades sociales pueden, entonces, llevar a actitudes de arrogancia caricaturesca. Giovanni es un ejemplo de este proceso:

P.: He crecido mucho, los demás me ven, pero a miles de kilómetros de distancia, ¡ahora entienden con quién tienen que vérselas!

T.: ¿A quién se refiere?

P.: A los chicos del trabajo. Me buscan, me admiran... ¡soy fantástico!

Este estado recuerda el estado grandioso de los narcisistas y frecuentemente es diametralmente opuesto al estado mental de incomodidad, inadecuación y temor al juicio negativo.

T.: ¿Me parece que también con las chicas las cosas van notablemente mejor?

P.: Sí, soy uno de los más activos, a decir la verdad... el año pasado le decía que hay chicos que lo intentan con todas: este año soy uno de ellos.

Antes me preocupaba el hecho de pensar que alguien dijera "Ah, le estás tirando los trastos", ahora me da igual. Lo intentaría aunque estuviera delante de un estadio entero, si tengo que declararme a una chica, lo haría igual, sin avergonzarme en absoluto.

T.: En este aspecto ¿qué crees que te ha ayudado, es decir, te ha calmado?

P.: El hecho que día a día adquiero más confianza en mí mismo. A parte, la confianza también me la dan los demás. Si una persona te tiene en cuenta, tú te sientes mejor que ante una persona que no te tiene en cuenta.

T.: Tú ahora te sientes más considerado?

P.: Sí, mucho más, diez veces más.

El paciente describe cómo ha utilizado las nuevas capacidades para rebelarse con los demás y para alcanzar un estado de exaltación, autoestima positiva y bienestar grandioso. Desgraciadamente, esto no resuelve los problemas de no-pertenencia ni los de relación de los evitantes, dado que los demás habitualmente reaccionan frente a esta actitud alejándose de ellos.

10.4.7. Estado de gratificación solitaria

Otra manera de huir de los estados mentales dolorosos es la búsqueda de formas de gratificación solitaria. Los evitantes prefieren un espacio solitario donde "cultivar" pequeños placeres personales. Alessandro es un apasionado del fútbol:

T.: ¿Qué hace cuando está en casa?

P.: Almuerzo con mi madre, luego paso por mi casa, allí pongo la tele. Ya sabe, estos días se juegan los campeonatos europeos de fútbol. No me pierdo ni un partido, ni un comentario deportivo, ni una entrevista. Paso todo el tiempo delante de la tele.

T.: ¿Y no se siente solo?

P.: Estoy solo, pero ¿qué debería hacer? El fútbol siempre me ha gustado, ya desde niño, soy hincha del Lazio pero hace años que no voy al campo. Me lleno de fútbol, leo los periódicos deportivos, lo sé todo sobre los futbolistas, me alimento de todo esto.

Las actividades de gratificación personal son un buen "antídoto" contra la soledad, y a corto plazo evitan la depresión. Desde su aislamiento, el evitante percibe la diferencia entre su vida social y la

de los demás; esto le hace caer en un estado depresivo y el sentimiento de no-pertenencia derrumba su autoestima.

Los pacientes cambian de un estado mental al otro, a menudo en función de las relaciones. El análisis de los ciclos interpersonales es, pues, el próximo paso en la descripción del trastorno.

10.5. Los ciclos interpersonales problemáticos

El individuo construye esquemas de las relaciones interpersonales que se mantienen estables en el tiempo. En las interacciones, el paciente, a partir de determinadas creencias, necesidades, expectativas, deseos y temores, suscita en el otro unas respuestas específicas que refuerzan las creencias iniciales, empeorando la calidad de la relación (Dimaggio, Carcione, Semerari, Marraffa, Falcone, Nicoló, Procacci, 2001; Safran, Segal, 1990; Safran, Muran, 2000). En el trastorno de la personalidad por evitación hemos observado algunos ciclos interpersonales típicos: 1) el ciclo de extrañeza/ desapego; 2) el ciclo de inadecuación/rechazo; 3) el ciclo de constricción/evitación.

En el primer caso, el paciente con trastorno de la personalidad por evitación se representa como ajeno a la relación, percibiendo su diferencia/anomalía en comparación con el otro y experimentando incomodidad. El otro permanece distante a la espera de señales de acercamiento y el sujeto interpreta esta distancia como confirmación de su diferencia de base (*ajeno a la relación*).

En el segundo ciclo, de inadecuación/rechazo, el trastorno de la personalidad por evitación piensa que el otro "inevitablemente me rechazará cuando se dé cuenta de que no valgo para nada" (Perris, 1993), lee sus propias señales internas y externas como una confirmación de su inadecuación, lo que incrementa su sensación de incomodidad; la actitud temerosa puede hacer que los demás le consideren inadecuado. La percepción de esta evaluación negativa alimenta, a su vez, el sentimiento de inadecuación.

En el ciclo de constricción/evitación el sujeto siente el otro como cercano pero opresivo, lee el interés del otro hacia él como utilización o deseo de dominarle y tiene dificultades para reconocer las causas

de su estado interno y para afrontar el problema con medios adecuados. Lo que percibe es sólo un fuerte sentido de constricción y/o injusticia sufrida, teñida a menudo de rabia inexpresada y del deseo de huir de cualquier posible confrontación o aclaración. El otro, a su vez, se siente herido por su falta de implicación en la relación, y se siente solo gestionando emociones que el evitante no airea (*constreñido por la relación*).

Cuando el evitante se sustrae a la relación a causa del sentimiento de constricción, el otro incrementa inicialmente las demandas de implicación y los reproches, como ocurre en el ejemplo que describe Francesco. La reacción del evitante es el aumento del sentimiento de constricción y un ulterior alejamiento. El resultado es, a menudo, la ruptura de la relación:

P.: En la época de Cristina, salíamos muchas veces juntos. Ella siempre estaba con la ropa, el cine, el teatro... ¡no podía más! Cuanto más intentaba "escabullirme", tanto más ella me reprochaba mi desinterés. De modo que conseguía sacarme otra vez, y siempre había que hacer muchas cosas; realmente salía mal parado, me enfadaba muchísimo, ¡menos mal que al cabo de un tiempo se acabó!

Por el contrario, cuando aumenta la distancia interpersonal, aumenta el deseo de la relación. Francesco ahora vive la intimidad como una meta a alcanzar. La pareja se ha alejado, desencadenando miedos y obsesiones a menudo al borde de lo irreal:

P.: Buscaba a Cristina, aunque hacía dos meses que lo habíamos dejado, sólo para verla y asegurarme que "estaba tranquila". La llamaba por teléfono para decirle que quería verla sólo para saludarla: a ella le impactaba porque pensaba que estaba un poco paranoico o celoso. Pero me ponía contento, incluso escuchando cómo le iba su nueva relación con ese chico, la había perdido pero me importaba un comino, ¡lo que me hacía estar tan mal era ese miedo!

10.6. La heteroregulación de las elecciones por medio del contexto

Otro aspecto relevante se refiere a la forma en que el evitante se representa sus objetivos y, en consecuencia, toma decisiones sobre su propia vida. En las situaciones sociales el evitante se basa en la hete-

ro-regulación de las metas, es decir que tiende a adherirse a lo que hacen los demás; este comportamiento es una respuesta instrumental y defensiva hacia el temor a la exclusión/rechazo del contexto en que se halla:

P.: Cuando volví aquí, solía salir con el grupo de Andrea, que son todos vegetarianos e iban a casas sin retretes y sin electricidad en medio del campo, eran "sucios" y alternativos. Esta compañía era tan rara que mi tía le preguntaba a mi madre "¿qué tiene que ver tu hijo con esta gente?". Sin embargo, como no tenía alternativas, hasta eso aceptaba.

La adhesión al grupo es necesaria, dado que se perfila como la única posibilidad para no quedarse marginado socialmente. Falta, sin embargo, la capacidad para captar elementos más profundos de compartimiento; la participación en la vida del grupo es puramente formal y dentro del respeto de las normas más explícitas.

El paciente con trastorno de la personalidad por evitación asocia el problema de la constricción con su incapacidad para tomar decisiones compartidas; suele tomar decisiones por sí mismo, pero si está en compañía, la elección del otro es vivida como impuesta, a causa de su dificultad para negociar las cosas:

P.: Porque uno, por miedo, por miedo a perder las pocas relaciones que tiene, o las situaciones que tiene, muchas veces se encuentra en esas situaciones, es decir, yo me encuentro en esas situaciones como con un dogal en el cuello, porque digo, vale, ahora tal, ¿qué sé yo? se ha producido tal cosa, por decir, pues vale, estoy de acuerdo, le acompaño. Pero ahora casi se ha convertido en una obligación.

T.: No, porque uno dice "no, ahora no".

P.: A partir de algo que se ha convertido en una obligación ¿qué pasa? De aquí surge la desviación, que por dentro se dice no, pero luego se dice que sí, como lo que hacía Fracchia* en ese gag tan conocido cuando entraba: antes decía "ahora le digo esto, esto y aquello" pero luego entraba y se sentaba [se ríe].

* N. de T: Personaje de una serie de gags en un programa de la televisión italiana de los años setenta, interpretado por el actor Paolo Villaggio, caracterizado por ser gafe, carente totalmente de asertividad, y que a menudo mantenía conversaciones con su jefe, con la intención de reivindicar sus derechos laborales; en cuanto entraba en el despacho, sin embargo, perdía todo tipo de valor y se mostraba caricaturescamente servil y sumiso.

Estos pacientes, como Alessandro ha observado irónicamente, se sienten incapaces de decir que no, encontrándose bloqueados entre la constricción y el temor a la soledad. Esto empeora la autoestima, aumentando una imagen de sí mismo como débil y sumiso.

En las situaciones diádicas la regulación de las elecciones se vuelve todavía más difícil, de manera que el evitante opta por renunciar y se dedica a actividades solitarias pero más gratificantes. Es la estrategia adoptada por Alessandro:

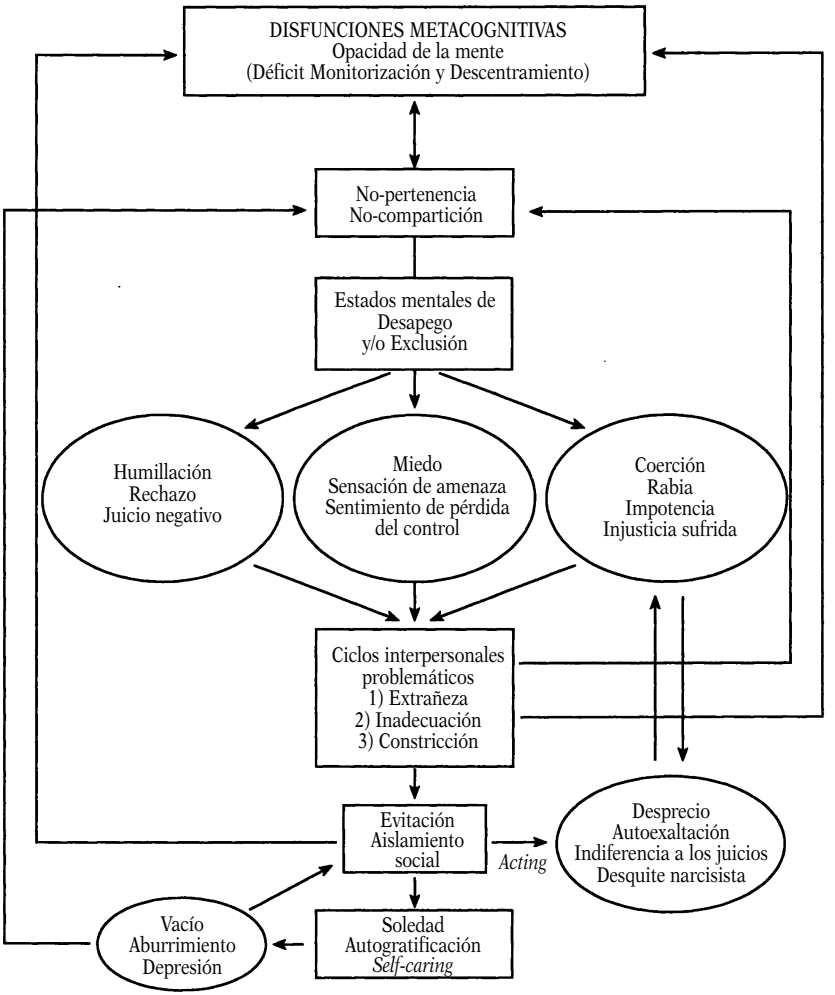
P.: Cuando estaba con María, ella quería salir; yo algunas veces sacaba alguna excusa, que no me encontraba bien o que tenía cosas por hacer, y entonces me quedaba en casa viendo un partido o salía solo a ver librerías...

10.7. El modelo de mantenimiento del trastorno

Hasta aquí hemos descrito los componentes de la mente que caracterizan el trastorno de la personalidad por evitación. Para que la descripción sea completa hará falta mostrar cómo se relacionan entre sí los distintos componentes y cómo constituyen la psicopatología del trastorno, y, sobre todo, cómo su conexión crea ciclos de mantenimiento del trastorno mismo.

El evitante tiene una representación de diferencia y/o inadecuación personal que vive como un hecho, más o menos doloroso, una realidad con que confrontarse en la vida; tiene la percepción estable de que es imposible compartir y/o pertenecer al mundo relacional y social. En determinadas condiciones en que se siente seguro (aislamiento social, familia, casa), estas representaciones y las sensaciones que las acompañan permanecen generalmente en el trasfondo. Prevalece, en cambio, una sensación de soledad, extrañeza y lejanía del mundo que, a la larga, se vuelve egodistónica y que lleva el sujeto evitante a evitar el contacto con los demás. La percepción de inadecuación y/o diferencia tiende a agudizarse en la confrontación con el contexto social y de la percepción de emociones negativas de exclusión, incomodidad y vergüenza. No obstante, el estado descrito puede que se presente como controlable y manejable por medio

Fig. 10.1. Modelo general de mantenimiento



de estrategias de evitación del problema, y/o puede manifestarse en ciclos de extrañeza que, a largo plazo, reforzarán la percepción de diferencia e inadecuación, los déficits de metarrepresentación y el sentimiento de no-pertenencia.

Si las estrategias de evitación no son suficientes o el contexto relacional no las permite, las anticipaciones negativas evolucionan en

estados de amenaza y pérdida de control vividos de manera intensamente egodistónica. Estos estados llevan hacia el estado temido de humillación, rechazo y juicio negativo recibido. En consecuencia, el estado de amenaza hay que considerarlo como un estado de transición y no estable e invasivo como en el trastorno paranoide. Las imágenes anticipadoras de eventos relacionales, típicas de este estado, casi siempre van en dirección del evento temido, conduciendo hacia ciclos interpersonales que refuerzan las convicciones disfuncionales. En especial, los ciclos de rechazo alimentarán la convicción de estar constantemente expuestos al juicio y al rechazo por parte de los demás, mientras que los ciclos de constricción alimentarán la convicción que el interés del otro sólo lo determinan los fines coercitivos o de explotación. En ambos casos, el resultado es un distanciamiento progresivo de las relaciones. La evitación prolongada, a su vez, refuerza la inhibición social, la autoestima negativa y los déficits de metarrepresentación. Cuando se produce el estado temido, como una especie de profecía autocumplida (a causa de los ciclos interpersonales y de los déficits), aparece como un destino cruel e inevitable, una condición de vida perenne, dolorosa e inaceptable, vivida con rabia y humillación. De todo esto se deriva la huida de los estados problemáticos por medio de soluciones solitarias de parche, como fantasías o actividades gratificantes que, por momentos, alivian el sufrimiento, y que, sin embargo, a la larga se convierten también en estados problemáticos, intensificando el sentimiento de ineptitud y de no-pertenencia, lo cual agrava los déficits de metarrepresentación y reactiva el ciclo. Además, en algunos casos, de los estados de rabia e injusticia sufrida se puede pasar a conductas impulsivas y de éstas a estados reivindicativos que recuerdan los de un cuadro límite, o a estados de desquite narcisista. Los evitantes más sensibles a las dinámicas de rechazo y humillación presentan de manera más o menos matizada todos los estados mentales y los ciclos interpersonales descritos.

Para describir mejor algunos aspectos del modelo de mantenimiento nos resultará útil servirnos de algunas figuras del imaginario que identifican subtipos del trastorno.

10.7.1. Smurov, o el sí mismo desapegado

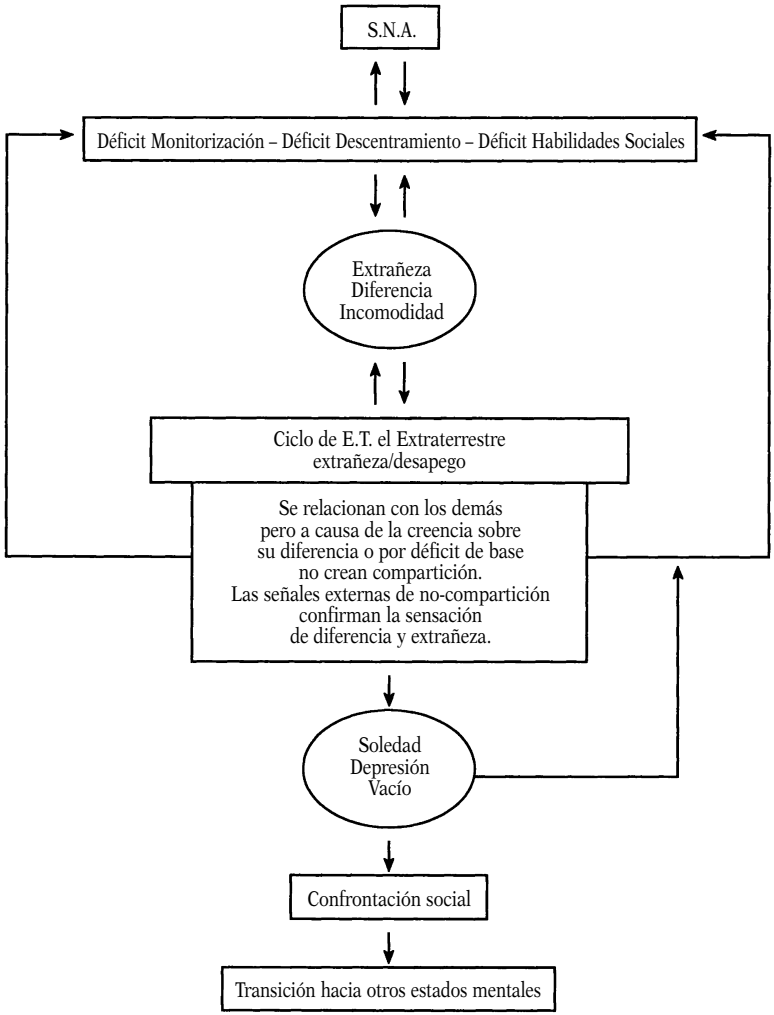
A veces el evitante presenta una modalidad de relación de desapego y una indiferencia aparente hacia las personas que le rodean. Al principio del capítulo, como imagen inmediata de una dolorosa no-pertenencia, la figura de Smurov nos ha ayudado a introducir este aspecto. Existen evitantes, como Smurov, capaces de asumir una actitud de desapego en las relaciones y de vivirlas desde una distancia dolorosa. Estos sujetos son incapaces de tener una buena representación de la mente ajena y tienen dificultades para reconocer los propios pensamientos, emociones y sensaciones durante el desarrollo de las relaciones interpersonales. En las sesiones hablan de su incomodidad, la dificultad para comunicar y la sensación de profunda y enigmática extrañeza, sobre todo en las relaciones que deberían llamarse "íntimas" y que, para ellos, nunca lo son.

Los demás los observan y entran en contacto con ellos con mucha dificultad, sorprendidos por la sensación de desapego que desprenden. Pero el evitante no capta en los demás esta dificultad, antes bien deduce de ello una confirmación de la imposibilidad de mantener una vida relacional; se cree alejado de los demás, y se distancia él en primer lugar. Su diferencia se convierte en una evidencia demostrada. El déficit de metarrepresentación es fundamental en el evitante/Smurov: los fallos en la monitorización no ayudan a entender que es la incomodidad misma, de la cual no es consciente, lo que empeora la relación con los demás, poniendo en marcha ciclos interpersonales de distanciamiento recíproco. El modo de gestionar el desapego es la búsqueda de alivio en el alejamiento y la soledad. Es imposible analizarlo, comprender sus causas y contrastarlo.

A menudo esta dinámica se acompaña y se agrava por la falta de habilidades sociales. En parte, ésta es debe a la falta de experiencia en la vida y la comunicación con los otros, pero está principalmente relacionada con los fallos metarrepresentativos ligados a la comunicación: Smurov no entiende de qué hablan los demás y no sabe cómo interactuar.

La soledad es la solución aparente a los problemas de extrañeza/desapego, pero sólo por un tiempo limitado. En efecto, el evitante

Fig. 10.2. Smurov, o el sí mismo extraño



llena el espacio mental con actividades mentales (fantasías, rumiaciones) que se corresponden a imágenes de realidades posibles o sustitutas a la dolorosa evidencia; otras veces, se dedica a cultivar actividades o intereses *en solitario*, como largas tardes viendo películas de vídeo o dedicadas a recoger libros, objetos, etc. Sin embargo, con el tiempo esto, no sólo pierde la connotación agradable que tenía al

principio, sino que confirma la diferencia y la extrañeza de realidades sociales y relacionales vividas con los demás, devolviéndolo a la sensación de que es imposible compartir y pertenecer. En este punto, el evitante Smurov cae en la depresión. Hacia el final de la novela, Smurov se nos muestra como lo que es: anodino, inconsistente, capaz sólo de vivir representando personajes cercanos sin poder encarnarlos verdaderamente; nos preguntamos casi qué testimonio o huella ha dejado.

10.7.2. Amélie, o el sí mismo inadecuado

Los evitantes se nos hacen simpáticos por el sentimiento de pena y ternura que inspiran; representan a la enésima potencia las dificultades para relacionarse y sentirse a la altura de las situaciones sociales, que todos nosotros, tarde o temprano, experimentamos, aunque por un tiempo limitado. Hallamos una descripción reciente de este subtipo en la protagonista de una película poética y sugestiva de Jean-Pierre Juenet con el título: *Amélie*. Esta chica es introvertida, sensible, atenta a los demás. Incapaz de comunicar por su sensación de incomodidad y su facilidad a la vergüenza, tiende a fantasear y a quedarse sola, limitando las relaciones con los otros a las mínimas indispensables.

Su dificultad se halla en la necesidad de superar varios obstáculos para poder estar con otras personas.

A menudo, el punto de partida guarda relación con la autoimagen de inadecuación que los lleva a sentirse distintos de los demás. Las confirmaciones de ello, que pueden remontarse a la infancia, consisten en recuerdos de episodios relacionales acompañados por experiencias de humillación y rechazo. Esta actitud por sí misma retiene el evitante de mantener relaciones cercanas. El dilema típico es entre el deseo de tener relaciones humanas y la dificultad de iniciarlas, o, peor, de profundizar en ellas. Cuando esto ocurre, el estado psicológico es de temor a la pérdida de control, a la incomodidad y a la ansiedad, y de miedo a que se haga realidad la exclusión definitiva por parte de los otros. La situación sentimental no puede más que reproducir este mecanismo, incluso teñida de un mayor sufrimiento

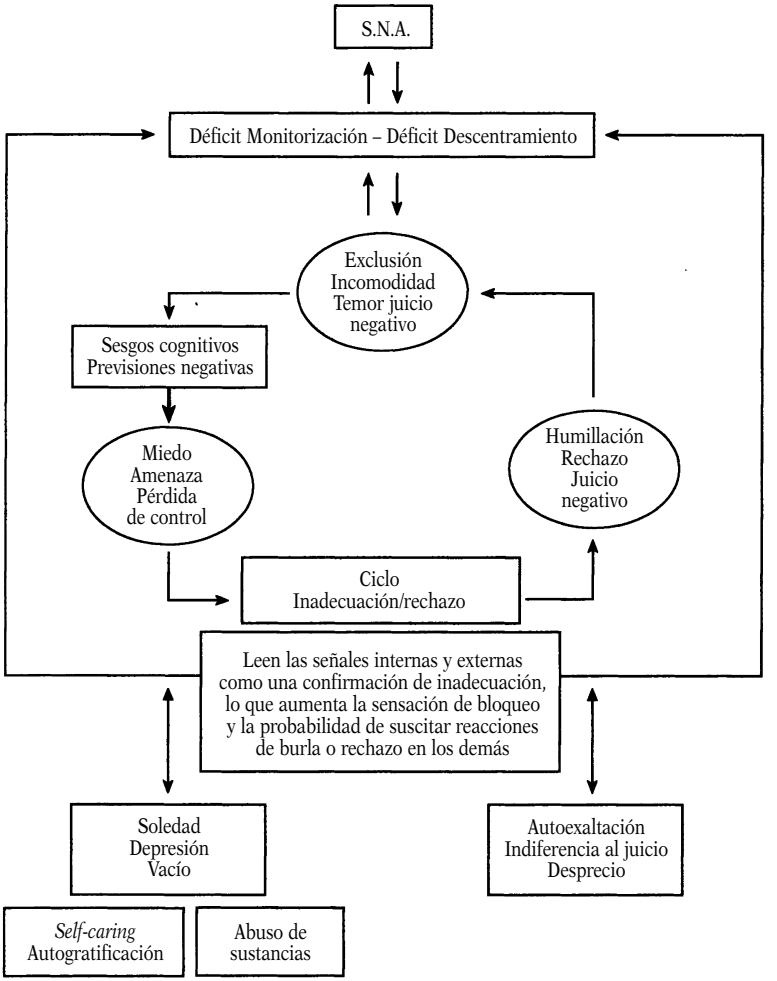
emocional. En una de las escenas de la película, Amélie, después de unos acontecimientos rocambolescos, consigue quedar con un chico que le ha llamado la atención, por medio de unas comunicaciones por escrito. Cuando, por fin, él se presenta en el *bistrot* donde ella trabaja de camarera, Amélie, extremadamente emocionada, niega haber sido la chica que le ha enviado los mensajitos, niega ser ella misma. El cristal que la separa del chico representa muy bien la barrera que los separa: él a un lado la mira y le pregunta cosas. Ella, al otro lado, baja la mirada para evitar responderle con la misma tónica y finge estar entretenida en su trabajo, huidiza y torpe.

Estos encuentros deseados y luego fallidos provocan sentimientos de vacío y soledad muy dolorosos. El uso de substancias o de alcohol puede ser un intento de aliviar ese dolor pero, al mismo tiempo, una confirmación de la propia debilidad. Otras veces, la fantasía lleva a imaginar escenas opuestas, donde el evitante, lleno de iniciativa, participa en encuentros fructíferos; en la realidad, con tal de vivirlas, el evitante tiene que entrar en el estado de desquite narcisista y sentirse poderoso, capaz de cualquier cosa y desdeñoso.

Ambas soluciones a los problemas relacionales no duran mucho: el evitante permanece con una sensación de no-pertenencia y/o de incapacidad de tener relaciones íntimas, lo que confirma su inadecuación y la condición de quien vive una vida desde la perspectiva de observador más que de actor de su propia existencia. En otra de las escenas de la película, Amélie en su infancia consigue encontrar como único compañero de juegos un pececito con tendencia a salir de la pecera de cristal en que vive. De manera emblemática, cuando la madre de Amélie decide liberar el pez al agua del río ¡le regala a cambio una cámara de fotos!

Los trastornos de estos evitantes, así como las dinámicas descritas, se alimentan también de algunos déficits de metarrepresentación: el evitante está fuertemente autocentrado en gestionar sus estados internos, sobre todo en identificar las emociones de ansiedad y de incomodidad e intentar manejarlas. La incapacidad de hacerlo está relacionada con la falta de regulación y se refuerza sobre todo por la incapacidad de asumir una perspectiva descentrada. El evitante sólo bus-

Fig. 10.3. Amélie, o el sí mismo inadecuado



ca en el otro el desmentimiento de su propia inadecuación, que sistemáticamente no obtiene. A causa de ello se aleja de las relaciones.

Las habilidades sociales, que, a pesar de todo, existen, están intensamente inhibidas por la evitación social y por la huida de las situaciones relacionales. El evitante sabría explicar en su diario sus sentimientos, pero no comunicar con palabras la dolorosa dificultad de vivir con los demás.

10.7.3. Bartleby, o el sí mismo constreñido

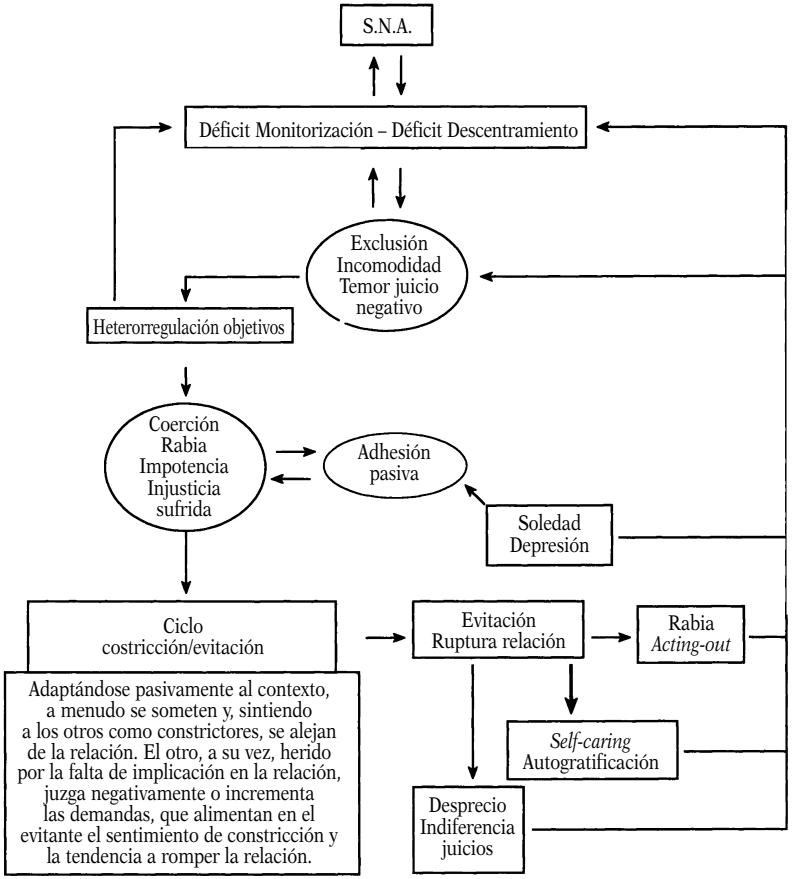
A veces los evitantes se encuentran en situaciones relacionales o sociales iniciadas años atrás, en las cuales, sin embargo, mantienen una postura distanciada y de implicación parcial. La presencia de los otros, que sin embargo es útil para formular decisiones o para estar presentes en el mundo social (sobre todo en el trabajo), se vive como una ingerencia de la cual protegerse.

Nos ayuda el protagonista de la novela de Melville, *Bartleby el escribano*. Bartleby es un escribano newyorkino contratado por un abogado de renombre; se dedica al trabajo, solitario, silencioso, no tiene intereses ni vicios especiales, vive en la oficina en que trabaja, no da informaciones de ningún tipo acerca de sí mismo; pero, sobre todo si se le induce a tomar una iniciativa o a dar su opinión, siempre contesta: "Preferiría que no". La presencia de los otros, las normas y las tareas de la vida social se convierten en una obligación de la cual defenderse. Vive esta coerción con rabia y sentimiento de injusticia contra la que rebelarse. Bartleby se negará a moverse de allí incluso cuando se va a desmantelar el despacho. Las fuerzas del orden le invitarán a desalojar. "Preferiría que no", contesta. Acaba en la cárcel. La evitación tiene aquí el doble objetivo de liberarse de ese peso, pero también de protegerse de los posibles riesgos de una reacción rabiosa.

Cuado alguien se sustrae con rabia de una relación, se ve sometido al juicio de los otros, incrementando el sentimiento de exclusión y de inadecuación. Bartleby representa una metáfora de la posible mediación con la vida social que algunos evitantes intentan: ni contigo ni sin ti. Mientras el nicho ecológico que el evitante se construye se mantiene en pie, éste puede vivir un equilibrio precario que no permite el cambio. El resultado es, sin embargo, el sentimiento de soledad y el aburrimiento, ya que las relaciones no le proporcionan estímulos ni vitalidad.

Cada una de las modalidades psicológicas descritas en los tres ejemplos (Smurov, Amélie, Bartleby) se caracteriza por estados mentales problemáticos que derivan en otros estados mentales igualmente ineficaces pero deseados, que son los opuestos a los problemas originarios, sin proporcionar soluciones viables en las relaciones y en los contactos sociales, y que confirman los déficits de metarrepresentación y la no-pertenencia originaria.

Fig. 10.4. Bartleby, o el sí mismo constreñido



El estado de autoexaltación con indiferencia a los juicios y los sentimientos de desprecio puede ser un estado mental transitorio para algunos evitantes, cansados por la frustración de no ser capaces de afrontar las situaciones relacionales y sociales. A veces, constituye una transición espontánea durante la terapia, cuando se ponen en evidencia los estados problemáticos opuestos, es decir, de inadecuación y temor al juicio negativo. Este estado crea un bienestar transitorio que, cuando desaparece, deja al paciente expuesto a los problemas de no-pertenencia dolorosa y a la consiguiente depresión, autoestima negativa y escaso sentido de eficacia personal.

11 El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación

Michele Procacci, Daniela Petrilli y Giancarlo Dimaggio

11.1. El núcleo de la terapia del evitante

En el trastorno de la personalidad por evitación, la sensación dolorosa de no conseguir compartir la experiencia con los demás y no pertenecer a los grupos ocupa la posición central. De los tres aspectos del sentimiento de no-pertenencia (déficit de la metarrepresentación, disfunciones de las representaciones de sí mismo y del otro y déficit de las habilidades sociales), el que mayormente menoscaba el funcionamiento mental es el déficit de monitorización de la metarrepresentación. La dificultad de representar su estado mental y de reconocer la relación que guarda con el contexto interpersonal incrementa el sentimiento de ser distinto e inadecuado, restringe el mundo relacional y afectivo y merma las habilidades sociales. Este núcleo se manifiesta de forma intensa y generalizada ya desde las primeras fases del tratamiento. La alianza terapéutica con un paciente evitante sólo se puede establecer a condición que en terapia se aborden estas dificultades y el paciente entienda las causas de su sufrimiento. En particular, la dificultad para identificar los estados internos junto a la tendencia a crear ciclos interpersonales de extrañamiento ali-

menta el desapego interpersonal y las dificultades de comunicación, también en la relación terapéutica. Éstas representan, por tanto, el nudo principal del circuito patológico sobre el que intervenir. En otras palabras, si el paciente no reconoce ni comunica estados de sufrimiento emocional, no será posible ninguna intervención de comprensión y compartimiento. Es necesario, pues, incrementar en primer lugar las capacidades de identificación y modular la sensación de extrañamiento y desapego que afecta a los participantes de la relación terapéutica.

Sólo después de mejorar dichas habilidades se puede recurrir a las tareas de autoobservación e incrementar las capacidades de relacionar los estados personales con las variables ambientales y relacionales. La conducta de evitación nace, de hecho, como estrategia para manejar la experiencia de incomodidad en el contacto con los demás, pero si no se comprende este nexo será imposible promover unas estrategias más funcionales. Cualquier intervención terapéutica será posible sólo cuando el paciente reconozca sus estados internos y su relación con contextos y situaciones relacionales. Otro aspecto fundamental sobre el que intervenir es el descentramiento. Si éste no mejora, las intenciones de los demás quedan oscuras, enjuiciadoras, confirmadas por ciclos interpersonales que alimentan el sentimiento de inadecuación y no-pertenencia.

El trabajo sobre los ciclos interpersonales con estos pacientes representa el telón de fondo que guía el terapeuta en la relación y en la gestión de la sesión. La dimensión interpersonal problemática no puede, en efecto, ser objeto de debate si antes no se ha mejorado la capacidad de acceder a los estados mentales propios y ajenos. En consecuencia, al menos en las fases iniciales de la terapia, la gestión correcta de los ciclos se orientará a incrementar la experiencia compartida entre paciente y terapeuta más que a la conciencia de los procesos disfuncionales por parte del paciente. Compartir la experiencia reduce el riesgo que el terapeuta, un extraño para el paciente, sea percibido como crítico o enjuiciador, y permite que aumente el sentido de seguridad.

Niveles más elevados de habilidades autorreflexivas y de descentramiento, junto a una relación terapéutica más estable abrirán el camino a intervenciones dirigidas a modificar los ciclos interpersonales y los esquemas que los sostienen. El objetivo del trabajo es "devolver" el paciente al mundo relacional y social, de manera que se sienta más cercano y partícipe de la vida con los demás, con menor sufrimiento y desapego.[1]

Vamos a subdividir el capítulo en dos secciones: la primera se centrará en los evitantes que padecen déficits de metarrepresentación graves de monitorización y descentramiento, con alto riesgo de abandono terapéutico por percibir el terapeuta como un extraño potencialmente enjuiciador. En la segunda, describiremos cómo actúa el terapeuta cuando el paciente ya es capaz de reconocer su mundo interior y vive la relación de manera positiva. Se trata, o bien de pacientes menos graves, con habilidades metarrepresentativas bien preservadas, que por tanto reconstruyen más fácilmente su mundo emocional y de significados, o bien de pacientes en fases avanzadas del tratamiento, para quienes las operaciones de la primera sección han tenido éxito. En ambos casos, el trabajo tiene como objetivo la construcción de habilidades sociales y el dominio de los estados mentales problemáticos.

1. Millon, Davis y otros (1996) consideran que el objetivo último de la terapia es contrastar la tendencia natural de los evitantes a mantener un patrón de aislamiento social, hipervigilancia perceptiva y evitación cognitiva. De todas maneras son personas de difícil pronóstico. Sus actitudes son globales y generalizadas. Pocas veces se hallan en un contexto que les haga de apoyo y que pueda acompañarles en el proceso de cambio a lo largo de la terapia. La psicoterapia cognitiva tiende a modificar los esquemas interpersonales disfuncionales y los comportamientos de evitación, pero también debe evaluar el contexto familiar con tal de que éste no confirme los esquemas de base del evitante.

PARTE I

11.2. La regulación de la relación terapéutica: la intervención sobre el déficit de monitorización para la identificación de los estados problemáticos

La regulación de la relación terapéutica representa el primer paso a dar para favorecer un clima que permita adquirir conocimientos psicológicos sin que el sentimiento de extrañamiento e incomodidad prevalezca. Para ello, es necesario que el terapeuta opere a tres niveles: 1) la búsqueda de los estados compartidos; 2) la identificación de los marcadores (*markers*) emocionales, para realizar las operaciones de disciplina interior y manejar los ciclos de desapego-extrañamiento; 3) la promoción de capacidades de identificación de los estados mentales.

Las primeras entrevistas con un paciente evitante nos dejan generalmente una impresión de confusión y desconcierto. Su relato no hace ninguna referencia a estados emocionales, ni contiene formulaciones comprensibles de los problemas que el terapeuta debería afrontar. No conseguimos representarnos el paciente en nuestra mente. Lo que queda es una sensación de lejanía y extrañamiento muy destacada. Detengámonos e intentemos comprenderla a fondo, porque nos guiará durante buena parte de nuestro trabajo terapéutico. Para entender lo que el evitante oculta detrás de la superficie opaca de su discurso, tomaremos prestado un fragmento de la novela *Las desventuras de Margaret*, de Cathleen Schine:

> Margaret mimó dulcemente su propia soledad. Durante un lapso de tiempo considerable su atención fue captada por el brillo de la cubertería de plata, bebió un sorbo de agua mineral y se oyó a sí misma deglutiendo. Las otras mesas parecían islas lejanas e insignificantes en un espacio nebuloso más allá de los mares insuperables [...] Alrededor de Margaret había caras, una miríada de caras que sonreían y reían, bocas que se abrían y se cerraban sin esfuerzo formando palabras: misterio de la conversación (p.126).

El personaje de Margaret nos comunica con mucha claridad la sensación de lejanía y extrañamiento. Pero esta sensación no siempre se extrae tan claramente de los relatos de los pacientes: los evitantes,

más que explicarla, la viven y la transmiten. Lo que guiará al clínico, por tanto, no serán tanto los contenidos verbales, sino la experiencia en la sesión. El evitante parece como envuelto en la niebla, inaccesible, diferente, anómalo, su conversación y sus expresiones son mecánicas, faltas de color emocional. Empezaremos por aquí para comprender los estados mentales problemáticos y las modalidades por medio de las cuales el paciente lee o anticipa los eventos relacionales.

Entremos, pues, en ese salón y sumémonos, con Margaret, al silencio de la soledad. Estamos entre los algodones de nuestro cuerpo, en nuestro interior todo está amplificado, el resto sólo es ruido, oscuros movimientos de figuras que se desplazan mecánicamente emitiendo sonidos. Los otros, inaccesibles, fluctúan envueltos por un halo de desconcertante misterio.

¿Qué reacciones se prefiguran en nuestro escenario mental? Podríamos mantener inalterado el estado de extrañamiento y distancia, permanecer observadores, fríos o curiosos, de la realidad que nos envuelve, pero a la larga esto nos llevaría a estados de indiferencia y aridez emocional; nos hundiríamos en el aburrimiento, faltos de objetivos y deseos que den significado a nuestra vida. Podríamos, al contrario, desplazar la atención hacia nuestro cuerpo y sobre cada pequeño movimiento, tal como Margaret se oye a sí misma deglutiendo, pero con la impresión de ser transparentes, constantemente bajo la observación y el juicio de los demás.

Los estados de extrañamiento/diferencia y de inadecuación/rechazo dominarán el escenario mental, alternándose mutuamente: siempre los mismos tonos emocionales, los mismos temas de pensamiento, los mismos fenómenos somáticos que afloran a la conciencia de manera recursiva. Ayudar al paciente a reconocerlos y a comprender su dificultad para establecer un contacto interpersonal es una necesidad prioritaria e ineludible. Pero, para que el paciente los reconozca, el clínico, después de haberlos identificado por medio de la atención a sus propios indicadores internos (sensación de aburrimiento, distancia, incomodidad, extrañamiento) y a las expresiones del paciente (músculos tensos, ojos que miran hacia el suelo, rubor) deberá promover intervenciones de monitorización. Este tipo de intervención

favorece, además, el compartimiento. Veamos un ejemplo: Biagio es un chico que se siente visiblemente incómodo, levanta la mirada sólo por unos momentos y la dirige hacia el terapeuta o hacia unos puntos de la habitación en que se fija insistentemente. El terapeuta advierte inmediatamente signos de introversión, incomodidad y dificultades de comunicación.

P.: No sé lo que pasa, me siento raro, ya no hago las cosas que hacía antes.

T.: Raro ¿cómo, Biagio? Quisiera entender mejor cómo te sientes.

P.: No sé... ¡extraño!

T.: ¿Y tú antes cómo eras?, ¿qué hacías?

P.: Antes era un chico normal como todos, iba al colegio, jugaba a fútbol y miraba las películas, me gustaban las de ciencia-ficción, pero no me hacía muchas preguntas, ¡era normal!

T.: Entiendo, entonces notas que algo está cambiando, y cuando no te sientes como antes, ¿qué sientes?

P.: ¡No lo sé! Me voy a la cama y no hago nada, me quedo así...

T.: Es decir, ¿sin energía, sin importarte nada...?

P.: Eso mismo, tal vez estoy triste; luego, siempre pregunto a todo el mundo qué es lo que me pasa... no sé.

Lo que se extrae del diálogo es una sensación de ser distinto, que le hace sentir anormal, equivocado. Biagio no se espera la depresión, y, cuando llega, se espanta. El terapeuta intenta compartir el problema mostrando al paciente cómo éste vive en un estado mental en que se siente diferente y excluido del resto del mundo, y cómo esta experiencia tiene un componente universal:

T.: ¿Alguna vez has visto películas de ciencia-ficción del tipo... "Regreso al futuro"?

P.: ¡Las he visto casi todas!

T.: ¡Perfecto! ¿Te acuerdas cuando el protagonista, no recuerdo el nombre...

P.: ¡Michael Fox!

T.: ¡Muy bien! Le catapultan hacia delante en el tiempo y ve que su mundo ha cambiado por completo, sus amigos, los sitios a los que iba, su familia... ¿recuerdas lo desorientado que estaba al principio?

P.: Sí, y recuerdo que luego se encontraba a las mismas personas, pero ellas no le reconocían.

T.: Exactamente, ¡esa sí que era una situación para tener una crisis!

P.: ¡Madre mía! [se ríe] ...

T.: Bueno, ¡por supuesto no quiero decir que te hayas adelantado en el tiempo!

P.: ¡Sólo me faltaría eso! [se ríe].

T.: Sin embargo, la sensación que experimentas es muy similar, y es una sensación que todos podríamos tener, si de golpe perdiéramos todos nuestros puntos de referencia, todo aquello que nos resulta familiar, que nos da la certeza de saber quiénes somos, qué es lo que queremos. Sería muy difícil para cualquiera encontrarse en un mundo en que te sientes extraño, en que no te reconocen, sin entender lo que está ocurriendo.

P.: Sí, yo me siento un poco así, un poco... ¿qué sé yo? ¡fuera! Y de verdad que no entiendo... a veces me pasa que la gente me habla y yo no entiendo, como cuando había asamblea y todos debatían o gastaban bromas ¿no? ¡Y yo no entendía nada! Tal vez antes no le daba importancia, ¿quién sabe? Tal vez me parecía como si fuera normal, ¡pero siempre he sido un tipo tranquilo, aislado, algo tímido!

La comprensión de la experiencia subjetiva del paciente, de su estado de exclusión y de diferencia respecto al mundo ha permitido crear un clima de compartimiento a través del recuerdo común de las películas de ciencia-ficción. Los resultados inmediatos son los relacionales: el desapego y la vergüenza disminuyen, y aumenta la habilidad del paciente para describir los estados internos.

Una vez normalizada la experiencia, el terapeuta subrayará que hay que tratar la sensación de extrañamiento porque es invasiva, genera sufrimiento y lleva a conductas que incrementan el malestar. Para sintonizar, el terapeuta puede utilizar experiencias personales de falta de compartimiento:

T.: A veces me pasa que estoy hablando con una persona, pero no conseg escucharla, como si me hubiera perdido en mis pensamientos... ¿No sé si usted ha experimentado situaciones similares?

P.: Sí, me cuesta hablar con los demás, a menudo no sigo lo que me dicen... ¡pero no quisiera hacerlo!

Una vez las intervenciones orientadas a identificar los estados internos y el compartimiento han permitido al paciente reconocer el estado problemático, es oportuno sugerir al paciente que les dé un nombre para utilizarlo siempre, creando así un léxico compartido que guiará el trabajo terapéutico. La labor con Biagio sigue de este modo:

T.: Entonces antes también estabas un poco aislado.

P.: Sí... eso creo, ¡pero de todas formas estaba bien!

T.: Pues, tal vez, el estado de ahora sigue siendo un estado de aislamiento, pero tú lo percibes de otra manera, ahora lo vives mal.

P.: Sí, me siento muy raro, distinto de los demás, ¡tengo algo que no funciona!

T.: Entonces, si antes era un estado de aislamiento, el estado de ahora cómo podríamos denominarlo, piensa en una película, si te puede ayudar.

P.: Mh... comooo... ¡Regreso a la tierra!

T.: ¡Bien! Como regresar a la tierra después de haber estado en Marte... entonces hay que entender a los seres humanos, sus bromas y sus juegos, los hábitos, sino, uno sigue sintiéndose diferente y excluido.

P.: ¡Sí, es verdad, en esta época podría ser perfectamente un marciano!

La opacidad del evitante mejora progresivamente a medida que empieza a identificar los aspectos de su vida mental. Sin embargo, precismente a causa del déficit de monitorización, el reconocimiento de los estados problemáticos no será rápido, y requerirá hacer reconstrucciones constantes de los contenidos trabajados en las sesiones anteriores. El terapeuta tendrá, pues, que retomar el discurso utilizando la misma terminología compartida con el paciente. Por ejemplo, podrá intervenir con frases del tipo: "me parece que en el suceso que me ha explicado hoy usted ha vuelto a vivir uno de esos momentos en que se siente un poco marciano". Esto generalmente fija el recuerdo y favorece el reconocimiento del estado mental, y hace posible también la diferenciación de los estados mentales que surgen a lo largo del tiempo. El terapeuta debe prestar mucha atención a los momentos de activación emocional por debajo del umbral y señalarlos al paciente; si nota una expresión triste puede intervenir de este modo: "en este caso, mientras la seguía en su relato, me parecía que, en comparación con otras veces, estaba más triste...".

El trabajo sobre la monitorización se realiza al mismo tiempo que el reconocimiento de los estados mentales, y es fundamental para comprender las posibles variaciones del sentimiento de extrañamiento. Sentirse un marciano anestesiado emocionalmente es una cosa, pero sentirse marginado es otra. La sensación de ser distinto se convierte en rechazo y en la creencia de ser indeseable e inadecuado.

El terapeuta invitará al paciente a que señale con exactitud las emociones de las relaciones problemáticas, definiendo las sensaciones inespecíficas incomodidad/comodidad en términos emocionales: ansiedad, rabia, tristeza, disgusto. Identificar los estados internos, y sobre todo comunicarlos a los demás, puede mejorar las relaciones, pero, ante todo, permite al evitante tomar conciencia del estado negativo derivado de la presencia del otro y de las transiciones hacia estados mentales desencadenados por las relaciones interpersonales.

11.3. La intervención sobre la conexión entre variables: la reconstrucción de las transiciones entre estados problemáticos

Las narrativas de un evitante se presentan al clínico como fragmentadas, faltas de conexiones y de sentido. Cuando los pacientes consiguen expresar, por ejemplo, emociones de miedo y de pérdida de control, tienen dificultades para relacionarlas con el contexto en que se hallan. Temen a los otros pero a menudo ni siquiera saben por qué y no consiguen entender qué es lo que ha generado el miedo. El contexto cambia, las emociones llegan inesperadas y, como tales, alimentan la sensación de pérdida de control y minan la percepción de eficacia. La evitación se impone como única estrategia posible.

El clínico en la terapia tiene que intentar estimular el reconocimiento de los nexos causales entre las relaciones interpersonales y las reacciones emotivas. Una vez más, intentamos comprender la experiencia subjetiva que el evitante no consigue comunicar. Volvamos a entrar, pues, en el salón con Margaret.

La sensación de extrañamiento ahora ya nos ha vuelto sensibles al juicio externo en toda situación. Estamos sentados en una mesa apar-

tada, la sensación de que nos observan es apremiante, si nos quedamos en la sombra, tal vez la sensación de vergüenza se nos pasará, si intentamos no mirar, ojalá nadie se dé cuenta que estamos. Pero, por ironías del destino, el contexto en que estábamos casi mimetizados cambia de repente, un grupo empieza a tocar y la gente se pone a bailar encima de las mesas, un sentimiento de amenaza y de pérdida de control nos invade, la vergüenza de la humillación se acerca, el terror del impacto con los demás no se puede manejar. ¡Huimos, por fin, a salvo, pequeños y ajenos, como arañas colgando de sus telarañas, ni tierra ni mar debajo de sus numerosas patas!

Antes de comprender las conexiones que regulan estas transiciones es necesario que el paciente comprenda la asociación entre sus estados emocionales y las variaciones del contexto. Después de cuatro meses de terapia, Alessandro puede proporcionar indicaciones más claras sobre sus estados mentales, pero el nexo con el contexto todavía es oscuro.

P.: Mientras estaba allá, en el despacho, estaba esta compañera hablándome de sus asuntos, pero me costaba escucharla: es decir, oía lo que me decía, no sabía cómo afrontar sus problemas, ya sabe, el marido, los plazos del crédito. Pero estaba impaciente, tenía que hallar el modo de salir de esa conversación, necesitaba una excusa buena.

T.: ¿Qué le sucedía?

P.: Me sentía nervioso, agitado, no tenía que haberme mostrado así delante de ella.

T.: En su opinión, ¿a qué era debida su agitación?

P.: No sé, igual tenía prisa de que se acabara la conversación.

T.: ¿Ella no le estaba pidiendo ayuda?

P.: Sí, es verdad. No es que no se la quisiera dar. Yo soy uno de los pocos que se queda escuchándola cuando viene al despacho, pero quería quitármela de encima.

T.: A menudo nos sentimos incómodos cuando alguien nos habla de sus problemas, casi nos sentimos obligados a echarles una mano, aunque directamente no nos pidan nada.

P.: Así es. No sabía fingir con esa incomodidad, ni podía darle dinero ya que no me lo pedía, no sabía cómo salir de esa situación.

No sabemos cuáles eran las expectativas de Alessandro. En esta fase de la terapia hubiera sido prematuro indagarlas. Sin embargo, sabemos que hay un momento en que la conversación con la compañera se vuelve constrictiva; que esto ocurra porque se siente obligado a escuchar problemas que no comparte o porque percibe una demanda de ayuda que no puede satisfacer y teme el juicio, de momento tiene poca importancia. El punto clave es que Alessandro ni siquiera piensa en qué puede haberle hecho sentir incómodo; en cambio, focaliza la atención en su sensación de vergüenza, quiere escaparse para evitar que el otro se dé cuenta. El malestar aumenta y la activación emocional vuelve la observación de sí mismo y del otro confusa e incierta.

La imposibilidad de establecer relaciones entre lo que siente y lo que el otro comunica le perjudica también en la capacidad para dominar el estado mental de vergüenza y ansiedad. La respuesta conductual de finalizar la conversación y sustraerse a la relación representa el fallo de reconocimiento y manejo del problema. En estos casos es necesario ayudar al paciente a reconocer que cada una de las emociones deriva de otros elementos del escenario interior o social, sólo comprender sus conexiones permite atribuirles sentido.

Una vez ha mejorado la capacidad de reconstruir los nexos entre las variables relacionales y emocionales, será posible mostrar al paciente el ciclo disfuncional. El terapeuta tendrá que ayudarle a comprender que el estado de amenaza se alimenta de imágenes anticipadoras de un juicio negativo. Estas imágenes crean posteriormente ciclos de autoinvalidación recursiva: "siempre tengo este miedo, mira que soy idiota". El déficit de descentramiento, la incapacidad de decir, por ejemplo: "me parece que me está juzgando, pero en realidad está nervioso porque no le dan las vacaciones" no permite al sujeto modular la sensación de ser juzgado mal. Comprender este tipo de asociaciones suele tener un efecto beneficioso en los pacientes porque contribuye a ofrecer una explicación alternativa a la teoría autárquica de ser anómalo por nacimiento, e incrementa la confianza en el cambio y en la terapia. Es, por otro lado, difícil que las imágenes anticipadoras aparezcan enseguida de manera clara. Habrá que ir trabajándolas a lo largo del tiempo, incluso por medio de técnicas de

imaginación guiada, en los casos en que eso sea posible. Llevamos el paciente a concentrarse en la situación que percibe como amenazante y a imaginarse una evolución que no contemple vías de escape. Este tipo de intervención generalmente es viable sólo con pacientes menos deficitarios o en fases avanzadas de la terapia, cuando los pacientes más graves también han adquirido mayores capacidades autorreflexivas. Ahora bien, llevemos la situación al extremo y construyamos un nuevo escenario. Volvamos a ese salón, asumamos una vez más la perspectiva de Margaret.

Supongamos que, mientras pasamos entre las mesas, un grupo de personas nos rodea, no podemos escaparnos, tenemos que soportar por fuerza vernos envueltos en un giro de movimientos de cuerpos que nos arrastra en el tumulto, nos sentimos terriblemente torpes, incómodos, ridículos, todo el mundo nos mira, estamos convencidos de que se ríen de nosotros. Conseguimos escaparnos: a nuestras espaldas, nos parece escuchar burlas y mofas. Nos invade un sentimiento de humillación, pero también la rabia por ser víctimas injustas de la insensibilidad y la estupidez de los demás. Tal como habíamos esperado, el estado de amenaza y pérdida de control tenía su razón de ser, el peligro de la humillación ahora es una dolorosa realidad con la que debemos confrontarnos, el mundo es injusto y nosotros lo padecemos con nuestra ineptitud: rabia y humillación son las emociones dominantes. En breves momentos, nos alejamos de los otros y de esas emociones, refugiándonos en la soledad y en los recorridos de la fantasía: estamos en ese mismo salón y ejecutamos hábiles pasos de baile en una exultación de aplausos y aprobaciones. Una sensación de euforia y la esperanza de una revancha contra los demás ocupan nuestra mente; al margen, casi inadvertida e indolora, queda la certeza de que se repetirá el guión de otro fracaso.

Los estados de constricción, humillación, injusticia sufrida, gratificación solitaria y revancha narcisista descritos en el modelo se reconocen fácilmente en la narrativa. Además, tenemos una idea de su sucesión y de los principales momentos de transición. Por supuesto, los pacientes sólo describen estos pasajes a través de un dificultoso trabajo de reconstrucción de sentido a partir de las emociones dominantes.

Pero, en el momento en que el paciente accede a las emociones negativas, el terapeuta tendrá que ayudarle a comprender la conexión con las variables relacionales. Por ejemplo, cuando aflora la rabia, el paciente tendrá que comprender que está irritado porque se siente obligado a aceptar unas elecciones que no comparte, o porque los otros no le permiten evitar situaciones que podrían exponerle al rechazo. O también que está irritado por la sensación de impotencia y de ineficacia en el afrontamiento de las situaciones problemáticas, o enfadado porque piensa que ha sufrido una injusticia.

El paciente tendrá que comprender progresivamente que los estados de tristeza en que entra a menudo están ligados con la soledad y la evitación: que si la evitación, por el momento, da seguridad, a la larga se vuelve dolorosa y no refuerza la autoestima ni tampoco el compartimiento, generando un ciclo recursivo. Los estados de revancha narcisista y de gratificación solitaria perpetúan también el circuito disfuncional. A menudo, los evitantes fantasean sobre la posibilidad de convertirse en el contrario de lo que son: seguros, extravertidos. Esto contrasta con su carácter, guiado por un estilo de personalidad "sensible" (Oldham, Morris, 1990): casero, receloso con los desconocidos, amable y cortés en apariencia, además de reservado con los otros. En la transición de estados habituales (inadecuación/rechazo, extrañamiento/desapego) a estados de rabia y revancha narcisista hace falta subrayar el carácter irreal de tales transiciones, dado que un cambio auténtico no se produce intentando vivir fantasías que no se pueden concretar y que, si ven frustradas, pueden llevar a la soledad y a la tristeza.

Además, estos estados empeoran las relaciones. La arrogancia, la rabia que los otros perciben subliminalmente, les dejan solos e incapaces de conseguir metas de vida y relaciones placenteras.

Una vez reconstruido con el paciente el conjunto de estados mentales y de factores que regulan el paso de uno a otro, se puede ayudar a modular y manejar los estados y las transiciones que ponen en marcha las relaciones. Pasemos, pues, a describir los ciclos interpersonales que el clínico abordará durante el curso del tratamiento. De su correcto manejo dependerá gran parte del trabajo terapéutico.

11.4. Reconocimiento y gestión de los ciclos interpersonales

En el evitante, los ciclos interpersonales se manifiestan sobre todo por el lenguaje preverbal. En la sesión, se reconocen por la dimensión emocional que tiñe la relación terapéutica: el terapeuta siente irritación si percibe al paciente como responsable de sus dilemas; incomodidad por la vergüenza, la inhibición y el sentimiento de extrañamiento que evoca; aburrimiento, distancia y monotonía, si capta lo repetitivo de los acontecimientos, vacíos de significados y emociones. El terapeuta debe prestar atención a estas señales externas y evitar moverse según las tendencias de acción disfuncionales típicas de estos ciclos: criticar al paciente por su reticencia o ineptitud, incomodarse, aburrirse o sentirse indiferente.[2] Hemos identificado tres ciclos interpersonales problemáticos: *extrañamiento/diferencia, constricción/evitación* e *inadecuación/rechazo*.

La condición de extrañamiento puede entrañar tanto expectativas de rechazo como de constricción, que, si se activan, pueden dar lugar a los respectivos ciclos.

Empecemos por el ciclo de extrañamiento, que es uno de los ciclos más dañinos por la capacidad de provocar abandono terapéutico, y que se presenta a menudo en las fases iniciales del tratamiento.

11.4.1. El ciclo de extrañamiento/diferencia

A diferencia del paciente límite, que nos implica excesivamente en la relación, el evitante nos aleja y nos aburre hasta tal punto que hace interminable la hora de terapia. De este modo, nos podríamos sentir impulsados a contrastar el aburrimiento sugiriendo al paciente hipótesis explicativas sólo para reducir la sensación de inercia. Como al-

2. Esto explica por qué varios autores dedican páginas enteras a las dificultades relacionales con los evitantes: algunos los describen como difícilmente propensos a la relación terapéutica por su temor a ser juzgados negativamente y dañados por las intervenciones y las confrontaciones que ocurrirán en la terapia (Mc Cann, 1995). O bien tienden a someter a prueba al terapeuta para ver si éste los acepta y es capaz de apoyarlos (Kubacki, Smith, 1995). Sólo si los terapeutas saben mostrar una actitud libre de prejuicios, segura y paciente, el evitante estará disponible para una relación terapéutica honesta y segura (Benjamín, 1996a, b).

ternativa, podríamos sorprendernos sencillamente pensando en otra cosa. De todas formas, el paciente no está representado en nuestra mente. Éste es un estado problemático que hay que comprender y contrastar activamente. Es tanto más frecuente, cuanto más opaca e inaccesible es la mente del evitante. Cuando, después de varias sesiones, nos encontramos con dificultades para comunicar, incómodos, con la sensación de que el paciente es alguien extraño, ya estamos en el ciclo. Corremos el riego de confirmar las expectativas negativas del paciente. El terapeuta, frente a lo mecánico de algunas respuestas o comportamientos, se encuentra a menudo preguntándose si el paciente ha comprendido plenamente el sentido del discurso, si se ríe porque realmente comparte una broma, qué piensa o siente en un momento determinado. La sensación de agotamiento por un diálogo que no se desarrolla forma parte de los indicadores de activación de este ciclo. Cuando se percibe esta dificultad, es necesario aceptar el hecho de no poder ir más allá de las capacidades de comprensión del paciente, y redirigir el discurso a temas comprensibles y compartibles para crear ir creando un clima de sintonía interpersonal. De otra forma, el sentimiento de extrañamiento, el aburrimiento y la incomodidad relacional quedarán más o menos invariables, el terapeuta, agotado, intentará captar en el paciente reacciones que le son totalmente ajenas y el paciente, a la larga, podrá abandonar la terapia. Veamos un ejemplo. Carlo, 45 años, pide una intervención terapéutica por problemas de insomnio y de gastritis surgidos después de un cambio laboral.

T.: Oiga, Carlo, ¿usted, cuando sale de aquí, alguna vez vuelve a pensar en lo que hemos dicho?

P.: ¡No! Es decir, un rato, después me olvido.

T.: ¿Y ha prestado atención a cómo se siente cuando tiene que venir a sesión?

P.: No sé, creo que normal.

T.: ¿Y cuando se marcha?

P.: Bueno, depende, de todas formas habitualmente no tengo sensaciones especiales.

T.: Sabe usted, me pregunto si vamos en la dirección adecuada, no sé si usted también tiene esta sensación... a veces es como si perdiéramos el hilo...

Intervenciones de este tipo revelan claramente la presencia de un ciclo interpersonal de extrañamiento. El terapeuta busca de todas las maneras poder superar la sensación de distancia y de agotamiento que el paciente genera, pero lo manifiesta en la sesión, sin las debidas operaciones de disciplina interior. Al principio del fragmento, es como si pidiera al paciente una explicación de por qué siente que su esfuerzo por curarle es inútil. Al final del fragmento declara explícitamente que advierte el clima de extrañamiento, que percibe el trabajo como si estuviera deshilachado. Esto podría confirmar al paciente la sensación crónica de anomalía y de incomunicabilidad, y así incrementar el estado de confusión que a menudo se asocia al déficit de monitorización; finalmente, puede transmitir la convicción de que, a causa de la incapacidad del paciente, la terapia es inútil. Una vez reconocido el ciclo, el terapeuta tendrá que salir del estado problemático por medio de operaciones de disciplina interior (por ejemplo, reconociendo las emociones que experimenta e intentando evocar momentos en que se ha sentido extraño y desapegado de los demás) y, en un segundo momento, comunicar al paciente la experiencia problemática para poderla compartir y normalizar, como se observa en el fragmento siguiente, sacado de otra sesión de la terapia de Carlo. En el intervalo entre los dos fragmentos, el terapeuta se había dado cuenta de sus emociones, de la sensación de incomodidad y de su tendencia, enjuiciadora y falta de empatía, a atribuir la responsabilidad al paciente. La intervención que ahora realiza es más adecuada:

T.: Quisiera comunicarle una impresión personal, tengo que decirle que no siempre es así, pero hay momentos que de repente la comunicación se hace más difícil, más costosa, no sé si a usted a veces también le pasa que tiene esta sensación.

P.: Bueno, ¡es algo que me pasa a menudo! Inicio una conversación y al cabo de un rato no sé qué más decir.

T.: Un poco como cuando se coge el ascensor o se viaja en tren, las conversaciones habitualmente son algo forzadas, se habla del tiempo o, en cualquier caso, de argumentos generales, sin profundizar, y se percibe la dificultad ¿no? ¡Al cabo de un rato se agotan los temas y uno prefiere ponerse a leer el periódico!

P.: Sí, es verdad [se ríe] efectivamente, yo no entiendo, veo a los otros que hablan, hablan, pero no entiendo cómo pueden darle tantas vueltas a las cosas, ¡yo, después de haber dicho la sustancia, ya he acabado!

T.: Y cuando le pasa esto, ¿cómo ve a los demás?

P.: ¿En qué sentido?

T.: Es decir, qué piensa de los otros, por qué hablan tanto...

P.: No los entiendo, me parecen... a veces me parecen muy raros.

T.: Raros ¿en qué sentido?

P.: Bueno, por ejemplo lo que ocurre es que me paro a mirar las personas por la calle, sabe usted, cuando la gente se enfada en medio del tráfico, se insulta, y yo de verdad que no los entiendo, no entiendo por qué los seres humanos se enfadan tanto.

T.: A ver, déjeme entenderlo bien, ¡para usted es como si siempre se encontrara en medio del tráfico! Es decir, siempre con gente extraña, aunque se encuentra en medio de una conversación muy apasionada, muy fuerte...

P.: Sí, exactamente, yo escucho con atención, pero luego me pierdo y al cabo de un rato es como si estuviera en otro lugar.

T.: Y, en cambio, si tuviera que seguir hablando, le costaría un esfuerzo enorme...

P.: Sí, realmente no sabría qué decir.

T.: Bueno, pues, tal vez la sensación de esfuerzo que le comunicaba es muy similar a la que usted experimenta, ¡es como si a veces nos volviéramos un poco como dos extraños en un ascensor!

El terapeuta ha reconstruido el clima de extrañamiento no ya como algo desencadenado por el paciente, sino, como señalan Aron (1996) y Safran y Muran (2000), a partir del compartimiento del problema, que incluye el hecho de contribuir, en parte, a la relación: *"es como si a veces nos volviéramos un poco como dos extraños en un ascensor"*. El efecto de esta intervención es evidente: el paciente se ríe y toma conciencia del problema sin temor al juicio.

P.: [riéndose] Sí, podríamos decirlo así.

T.: Pero éste es un estado que debemos intentar comprender; cada vez que usted sienta una mayor dificultad en hablar, comuníquemelo, tal como yo lo he hecho hoy con usted. Créame, es realmente muy importante poder confrontar ese estado que experimenta, además le confieso que ¡yo odio los ascensores y los viajes en tren!

P.: ¡Ah, sí, interminables!

T.: ¡Es como si el tiempo no pasara nunca!

El siguiente paso es invitar al paciente mismo a identificar los momentos de dificultad y compartirlos con el terapeuta. A partir de estos indicadores, se hace más sencilla la identificación de lo que ha causado la sensación de extrañamiento en la sesión: ¿hablar de un tema determinado o de la relación con algunas figuras significativas? ¿El terapeuta ha hecho o dicho algo que el paciente ha percibido como un rechazo o una amenaza? ¿El paciente se ha sentido incómodo por algo que ha dicho?

Intervenciones de este tipo son fundamentales para crear confianza en la terapia y disminuir la distancia interpersonal. El paciente habitualmente reacciona positivamente porque siente interés por parte del terapeuta, y percibe que le está devolviendo las emociones que le vitalizan y le hacen sentir verdaderamente metido en una relación. Recurrir al *humor*, como en este caso, parando atención al riesgo de desvalorización, puede ser un instrumento excelente. El aspecto prioritario de la intervención será, de todos modos, ayudar al paciente a focalizarse en la experiencia interna, dado que identificar estados de activación devolverá vitalidad al paciente y a la misma relación terapéutica.

Este proceso de sintonización y compartimiento nunca tiene que agotarse. Como mostraremos a continuación, el riesgo es el de no reconocer las transiciones a otros estados mentales y ciclos interpersonales que aparecen a menudo en la terapia de manera casi imperceptible.

11.4.2. El ciclo de constricción/evitación

Paolo rompe una historia sentimental, que ha durado sólo unos meses. Un solo episodio motiva la elección: una noche, inducido por su chica a ir al cine, la abraza obligado, pero de repente siente que no quiere besarla, se pone rígido, se aleja, y deduce que no está enamorado de ella. La chica se acerca repetidamente, pero Paolo ya está lejos, la siente como opresiva. Deduce: "¡De verdad, ya no estoy enamorado!". Esa misma noche, la deja. Cuanto más aumentan las demandas de una explicación, tanto más Paolo, con una certidumbre despiadada, le comunica que se ha dado cuenta de que no la quiere. La decisión es inflexible. Un mes más tarde empieza a sen-

tirse de nuevo solo, excluido por todos, diferente. Cae en depresión. Los familiares, preocupados, piden una terapia.

Paolo siente la necesidad de distanciarse, éste es el motor que alimenta la convicción de no estar enamorado y la elección de dejar a su chica. La irritación del estado constrictivo ni siquiera es percibida subjetivamente, pero se muestra en el comportamiento no-verbal: se aleja y se opone a las demandas de acercamiento por parte de la muchacha. Las provocaciones que seguirán volverán la relación todavía más constrictiva a los ojos de Paolo.

Cuando este ciclo se manifiesta en la terapia, a menudo la dimensión emocional que aflora es difícil de captar en el momento. Una vez más, será oportuno mantener la atención centrada en los indicadores no-verbales. El paciente puede mostrar signos de cerrarse de manera imprevista, de inquietud, o incluso intentar ocultar un falso compartimiento por medio de tensiones posturales o una rigidez expresiva. Rara vez la actitud es abiertamente oposicionista. En cambio, los marcadores del terapeuta son más fáciles de distinguir: el terapeuta se notará a sí mismo apremiante, casi provocador, e incluso podrá tener la desagradable sensación de estar imponiéndose por la fuerza y asumiendo el rol de carcelero del que hay que huir.

Veamos qué es lo que ocurre en la octava sesión de la terapia de Paolo. La dinámica es parecida a la secuencia que hemos descrito: también en este caso, la lectura del estado interno (desinterés-necesidad de alejarse) motiva la elección de abandonar la terapia.

P.: Siempre le pregunto a mi madre si tengo que seguir viniendo, no lo sé.

T.: ¿Qué es lo que pasa? ¿Sientes alguna dificultad en especial, te resulta cansado?

P.: No, no, es que en el fondo estoy bien, es decir, podría estar bien tal como estoy [sacude los hombros y se tira para atrás en la silla].

El terapeuta siente cansancio e impotencia, los indicadores son claros, ya los ha percibido en las sesiones anteriores cuando el desapego del paciente era muy intenso, pero, en este caso, la postura indicaría más que nada una actitud defensiva, casi oposicionista. Empieza a sentirse insistente, mientras intenta reconducir el paciente hacia una dimensión compartida en las sesiones anteriores.

T.: ¡Vale! Pero lo que tú me decías y que parecía que te hacía sufrir era el hecho de sentirte excluido, la dificultad para tener más amigos íntimos, me decías que te gustaría tener un amigo con el que hablar ¿no?

P.: ¡Sí, bueno, claro!

T.: También con las chicas, me decías que querías entender mejor de qué se puede hablar, éste era un objetivo que habíamos planteado juntos ¿no? ¿Recuerdas?

P.: Sí, sí, pero luego pienso: ¡bah! Tal vez es que soy vago, digo: ¡bueno! Pero estoy bien así, también.

En casos como éste, no sólo prevalece la sensación de inutilidad de las intervenciones, sino que también está la idea de que hace falta una acción de fuerza, imponer algo que el paciente no quiere; ya sea porque no lo siente y no lo comparte o porque está asustado, la gestión del ciclo no cambia: es necesario conceder todo el espacio decisorio que necesitan y, como en este caso, ayudarles a focalizar los estados internos y favorecer el acceso a los deseos.

T.: De acuerdo, ¿hay algo más que quisieras cambiar en tu vida en este momento, algo que te gustaría entender o mejorar?

P.: Quisiera volverme más autoritario.

T.: ¿Qué entiendes por esto?

P.: Más... que sé lo que quiero y...

T.: Es decir, más determinado, saber tus objetivos.

P.: Sí, quisiera saber quién soy, qué es lo que quiero... ¡quisiera no ser tan pasivo!

T.: Pero es exactamente lo que ocurre, es decir, tú quieres dejar de ser pasivo, pero dejas que tu madre decida por ti o que yo siga por mi cuenta y te proponga cosas que ni siquiera sé si te interesan realmente. ¿Qué haces? ¿una terapia con el objetivo de no ser pasivo, y luego la haces pasivamente, sin saber si de verdad la quieres hacer? ¡Éste es el problema!

P.: [Se ríe] ¡Sí, es verdad, es un contrasentido!

El estado de constricción aflora de manera evidente (“quisiera ser más autoritario”, “quisiera no ser tan pasivo”) junto a la exigencia de decidir autónomamente en base a los propios deseos (“quisiera saber qué es lo que quiero”). Analicemos la secuencia: el terapeuta reconoce los propios marcadores: sensación de tener que imponerse, de ser

apremiante; y los del paciente: actitud defensiva, negación del problema compartido anteriormente, necesidad de alejarse. En este punto intenta recrear un estado compartido, a partir de reconocer la necesidad del paciente de decidir autónomamente en base a sus deseos. De esta manera, le atribuye poder decisorio y, al mismo tiempo, focaliza la intervención en la activación de los estados internos. Desapego y estado defensivo se reducen.

En casos como éste, una intervención explicativa sobre el ciclo sería inútil, hasta dañina: la relación terapéutica todavía no es bastante sólida y las capacidades de metarrepresentación son deficitarias. Toda intervención dirigida a explicitar el ciclo podría invalidar la experiencia emocional, confirmar las expectativas de constricción del paciente y resultar enjuiciadora. En fases más adelantadas de la terapia, y cuando las habilidades de monitorización lo permitan, se pueden explicitar los ciclos interpersonales y conectar la actitud disfuncional en la sesión con la que aparece en las relaciones de la vida donde los evitantes muestran estrategias egosintónicas de desapego relacional o, como en el caso del evitante adolescente, descargan responsabilidades que otros van a tener que asumir. En tales casos, será oportuno mostrar los aspectos legítimos del juicio negativo de los otros, así como la disfuncionalidad de las estrategias de evitación (los expone constantemente a las recriminaciones de los otros implicados en la relación). En los casos en que las capacidades de metarrepresentación están mejor y la distancia relacional tiene un valor más claramente defensivo, los contenidos ligados al estado de constricción afloran muy claramente en las narrativas que nos ofrecen los pacientes: las decisiones de los otros son vividas como una forma de prevaricación y dejan el paciente sumido en un sentimiento de injusticia sufrida y de impotencia. En tales casos el escenario que se presenta en la terapia se caracteriza por un fuerte sentimiento de ineficacia para imponer las propias motivaciones, por el temor de no conseguir manejar la rabia y de padecer represalias o abandonos por parte de los demás. Todos los aspectos citados se configuran como un circuito cerrado que se mantiene a sí mismo: cuanto más crece la sensación de impotencia, tanto más poderosa es la rabia contra la persona

a la que se considera responsable de la injusticia. Por otro lado, cuanto más se percibe la rabia como fuera de control y destructiva, mayor será la sensación de estar constreñidos a someterse por temor a ser abandonados o atacados violentamente. Cuando esta dimensión interpersonal se produce en la sesión, el terapeuta empieza a temer exactamente lo mismo que teme el paciente, es decir, que pueda destruir de manera impulsiva las relaciones afectivas o laborales que ha construido. Este tipo de preocupación, en sintonía con el estado emocional del paciente, nunca debe manifestarse en la sesión. En el intento de proteger el paciente, el terapeuta podría sentirse propenso a sugerir la evitación de las situaciones activadoras o a focalizar la intervención en el descentramiento para modular la sensación de injusticia y, en ambos casos, corre el riesgo de resultar constrictivo y enjuiciador, reforzando el sentimiento de ineficacia del paciente. Hay que subrayar que ninguna de estas intervenciones es por sí misma equivocada, pero pueden resultar perjudiciales si no están precedidas por intervenciones de compartimiento y validación de la experiencia emocional del paciente. Las intervenciones de descentramiento pueden, por ejemplo, ser vividas, como una falta de comprensión del sufrimiento que el paciente expresa con dificultad en la sesión. Resultado: el paciente no se siente comprendido, teme que imponer sus motivaciones signifique enfrentarse al terapeuta desde la rabia y, en consecuencia, sufrir su rechazo o sus ataques. Debe aceptar a su pesar. Se incrementa la rabia y la sensación de impotencia y, en este caso, puede que el paciente abandone la terapia. Cuando se produzca esta situación, el terapeuta tendrá que explicitar la sensación de *impasse* en la relación con el paciente y conducirle progresivamente a expresar el estado de irritación. De esta manera, la relación podrá servir como modelado, con intervenciones de desvelamiento: "Verá, usted estaba enfadado conmigo. Lo ha hablado, me ha dado la posibilidad de exponer mi punto de vista. ¿Cómo se siente ahora hacia mí? (Supongamos que mejor). Si no hubiese expresado su disconformidad hubiéramos conversado en un clima negativo y yo no me habría enterado del por qué. Usted no me hubiera escuchado con serenidad, nuestro trabajo hubiese sido inútil o usted, convencido

que soy injusto o que le juzgo negativamente, incluso hubiera abandonado la terapia. Bien, me parece que este tipo de procesos también se desarrolla en su vida. Entiendo que fuera de aquí es más difícil, pero poco a poco debemos intentar aclararlos y afrontarlos de manera distinta".

Al contrario, si el terapeuta no maneja el ciclo disfuncional puede que asuma ambos papeles, el constrictivo-prevaricador y el rabioso-enjuiciador. Vamos a mostrar un ejemplo de los dos mientras seguimos discutiendo sobre el ciclo de rechazo.

11.4.3. El ciclo de inadecuación/rechazo

La dureza de las autoacusaciones a las que se someten los pacientes evitantes se refleja en la sensación de estar expuestos a la misma crueldad inflexible por parte de los demás, sin posibilidad alguna de defenderse. Añádase el hecho de que las estretegias de gestión como el ataque o la inversión de roles, la seducción o la manipulación no entran en el repertorio de instrumentos o habilidades de estos individuos, y se comprenderá cómo la única posibilidad defensiva es la de acomodarse pasivamente a los otros con tal de no sufrir sus embestidas, o la de cortar las relaciones. Un reflejo de ello es la actitud extremadamente temerosa o torpe, por momentos visiblemente desconfiada y/o asustada, con la que actúan dentro de la relación.

Habitualmente, cuando el terapeuta percibe este temor, tiene un impulso de cuidado y ternura. Paralelamente, puede tener miedo a convertirse en el personaje enjuiciador, el monstruo feroz de sus miedos. A menudo, la tensión va de la mano del estado mental que paciente y terapeuta perciben, más o menos de forma subliminal. El paciente siente el temor que, al abrirse y confiar en el terapeuta, éste podrá juzgarle, humillarle o rechazarle. El terapeuta, por su parte, se encontrará midiendo cada intervención, expresión o comportamiento, y advertirá el riesgo de provocar exactamente los sentimientos temidos, como se hace evidente en los siguientes pasajes de la terapia de Enzo.

P.: Tal como le he dicho, me he encontrado muy mal estos días, por otra parte lo que le estoy diciendo es algo que me produce un malestar tan intenso... lo siento, no quisiera comportarme así...

El paciente, en este caso, se había dirigido al terapeuta con preocupación, pero, al mismo tiempo, sentía el riesgo de que ese comportamiento pudiera molestar al terapeuta y exponerle a su rechazo. En ese momento, además, estaba aterrorizado por la idea de que su novia le pudiera dejar, y este hecho regulaba todos sus pensamientos hacia la anticipación del rechazo. Si las expectativas son éstas, se comprende que el relato pueda ser confuso, fragmentado y vago. En estas circunstancias, el terapeuta puede reaccionar sintiendo realmente un estado de irritación y de juicio negativo hacia lo que vive como una forma de reticencia del paciente, y puede confirmar las expectativas temidas, como se observa en el diálogo que sigue:

T.: Me cuesta seguirle, porque le veo tenso, le veo nervioso, entiéndame, no es que quiera interrumpirle, pero quiero ayudarle a relajarse un poco, así que fúmese el cigarrillo, póngase cómodo, lo importante es que retome el hilo, por así decirlo, por ello le decía que igual empezara por un acontecimiento banal, póngase cómodo, luego a lo mejor lo analizaremos con más detenimiento, ¿de acuerdo?

P.: Sí, porque, verá, como le he escrito aquí, yo... realmente tengo... no sé... enseguida pienso que me dejará y me entra el pánico...

T.: Vamos a ver, Enzo, ¿qué le pasó en el aeropuerto? Disculpe mi indiscreción, pero quisiera tener más clara la situación actual... desgraciadamente me pasó por alto preguntárselo en la sesión anterior.

P.: Evitaré molestarle más con esto, perdóneme, pero realmente me sentí mal ayer en el aeropuerto.

El terapeuta, consciente del riesgo de que el paciente pueda sentirse rechazado, intenta ser acogedor, pero, impaciente y exhausto por el relato vago con el que sigue el paciente, se centra en lo ocurrido, sin reconocer el ciclo interpersonal en curso. En efecto, no se centra en los indicadores verbales y expresivos mostrados por el paciente, que pide perdón y dice que no quisiera comportarse así ya que está visiblemente agitado e incómodo. Éste se siente rechazado, y pone en marcha la que Safran y Muran denominan defensa de "desapego". Hay que subrayar, además, que el tono emocional experimentado por el terapeuta parece concordar con el temor de que el paciente le perciba como constrictivo. Lo comprendemos por frases como "no es que quiera interrumpirle" o "seré curioso" o por la tendencia a insistir en lo ocurrido.

Como veremos en los fragmentos siguientes, el terapeuta sigue conduciendo la sesión con intervenciones sobre el descentramiento, intentando que el paciente comprenda que sus temores no los alimentaba el comportamiento de su pareja, sino que los producía su propia mente. De esta manera, sin embargo, pone en tela de juicio la percepción del paciente y no valida su experiencia emocional. Resultado: el descentramiento no varía, el estado emocional no cambia. El paciente, del todo convencido del comportamiento presumiblemente rechazante del terapeuta, sigue sintiéndose juzgado.

T.: Pero si alguien preguntara, en ese momento, a Laura: "¿Y tú, cómo estás con Enzo?". Ella diría: "Yo estoy bien con Enzo". Ésta es la incongruencia entre lo que usted lamentablemente vive psicológicamente y lo que ocurre en la realidad.

P.: Eh, sí, pero también es verdad que yo estas paranoias no me las invento por gusto... Usted ha dicho que me las invento...

T.: Usted las vive, las sufre. Y entonces las paga con lágrimas amargas, no con historias...

El paciente reacciona a los intentos de descentramiento del terapeuta atribuyéndole palabras de invalidación, que el terapeuta en realidad no ha pronunciado –no ha dicho que el paciente se inventaba algo– y que él, probablemente, se esperaba. Por otro lado, la intervención del terapeuta no tiene fundamento: ¿en base a qué puede afirmar que la novia del paciente diría: "Estoy bien con Enzo"? El paciente percibe la falta de sintonía y protesta. En este punto, el terapeuta también advierte la distancia interpersonal y crea un escenario compartido, poniendo las condiciones para salir del ciclo interpersonal en curso.

T.: Porque en el aeropuerto, yo tengo la impresión... claro que podría equivocarme, que usted estaba invadido por ese estado de ánimo... Usted siempre quisiera estar seguro de que no le dejarán, pero nadie tiene esta seguridad, todos nos las arreglamos para intentar estar más seguros, ¡pero nadie tiene esta certidumbre!

Esta vez el terapeuta no crea un escenario excesivamente optimista en que la muchacha tiene una actitud favorable hacia Enzo. Reconoce seriamente el temor al abandono y subraya su componen-

te universal. La apertura que se genera es evidente. El paciente anticipa la definición del problema por parte del terapeuta y reconoce sus actitudes disfuncionales. El terapeuta, superado el *impasse* relacional, puede explicitar y clarificar el ciclo interpersonal.

P.: Sí, puede ser. En efecto, lo he escrito, yo, a veces, hago estas preguntas, siempre pregunto si me quiere, si está segura, me vuelvo opresivo, celoso y débil, porque quiero que esté conmigo aunque sé que al final obtendré el resultado opuesto, y de hecho luego ella no me llama y yo...

T.: Hay una circularidad en las preguntas que luego regresa al remitente, ¡vaya putada! Usted insiste demasiado en este camino, su compañera, entonces, ¿qué hace? Se distancia, asume una actitud irritada que justo es lo que usted teme, ¡paradójicamente le confirma lo que a usted le asusta!

P.: Casi una profecía que se...

T.: ¡Autocumple! Claro.

11.5. La gestión de los ciclos interpersonales por medio de los múltiples "settings"

A veces, por mucho que el terapeuta se esfuerce por tener en cuenta el déficit de monitorización del paciente, intente considerar los temores al juicio y al rechazo o actúe para salir de los ciclos interpersonales, el paciente o bien no está preparado para acceder al tratamiento o lo abandona precozmente. En efecto, muchos evitantes viven sus temores con una intensidad dramática, tienen una representación del otro como de alguien inevitablemente ajeno o enjuiciador, y no tienen capacidades para descentrar o comunicar su malestar, sabiendo que le acogerán. A causa de estos motivos, el *setting* individual corre el riesgo de no permitir las pre-condiciones del tratamiento. Existen dos condiciones reconocibles: el evitante es joven, vive con la familia de origen, tiene pocas amistades, está paralizado, no sigue los estudios ni trabaja. La demanda de terapia la formulan los familiares. En este caso, el único modo para iniciar el tratamiento es convocar los familiares en ausencia del paciente (Pontalti, 1998; ver Dimaggio, 2003, para una lectura cognitivista de esta estrategia).

El relato que los familiares hacen al paciente de los encuentros con el terapeuta le permiten construir una representación de él más articulada, no como un ajeno enjuiciador, sino como una persona que ha dicho algunas frases, que incluso ha bromeado con los familiares, y como alguien que ha comprendido que el dolor de vida sobre el que escucha es abordable. En nuestra experiencia, el paciente viene a la terapia después de pocos encuentros en su ausencia. El trabajo con la familia creará las bases para un tratamiento individual sucesivo.

En el segundo caso prototípico, en cambio, el paciente formula espontáneamente una demanda de tratamiento, pero el terapeuta percibe que el clima de las sesiones es de incomodidad y hay signos de un abandono inminente: malestar y reticencia por parte del paciente, tendencia a saltarse las sesiones, signos explícitos de falta de voluntad para seguir con las sesiones. Si el terapeuta ha actuado correctamente y nada cambia, resulta útil proponer al paciente que se convoque algún familiar con el que se siente a gusto, justificando la maniobra con el objetivo de crear condiciones de mayor comodidad para el paciente en la sesión.

Además, puede ser de ayuda convocar a la pareja del paciente cuando los ciclos interpersonales que se generan en la pareja crean activamente sufrimiento y empeoran las habilidades de metarrepresentación del paciente. La pareja ya no es un tirano que obliga a asumir responsabilidades, sino alguien que aporta un punto de vista que se puede conocer de manera articulada y que colabora activamente para resolver los problemas.

Las dificultades de metarrepresentación (déficit de monitorización y de descentramiento) están a menudo en la base de las dificultades de comunicación y de relación. Grupos terapéuticos o entrenamientos en habilidades sociales son contraproducentes en las fases preliminares del tratamiento, mientras que resultan fundamentales más adelante, cuando el paciente es capaz de reconocer sus emociones y plantear hipótesis sobre qué es lo que se esconde detrás de las expresiones de los demás. El grupo favorece la formulación de hipótesis alternativas, descubriendo que los otros también tienen dificultades en las relaciones humanas y no siempre están atentos para juzgarlo.

PARTE II

11.6. La gestión de los estados mentales problemáticos

Para llegar a identificar cuáles son los estados mentales que constituyen el escenario mental del paciente, el terapeuta tiene que intervenir sobre las estrategias de evitación cognitiva y emocional que lleva a cabo el paciente (Beck, Freeman y otros, 1990). Los evitantes, ante una situación relacional que evoca emociones dolorosas, intentan alejarse, y se distraen intencionadamente de pensamientos y emociones suscitados por la situación. Incluso cuando adquieren capacidades para identificar los estados internos, permanece una tendencia a la evitación cognitiva, más que a la conductual.

Por ejemplo, si el terapeuta quiere ayudar a un paciente a explicar una situación relacional que le ha provocado una emoción de vergüenza, debe insistir en centrarse en la imagen o recuerdo asociado a la emoción. Sólo si la vive en la sesión, podrá hacer luego una intervención de reestructuración cognitiva que muestre y explique al paciente cómo afrontar la emoción sin sucumbir a ella. El evitante siente la vergüenza como factor central de inhibición de las relaciones (Gabbard, 1992). En el curso de la sesión, todas las ocasiones de expresión de esta emoción permitirán al terapeuta afrontarla directamente, sin que se convierta en un escollo que paraliza la relación (Procacci, 1995). El *role-playing* de una situación relacional a veces permite afrontar los pensamientos, con contenidos de inadecuación y de juicio negativo anticipado, que subyacen a la activación emocional. La gestión de los estados emocionales permite, pues, acceder a contenidos de pensamiento disfuncionales y, sucesivamente, realizar operaciones de distanciamiento crítico y discutir sobre los esquemas centrales.

El trabajo terapéutico también sirve para minimizar las modalidades de afrontamiento que el evitante activa espontáneamente. Una de las más habituales es el abuso de sustancias, que a menudo ayudar al evitante a liberarse de las presiones de la realidad y refugiarse en sí mismo (Khantzian, Halliday, McAuliffe, 1990). El dolor de no

pertenecer puede verse suavizado por el alcohol y otras substancias, pero entonces se instaura la dependencia. A menudo hacemos reflexionar a los evitantes sobre la diferencia entre la "necesidad" de ingerir alcohol y el "placer" de hacerlo: con frecuencia, se identifican con la primera modalidad, solitaria, ligada a sensaciones de vacío y de tristeza, mientras que la segunda es comunicativa y un signo de pertenencia. El tratamiento de los elementos psicopatológicos y de ciertos aspectos de la personalidad del evitante modifica sus conductas de dependencia (Forrest, 1983). La dependencia de las sustancias acorta el doloroso recorrido de la vida (Peele, 1985). Puede ocurrir que se den casos de dependencia tan intensa que se hagan necesarios tratamientos de grupo de ayuda mutua (ver § 11.5). Esto les puede ayudar a confrontar los problemas inherentes al abuso, siempre y cuando los evitantes no se sientan humillados y juzgados. El grupo les respalda ante los sentimientos de inadecuación en la persecución del objetivo de dejar de utilizar substancias.

Otro aspecto difícil de manejar es el de los estados de depresión y soledad. Estos estados preocupan también a los familiares, y con frecuencia son un motivo de consulta al psiquiatra y de prescripción de tratamiento farmacológico. Se prescriben fármacos antidepresivos, como los tricíclicos y los serotoninérgicos (Ellison, Adier, 1990). Se prescriben otros fármacos (beta-bloqueantes, IMAO's, alprazolam) para los estados ansiosos y de hipersensibilidad del sistema neurovegetativo; los ISRS parecen indicados para ayudar a regular las emociones de vergüenza, sensibilidad al rechazo, dolor psíquico y tendencia a sentirse criticados e inadecuados (Sutherland, Frances, 1996). Es aconsejable utilizar los fármacos de forma integrada con un trabajo terapéutico. El farmacoterapeuta tiene que estar en contacto con el psicoterapeuta, y la variación del estado emocional tiene que proporcionar a éste último elementos de mejoría en el proceso terapéutico, como por ejemplo favorecer la transición de estados mentales disfuncionales a otros más fáciles de elaborar en la terapia, sin incurrir en transiciones problemáticas (por ejemplo, de estados de exclusión a estados de revancha narcisista) que pueden romper el vínculo con el terapeuta.

A diferencia de lo que ocurre con los estados de depresión, toda intervención dirigida a modular los estados de amenaza, rechazo y rabia por la sensación de constricción o de injusticia sufrida, requiere una mejora gradual de las capacidades de descentramiento, sin las que ninguna estrategia puede resultar eficaz. La mejora de la capacidad de descentramiento puede evitar la focalización excesiva en las ideas de inadecuación y temor al juicio negativo.

La adquisición de habilidades de descentramiento se puede facilitar por medio de técnicas específicas, como la del "dibujo del espacio mental" (Dimaggio, Procacci, Semerari, 1999). Brevemente, el terapeuta, después de escuchar al evitante explicando un episodio en que se había sentido juzgado o observado de modo amenazante, le invita a dibujar un círculo que represente el espacio mental de la otra persona en cuestión. Se le pide que compruebe el espacio que ocupa en la mente del otro, pidiéndole que investigue activamente sobre sus pensamientos, emociones e intereses. Habitualmente, cuando el paciente empieza a hacer la tarea, se da cuenta de que el otro se centra muy poco en su persona, y que seguramente no lo hace para criticarle o juzgarle: esto produce en el paciente un gran alivio, le hace reflexionar sobre lo poco que utiliza la función de descentramiento y que, en cambio, tiende a atribuir al otro sus propios pensamientos, a menudo de temor al juicio negativo o de humillación.

El terapeuta, además, puede incrementar la capacidad de manejar los estados mentales dolorosos sugiriendo estrategias alternativas a la evitación (indicada como estrategia de regulación de I nivel, ver Fig. 2.3), como, por ejemplo, la autoimposición o la autoexhortación (regulación de II nivel), como en el caso de Giovanni:

P.: Iba a la cita para la fiesta de Lorenzo. Mientras conducía, más de una vez me costó no ceder al impulso de volver a casa.

T.: ¿Qué le permitió continuar adelante?

P.: Me acordé de lo que habíamos dicho la última vez y me dije: venga, no te rindas, llama a G. y así vais juntos.

T.: ¿Y luego qué hizo?

P.: No pasé a buscar a G., pero el hecho de pensarlo me ayudó a calmarme. Así llegué a la cita.

Para manejar los estados de rabia hacia los demás, el terapeuta tendrá que mostrar al paciente que las emociones negativas se tienen que expresar y negociar en el seno de las relaciones. Comunicar las emociones negativas a los demás no lleva, necesariamente, al empeoramiento de las relaciones, sino a la posibilidad de expresarse más libremente, de ayudar al otro a cooperar, en la medida de lo posible. Estos pasos sólo serán factibles a través de un trabajo de compartimiento y de validación de la experiencia emocional que el paciente saca con esfuerzo en la sesión, y mejorando las estrategias de comunicación social y la lectura de la mente ajena. El objetivo es favorecer las relaciones sociales y limitar el deseo de huida que lleva al desapego o al aparente desinterés por la relación, percibida como constrictiva o injusta. Además, los otros perciben igualmente la rabia no expresada, y reaccionan a ello alejándose.

Así pues, la regulación de los estados mentales problemáticos se incrementa mediante el aprendizaje de estrategias de comunicación social, pero también por una postura de distancia crítica de los esquemas interpersonales.

11.7. Toma de conciencia y distancia crítica de los esquemas interpersonales

Todos los estados mentales extraen su fuerza y persistencia de la rigidez de los esquemas del sí mismo y del otro que les sustentan. Si la perspectiva desde la que se observa el mundo sigue siendo autocentrada, los roles no varían y los estados mentales tampoco. Los otros son extraños, inexistentes, jueces feroces y humillantes, tiranos injustos, amantes que sofocan y abandonan el *self*, humillado, sometido, constreñido, rechazado. Personajes alternativos y estados mentales más funcionales entrarán en la escena terapéutica aportando otras perspectivas sobre uno mismo y el otro, modificando los esquemas que los sostienen. Después de dos años de terapia, Ernesto se representa a sí mismo como si tuviera dos personajes en su interior. Uno es el "hombrecito que pega palos" y el otros es el que está construyendo con el terapeuta.

T.: Bueno, ¿cómo están los hombrecitos?

P.: Eh, el que pega palos sigue allí.

T.: ¿Pero?

P.: Pero el otro le contesta.

T.: Bien. Así que se hablan.

P.: Sí, digamos que sí [ríe], por ejemplo, me he dado cuenta de que yo también soy muy impaciente.

T.: ¿En qué sentido...?

P.: Es decir, ¿qué sé yo? mi padre siempre decía que yo lo hacía todo mal, ¿no? No acertaba ni una, según él, y ahora me doy cuenta de que yo también las cosas las tengo que hacer solo, porque cualquiera que me ayude, yo pierdo la paciencia, pienso que lo hace mal... y me pongo nervioso.

T.: Entonces, en este caso no es su padre el que pega, usted también pega palos a los demás.

P.: Bueno, ¡Dios mío, no tanto como mi padre!

T.: Claro, pero el hombrecito que pega palos está representado en su mente, usted puede sentir que los demás le pegan o puede pegar palos a los demás, aunque luego reflexione e intente moderarse.

P.: Bueno, sí, me esfuerzo pero siempre prefiero evitar, que luego tengo el mal momento...

T.: Y pierde la paciencia...

P.: Ya.

T.: ¿Se acuerda de aquella anécdota que me había explicado en que su padre estaba muy enfadado y usted estaba paralizado por el miedo?

P.: Claro que sí.

T.: Si ahora pudiera responderle, ¿qué le diría?

P.: Pero, ¡es difícil!

T.: ¡Intentémoslo!

P.: Tal vez le diría que si no me hubiera metido tanto miedo a equivocarme, yo lo hubiera conseguido.

T.: Eso, éste es el nuevo hombrecito que hoy tiene en mente y que, en cierto sentido, puede hablar con su padre, y también con usted cuando tiende a reaccionar como su padre, ¿no?

P.: ¡Parece una obra de teatro!

T.: Ya, pero parece que funciona.

La reconstrucción de los esquemas interpersonales permite a Ernesto definir su sensibilidad al juicio negativo (“el hombrecito que

pega palos") como invasivo y generalizado. Con frecuencia, la reconstrucción histórica del esquema (Young, 1987) permite constatar cómo los esquemas han evolucionado en el marco de las relaciones significativas durante el desarrollo evolutivo, pero también que las evidencias históricas y recientes no aportan confirmaciones suficientes para justificar lo que él piensa de los demás. Al contrario, constituyen una modalidad individual rígida y generalizada –un esquema disfuncional– de leer las relaciones. El cambio se producirá, a partir de esta conciencia, gracias a una toma de distancia crítica, que, en consecuencia, reduce la rigidez de los juicios (Beck, Freeman y otros, 1990).

En el caso específico, el hombrecito que pega palos está allí porque nunca ha sido modulado, el personaje crítico siempre está activo en los demás y en el paciente. La posibilidad de construir alternativas está en su fase inicial, pero el paciente la reconoce: de acuerdo con los autores que describen el *self* como un conjunto de personajes que dialogan entre sí, observamos a un nuevo personaje que se añade a la escena y que tiene una función terapéutica, de innovación (Hermans, 2003; Leiman, Stiles, 2001).

Éste es un momento muy delicado de la terapia. El terapeuta tendrá que monitorizar constantemente esta nueva representación de sí mismo del paciente. El riesgo es entrar en el estado de resarcimiento narcisista y que el hombrecito se convierta en una especie de superhombre.

T.: Vale, pero el nuevo hombrecito, ¿qué dice?

P.: No es que realmente diga algo... anima y pone en tela de juicio.

T.: ¿Algo como "venga que puedes hacerlo y no es verdad que no valgo para nada"?

P.: Sí, exactamente, pero, digamos que gana el otro.

T.: Mhm, ¿como en el acontecimiento de hoy?

P.: Sí, cuando Angelo me ha dicho déjalo estar, ya voy yo a hablar con el jefe, yo... es como si el hombrecito me hubiera golpeado otra vez.

T.: De acuerdo, está claro que el hombrecito aún tiene una voz imperceptible, pero ¿qué sentía?

P.: Rabia, mucha rabia.

T.: Entonces, ¿qué le hubiera dicho?

P.: Que no veo la razón por la cual yo no hubiera podido estar a la altura de hablar con el jefe, al contrario, dado que el problema era mío, ¡igual lo hubiera dicho mejor!

T.: Es probable que sea así, pero, perdone, ¿usted está absolutamente seguro que Angelo quería decirle que no podía hacerlo? Al fin y al cabo, Angelo es un amigo suyo, vale que, según lo que usted me explicaba, es una persona algo brusca, pero, ¿podríamos hacer unas hipótesis alternativas?

P.: No se me ocurren.

T.: Por ejemplo, no sé, sólo es una hipótesis, y podría equivocarme, pero, dada la situación difícil que se había creado, tal vez pensó que si hablaba él, al tener un rol distinto, en cierto modo esto le hubiera ayudado.

P.: Uhm, bueno, de hecho esto no lo había pensado.

T.: Verá, el problema es que el hombrecito que pega palos es difícil de combatir, pero el que justo acaba de nacer siempre debería hacer hipótesis alternativas. Es decir, para contestarle es importante que usted aprenda a comprender qué piensan los demás de usted y a discutir el juicio: "¿realmente pensaba esto de mí?". Lo que hacemos aquí, debería intentar hacerlo fuera, también. Tenga en cuenta que el hombrecito pequeño tiene que descentrar, de otra forma el riesgo es que para oponerse se vuelva un chulo que podría partir la cara a todos los que le atacan.

En este punto de la terapia es fundamental animar al paciente a que evalúe hipótesis alternativas, acogiéndose a la certidumbre adquirida de que sus expectativas tienden a dirigir la atención y el pensamiento sólo hacia la confirmación de los propios temores y de las propias creencias de inadecuación. La capacidad de comunicar y de vivir de manera distinta las relaciones está supeditada al reconocimiento de los esquemas y de los ciclos interpersonales que sostienen la patología. Veremos en breve un ejemplo de ello.

11.8. Restablecer las habilidades sociales: vivir las relaciones

El evitante a menudo expresa su dificultad social como una dificultad para comunicar:

P.: Ha habido una discusión con mi hija.

T.: ¿De qué habéis discutido?

P.: Me ha dicho que yo nunca he estado allí, que he estado alejado de ella y desde luego no porque ella esté en Alemania.

T.: Recuerdo que hablamos mucho de los problemas con Giulia, con ella tampoco conseguía hablar largos ratos o pasar unas vacaciones juntos, los dos solos.

P.: Sí, pero, en realidad, nunca conseguía entender lo que le apetecía hacer, qué prefería, no sé, siempre me sentía más tranquilo si nos íbamos de vacaciones con mi madre.

Ésta es la cuestión: el evitante tiene dificultades para comprender las intenciones de los demás y, en consecuencia, se halla incómodo y teme resultar aburrido. Pero, en este caso, en realidad es el déficit de habilidades de conversación y de comprensión del discurso que genera el estado mental de aburrimiento que el paciente describe a continuación.

T.: Pero cuando usted hablaba con su hija, ¿había algo que al cabo de un rato la alejaba, además de la incomodidad? ¿Había algo que temiera?

P.: ¡Bueno, creo que siempre he pensado que a solas conmigo pudiera aburrirse!

T.: ¿Aburrirse?

P.: Mhm, sí.

T.: Escuche, ¿este miedo a aburrir lo ha experimentado sólo con su hija, quiero decir, es una sensación familiar...?

P.: No, siempre ha sido así, creo.

T.: Entonces, intentemos entenderlo, usted tiene miedo a no tener argumentos interesantes, ¿vale?

P.: Sí.

T.: Entonces, ¿qué hace? Bloquea su mente, bloquea la comunicación, de manera que nadie pueda pensar, oyéndole hablar, que es aburrido.

P.: Sí, en la práctica creo que es así, ¡pero luego si no hablo la gente igualmente se aburre!

T.: O lo percibe ausente como su hija, y, además, a usted le queda la sensación desagradable de no tener argumentos y de no saber qué decir. Lo que se ha instaurado es un ciclo vicioso... cuanto más temía ser aburrido y no tener argumentos, tanto más se marginaba, y los demás perdían el interés; en el caso de su hija, que le sentía distante y también se ha alejado, usted ha visto confirmada la idea de no interesarle, de que ella pudiera estar a disgusto con usted, y entonces se ha encerrado todavía más... en un ciclo continuo.

La distancia que el paciente ha puesto entre él mismo y los demás ha representado una especie de protección del temor de ser considerado aburrido o poco interesante, pero, como una profecía autocumplidora, ha generado en los demás reacciones de alejamiento o de desinterés, confirmándole la creencia de carecer de argumentos y de ser diferente a los demás. El distanciamiento social, además, ha impedido la posibilidad de mejorar las capacidades comunicativas y de comprensión de la mente, intensificando la enajenación social, las reacciones de los otros, y confirmando los esquemas. Cuando quede claro para el paciente que los bloqueos en la comunicación están frecuentemente relacionados con los ciclos interpersonales que él mismo suscita en los demás, habrá que animarle a que los ponga a prueba también fuera del contexto terapéutico. El caso anterior muestra cómo, para mejorar sus capacidades comunicativas, es necesario que previamente el paciente alcance estados de mayor adecuación personal y seguridad. Sólo entonces podrá intentar nuevas estrategias relacionales:

P.: Después de haberme desbloqueado, empecé a hablar; gastaba bromas y expliqué un chiste. Luego, me sentía más sereno, la velada marchaba bien.

Frecuentemente el evitante permanece ajeno a la conversación. En estos casos, la dificultad para acceder a las habilidades de metarrepresentación procede de la sensación de extrañamiento y, sobre todo, se refleja en la competencia comunicativa de la persona. Grice (1975) ha identificado cuatro aspectos que guían la conversación entre las personas: la comunicación debe tener aspectos cuantitativos relevantes (es decir, hay que saber proporcionar información sin utilizar demasiadas palabras), aspectos cualitativos (tiene que corresponder a la verdad de los hechos), aspectos relacionales (captar intenciones que conciernen la otra persona) y de tacto/congruencia (decir lo que resulta más oportuno en el contexto situacional). Habitualmente, los pacientes graves captan con dificultad los últimos dos aspectos, es decir los que conciernen las relaciones y la congruencia (Corcoran, Frith, 1996). Muchos evitantes con déficit de monitorización presentan dificultades en la comunicación: es probable que esto ocurra porque les falta la competencia lingüística que

permite construir significados compartidos de la comunicación. Así que la dificultad para captar el nivel metacomunicacional va de la mano de la precariedad interna provocada por la incomodidad y por la dificultad en reconocer y manejar el estado mental opaco que les invade cuando se hallan en un contexto relacional:

P.: Cuando hablo con un cliente realmente entro en crisis. No es por lo que dice, es mi trabajo y sé lo que tengo que hacer.

T.: ¿Por qué, entonces?

P.: Temo con ansiedad el momento de la pausa, sabe usted, cuando intercambiamos discursos personales, de eso me parece que entiendo muy poco. Cuando se habla de acontecimientos del día o personales no sé qué decir.

Raniero es un buen asesor informático de una gran empresa. Se maneja bien con el ordenador, pero en las relaciones personales es cuando entra en crisis. Al cabo de un tiempo de terapia, admite que las comunicaciones personales son difíciles de "leer"; su incapacidad de representarse sus estados internos y de confrontarlos con los de las otras personas, además de crear un sentido crónico de extrañamiento, le plantea el dilema comunicativo: ¿qué pretende el otro cuando hace un comentario personal? ¿Qué se espera que yo diga?

La incomodidad, el estado de extrañamiento y el déficit de monitorización se juntan, en este caso, con la inhibición en la comunicación. En las pausas del trabajo, Raniero intenta ausentarse con excusas, si le es imposible huir, sufre y contesta al interlocutor de manera convencional. Algunos evitantes dicen que "imitan" lo que hacen los demás en estas circunstancias, sin experimentar interés ni placer por lo que hacen, al contrario, tienen la necesidad de bajar el nivel de tensión que experimentan durante la conversación, habitualmente breve y forzada.

Las consecuencias de estas dos modalidades disfuncionales de comunicación son visibles también por cuanto se refieren a un aspecto sustancial de las habilidades sociales: tanto si están inhibidos emocionalmente, como si presentan déficits de la comunicación lingüística, los evitantes no se hallan especialmente dotados de la que se denomina "inteligencia social", esa habilidad de percibir las reglas y las relaciones entre personas, de utilizar estrategias relacionales ade-

cuadas para moverse en el contexto, eventualmente para expresar metas, creencias e intereses personales y confrontarlos con los de la otra persona.

Para este tipo de problemas, la literatura aconseja los entrenamientos en habilidades sociales (Falloon, Lloyd, Harpin, 1981; Stravynski, Marks, Yule, 1982). Estos entrenamientos pueden limitarse a proporcionar consejos e instrucciones, y no se pueden utilizar en las fases iniciales del tratamiento. Antes de ello, hace falta realizar algunos pasos imprescindibles:

1) Identificar el problema jerárquicamente relevante que inhibe o bloquea la habilidad social (déficit de metarrepresentación, estados mentales problemáticos, ciclo interpersonal).
2) Hacer consciente al paciente de que se puede iniciar una fase de "experiencia en el ámbito social", recogiendo conjuntamente un listado de situaciones que vive, y graduarlas en orden creciente según el sufrimiento que le provocan. El paciente explica de la manera que prefiere, hablando de ello en la sesión o a través de los diarios, el relato de la experiencia social.
3) Se evalúan conjuntamente los resultados conseguidos, pero, sobre todo, se debate sobre el criticismo, tanto de carácter personal como de carácter relacional.

La utilización del material tiene que producirse en un marco de trabajo de este tipo, y puede formar parte de un entrenamiento en diversas fases para la adquisición de habilidades sociales. Se trata de técnicas conductuales dirigidas a reconocer las situaciones que se consideran negativas y se evitan, por ser fuentes de evaluación negativas sobre uno mismo. Se centran en la adquisición de habilidades específicas, como el afrontamiento de las emociones negativas (ansiedad, vergüenza), o el desarrollo de experiencias de socialización y de habilidades de comunicación (Donat, 1995).

En este sentido, los grupos son un recurso importante. La literatura propone diversos tipos de ellos, desde los de orientación cognitivo-conductual (Heimberg, Barlow, 1990) a los de debate o los de apoyo ante un problema. Los estudios sobre las técnicas utilizadas (entrena-

miento de habilidades sociales, grupos de apoyo, terapia de grupo de tipo cognitivo-conductual, grupos psicodinámicos) presentan una eficacia similar, más allá de las técnicas específicas de la intervención propuesta (Stravynski, Leasage, Marcoullier, Elie, 1989).

Estos pacientes no son capaces, en un inicio, de soportar la ansiedad que se genera por las dinámicas de grupo, necesitan tiempo para establecer relaciones y les hace falta desarrollar habilidades sociales para favorecer el desarrollo y el mantenimiento de los vínculos con los demás. Por todo ello, la terapia de grupo es un tratamiento indicado, pero no en las fases iniciales. El evitante necesita trabajar, a menudo durante mucho tiempo, con el terapeuta individual, a fin de representarse la mente de los demás y a sí mismo de manera más articulada y menos amenazadora. Cuando el paciente adquiera estas habilidades y los estados de temor al juicio disminuyan, podrá beneficiarse de las funciones del grupo de potenciación del descentramiento, de las retroalimentaciones de los otros pacientes sobre su estilo comunicacional y de la construcción de un sentimiento de pertenencia y colaboración junto a los demás pacientes del grupo.

La experiencia de los grupos de ayuda mutua o de autoayuda es distinta. Se discute si la composición de los grupos tiene que ser homogénea, como sucede por otros motivos, por ejemplo, con grupos de personas que han padecido violencia física. En los Estados Unidos (Richards, 1993) existen centros para la fobia social y trastornos asociados, donde, después de un período de permanencia breve e intensivo, se invita a los pacientes a ponerse en contacto entre sí y a constituir grupos de debate y de ayuda mutua. Recientemente, un paciente ha iniciado una experiencia análoga a partir de los contactos diarios en un Forum de Internet, que mantiene con otras personas que padecen evitación social, y que ha llevado a la iniciativa espontánea de encuentros de grupo de tipo experiencial. La escasez de material existente para estas situaciones no debe, sin embargo, desalentar el nivel de interés presente entre personas afectadas por estos trastornos. Como dijo acertadamente un paciente: “a menudo logro hablar más con quien veo que tiene problemas como yo, antes que confrontarme con los demás, incluido usted”. La exposición a situaciones nuevas potencialmente embarazosas en contextos “seguros” o de

aceptación, como los grupos terapéuticos, constituye para el evitante una ocasión para aumentar la posibilidad de comunicar con los otros y de comprobar los propios esquemas disfuncionales basados en la inadecuación personal y la vergüenza (Gabbard, 1992; Millon, Davis y otros, 1996).

11.9. La adquisición de una visión sobre las modalidades patológicas y sobre las conexiones que las mantienen en relación: la centralidad del sentimiento de no-pertenencia.

Hablar del problema general, es decir, de la dificultad de percibir el sentido de compartimiento y pertenencia, es central para la terapia del evitante. Se considera a este nivel de conciencia el punto central desde el que dirigir el tratamiento, a partir del momento en que se adquiere y que la relación se vuelve sólida. Cuanto más se resuelve cada uno de los componentes, tanto mejor se consigue el objetivo último de la terapia: aumentar el grado de tranquilidad y comodidad en el desarrollo de las relaciones con los demás y el sentirse comprendidos. Terapeuta y paciente trabajarán sobre más de uno de los componentes examinados, para aliviar el problema de la exclusión de las relaciones.

Cabe recordar que la capacidad para darse cuenta del problema de la no-pertenencia es proporcional a la capacidad del paciente para reconocerlo de manera autorreflexiva: pacientes con dificultades de monitorización de las emociones mostrarán signos preverbales no fácilmente reconocibles.

Es beneficioso debatir sobre el problema y poner en evidencia sus consecuencias. Con frecuencia recibimos señales más o menos explícitas de interés (por ejemplo, si un paciente habitualmente desplaza la mirada en el vacío, y de improviso se muestra atento a lo que decimos) o el estado mental del paciente cambia de la incomodidad al interés, rebajando el malestar y favoreciendo la comunicación, tal como lo que ocurre después de una prueba relacional superada (Weiss, 1993), como se pone de manifiesto en un fragmento de la terapia de Francesco:

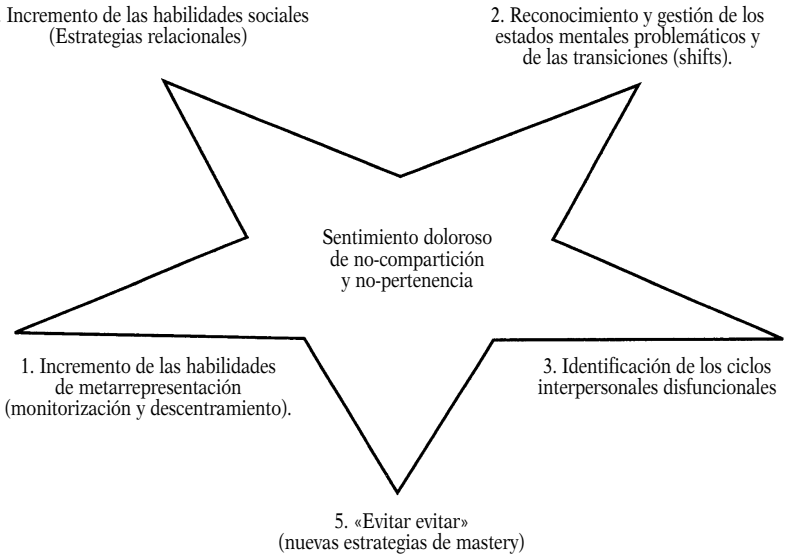
P.: No sé si lo he entendido bien, pero efectivamente yo estoy mal con los demás [sonríe]. Los veo a todos unidos entre sí y, al contrario de lo que me sucede, ¡son capaces de vivir contentos, con felicidad!

El paso siguiente a la identificación del problema por parte del paciente es recordarle que gran parte de lo que ocurrirá en terapia a partir de este momento dependerá de la capacidad de darse cuenta de que esa sensación está presente cada vez que se perfila una situación relacional o que se encuentra en presencia de otra persona o de un grupo de personas. La tarea del terapeuta consiste en entender qué componentes tienen más "peso" en provocar estas percepciones de extrañamiento o de exclusión, a partir de los análisis de las situaciones que ocurren en su vida y a través del relato de las relaciones actuales (ver Fig. 11.1).

La confirmación de la necesidad de situar en el centro de la intervención la falta de compartimiento y de pertenencia la están proporcionando los resultados, de momento preliminares, de instrumentos para la evaluación de los componentes del sentimiento de pertenencia y de compartimiento (SAC, ver Procacci, Conversano, Semerari, Nicolo, Carcione, Dimaggio, Candileta, Iliceto, 2003).[3] El conjunto de las operaciones descritas (utilización de los ejemplos personales, técnica del "nosotros universal", utilización del cuestionario, etc.) abre el espacio para debatir qué componentes habrá que afrontar en terapia. Los evitantes más graves (ver Smurov) se beneficiarán de un trabajo largo y paciente de regulación de la relación terapéutica orientado a desvelar y sustituir los déficits de metarrepresentación: el trabajo empezará por reeducarlos, y seguirá con el desvelamiento de los ciclos de extrañamiento y la identificación de los estados correspondientes. Con frecuencia, la tendencia a la evitación será tan fuerte en

3. En la estructura factorial del cuestionario se identifican tres áreas: la primera concierne el déficit de de metarrepresentación y de las habilidades sociales asociadas a emociones dolorosas, la segunda atañe a la emoción de desapego e indiferencia, y la tercera se organiza alrededor de la emoción de superioridad. Un primer estudio correlacional entre SAC y SCID II ha puesto en evidencia que los sujetos con diagnóstico de trastorno por evitación presentaban mayores correlaciones con el primero de los tres factores identificados por el cuestionario (Semerari, Procacci, Conversano, Pacciolla, Pedone, 2003).

Fig. 11.1. La estrategia terapéutica del trastorno de la personalidad por evitación



las situaciones sociales, que puede sugerir al terapeuta la necesidad de dedicar espacios repetidos en la sesión sobre formas de regulación menos inadaptadas o la utilización de sustancias o fármacos para aliviar los frecuentes baches depresivos. Al mismo tiempo, se desarrollará un trabajo, facilitado por la utilización de marcos terapéuticos múltiples (grupo, entrenamiento de las habilidades sociales), sobre las habilidades sociales carentes. Con los evitantes que muestran el área de las funciones de metarrepresentación más conservada (véase Amélie), el trabajo sobre el afrontamiento de las emociones negativas se asocia a la identificación de los estados mentales de inadecuación y a la posibilidad de regular la relación terapéutica sin incurrir en ciclos disfuncionales centrados en el temor al juicio. Las técnicas de terapia estándar son útiles para este objetivo: trabajan sobre las disfunciones cognitivas del sentimiento de inadecuación y de competencia. Los evitantes se sienten aliviados cuando constatan que otras personas se quejan de problemas similares (Will, 1995). Igualmente interesante parece, en este sentido, el enfoque interpersonal: los evi-

tantes aprenden cuáles son sus esquemas disfuncionales y sus orígenes y el terapeuta les ayuda a construir nuevos esquemas más adaptativos (Benjamín, 1996a, b).

Mostrar la centralidad del sentimiento de no-pertenencia es útil para muchos objetivos: permite construir una dimensión compartida sobre el malestar experimentado que es única desde el punto de vista experiencial, permite salir del malestar indiferenciado, que sólo da una idea de la gravedad pero no ofrece información sobre la experiencia relacional y/o social personal y facilita la intervención sobre el contenido mental referido, suscitando y subrayando experiencias emocionales distintas de la automática. De esta manera se crean las condiciones, dentro de las relaciones, para incrementar la conciencia del problema que las amenaza y para que se creen las capacidades necesarias para afrontarlo.

Cuando el paciente consigue tener una experiencia de pertenencia cambiarán todos los elementos: se siente incluido en las relaciones, enérgico, valoriza el contexto en que se mueve y esto le aumenta inevitablemente la autoestima, como en el ejemplo de Giovanni:

P.: Yo también he cambiado. Me lo han dicho: "¿Qué has hecho este verano?". Los viejos amigos del trabajo me han dicho que el año pasado no era así. He tenido esta metamorfosis; el verano que he pasado sin duda me ha cambiado en positivo.

T.: Desde el verano ha puesto una marcha más, un cambio de marcha...

P.: ... Este año si el hielo no se rompe, lo romperé yo, empiezo hasta con... excusas, veo la película de Verdone y gasto bromas de Verdone a todas las chicas del trabajo... es decir, me lo estoy pasando en grande. Le diré más, el otro día estaba resfriado y tenía dolor de garganta y fui igualmente, aunque tuviera fiebre, iría igualmente... me lo paso demasiado bien. Como ir a la feria, quién no iría.

Cuando el tratamiento está en las fases avanzadas, el terapeuta debe tener el objetivo de incrementar los espacios relacionales y sociales del paciente, sin forzarle. Deseoso que el evitante aumente su sociabilidad, tiende a proponer metas demasiado complejas, con el riesgo de activar ciclos de constricción. El paciente se siente juzgado y obligado a actuar en contra de sus tendencias naturales. En reali-

dad, es el evitante quien, en última instancia, tiene que ampliar los límites del "nicho ecológico" que ha construido a lo largo de los años, a partir de una mayor conciencia de sus emociones negativas y provisto de mejores instrumentos psicológicos para manejarlo.

12 El modelo del trastorno paranoide de la personalidad

Giuseppe Nicoló y Maria Sveve Nobile

La locura no es más que
la exageración del carácter habitual
de la persona...

Minkowsky, 1927

En este capítulo describiremos el trastorno paranoide de la personalidad que, en el DSM-IV (APA, 1994), forma parte del Cluster A, pacientes "*odd*", extraños y extravagantes. Este trastorno es particularmente complejo puesto que: *a)* con frecuencia se halla subyacente; en estos casos los familiares y los colegas de trabajo no lo reconocen como patología, pero lo consideran como una forma particular de sensibilidad y susceptibilidad; *b)* cuando las manifestaciones son evidentes, el diagnóstico diferencial con los trastornos esquizofrénicos y con las psicosis, en general, es complicado; *c)* la terapia farmacológica es casi siempre ineficaz, también debido a la escasa adherencia; *d)* no disponemos de datos referentes a la eficacia del tratamiento psicoterapéutico y además el terapeuta está expuesto al riesgo de ser incluido en las temáticas delirantes del paciente (Perry et al, 1999).

12.1. Diagnóstico

Es posible efectuar el diagnóstico diferencial con las psicosis, que se caracterizan por: delirios paranoides persistentes, el surgimiento engañoso frecuentemente después de los 30 años, aislamiento social grave, y disminución de la capacidad de trabajar; se añaden también trastornos perceptivos de tipo alucinatorio: los pacientes que padecen esquizofrenia paranoide empeoran progresivamente en sus habilidades sociales y en sus capacidad de trabajar, cosa que no aparece en el trastorno paranoide de la personalidad. Los pacientes que padecen esquizofrenia paranoide casi siempre tienen delirios extravagantes que suelen centrarse en una única temática; las temáticas delirantes en cada momento y en cada lugar de la vida del paciente interfieren gravemente en el funcionamiento social del individuo. Juana, licenciada y de buena familia, fue sometida a tratamiento hospitalario obligatorio después de haber cerrado todas las persianas de casa y de haber tapado todas las tuberías del agua; temía que los comunistas pudieran espiarla a través de micro espías colocados en el agua.

P.: Tengo la idea de que se está organizando un complot o tal vez una fiesta, tengo la impresión que después de la muerte de mi padre voy a ser yo quien ocupe su lugar, mi padre estaba en la política, militaba en la Democracia Cristiana, quizás espera que le haga una señal, mi padre no ha muerto, me parece que lo he visto en el mercado, tan sólo es una farsa por extrañas maniobras, y luego el hijo de Andreotti viene a mi casa a ducharse cada noche, creo que quiere tener relaciones sexuales conmigo para llevarme a la política.

Como se puede constatar, los contenidos del delirio son extravagantes, centrados en un único tema y todos los detalles, todos los personajes, confluyen en la hipótesis central delirante (por supuesto ni Andreotti ni su hijo están involucrados realmente en esta historia).

El trastorno paranoide de la personalidad, en cambio, se caracteriza por la tendencia injustificada a percibir las acciones de los demás como amenazadoras y/o humillantes, está influenciado por el contexto en donde el paciente se encuentra y no es posible definir con precisión un inicio; de hecho se describe como una característica

estable de la persona (los familiares muy a menudo declaran "siempre ha sido extremadamente sensible y susceptible"). No se hallan ni deterioro psíquico ni alucinaciones. Consideremos el ejemplo de Ciro, 45 años, un empleado que teme que haya un acuerdo entre sus colegas y los altos cargos directivos de su oficina para hacerle quedar mal y luego tomarle el pelo.

P.: Siempre está ahí mirándome, con su cara de burla, me critica a mis espaldas, siempre habla mal de mí, ahora me ha puesto en contra toda la empresa, me tiene manía, es envidioso, me quiere arruinar; antes de ayer mientras salía hice una prueba: me di la vuelta de golpe y ahí estaba mirándome en la ventana, seguramente que estaba ahí con otras personas para reírse de cómo ando, de mi coche.

En esta situación no se considera que los nexos asociativos sean laxos; los temas relatados, aunque probablemente falsos o exagerados, no pueden ser considerados de entrada poco plausibles, el discurso tiene una estructura lógica aunque se desprenda de unas premisas poco verosímiles.

La literatura científica se ha ocupado mucho de la paranoia, de los trastornos delirantes, de la peligrosidad social de los pacientes paranoicos (Palermo, Smith, Jezten, Henry, Konicek, Peterson, Sung, Witeck, 1997), pero de hecho pocos son los clínicos que han profundizado en el trastorno paranoide de la personalidad. Los colegas que conocemos y que se ocupan principalmente del tratamiento de los pacientes graves se muestran poco dispuestos, o incluso reacios, a emprender un tratamiento psicoterapéutico con pacientes paranoides.

12.2. La fenomenología de la personalidad paranoide

La descripción del trastorno y de los criterios diagnósticos enumerados en el DSM-IV no se pueden considerar como fundamento heurístico para la comprensión del funcionamiento mental de estos pacientes. La patología se describe como una entidad estática: los pacientes parecen transcurrir toda su existencia en un único estado mental caracterizado para la suspicacia y la desconfianza y tal con-

dición parece, paradójicamente, egosintónica. En todo caso los criterios del DSM-IV enfatizan de manera particular una dimensión del trastorno, la de la desconfianza suspicaz (criterios 1,2,3,4,7), que proporciona una visión parcial de la configuración psicológica de los pacientes; si se tomaran al pie de la letra, los criterios del DSM-IV llevarían a hacer un diagnóstico del trastorno paranoide de la personalidad también en pacientes narcisistas o con trastorno límite de la personalidad, cuando éstos se encuentran en las fases en las que la configuración cognitivo-emocional está centrada en emociones de rabia y temas de desconfianza.

En el trastorno paranoide, en cambio, los temas que determinan los estados mentales son más variados: la sensación de amenaza-peligro-agresión, el temor a ser humillados y la percepción de ser víctimas de injusticias por una innumerable cantidad de personas. El paciente paranoide, mayormente de sexo masculino, llega, generalmente, a ser evaluado por un terapeuta a la edad de 30-40 años por distintos motivos: *a)* está deprimido (aparentemente); *b)* ha pasado por un internamiento psiquiátrico, casi nunca voluntario; *c)* viene acompañado por los familiares preocupados a causa del progresivo aislamiento social.

Los familiares normalmente refieren no haber notado ningún cambio dramático en la conducta del paciente (esto ayuda en el diagnóstico diferencial con episodios depresivos), pero en el fondo "siempre ha sido así, un poco susceptible". Este aspecto a menudo retrasa mucho el tratamiento y se puede suponer, con un poco de sentido común, que una intervención precoz, tal vez en edad escolar, podría ayudar enormemente al paciente y quizás dar resultados definitivos. El problema de la intervención precoz ha sido subrayado por Millon (Millon, 1993; McCann, 1999) que ha elaborado un *test* (MACI™) con el fin de evaluar trastornos y condiciones apreciables en los adolescentes. Es interesante la correlación que se propone en la perspectiva evolutiva de Millon entre rasgos o características de la personalidad evaluados durante la adolescencia y trastornos del Eje II en la edad adulta. Ningún ítem resulta con claridad por sí mismo prodrómico del trastorno paranoide de la personalidad. Mientras que un adolescente

que puntúa de manera elevada en la escala de la introversión puede considerarse un candidato para el trastorno esquizoide de la personalidad y un sujeto gravemente inhibido candidato para el trastorno por evitación, no está claro cuál puede ser la característica o la conducta prodrómica para el trastorno paranoide de la personalidad. Las investigaciones sobre los pacientes paranoides son escasas; Benjamin (1990) y Shapiro (1965) creen que la sensación de desconfianza se genera a partir de una antigua y prototípica sensación de estar sometido a injusticias, de haber vivido en un clima de violencia. Nuestra experiencia nos muestra que los pacientes relatan su historia de desarrollo con progenitores extremadamente inciertos y inseguros, temerosos del juicio social, desconfiados del ambiente exterior. En las historias familiares, hasta hoy, no hemos hallado rastro alguno de fiestas con compañeros de escuela, de amistades extrafamiliares, ni aperturas al exterior. Marco, 40 años, en tratamiento con uno de nosotros, está convencido de la existencia de una organización capitaneada por su padre, que con fines didácticos, le organiza la vida de forma artificial (la terapia es anterior a la película "El Show de Truman"):

P.: En casa, mi madre, nos hacia estar siempre con las ventanas cerradas, decía que nos miraban desde el edificio de enfrente. Una noche me desperté, en plena noche, estaba muy angustiado, no quería encender la luz para no despertar a mis padres y entonces hice una prueba: levanté la persianas de casa muy despacio, me asomé y vi delante de mí un hombre en el edificio de en frente que me miraba. Fue aterrador: mi madre tenía razón. Aquella noche no pegué ojo.

Si se solicita una descripción del estado mental de los padres, si eran alegres o tristes, qué gustos tenían, se acaba en un agujero negro narrativo. Extrañamente sólo se describe un clima general sombrío y preocupado. Un clima familiar muy violento con padres impredecibles es, sin duda, un terreno que predispone al desarrollo de temáticas paranoides. Las historias clínicas hasta ahora recogidas no nos permiten, con toda honestidad, establecer una hipótesis etiológica (admitiendo que esto sea algún día posible) que esté ligada a historias de violencia u otros tipos de situaciones. Con frecuencia hemos observado pacientes paranoides con padres francamente sanos y sin

trastornos psiquiátricos susceptibles de diagnóstico. Es frecuente, de todas formas, el rasgo de suspicacia y que uno de los padres tenga poca capacidad de descentrarse. Estas observaciones puntuales no pueden por supuesto trasformarse en hipótesis etiológicas.

Mientras el clima familiar de los pacientes con trastorno límite de la personalidad es de tipo invalidante, el del paciente paranoide predispone a esquemas como el de no aceptación, rechazo y desconfianza.

Una de las características que podemos encontrar en las historias de pacientes paranoides es la constancia de la experiencia de amenaza. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad relatan momentos de serenidad y alegría que se trasforman en dramáticamente violentos, de explosiones imprevistas de ira de los padres, de la ambivalencia emotiva en las relaciones parentales. El paciente paranoide vive en un clima en el cual es constante la sensación de amenaza, de peligro, no hay fases ni intermitencias.

P.: Era terrible, mi padre iba a controlar cualquier cosa, aunque le dijera que la había hecho, me miraba y me preguntaba: "¿estás seguro?" Contestaba que sí pero él iba a controlar y siempre había algo que no hacía bien.

Las relaciones con los compañeros de la escuela raramente se describen como fuente de enriquecimiento recíproco, como una modalidad de entrar en relación con mundos diferentes, sino como fuente de preocupación, con el temor de que el supuesto amigo estuviera dispuesto a aprovecharse de una debilidad. Las relaciones son agonísticas, todo puede ser amenazador.

Recordemos una vez más que, a diferencia de otras patologías del Cluster C (extravagante) del DSM, el paranoide desea la interacción con los demás. La sensación de exclusión, de amenaza, parece presentarse al principio de la edad adulta, en la adolescencia tardía. Un paciente relata: "las chicas me miraban, yo bajaba la mirada, me enfadaba y me avergonzaba, una vez reaccioné mandándolas a paseo. Me miraban y se reían, sólo ahora que me lo dice usted me viene a la mente que tal vez me sonreían".

La dificultad con que los pacientes manejan las relaciones sociales es casi una viñeta. El estilo desconfiado (o receloso) muy pronto alejará los coetáneos, los cuales evitarán activamente la relación. El

estilo polémico y rencoroso impedirá la modificación de los esquemas. Los pacientes explican que estas actitudes de desafío y suspicacia hacia los compañeros, eran altamente validadas por los padres, como se ha confirmado por estudios con población clínica (Turkat 1985, 1986). No es raro que en algunos casos el paciente haya pertenecido a un grupo muy restringido, casi siempre del mismo sexo, que hacía de la exclusión una virtud.

Muchos autores (Cameron 1963, 1986) sostienen que el trastorno paranoide deriva fundamentalmente de una falta de confianza crónica ligada estrechamente a malos tratos familiares. En estos modelos el niño aprendería a esperar de los demás comportamientos sádicos, a reconocer y sobrevalorar las señales de peligro. Cameron hace hincapié en cómo buscan atención, y al final consiguen hallar, pequeñas y mínimas señales negativas hacia ellos para así poder reaccionar en consecuencia, una vez que la amenaza quede desenmascarada.

Es interesante la diferenciación del estilo evolutivo que establece Millon (1999) clasificando el paranoide en tres subtipos: 1) paranoide narcisista: sujetos con un déficit sustancial en habilidades sociales, criados en ambientes que han negado su trastorno, subrayando de manera yatrógena su capacidad, que se caracterizan por un estilo de omnipotencia despectiva; 2) paranoide antisocial: sujetos que según Millon han vivido en un clima de amenaza y de violencia, su característica fundamental es el rechazo de las reglas y del contacto con los demás. Estos pacientes entran constantemente en conflicto con las figuras de autoridad o jerarquías superiores; 3) paranoide compulsivo: en esta descripción nos encontramos con los pacientes que Freud definía como fijados en la etapa anal, que consiguen conformarse a las reglas rígidas casi torturándose. Estos pueden incluso ocupar cargos socialmente importantes y constituyen un verdadero tormento para sus subordinados.

Los terapeutas más expertos saben que muy a menudo el primer diagnóstico se puede formular en la sala de espera y que ya antes del encuentro uno puede predisponerse a recibir un determinado paciente. La llamada telefónica del paciente para concertar la visita nos deja muy a menudo perplejos: casi siempre hay algún tipo de demanda que

suena realmente extraña, se percibe una demanda de ayuda y un claro temor al encuentro. El paciente puede, incluso durante la llamada telefónica, hacer preguntas no pertinentes al contexto relacional ignorando las reglas de conducta más banales. Del paciente del ejemplo que sigue no sabemos nada directamente, nos han confirmado el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad por parte de un colega que ha conseguido entrevistarlo un par de veces. Reconstruimos a continuación la entrevista telefónica con el terapeuta:

P.: Me ha dado su número de teléfono la Doctora Rossi, quería concertar una visita con usted.

T.: Lunes a las 18:30.

P.: ¿Pero usted conoce a la Doctora Rossi?

T.: Es una colega que conozco.

P.: Me dijo que fueron juntos a la Universidad, ¿Se siguen viendo?

T.: Sí, de vez en cuando.

P.: ¿La Doctora le ha hablado de mí? ¿Usted llamará a la Doctora después de haberme visitado? ¿Ha tenido otras veces casos derivados por la Doctora?

T.: Perdone, pero preferiría hablar cuando usted venga aquí.

P.: (Silencio).

T.: ¿Hola?

P.: No estoy seguro de venir, ya se lo confirmaré.

El terapeuta enseguida tiene la percepción que será difícil crear un clima de colaboración recíproca y compartimiento. El paciente por un lado pide ayuda y por otro teme fuertemente el encuentro con el terapeuta: una señal inconfundible de paranoia es la sensación de desconfianza y de suspicacia que el paciente trasmite al terapeuta.

El paciente paranoide, por lo tanto, nos hace sentir incómodos inmediatamente, nos pone en alerta. La mirada se dirige de manera característica según dos modalidades: fija y directa, indiscreta y como una intrusión que nos hace sentir incómodos hasta darnos miedo, o bien desviándola hacia otra dirección pero con una oreja dirigida directamente hacia nosotros; cuando hacemos una afirmación que emociona o perturba al paciente éste levanta de golpe la mirada, nos observa intensamente durante algunos instantes y luego vuelve a mirar al suelo. El paranoide sostiene la mirada al interlocutor y por

un momento escudriña con los ojos y por otro espía con los oídos, en el intento de desenmascarar trampas o engaños en sus frases.

Es interesante señalar cómo esta disposición condiciona también nuestra percepción subjetiva: nos sentimos examinados, que nos pisan los talones, en una condición de claustrofobia relacional, no sabemos como movernos, nos entran ganas de salir corriendo, de liberarnos, sentimos un peso insólito, pero percibimos de todas formas la necesidad de ayudar a nuestro paciente.

12.2. Contenidos problemáticos

12.3.1. Temas de pensamiento y emociones principales. El tema "amenaza" es recurrente en las narraciones de algunos pacientes

P.: He hablado durante mucho tiempo con él, pero las frases que me decía estaban pronunciadas con un tono diferente, se esforzaba en reír, pero reía sarcásticamente, estaba claro que quería darme a entender que me estaba preparando un bonito servicio, he salido de su despacho y he echado a correr para que se perdieran mis rastros. Doctor usted bromea pero tarde o temprano me van a matar.

En este fragmento muy breve el paciente refiere claramente la sensación de estar en peligro y de estar sufriendo una agresión, esta percepción es seguida de una intensa "activación neurovegetativa": el paciente cae como un plomo en un estado de tensión física insoportable que incrementa circularmente el estado mental de amenaza. La representación de amenaza es tan invasiva que las reacciones neurovegetativas se presentan con sólo recordar una situación problemática.

Otra clase de pacientes, en cambio, presentan como tema de pensamiento característico el ser objeto de las burlas de los demás. Este tema es en realidad una derivación distinta del tema de la amenaza: los otros no resultan peligrosos sino despectivos, no temibles sino provocadores.

Lorenzo es un joven adulto que tiene la convicción de que la gente le toma el pelo por la cara que tiene y que lo tratan como un crío.

P.: Estábamos haciendo esta reunión con otros colegas cuando me senté en la primera fila (había llegado con retraso y aquél era el único puesto libre), la persona que hablaba se paró y me miró, luego le hizo un guiño a la persona que estaba cerca de mí y se echó a reír, no entiendo por qué tengo que ser el tonto de la situación. Entre tantos tengo que ser yo. Usted también parece que me está tomando el pelo, el paciente de antes siempre sale a «y media», yo siempre salgo a «y veinte» me parece que usted también se burla de mí.

T.: La hora es de 50 minutos por lo tanto empiezo a «y 30» y acabo a «y 20», pero me asombra que después de tanto tiempo usted todavía no confíe completamente en mí.

P.: Doctor soy un malpensado. Antes, cuando usted ha ido donde está la secretaria, he pensado que le estaba diciendo "ahora viene el imbécil ése y tengo que hacer ver que hago psicoterapia".

Como se puede observar el tema de la burla va acompañado por el de la desconfianza: los demás se consideran constantemente poco fiables. El tema del escarnio y el de la amenaza pertenecen ambos a los errores de interpretación de las intenciones ajenas y serían modificables, según algunos autores, por medio de la desensibilización (Shapiro, 1965; Benjamin, 1990; Turkar, Maisto, 1985).

La visión de un mundo hostil, amenazador, enemigo, se articula también a través de los temas del «daño injustamente experimentado» y de «falta de ayuda». Al describir las historias de vida, los pacientes presentan a los demás como egoístas que rechazan ayudarlo o que le hacen daño voluntariamente. Dice Lorenzo:

P.: Me encontraba en casa, no conseguía que el ordenador funcionara, me daba siempre error; conmigo estaba Franco, se acuerda, yo le he ayudado siempre que he podido en el pasado; estaba desesperado, lo había reiniciado ya tres veces, nada. En éstas que Franco se levanta y me dice que tiene que marcharse a casa para acabar no sé qué. Entonces le he dicho que era realmente un cabrón, que tendría que avergonzarse.

T.: Me he perdido, perdone, ¿avergonzarse de qué?

P.: Me había visto en aquellas condiciones, podía también decirme "vente a mi casa, te lo arreglo yo"; está bien, él no tiene ordenador en casa, pero de todas formas hacer algo, en el despacho tiene ordenador.

T.: ¿Pero Franco había entendido su dificultad?

P.: Claro que sí que la había entendido.

T.: ¿Y qué le ha dicho?

P.: Que estoy loco perdido, y se ha ido, me ha dicho que haga lo que haga no estará bien para mí.

El interlocutor de nuestro paciente se ha hallado en la condición en la que se hallan muy a menudo quienes tienen relaciones con una persona que padece este trastorno: no se sabe qué hacer, todo puede ser mal interpretado y al final se prefiere no interactuar de ninguna manera. El ejemplo de una trascripción de una sesión de la terapia de Ciro describe el problema:

P.: No sabe lo que están haciendo, me han obligado a instalar este programa de 5 CDs de 880 MB.

T.: Mucho trabajo.

P.: Usted también hace ver que no entiende, me han atrapado, no puedo salir de esto, he pedido trabajar con el ordenador, esta instalación me bloquea durante tres días, yo no podré moverme y precisamente ahora están cambiando los muebles de la oficina.

T.: Perdone, no entiendo.

P.: Me echarán de ahí, es lo que quieren, me echarán a un rincón en cualquier parte pero yo ¿qué culpa tengo?

Otra emoción recurrente es la *rabia* que se puede manifestar a través de conductas violentas y peligrosas o bien tomar la forma del resentimiento o de una constante irritación.

Algunos pacientes se muestran permanentemente rabiosos, irritados, llenos de resentimiento, dispuestos a reaccionar ante la más mínima provocación.

P.: Además ayer tuvimos otro roce con mi padre y también con mi madre, digamos...

T.: ¿Qué sucedió?

P.: Un estado de rabia y lo he destrozado todo... digamos, a ver, aquello fue el acontecimiento, ahora... nosotros nos habíamos visto la semana pasada...

T.: Escuche, no me preocupa que exprese su rabia.

P.: Sí, lo entiendo, pero estaba a punto de destrozarlo todo.

T.: Ya lo sé, pero mejor así que otra cosa.

P.: Sí, espero, espero hasta que la cosa...

T.: No la había expresado nunca así su rabia.
P.: No.
T.: ¿Hace años que no expresa su rabia?
P.: Son años, sí.
T.: Hace años que usted no explota y sigue conteniéndose.
P.: Sí, eso sí, seguramente.

La sensación de tener una *escasa eficacia personal* es otro tema recurrente: el paciente se describe a sí mismo casi siempre como poco adecuado, y sin recursos para las tareas que tiene que cumplir.

P.: El clima desagradable tal vez no esté relacionado con el hecho específico, ésta es la interpretación que puedo dar, quiero decir, no es exactamente el problema de la casa o algo parecido, es la impresión de que yo nunca he... elaborado un proyecto por mi cuenta, de haberlo llevado a cabo, y cada vez que me encuentro delante de una situación se me vuelve a presentar esta condición, no sé si es verdadera o no y se vuelve a crear un estado de ánimo, un sentimiento total de impotencia y desaliento.

La escasa eficacia personal va acompañada casi constantemente por el tema de la constricción. La realidad externa, los otros, el mundo externo parecen coartar el paciente en sus elecciones, por lo que nada se percibe como auténtico o espontáneo, sino siempre como «obligado». El ejemplo que sigue a continuación, de la terapia de Marco, nos muestra como los temas de constricción y de escasa eficacia personal coexisten: la sensación de constricción está vinculada a la percepción de tener poca capacidad de controlar (manejar) la situación.

P.: Tengo la impresión de participar de una manera totalmente marginal en las decisiones que me afectan y de vivir situaciones donde otros intentan decidir, hacer elecciones en mi lugar, interpretando no lo que son mis demandas explícitas o simplemente evaluándolas, sino intentando deducir cuáles pueden ser las decisiones que más me convienen; puedo decir que tengo necesidad de cambiar el coche o de comprar un utilitario pero después no acabo comprándolo de verdad; por el simple hecho de mirarme un coche de gran cilindrada, se me acerca el concesionario y acabo sintiéndome obligado a comprarlo.

La sensación invasiva que caracteriza las interacciones del paciente y que probablemente sostiene la tendencia a desconfiar de todos es la de *desapego/exclusión*. El sentimiento doloroso de no pertenencia, de estar excluido en cuanto a no ser querido, el ser marginado del grupo, son rasgos específicos de la condición paranoide.

P.: Yo tengo un comportamiento diferente a la del grupo, diferente en las formas, en el sentido que el grupo busca, probablemente se comporta de manera más eficaz, si yo sienta la exigencia de…, es decir, no es que yo no sienta la exigencia de comportarme de la misma manera en este caso, mi colega, que tenía encargado ese trabajo, realmente lo tenía.

T.: Cierto.

P.: Lo que en cambio me ha extrañado ha sido la conducta de ...?

T.: Exacto.

P.: Mi impresión es que todo el contexto, la situación y los imprevistos se organizan no de la manera correcta, que se coaligan para mantenerme fuera de la interacción, de todos, porque la persona que tiene encargado cierto trabajo no puede ser la única y si es la única hay que aceptar el hecho de que en el momento que está enfermo durante una semana, un mes, un año, en esto creo yo no era adecuado todo el... toda la estructura propia porque no era adecuada para aguantar [*incompresible*] y al mismo tiempo.

12.3.2. Los estados mentales principales. Los constructos descritos más arriba se agregan a tres estados mentales dominantes distintos

12.3.2.1. Estado de suspicacia

El primer estado en el cual el paciente se encuentra en una condición constante de alerta es el de suspicacia, caracterizado por los elementos de amenaza, miedo, ansiedad, activación neurovegetativa.

Este estado se sostiene por medio de un mecanismo de automantenimiento: el estado de activación neurovegetativa refuerza la sensación de amenaza y de alerta, que a su vez incrementa la activación neurovegetativa en un verdadero círculo vicioso. Es necesario distinguir entre paciente paranoico y paciente con trastorno de ansiedad generalizado: ambos presentan un estado de alerta constante.

El ansioso no es suspicaz y desconfiado, pero sí miedoso, invadido por una sensación de escasa eficacia personal; se tranquiliza con

facilidad con una persona con autoridad; busca activamente la cercanía de la persona de referencia que pueda confutar sus temores; se percibe a sí mismo como frágil y, por lo tanto, la realidad como peligrosa; admite, de todas formas, la subjetividad de su visón del mundo. El sujeto paranoide no admite la subjetividad de su propia percepción, se resiste a que lo tranquilicen, evita el contacto con quien intenta rebatir sus creencias. Paradójicamente, mientras el ansioso se tranquiliza en el momento en el cual su propia visión catastrófica del mundo es refutada, el paranoide se tranquiliza cuando halla en el otro confirmación o compartimiento de sus propios temores.

Lísipo es un empleado que teme que sus jefes le traten mal y le perjudiquen deliberadamente por envidia; lleva a cabo, como se describirá en el capítulo siguiente, una serie de conductas vengativas.

P.: ¿Cuántos años tiene usted?

T.: 32

P.: No, no puede curarme de ninguna manera en absoluto, pero conteste a lo que le pregunto: ¿Es católico? ¿Está casado? ¿Tiene algún familiar que trabaja en el Corte Inglés? ¿Tiene antecedentes penales? ¿Cómo es que conoce a la Doctora C. que me ha enviado a usted? ¿Qué es lo que piensa de la pornografía y de la masturbación? ¿Sabe usted que le podría denunciar si tan sólo me saludara en público, si dice mi nombre o si me llama a mi casa sin mi autorización?

T.: Perdone pero tendríamos que transformar nuestro encuentro en una visita y no en un interrogatorio, contestaré a todas la preguntas pero déjeme entender por lo menos por qué ha venido.

P.: No puedo hablar si no estoy seguro de usted, ¿Cuánto cobra por una sesión?

[Este paciente acabó abandonando el tratamiento después de 8 sesiones].

Pietro cree que las personas que encuentra se fijan de modo extraño en él, debido a su fealdad física.

P.: Tengo la impresión de que la gente saca de sus bolsillos unas armas, unas navajas y se preparan para darme un golpe en cuanto me distraiga. Estoy siempre alerta, pendiente de los bolsillos de todos, he visto que usted tiene bolsillos en la chaqueta que están cosidos y estoy tranquilo pero me preocupé el otro día cuando puso las manos en el cajón, pensé «éste me mata».

12.3.2.2. Estado de ira

El segundo estado problemático es el de ira dolorosa y está caracterizado por amenaza, rabia, trato injusto, desapego, activación neurovegetativa. En este caso, el paciente, Ciro, reacciona y se rebela ante los presuntos abusos a los que estaba sometido.

P.: Mañana lo leerá en los periódicos, y verá su cara de gilipollas que intenta tomarme el pelo, que me margina del grupo de los colegas y le meto un puñetazo frío en la nariz, quiero ver la sangre que mancha las paredes blancas de la habitación y que la ensucia la camisa de marca. Le juro que lo haré mañana.

P.: He visto que me miraba, y yo me he puesto también a mirarlo, como diciendo a ver quien es el más fuerte. Él ha dejado de mirarme después de un rato y se ha echado a reír y yo he perdido los estribos, ha venido la policía a arrestarlo, me parece que también un policía ha recibido.

Esta clase de paciente muy a menudo puede tener serios problemas con la justicia, puede incluso acabar en un hospital psiquiátrico penitenciario.

12.3.2.3. Estado de astenia

El tercer estado es el asténico, caracterizado por amenaza, baja eficacia, distancia, exclusión, astenia, miedo, ansiedad. El paciente refiere no tener más energías para poder enfrentarse a un mundo tan amenazador, vive en un estado de terror y miedo, es suspicaz y evita las interacciones sociales e interpersonales. En este estado es alto el riesgo de conductas suicidas. Marco subraya la astenia:

P.: Y luego una sensación de relajación, de debilidad.

T.: Sí, pero es más una sensación de postración más que relajación y abandonamiento...

P.: Sí, de falta de tono.

T.: La falta de tono muscular viene después de la pérdida de ánimo, no he entendido si es la expresión de su desconsuelo o si esto viene luego.

P.: Diría que viene luego, diría que es el momento en el que me doy cuenta de que una situación que me parecía dominar no la dominaba para nada. No creo que haya desconsuelo interno, no tengo la sensación de deprimirme cuando ocurre un episodio de este tipo, es sólo una impresión de separación. Quizás, en el fondo, es el contexto el que no puedo controlar mucho y dejo que el contexto haga, quizá sea este el mecanismo.

P.: ¿Por qué exactamente conmigo? Yo no he hecho nada malo, tendrían que dejarlo, Doctor haga usted algo, ¿Por qué no me dejan vivir en paz? Ayer pensé que mi vida se había acabado o que tengo que emigrar, pero ya no me quedan más fuerzas, o bien me mato. Tengo miedo a morir, pero es la única solución, hace diez meses que llevo esta vida: ellos son realmente más fuertes, han puesto en marcha no sé que aparato para ponerme de los nervios, para hacerme estar mal...

Cada uno de lo estados mentales que hemos descrito hasta aquí no representa una situación estable e inmutable; el paciente vive en una situación dinámica en la que pasa de un estado a otro. Concretamente es muy fácil pasar del primero al segundo de estos estados mentales.

Hay que dedicarle una atención particular al tema del pensamiento distancia/exclusión, muy a menudo ofuscado por el tema amenaza, al cual claramente el terapeuta es mucho más sensible. De hecho, el estado en el cual el paciente percibe sentirse asediado va precedido muy a menudo por una sensación crónica de exclusión, de no pertenencia a grupos cohesionados. Ya en otras situaciones clínicas (narcisista, por evitación, ver capítulos 6 y 10) hemos descrito el sentimiento de no pertenencia, pero que presenta modalidades distintas en el paranoico; en estos trastornos es el paciente mismo quien se percibe como diferente del grupo, no ve la posibilidad de integración o de posible pertenencia y cae en una extrañeza inerte y abúlica. El paciente paranoide en cambio vive la sensación de exclusión como una marginación deliberadamente perpetrada contra él por un grupo cohesionado; él desearía pertenecer al grupo, pero sufre, a su pesar, la exclusión. Podemos considerar la sensación de extrañeza del paranoico como una subclase y definirla como agitada y en alerta.

12.3.3. Consideraciones sobre los temas de significado de la paranoia

La literatura clínica se ha ocupado principalmente de la descripción de los rasgos de rabia y desconfianza. Ya en 1918 Kretschmer había descrito una forma de desarrollo de la personalidad caraterizada por ideas paranoides, que había que distinguir del delirio en

tanto que no iba asociada a un curso con deterioro. Pudo observar cómo algunos pacientes recordaban, durante años y de manera inalterada, sensaciones penosas de injusticia sin poderlas expresar u olvidar de ningún modo. La descripción de estos pacientes, a menudo de sexo masculino, con inicio en la primera edad adulta, y que mantienen un aceptable funcionamiento social pese a estar en una soledad rabiosa y reivindicativa, corresponden mucho a lo que hoy llamamos personalidad paranoide.

Rabia, miedo y sensación de amenaza por parte de un mundo injusto y malo representan los elementos constitutivos de la posición esquizo-paranoide descrita por Klein (1946). En la teoría de Klein, el niño, a través del mecanismo de la proyección, intenta separar lo que es bueno de lo que es malo. En esta fase de desarrollo inmaduro, no consigue integrar la imagen de una madre que sea a la vez buena y mala y por lo tanto intenta separar dentro de sí mismo la figura de una madre buena de la de una madre mala; seguidamente proyecta sobre la madre, ahora considerada mala, las instancias psíquicas percibidas como negativas e introyecta lo que había proyectado con el fin de controlar estos objetos malos.

El niño con un proceso evolutivo normal después de esta fase pasará a la fase depresiva en la que se dará cuenta que en realidad la madre buena y la mala coinciden.

La intuición clínica de Klein –que distingue dos posiciones, una esquizo-paranoide y una depresiva–, aunque no se puede aplicar a los niños de un año, es muy válida hoy en día: de hecho, cada uno de nosotros, si es sometido a una gran angustia, puede experimentar una posición esquizo-paranoide. En otros términos, cualquiera podría tener la tendencia «maniquea» de separar lo bueno y lo malo y tenérselas con los demás cuando no puede soportar el haberse equivocado o haber fracasado en una empresa; en estas situaciones proyectamos sobre los otros los elementos desagradables (los imputables del fracaso).

Miedo y angustia son emociones que predisponen a estados paranoides. Es verosímil que niños que han vivido en situaciones reales de amenaza o con padres particularmente violentos desarrollen una tendencia defensiva a hallar en los otros «aspectos malos» incluso donde no los haya.

Es necesario recalcar que, en su obras, Klein prestó mucha más atención a las relaciones fantásticas del niño que a las reales y esto representa, en la clínica y en la formulación de la teoría, un límite objetivo.

En la tradición psicodinámica, el mecanismo de la proyección ha sido siempre un pilar en el modelo descriptivo de la paranoia. Freud (1911) partía del supuesto que en la base de los mecanismos paranoicos se encontraba el terror a que volvieran a emerger pulsiones homosexuales reprimidas proyectadas sobre el otro. De todas formas, la revisión de la literatura no conduce a pensar que el ser homosexual o el tener temáticas homosexuales predisponga a la paranoia. En la vertiente clínica no hemos detectado una mayor presencia de temáticas homosexuales o de identidad sexual en los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad.

Posteriormente volveremos al problema de la proyección al discutir los déficits de metarrepresentación en el trastorno pranoide de la personalidad. Aquí es importante recordar la aportación de Shapiro (1965) que hace hincapié en una relación en círculo vicioso entre sentimiento de miedo y amenaza. Según este autor cuando en una relación interpersonal el sujeto paranoide está obligado a reintroyectar lo que ha proyectado, sin el procesamiento del terapeuta, su tensión y su angustia aumentan hasta desarrollar defensas todavía mayores. Una emoción poco tratada por nuestro modelo, pero muy subrayada en la literatura, es la de vergüenza (Kretschemr, 1918).

Hay que decir que los temas de burla, desconfianza, engaño, amenaza, escasa eficacia, descritos en nuestro modelo, son compatibles con una condición en la que la humillación y la vergüenza representan acontecimientos temidos, en la cual, sin embargo, el estado de vergüenza resultante no llega a darse nunca a causa de la reacción rabiosa o de evitación del sujeto.

Siguiendo esta línea, Colby (1981), aun compartiendo la posición de Shapiro, plantea la hipótesis de que la paranoia es en realidad un sistema de estrategias enfocadas a prevenir y a reaccionar ante la vergüenza o a la humillación (de hecho, según Colby la paranoia es una estrategia con el objetivo de prevenir o minimizar la emoción de vergüenza y/o la humillación). Las situaciones que podrían llevar a los

sujetos a experimentar estas emociones se neutralizan mediante la atribución de culpa a los demás, afirmando que han sido tratados injustamente, como objeto de persecución.

La percepción de ser víctima de malos tratos provoca en el sujeto ansiedad y rabia, emociones paradójicamente más soportables que las temidas de vergüenza y humillación.

Basándonos en la premisa de que la paranoia es un sistema de estrategias que tiene la finalidad de prevenir y minimizar la emoción de vergüenza y/o la humillación, Colby, Faught y Parkinson (1979) han elaborado un modelo cibernético de la paranoia[1].

El modelo interactivo, estructurado según la tesis de Colby y colaboradores, reproduce las respuestas de una paciente paranoide en el ámbito de una entrevista psiquiátrica. Estas respuestas se acercan tanto a la clínica, que terapeutas expertos pueden distinguir con dificultad entre las producidas por el modelo simulado por el ordenador y las reales. Hay que recordar que, según Turing, la calidad de un sistema inteligente se decide por la indistiguibilidad de las respuestas de la máquina con respecto a las humanas. El tema de la correlación entre vergüenza y delirio es muy relevante, pero, como veremos más abajo, no se puede considerar un modelo único ni prototípico de la configuración psicopatológica del paciente paranoico.

La percepción de escasa eficacia personal que describimos se asimila muchas veces a una sensación de baja autoestima que contribuye a explicar las expectativas de humillación y de vergüenza.

Meissner (1986) plantea la hipótesis de que la base de la suspicacia, del temor a ser engañados o ser objeto de burla y, por lo tanto, del esquema paranoide, puede hallarse en la baja autoestima. La paranoia, la desconfianza en los demás, permitiría la regulación de la autoestima.

---

1. Recordemos que los modelos cibernéticos, hoy en día conocidos como sistemas inteligentes, tienen como objetivo simular, por medio de un ordenador, el funcionamiento de la mente humana siguiendo la analogía mente-cerebro-ordenador. Éstos adoptan los criterios de la comunicación, válidos tanto para el ser humano como para los sistemas inteligentes, con una referencia explícita a los conceptos de *feedback* y *feedfoward* (sistemas de señales dirigidos a la regulación por medio del ajuste continuo hacia el objetivo).

Los terapeutas cognitivos han subrayado que las creencias negativas sobre sí mismo y sobre el mundo se hallan en la base de los temas de desconfianza, amenaza y escasa eficacia presentes en el paranoide. Pretzer y Beck (1996) aplican un concepto cognitivista radical y, partiendo de la hipótesis de que el trastorno de la personalidad se sostiene por distorsiones cognitivas estables, proponen un modelo explicativo basado en una tríada caracterizada por: *a)* Modelos negativos de sí mismo; *b)* Modelos negativos de los otros; *c)* Modelos negativos de las relaciones.

Los autores sugieren que en la raíz de un esquema de suspicacia generalizado se halla una historia de malos tratos. Investigaciones recientes asocian el problema de la violencia en la familia también con otros trastornos psiquiátricos como la personalidad límite y los trastornos disociativos (Pasquini et al., 2002). No parece, en efecto, inverosímil que la violencia y la agresividad sufrida repetidamente puedan engendrar un constante y crónico temor a ser agredidos o atacados y una irreparable desconfianza en los demás.

Millon (1981, 2000), en su modelo evolutivo, sostiene que el trastorno paranoide es un solapamiento de los modelos antisocial, compulsivo y narcisista y explica la organización y el automantenimiento a través de ochos puntos: 1) Humor irascible; 2) Imagen de sí mismo inviolable; 3) Utilización del mecanismo de defensa de la proyección; 4) Estilo cognitivo suspicaz; 5) Conducta social defensiva; 6) Estructura personal rígida; 7) Conducta interpersonal provocadora; 8) Relaciones objetales inalterables. La tarea del terapeuta es enfrentarse a cada uno de estos aspectos a través de estrategias integradas.

Con este objetivo se prevén entrenamientos conductuales enfocados a desensibilizar a los pacientes hacia sus pensamientos negativos.

12.3. Déficit de metarrepresentación

Los déficits de metarrepresentación más relevantes asociados con el trastorno paranoide de la personalidad son los déficits de descentramiento y de diferenciación.

El paciente paranoide siempre tiene un déficit de descentramiento: formula permanentemente hipótesis sobre el funcionamiento mental de los otros desde una perspectiva egocéntrica, es decir, examinando los datos desde su punto de vista y descartando todas las posibles alternativas. Por egocéntricas entendemos todas las operaciones en las cuales el sujeto es incapaz de diferenciar su punto de vista del de los demás y atribuye a los demás mecanismos propios de su funcionamiento mental y de sus perspectivas. El sujeto sano, cuando descentra, tiene conciencia de la subjetividad de su propia representación y, por lo tanto, sabe discriminar entre sí mismo y el otro, colocando su punto de vista entre otros posibles; el paciente con déficit de descentramiento carece de esta capacidad:

Las transcripciones de la entrevista con Ciro que vienen a continuación son un ejemplo evidente de cuanto hasta ahora se ha expuesto:

P.: Me parece que usted no se da cuenta de lo que está sucediendo, tengo la impresión de que usted ha cogido dinero de mi jefe y está compinchado con ellos.

T.: Mire, espero sinceramente que algún día alguien me dé dinero gratis, si hubiese ocurrido esto que usted dice le habría llamado y hubiésemos compartido el dinero.

P.: Ríe, me parece que usted sería capaz de hacer esto.

T.: ¿De coger el dinero y traicionarle o de compartir el botín con usted?

P.: No sé... creo que la segunda, lo que pasa es que hoy usted no me convence, pienso que sabe algo de mí y no me lo quiere decir.

P.: Conductas, frases o hechos ocasionales que no quiero aclarar y luego se quedan pendientes; a menudo creo que les atribuyo un significado diferente a lo que son en realidad y que, generalmente, es mucho más sencillo e en algunos casos no hay para tanto. Ahora una cosa que me ha venido a la mente, una cosa, una expresión como «es tarde», según el contexto puede ocurrir que la interprete no como un hecho relacionado con el horario, el reloj, sino como un hecho relacionado con factores de carácter existencial, en el sentido de que es tarde y yo creo que me he retrasado en lo que hubiera querido ser si hubiera seguido un curso normal desde el punto de vista existencial, este es un ejemplo que se me ocurre, pero lo he construido yo y podría pasarme que lo percibiera como un juicio.

T.: Como un juicio hacia usted o ¿cómo?

P.: Como un juicio hacia mí.

T.: Perdone, pero... ¿Cómo puede saber que está dirigido a usted?

P.: Sí, tendría que ser alusiva, tendría que estar incluida de alguna manera en un contexto por el que sólo yo pudiese ser el receptor.

Hay que especificar que el sujeto con trastorno paranoide, aunque es incapaz de descentrar, a veces es capaz de captar perfectamente el estado mental del otro. De hecho, cuando no se siente directamente involucrado en la relación el paciente demuestra tener la capacidad de descentrar y de saberla ejercer. Una parte de la sesión con Marco ilustra este fenómeno:

T.: Así ¿cómo le van las cosas?

P.: Están yendo medianamente bien... así, ¿Cuándo fue? El viernes pasado hubo un roce, podríamos decir, entre colegas, que no me ha involucrado en primera persona sino dos colegas, que se han enviado mutuamente a tomar por el saco, de forma muy agresiva y ... yo he intentado un poco... a ver, remediar en lo que podía...

T.: Apaciguar los ánimos.

P.: Sí, porque creo que todas las tensiones están dentro ... no he hecho... sí, he intentado también comprender un poco lo que estaba pasando y quitarle hierro, la cosa funcionó un poquito, he conseguido que las dos personas se dijeran, o pensaban sin decirse... probablemente estaban pensando cosas que luego han salido, un colega que ha hecho... tiene la tendencia a hacer juicios sin tener conocimientos, que luego en realidad se puedan avalar o no, empieza disparando a hacer juicios sin pensar en el hecho que otras persona... y probablemente haya una colega y en cambio la otra... ha vivido una situación de dificultad en el trabajo hace tiempo, un período de reajuste de personal, y ahora se encuentra que tiene fechas de entrega, con una programación no siempre perfecta, como siempre ocurre, así que estás obligado a tener que respetar algunas fechas de entrega, probablemente todas estas cosas juntas, total, han creado algún motivo de roce, han salido a la luz todas aquellas cosas que luego no se dicen y entran a formar parte de aquel bagaje.. de aquella área que cada uno utiliza como amortiguador en el ámbito de las relaciones con los demás, total... probablemente la cosa, además, me ha involucrado también a mí, situaciones de grupo o de dos, marcadas por el sentimiento de pertenencia, comprensión, aceptación, afinidad con la colega que ha hecho unos juicios, unas evaluaciones sobre casi todos; a ver, también ella, probablemente ella también está en una situación difícil que explica esta actitud; en este sentido explica mucho menos la externalización de juicios, o

como otros probablemente poco equilibrados o de pacotilla, total... (de todas formas he intentado decantarme por un bando... he intentado no mediar... porque al final no ha sido una mediación, sino sencillamente calmar... también porque luego estas son dinámicas que cuando empiezan... claro que hay una situación objetiva que las desencadena, pero más allá de la situación objetiva que las desencadena está el modo en que cada uno vive esta realidad y la maneja que es importante, que es relevante, tal vez podemos hacer algo... un poquito... será poco... a mí, y no sé si a las demás personas que estaban presentes, a mí esta disputa, me ha venido a la mente).

Se puede apreciar cómo en esta trascripción Marco muestra la capacidad de captar perfectamente el estado de ánimo de los demás y de observar los acontecimientos desde la perspectiva ajena, explicitando una extraña capacidad de descentramiento.

El paciente describe el escenario, es capaz de integrar los acontecimientos entre sí, dar una explicación lógica y falsable de la realidad, describir la realidad abrazando la perspectiva desde el punto de vista de varios personajes; es capaz también de llevar cabo estrategias dirigidas a solucionar el problema.

Una actuación puntual nos demuestra que las cosas de las que estamos hablando son funciones mentales y no estructuras y que la interferencia del ambiente y del contexto interpersonal es crucial para evidenciar tales perfiles.

T.: De todas formas no ha tenido la impresión de que hubiera sido algo artificial.

P.: No, no en absoluto.

T.: Genuino.

P.: Sí, creo entender, entender, al menos explicar los motivos, no había... era un hecho objetivo, pero un poco me he asustado ante la idea de hasta qué punto pude, por lo menos en nuestro ámbito, llegar a unas tensiones que tal vez no se perciben normalmente, porque tal vez cada uno intenta amortiguarlas o, por lo menos, hacer que no salgan al descubierto, pues cuando salen se coge la cinta métrica y se pueden medir, es decir me ha impactado bastante, un poco me lo esperaba porque son cosas que uno percibe, pero creo que soy... es decir, personalmente estoy satisfecho.

T.: Lo ha hecho muy bien.

P.: Sí, sí no sé cuanto, no sé qué resultado...

T.: No se han matado, ha conseguido apaciguarlas por un rato.

P.: Sí.

T.: ¿Y como lo ha hecho para apaciguarlas?

P.: He intentado...

T.: Porque si lo logra con los demás tal vez lo logra también consigo mismo.

(El terapeuta con esta intervención solicita al paciente aplicarse a sí mismo las funciones de metarrepresentación evidenciadas en tal episodio)

P.: Sí, he intentado representarme...

T.: No es nuestro asunto, pero están estas dos que se pelean y usted en lugar de escaparse sanamente

P.: Yo en lugar de escaparme...

T.: Sanamente, sanamente.

P.: He tomado parte por la persona que era agredida, digamos, a priori.

T.: ¿Ha tomado?

P.: Partido a favor de la colega que era agredida, que además es una colega con quien he trabajado mucho tiempo, pero esto ha puesto en marcha cierta dialéctica también con... con la otra colega, que estaba en el papel de agresora digamos, es decir, ella tenía problemas ¿Por qué? Porque aunque nadie se lo haya atribuido explícitamente... se encuentra teniendo que hacer de coordinadora de un grupo de personas.

Mientras estábamos escribiendo este capítulo, el escritorio de uno de los autores estaba lleno de libros sobre los trastornos de la personalidad apilados uno sobre el otro y una paciente (que no padecía el trastorno paranoide) comentó:

P.: Pero ahora se lo puedo decir, cuando me fui la otra vez he pensado que la terapia no podía seguir adelante de ninguna forma, que para mí no hay esperanzas, entro aquí y mirando estos libros sobre la mesa, particularmente aquél, me ha entrado la paranoia que usted me está estudiando para entender mi caso, para intentar encontrar una solución y esto me ha desesperado aún más. Dígame si es así.

Existe un problema de naturaleza teórica que concierne a la relación entre el déficit de descentramiento y los mecanismos proyectivos descritos en la literatura psicoanalítica. En cierto modo ésta describe, desde una perspectiva distinta, fenómenos análogos.

Los mecanismos proyectivos hacen hincapié en el error de lectura, por razones motivacionales, de la propia mente, cuyos contenidos

son transferidos a la mente del otro. El déficit de descentramiento hace hincapié en cambio en el error de comprensión de la perspectiva mental del otro, a quien por tanto no se le pueden atribuir los propios contenidos. En nuestra opinión, no todos los déficits de descentramiento se pueden reconducir a un mecanismo motivacional de defensas primitivas. Hay que remarcar que este déficit constituye de todas formas una protección fallida de dichos mecanismos que, en cualquier caso, terminarían por potenciarse.

El concepto de déficit de descentramiento, además, cubre una área de los fenómenos mentales más amplia que la descrita por el concepto de proyección. Incluye fenómenos, como los vistos en los ejemplos anteriores, en los cuales el sujeto se siente el centro de las malvadas atenciones, pensamientos y acciones de los otros y también fenómenos análogos a los descritos por el concepto de proyección, en el cual los propios estados y contenidos son atribuidos al otro o a la acción del otro. Por ejemplo, una paciente nuestra con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad durante un episodio delirante breve se sentía el centro de una conjura organizada para obligarla a tener relaciones sexuales. Cabe precisar que el delirio surgió poco después de que la paciente hubiese mostrado un evidente interés por un joven colega de su trabajo.

Estas diferentes formas de egocentrismo patológico se evidencian en los mismos pacientes. Su diversidad fenoménica no nos tiene que engañar. Lo que los une es que son formas de pensamiento que se desarrollan cuando falta el mismo factor protector: la capacidad de ponerse en la perspectiva del otro.

El otro déficit de metarrepresentación que se encuentra en los pacientes paranoicos es el déficit de diferenciación.

Estos sujetos no se plantean nunca el problema de que si lo que han percibido pertenece al mundo exterior o al interior, casi no distinguen entre estas dos realidades. La vida interior es devorada por una sensación invasora de amenaza y suspicacia; nunca la consideran la amenaza como una vivencia subjetiva, una fantasía o una hipótesis: el monstruo, el enemigo, el peligro, como afirma Lorenzo, está, literalmente detrás de la puerta:

P.: Me he dado cuenta que en Internet también se han dado cuenta todos, y me consideran una criatura; esto me ha obligado a desenchufar el ordenador, no podía más, estaba ahí y me quedaba claro que aquellos chistes en el chat estaban dirigidos a mí.

T.: ¿Piensa lo mismo ahora?

P.: Yo que sé, a veces me parece real, y a veces no, pero esta vez pienso que sí es verdad, así que yo no soy una de estas cosas que usted inventa.

Hay que destacar el refuerzo recíproco de estos dos déficits: si el sujeto tiene dificultad en distinguir entre fantasía y realidad es difícil que pueda descentrarse, adoptar otras perspectivas. Como veremos en el siguiente capítulo, la primera fase del tratamiento tiene principalmente el objetivo de mejorar la capacidad de diferenciación de la que carece trágicamente Marco:

P.: Estoy desesperado, me imagino realmente cosas terribles y pienso que quizás son verdaderas, no lo sé, hoy he bajado desde el balcón con una cuerda.

T.: ¿Desde el balcón?

P.: Tenía la idea de que me estaban espiando y sentía esta angustia dentro y, entonces me he dicho, me escapo, hago que pierdan mis rastros, me parece que me estoy volviendo loco, ¿Cómo puedo excluir que sea cierto?

12.5. Heurísticas típicas

Mancini (2000) plantea la hipótesis que uno de los sesgos cognitivos que está en la base de la paranoia es el uso de procedimientos pseudodiagnósticos por parte del sujeto. El proceso pseudodiagnóstico (Fishhoff, BEY-Marom, 1983; Trope, Liberman, 1993) es un mecanismo de verificación de hipótesis focal que sólo tiene en cuenta los datos congruentes con la misma hipótesis; entonces el paciente paranoico sólo presta atención a los elementos que convalidan las hipótesis focales temidas.

El sujeto sólo buscará pruebas para confirmar y no para refutar, explorará las implicaciones de los datos recogidos sólo con respecto a la hipótesis central, por lo cual los síntomas efectivamente manifiestos son considerados sólo respecto a la hipótesis focal.

Lo que ocurre en la hipocondría es un ejemplo interesante, puesto que para los pacientes los síntomas y los signos más diversos serán la confirmación de una enfermedad peligrosa no diagnosticada porque no tienen en cuenta la posibilidad de que existan otras causas capaces de generar los mismos síntomas (Klar, 1990).

Para que un sujeto tenga acceso a un proceso diagnóstico hace falta que acepte que hay una hipótesis que verificar y no una tesis que demostrar; la hipótesis (que verificar) tendrá que tener un nivel de incertidumbre bastante elevado; nadie nunca perdería el tiempo en un proceso diagnóstico si ya tiene la certeza de cómo están las cosas (Hilton, Klein, von Hippel, 1991). Vamos a aclararlo con un ejemplo:

Un paciente de 30 años llega a nuestra observación sosteniendo que es víctima de un complot tramado contra él por parte del personal de una conocida universidad extrajera. Una noche, muy angustiado, intuye –o utilizando sus palabras «he hecho dos más dos»– que el plan prevé eliminación. Desde este momento cada actitud de los demás se vuelve amenazadora, capta una conversación de dos transeúntes que pasaban por debajo de su casa, donde se pronuncia la palabra «muerte» que se la refiere a él, una llamada recibida por error era una señal: pedían por la familia Curis, que quiere decir que pronto necesitará un cura para su extrema unción. Todo demuestra su hipótesis, que más que una hipótesis venía a ser un axioma.

La hipótesis focal de paciente paranoico es obviamente la de ser perjudicado de algún modo: cuando, por ejemplo, se halla en la situación de tener que evaluar si uno de los presentes le está tomando el pelo, difícilmente tendrá en cuenta una hipótesis benévola.

P.: Entro en los restaurantes y no puedo evitar notar la mirada de las personas presentes, siento que están encima mío, siento el peso, me miran y me observan, no sé lo que quieren, lo hago todo para evitar la provocación, doctor me cree, pero nada más levantar la mirada los encuentro ahí riéndose, se lo pasan bomba a mis espaldas.

Otro heurístico típico de los pacientes es considerar que la suspicacia y el recelo no tienen un desgaste mental o que de todas formas dicho desgaste es siempre menos que la humillación padecida, «segu-

ro que pierdo menos», afirman los pacientes. En realidad, el desgaste que hay que pagar es muy alto, el sujeto paranoide está obligado a vivir en un constante estado de hipervigilancia y prealarma. Dedicar la vida entera a la sospecha equivale a no vivir, el precio que se paga es sin duda mucho más alto que el daño que se piensa poder recibir (Mancini, Gangemi, 2002).

En la perspectiva del constructivismo kellyano (Kelly, 1955), Lorenzini y Sassaroli (1992) afirman que el sistema de constructos personales de los pacientes paranoides responde a cuatro criterios:

1) Presenta una elevada organización jerárquica y cada acontecimiento activa una larga cadena de constructos;
2) Hay una hipertrofia de uno sólo de los polos de los constructos (el negativo), el otro polo está en realidad vacío;
3) Posee un alto grado de integración (los nexos entre constructos son muy rígidos y estrechos);
4) Presenta escasa diferenciación, es decir pobreza de constructos: distintos acontecimientos acabarán por tener el mismo significado personal.

El sujeto paranoide explica los acontecimientos según el propio sistema –rígido– de constructos: no accede a un procedimiento de interpretación que contemple primero el análisis del acontecimiento, luego una categorización del mismo y finalmente una explicación. La relación entre teorías categoriales interpretativas y explicativas está invertida: no se concede ninguna posibilidad a la confutación. La jerarquización rígida del sistema paranoide es una estructura monolítica con la que no es posible confrontarse y no es invalidable: cualquier tentativa de confrontación o confutación producirá una nueva rigidificación del sistema de constructos del paciente.

12.6. Circuitos de mantenimiento de la psicopatología y ciclos interpersonales

En este apartado describiremos los principales circuitos interpersonales disfuncionales (Safran, Segal, 1990; Safran, Muran,

2000) y mostraremos cómo las posiciones yo/otro en la relación contribuyen a reforzar circularmente los déficits de metarrepresentación.

Es fácil imaginar que en pacientes con determinados déficits de metarrepresentación algunas experiencias emocionales acaben siendo «obligadas». No poder distinguir entre realidad y fantasía es seguramente una experiencia angustiosa. Para comprender el funcionamiento de los pacientes paranoides es necesario comenzar por la estructura interna considerando concretamente los déficits de metarrepresentación. Si, por ejemplo, nos encontramos en Jerusalén en un viejo mercado, no entendemos ni una palabra de árabe o de hebreo y tenemos miedo a un atentado terrorista, mirando a la infinidad de mercaderes que hablan en voz alta en árabe y a las muchas personas que atraviesan de manera caótica la calle y que de repente se ponen a gritar, nuestro estado de ánimo oscilará entre el estupor, el asombro y el temor: en una situación parecida no seríamos capaces de distinguir una persona que grita porque está acostumbrada a hablar en voz alta de una que nos amenaza o que representa un peligro; en tales condiciones todo parecerá amenazador.

Durante todo nuestro paseo, estaremos en un estado de ánimo muy poco placentero y cada persona que se acerque parecerá un agresor, no lograremos de ningún modo excluir con absoluta certeza la hipótesis de la amenaza.

Según nuestro modelo teórico de referencia los déficits de metarrepresentación, de diferenciación y de descentramiento disminuyen la posibilidad de acceder al estado mental del otro. Tales déficits de metarrepresentación favorecen (o incluso determinan) específicamente estados mentales problemáticos específicos que recordamos al lector: suspicacia, agresividad y astenia. Cada estado caracteriza un ciclo interpersonal específico (obviamente los ciclos interpersonales del paciente paranoide a los cuales nos referimos son los que hemos identificado a través de las transcripciones de las sesiones de nuestra experiencia clínica y no serán seguramente todos).

12.6.1. El ciclo suspicaz irritante

En este ciclo, que con toda probabilidad podemos considerar prodrómico de los otros dos, el paciente busca activa y disfuncionalmente la interacción social (a diferencia de un esquizofrénico en el cual el inicio se caracteriza por la evitación de las relaciones) que sin embargo, probablemente a causa de los déficits de metarrepresentación, de los sesgos cognitivos y de un sistema rígido de constructos personales, es percibida y vivida como rígidamente amenazadora.

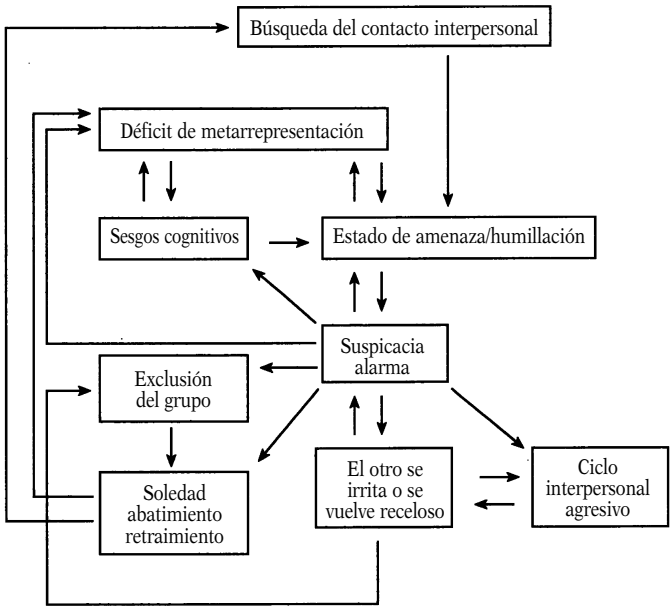
Es preciso considerar que en esta fase, paradójicamente, los pacientes paranoides buscan la interacción de modo activo; es probable que intenten, de esta manera, refutar lo que ellos mismos temen (ser engañados o agredidos), aunque de hecho, parece que buscan al otro con el único fin aparente de provocarlo, irritarlo y verificar sus reacciones.

Los pacientes plantean preguntas con el único fin de desenmascarar al otro, construyen verdaderas trampas, el estado de ánimo que marca la entrevista es de irritación permanente y recíproca, el interlocutor sentirá una molestia "física" a medida que se prolonga el diálogo y tenderá a contestar de forma irritada y descortés, ser evasivo, truncar el discurso, induciendo así el incremento de la suspicacia en el paciente y el empeoramiento del ciclo. «Si me evita tiene algo que esconder». El interlocutor involucrado en esta situación puede llegar desear reaccionar y tal vez dar un par de bofetadas al sujeto paranoide. Esta configuración refuerza el ciclo (ver figura 12.1).

Los pacientes en esta fase se hallan muy a menudo dentro de ambientes laborales o en situaciones colectivas; en cambio es raro que lleguen a la observación del clínico. Ponen en dificultad a sus colegas y jefes por las continuas quejas, denuncias e indicaciones con las que bombardean literalmente a todo el mundo. Con este tipo de configuración de personalidad es más fácil que entre en contacto con un administrador de fincas que con un terapeuta.

En algunas situaciones, la conducta del paranoide puede ser contagiosa e inducir conductas de imitación, por lo que los sujetos caracterialmente más débiles pueden coaligarse con el sujeto paranoide; las consecuencias para el entorno laboral pueden ser devastadoras.

Fig. 12.1. Ciclo interpersonal suspicaz irritante



Esta aparente vitalidad, que parece hacerlos capaces de reaccionar potentemente a todos los presuntos abusos, se acaba pagando al elevado precio de una completa soledad: a la larga también la personas que tenían más lazos con el paciente acaban por abandonarle o incluso evitarle activamente, las comisarías donde depositan las innumerables denuncias acaban por no darle más crédito y reaccionar mal a las nuevas demandas.

Se genera un desierto relacional y afectivo alrededor del paciente, que de manera inevitable cae en la depresión; en estos casos, los pacientes son frecuentemente tratados como si fueran depresivos o ciclotímicos, pero, contrariamente a estos, la oscilación no es afectiva sino que primero es cognitivo-ideativa y luego tímica. El tono afectivo no es deprimido sino disfórico, irritable, no oscilante. Es necesario tener muy presente el estado mental problemático característico de estos pacientes en el que prevalecen sentimientos de rabia, amenaza y activación neurovegetativa que inducen a una configuración orientada a la suspicacia y al continuo estado de alarma. Es

notorio que las funciones de metarrepresentación empeoran dependiendo de nuestro estado de ánimo; en estos casos, el ciclo se refuerza en cuanto la suspicacia y el estado de alarma inducen un empeoramiento del déficit de descentramiento, que a su vez empeora la suspicacia y la alarma. Hay que tener en cuenta que el retraimiento emocional y el aplanamiento afectivo empeoran el déficit de descentramiento (se reduce así la búsqueda de la interacción). En estas situaciones clínicas, o mejor dicho preclínicas, se presenta en cierto punto de la historia (pero esto lo entendemos sólo desde la anámnesis) un empeoramiento dramático. El estado mental se restringe a las dimensiones de desapego, rechazo, baja eficacia personal, sentimiento de ser tratado injustamente, etc.; el paciente persiste en un estado de aislamiento afectivo dado que los demás evitan, a estas alturas de la historia clínica, cualquier forma de contacto con él.

Este ciclo puede quedarse estabilizado en la primera fase (es menos extraño de lo que parece) o evolucionar hacia uno de los ciclos siguientes. La suspicacia y el estado de alarma se transforman en un retraimiento emocional y en un aplanamiento afectivo; el estado continuo de irritación asume la connotación de un desapego, de una aparente frialdad hacia el contexto. Desde esta situación el paciente puede transitar a un ciclo agresivo o a otro asténico, manifestando una sintomatología depresiva.

No tenemos elementos para poder predecir la evolución en uno u otro ciclo.

12.6.2. Ciclo interpersonal agresivo

Antes de describir este ciclo interpersonal es necesario considerar una premisa: el paciente paranoide vive en un estado emocional negativo, en una permanente certeza de poder sufrir un daño, de ser objeto de burlas, humillaciones o engaños; este estado de ánimo esta inducido por un inquietante sentimiento de falta de pertenencia al grupo, que el paciente percibe de un modo global.

Algunos colegas, con razón, han criticado nuestra afirmación; es decir, que la pertenencia al grupo y el sentimiento de desapego pueden configurar un esquema de base paradigmático en estos pacien-

tes, en tanto que la literatura y la experiencia clínica común muestran que el sentimiento de no pertenencia es característico de los pacientes evitativos, esquizoides y narcististas. No se puede dar una respuesta exhaustiva, pero podemos afirmar que las trascripciones de las sesiones con estos pacientes, los relatos clínicos de la sesión, los diarios personales, hacen referencia, en primer lugar, a la sensación de exclusión y desapego que interpretan en un sentido malévolo y activo. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen la sensación de ser excluidos violenta e inmerecidamente de un grupo al que sienten que pertenecen; probablemente la reacción del paciente con trastorno límite de la personalidad está relacionada con la percepción de violencia y no con la de exclusión o injusticia sufrida.

Los pacientes paranoicos tienen la percepción de que la sensación de no pertenencia y extrañeza se mantiene activamente en contra de ellos: no es la expulsión del grupo lo que se percibe, sino la sensación de que una coalición impida esta pertenencia que de otra forma sería merecida y debida. Con respecto a este punto, los pacientes coinciden en señalar la intensidad del sufrimiento vivido. Estos sujetos desearían, a su manera, la integración en el grupo pero no reconocen en qué grado ellos mismos han contribuido a su propia exclusión.

Además, puesto que el déficit de diferenciación no permite al paciente distinguir entre lo que es realmente amenazador de lo que, en cambio, es percibido de manera equivocada, la amenaza del otro será tratada como real y el otro será percibido como enemigo hostil. El paciente no consigue formular las hipótesis heurísticas sobre la sensación de exclusión.

Por otra parte, el riesgo de considerar ilusoria una amenaza que podría ser real, tiene para el paciente un coste que calcula demasiado alto: "¿Por qué tendría que bajar las defensas si no estoy seguro de que el peligro no existe?". En el fondo, ninguna amenaza puede ser excluida con absoluta seguridad, por lo tanto es mejor estar siempre en guardia.

El paciente que espera ser atacado en su autoestima o integridad tendrá una actitud anticipatoria agresiva y activará de forma masiva el sistema motivacional interpersonal agonístico, que nunca podrá

desactivar, puesto que cada interacción confirmará la amenaza. El otro, a su vez, se sentirá atacado y amenazado y se dará cuenta de que cualquier intento de resolver el clima de amenaza será distorsionado por el sujeto paranoide; por consiguiente, reaccionará irritándose y evitando una interacción que se ha transformado en molesta e inútil. (véase Figura 12.2)[2].

El mantenimiento de las heurísticas disfuncionales y de los estados mentales temidos por el paciente está directamente correlacionado con la reacción del otro que, sin embargo, no puede comprender el estado mental (opaco) del sujeto paranoide. Es interesante remarcar la existencia de una notable diferencia entre las reacciones agresivas de los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad y las de los pacientes paranoicos. En los primeros, el tema de pensamiento se refiere a la autoestima, el narcista teme el ataque a su propia autoestima, que alguien llegue a hacer algo por lo que él sea considerado menos de lo que en realidad se merece; el paranoide percibe, en cambio, una sensación oscura y desagradable de ataque directo contra su persona.

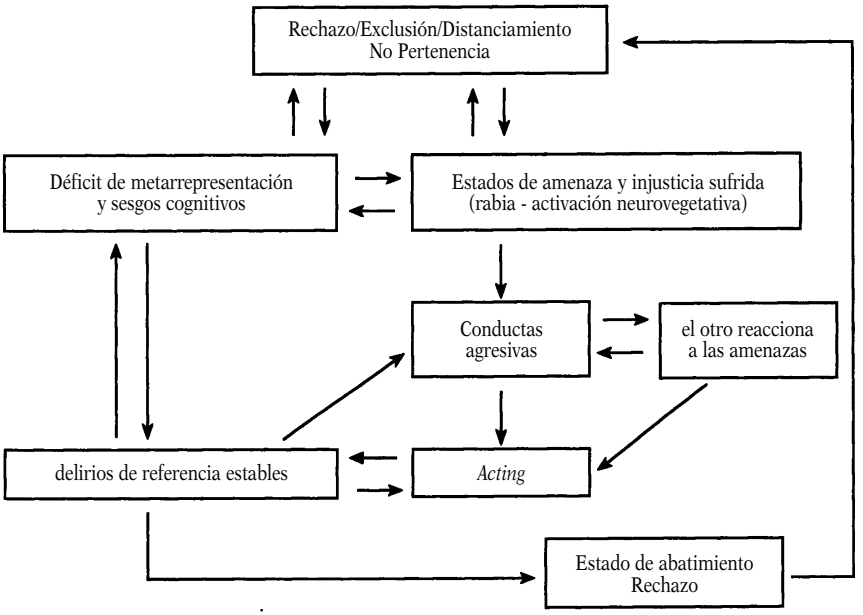
Los pacientes paranoicos perciben también un ataque a su autoestima, pero como una etapa de una estrategia que apunta a destruirlos: "*Me ha corregido delante de todos para que pensaran que era una mierda y que todos tenían que tratarme así, es una especie de lección*".

En términos de estados problemáticos, podemos afirmar que en el paranoide la sensación de amenaza es supraordenada al ataque a la autoestima, mientras que en el paciente narcisista, la regulación de la autoestima es supraordenada a la sensación de amenaza.

Resulta opaca también la forma con la que el paciente interpreta las tentativas del otro de establecer un diálogo o una interacción significativa. Si el otro no contraataca sino, como ocurre normalmente, siente temor y malestar y acaba alejándose de la interacción, el estado de aislamiento del paciente aumenta. Además, encontrándose en la condición de no comprender el estado de ánimo del sujeto para-

2. Éste es uno de los ciclos descritos de Safran y Muran (2000) en el cual el sujeto teme de manera anticipada la rabia del otro, pues actúa con rabia anticipada que suscita la agresión en el otro. Esta agresión confirma la expectativa inicial de amenaza.

Fig 12.2. Ciclo interpersonal agresivo



noide, la mente del otro resulta realmente opaca. El empeoramiento del paciente paranoide será en este punto inevitable, puesto que tenderá a interaccionar con un sujeto en la condición de mente opaca (inducida y facilitada por el mismo paciente). La ausencia de claridad del otro es interpretada por el paciente como intencional: "Me esconde información porque quiere engañarme".

Quien tiene experiencia con pacientes graves sabe muy bien lo arriesgada que es la interacción entre dos pacientes paranoicos: no comprendiéndose entre sí cada uno aplicará al otro su propio sistema de constructos, pobre y rígido, y llegarán a la conclusión de que el otro está tramando algo contra él. Si en este punto pidiera explicaciones al interlocutor (en un clima interpersonal hostil), tal demanda será casi seguramente interpretada de manera disfuncional: el otro, sintiéndose agredido y desorientado, no conseguirá explicar sus propias intenciones y probablemente intentará alejarse de la interacción. Cualquier respuesta confirmará las hipótesis de daño y amenaza del paciente.

Resumiendo: la suspicacia global del paciente induce en el otro la incapacidad de comprender el estado mental en la interacción que, percibida por el paciente, empeora el déficit de descentramiento y el estado de la relación. Una de las pruebas más evidentes de la importancia diagnóstica de los fenómenos contratranferenciales se da exactamente en el hecho de que los pacientes con mayores déficits de descentramiento provocan permanentemente en sus terapeutas la sensación de ser mal comprendidos y mal interpretados.

Como se puede observar en la figura 12.2., el paciente tiene permanentemente la sensación de que lo están humillando o dañando injustamente. Se encuentra en un estado mental caracterizado por una frenética activación motora, una sensación invasiva de amenaza, de ser engañado, de rabia y suspicacia. Este estado va inevitablemente acompañado por la idea de ser rechazado, excluido, y distanciado de los demás, que a su vez produce un profundo sentimiento de no pertenencia. De hecho, la exclusión/distanciamiento es en parte un tema de pensamiento y en parte un dato de la realidad: los demás evitan activamente el contacto o la interacción con el paciente, que reacciona de modo anticipatorio y agresivo, según el principio de que es mejor agredir que recibir las agresiones ajenas; a causa de sus déficits de metarrepresentación, malinterpreta el estado mental de los demás, que a su vez se espantan y atemorizan por las conductas del paciente. La conducta del interlocutor es la de evitar todavía más activamente la interacción con el paciente, del que no comprende el estado mental (percibido como impenetrable y opaco), temiendo que se le malinterprete en cualquier momento. El interlocutor está, metafóricamente, contagiado por el déficit de descentramiento del paciente.

Todo esto puede hacer que el paciente llegue a activar conductas agresivas y violentas para evitar que se le dañe irreparablemente.

Los pacientes en tales condiciones llegan a formular intuiciones e interpretaciones delirantes, identifican con lúcida certeza las causas y los artífices de su malestar y pueden llegar a decidir un "ajuste de cuentas" con su perseguidor. Este tipo de pensamientos, como muy bien han señalado los autores que se han ocupado de la esquizofre-

nia, es característico de las situaciones en las que hay un grave retraimiento de las relaciones. De hecho, el aislamiento social, la exclusión en la que vive el paciente, contribuye a la activación de este tipo de ideación. Como ya hemos dicho, el déficit de descentramiento puede ser corregido sólo por la misma interacción; cuando ésta falta, el déficit empeora, se cristaliza, se vuelve una forma estable de interpretación del mundo. En este estado se pueden observar verdaderos delirios de referencia. Es importante recordar que el DSM cita, entre los criterios que hay que utilizar para el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia paranoide y trastorno paranoide de la personalidad, la transitoriedad de los delirios de referencia en este último. No hemos encontrado fuentes exhaustivas en la literatura pero podemos afirmar que en los pacientes con delirios de referencia –ciertamente no esquizofrénicos– que hemos observado hemos hallado la permanencia del delirio incluso en periodos prolongados.

Los pacientes con reacciones agresivas o *acting-out* violentps corren el riesgo de ser hospitalizados contra su voluntad, incluso por orden judicial; el arresto y la hospitalización son inevitablemente percibidos como una prueba más del complot tramado contra ellos. Como se puede ver en el esquema, las únicas dos posibilidades para el paciente de "superar" este ciclo interpersonal están ligadas a una reacción tranquila y acogedora por parte del interlocutor o a la transición a un ciclo interpersonal de abatimiento. Desgraciadamente los pacientes pueden quedarse durante mucho tiempo en el ciclo interpersonal agresivo.

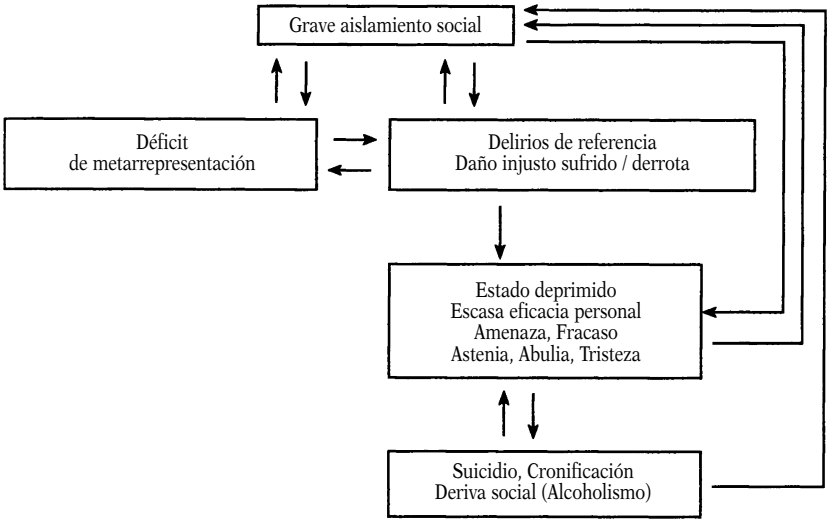
12.6.3. Ciclo interpersonal de abatimiento

En nuestras observaciones clínicas este ciclo ha resultado ser muy a menudo consecutivo al de suspicacia y de agresividad y representa la situación tal vez menos sintomática pero más peligrosa para el paciente. Este último puede vivir durante mucho tiempo "a la defensiva" y reaccionar violentamente a las presuntas amenazas y ofensas aunque si, a la larga, el coste de esta "vida a la defensiva" se vuelve demasiado alto, el paciente se precipita al estado asténico de resignación y derrota (véase Figura 12.3).

Este estado no viene generado a partir de la conciencia del coste que tiene el propio estilo de vida sino, como ya hemos dicho, de la convicción de haber sufrido una derrota, un daño irremediable. El estado asténico es casi siempre interpretado por el paciente en un sentido disfuncional, como demostración del daño sufrido (*mire cómo me han reducido con sus atropellos*); el paciente ha adquirido ya una conciencia de que la interacción con los demás es fuente de sufrimiento y de estrés, o bien ha desarrollado un delirio estable en la interacción con determinadas personas, o incluso un delirio de referencia.

En tal estado, la presencia de temáticas delirantes afecta aun más las funciones metarrepresentativas de descentramiento y diferenciación. El estado mental se caracteriza por temas de pensamiento como el rechazo y el distanciamiento y la condición que prima es la del abatimiento y el desconsuelo. El paciente no lleva a cabo ningún intento de interacción, encaminándose así hacia un progresivo aislamiento social. Cuanto más grave es el estado de aislamiento, mayores son los déficits que se estabilizarán y cristalizarán: la ausencia de interacción equivale, de hecho, a negar cualquier posibilidad de corrección, a través de una perspectiva descentrada, de la propia visión del mundo y esta función, si no se practica, empeora. El aislamiento social es una forma de deprivación sensorial, el paciente quedará en un estado de aparente equilibrio (pero en realidad se trata de un estado precatastrófico) en el cual elaborará un vacío y, sin frenar los temas de resentimiento, injusticia y daño sufrido, será incapaz de cuestionarse si sus propias elaboraciones son fantasiosas o reales, o bien diferenciar las temáticas fantasiosas de las reales; en tales situaciones la única posibilidad para el paciente es la de confirmar sus propias sospechas mediante una organización delirante estructurada. Las tentativas de los familiares o de personas con las que el paciente tenía una relación, de retomar contacto con él y de estimularlo a reaccionar a su aislamiento, pueden producir resultados imprevisibles y/o catastróficos. El paciente tiene la sensación de que lo están agrediendo y teme que los demás estén intentando acercarse sólo para llevar a cabo sus malas intenciones.

Fig. 12.3. ***Ciclo interpersonal de abatimiento***



Para los pacientes graves, que están en tratamiento, muy a menudo el despacho del terapeuta es el único contacto con la realidad y esto puede favorecer la inclusión del terapeuta mismo en sus temáticas delirantes. El tema persecutorio ya no es la amenaza, sino la escasa eficacia personal: el paciente está deprimido y desalentado; esta condición lo conduce hacia un profundo estado de postración psicofísica que, como ya hemos dicho, constituye un terreno fértil para el desarrollo de los delirios, la estabilización de la sensación de haber sufrido injustamente un perjuicio y hasta la deprivación sensorial total o los intentos de suicidio.

Los pacientes con mejor pronóstico son, contrariamente, los que logran de todas formas confiar en alguien y conservar alguna antigua relación de amistad, aunque dichas relaciones se ponen a prueba permanentemente. Veamos cómo Marco evita el recelo:

P.: Y esto ha determinado un derrumbe, digamos, una ruptura, una cosa de dimensiones limitadas porque he tenido la impresión que era una situación construida, peor aún, que era una situación construida con el fin de demostrar que tiene razón mi padre, es decir, con el fin de demostrar que es

verdad porque no se sabe nunca de un lado o de otro y esto es un poco contradictorio, pero cabe tanto una cosa como la otra, por lo menos aquella actitud suya hacia mí y que no te tienes que preocupar de los intentos de hacer presión sobre ti que se funden no en una realidad concreta sino en una, digamos, en esencia no tienes que tener miedo de la amenaza, eso es, esto es otro mensaje típico… en la hipótesis de que todo sea verdad, me ha parecido una imposición, me ha parecido una imposición.

Como ya hemos mencionado, el aislamiento social representa aparentemente una mejora de la sintomatología mientras que, en realidad, contribuye a esclerotizar aún más los esquema disfuncionales del paciente: la falta de contacto con la realidad no permite la corrección de las revisiones de la realidad.

En la práctica clínica con frecuencia se confunde la ausencia de sintomatología delirante con la mejora clínica. La pobreza de relaciones interpersonales que los pacientes experimentan es dramática, el porcentaje de matrimonios es inferior a la media de la población y comparable sólo a la de trastorno esquizoide (Fulton, Winokour, 1993).

Cuando los pacientes tienen una relación o se enamoran podemos esperar desenlaces catastróficos. La atracción sexual induce de hecho al paciente a interaccionar con el otro deseado y le obliga a hacer esfuerzos sofisticados para comprender su estado mental. Si tenemos en cuenta que en la vida de cada uno de nosotros el deseo que tenemos hacia el otro condiciona las expectativas y las previsiones exponiendo a cualquiera a posibles malentendidos, es fácil imaginar qué efecto puede producir en una relación amorosa en una condición de déficit de descentramiento y de diferenciación.

Una vez mostrado cómo los déficits de metarrepresentación y los estados mentales problemáticos se refuerzan y se mantienen recíprocamente, queda establecer si existe en este tipo de pacientes una relación entre el déficit de descentramiento y los trastornos delirantes del pensamiento. Desde nuestro punto de vista, no se puede hablar de una relación directa, dado que el primero puede presentarse también en pacientes no delirantes y, en algunos casos, en sujetos sin diagnóstico psiquiátrico.

De todas formas, los déficits de descentramiento y diferenciación pueden contribuir de diferentes maneras a la instauración y al mantenimiento de una patología delirante: la situación mental autárquica de quien no logra comprender la perspectiva del otro constituye la primera condición favorable para la elaboración de ideas extrñas. En segundo lugar, una vez instaurado el delirio, el déficit de descentramiento no permite la utilización de los recursos de metarrepresentación que podrían corregirlo. El déficit de diferenciación, que impide al paciente distinguir entre realidad externa e interna, representa además, más que un factor etiológico del trastorno, la ausencia de un factor de curación endógeno respecto a determinadas ideas que podrían aflorar en la mente de cualquiera.

Los déficits de metarrepresentación actúan sobre el delirio como una enfermedad de deficiencia inmunitaria: golpean exactamente los mecanismos que tendrían que curarla (Nicoló, 1999). La presencia de delirios o ideas de referencia empeoran las interacciones y refuerzan los déficits de metarrepresentación. Un paciente sumido en una temática delirante perderá cada vez más sus propias capacidades para descentrar y para diferenciar y, en consecuencia, el estado mental empeorará. En estas situaciones es muy probable que el paciente pueda llevar a cabo conductas condicionadas por las temáticas delirantes.

12.7. Conclusiones

Por supuesto que este modelo no puede considerase como exhaustivo o explicativo de todas las problemáticas que los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad generan en los tratamientos; será necesario demostrar clínicamente el modelo para obtener una refutación o confirmación. Sin embargo, cuanto se ha expuesto tiene la ventaja de que ha sido probado y demostrado en nuestros contextos clínicos. Tener un modelo de referencia ayuda el terapeuta a no perderse delante de las dificultades que se va a encontrar durante el complejo tratamiento de los pacientes graves. Disponer de modelos

de referencia y de tratamiento nos permite intervenir en las situaciones clínicas de los pacientes que necesitan más ayuda. El paciente paranoide considera amenazador lo que nosotros consideramos terapéutico, es decir, la relación interpersonal. Veremos en el capítulo siguiente cómo hay que intervenir en esta relación para intentar curar el trastorno.

13 El tratamiento del trastorno paranoide de la personalidad

Giuseppe Nicoló

13.1. El terapeuta en el trastorno paranoide y las condiciones generales del tratamiento

Las características más importantes de un terapeuta que se propone tratar a un paciente paranoide son la tenacidad, una excelente capacidad de entrar en relación y poco o ningún miedo físico a los pacientes. Las sesiones con un paciente paranoide no suelen ser aburridas y se puede apreciar de manera inmediata la eficacia de la propia intervención. Terapeuta y paciente derrochan grandes cantidades de energía: el primero en el intento de conquistar la confianza del otro y el segundo en el esfuerzo por desenmascarar la falsa honestidad del terapeuta.

La sesión difícilmente puede ser planificada sobre el papel, las pruebas a las que nos somete el paciente son constantes y con una intrusión sutil, incluso el gesto más casual e involuntario, adquiere el sabor de una premeditación; son pacientes a los que realmente no se les escapa nada (McWilliams, 1994).

Una amiga de infancia del autor, que padece un trastorno paranoide, afirmaba: "no hay nada más intencional que lo que se deja al

azar". Un dato que nunca cambia en cada terapia es la sensación física del terapeuta de sentirse invadido por las miradas, por las preguntas, por las pruebas del paciente; la sensación de amenaza, asociada a la idea de un paciente peligroso, está presente de manera transitoria sólo en algunas fases del tratamiento.

El elemento constante de las sesiones, en cambio, es la sensación de poder ser malinterpretado en cualquier momento, de no poder nunca superar la barrera de la desconfianza y la suspicacia levantada por el paciente que considera el mundo como un enemigo potencial a temer.

Antes de entrar en la descripción del tratamiento habría que especificar los objetivos. El criterio que guía al terapeuta es: no dejarse involucrar en los ciclos interpersonales patológicos y tener en cuenta la incapacidad del paciente para realizar la operación de descentramiento. Toda intervención tendría que formularse a partir de estas premisas. Proponemos una primera lista con los puntos a afrontar, que desarrollaremos y argumentaremos en los siguientes apartados.

1) Reconocer los estados mentales problemáticos, gestionar precozmente los ciclos interpersonales y crear las condiciones para establecer una mínima alianza terapéutica, ya desde la primera sesión.

2) Validación de la experiencia del paciente.

3) Intervención en la sesión sobre los déficits de descentramiento y diferenciación, tratamiento de los ciclos interpersonales disfuncionales y reducción de la intensidad de los estados de amenaza.

4) Razonamiento explícito sobre los ciclos interpersonales disfuncionales, reconocimiento de la contribución por parte del paciente a los mismos, hacer reconocer al paciente las propias disfunciones de metarrepresentación y favorecer la toma de distancia crítica respecto el propio funcionamiento mental.

5) Hacer que utilice estrategias compartidas de afrontamiento (*coping*) para los déficits de metarrepresentación y los estados mentales temidos.

6) Mejorar el funcionamiento y la adaptación social.

13.2. Reconocer los estados mentales problemáticos, gestionar precozmente los ciclos interpersonales y crear las condiciones para establecer una mínima alianza terapéutica, ya desde la primera sesión

Es importante conocer lo que ocurre en una primera entrevista con un paciente paranoide para no ser cogido por sorpresa. La primera sesión es crucial. La tarea del terapeuta es crear las condiciones que permitan que el tratamiento siga adelante (Gutsch, 1988), puesto que el riesgo de que el paciente paranoide no vuelva después de la primera sesión es muy alto.

La primera sesión es una experiencia que requiere mucho empeño. Casi siempre el paciente viene derivado como un caso de depresión. Normalmente, el paranoide emprende un tratamiento cuando está dentro de un ciclo agresivo (con más frecuencia en las plantas de psiquiatría) o en el ciclo de abatimiento (en el ámbito ambulatorio), casi nunca se presenta durante el ciclo de suspicacia.

Los pacientes, en el ciclo agresivo, pueden llegar a rechazar el contacto o el diálogo con el terapeuta, anticipándose a las repuestas, o pueden incluso insultarle sin motivo. Es preciso recordar que estas modalidades no son formas de mala educación o bien resistencia al tratamiento, ni son suficientes para poder considerar al paciente de por sí como un sujeto peligroso y temible. Sencillamente, el paciente expresa su sufrimiento: con sus conductas inadaptadas nos indica cuáles deberán ser los objetivos de la intervención, cuáles son los aspectos a tratar. Puede también llegar a amenazar al terapeuta, pero esto es realmente raro y en este caso resultan cruciales las reacciones de este último: tener miedo de situaciones como ésta es humano, pero no podemos permitir que nuestro miedo nos sobrepase.

En una ocasión me acerqué a un paciente paranoico ingresado desde hacía algunos días en el hospital, estaba hiperactivo y alarmado. Conseguí calmarlo y establecer un buen clima de comunicación. En realidad, durante la entrevista era yo el menos tranquilo, no estaba seguro de su aparente serenidad, temía que se volviese a agitar. En un momento dado, el paciente hizo un gesto repentino con el

brazo, yo salté de inmediato desde la silla, temiendo una agresión. El paciente, asombrado, comentó: "¡Doctor, entonces no confía!".

Nuestro estado de ánimo influye en la capacidad de realizar una entrevista, si nuestra atención se centra en los aspectos temibles del paciente caeremos en una larga y nociva serie de problemas. Lo que ocurre se puede describir, más o menos, en estos términos: nos preparamos para encontrar en la sala de espera un paciente que imaginamos que padece depresión y nos predisponemos a tener una actitud empática de acogida. Nos esperamos, por otro lado, que el paciente esté buscando cercanía y consuelo; pero en lugar de encontrar una mirada asustada, esquiva, nos cruzaremos con una mirada que nos escudriña y se fija en nosotros intensamente. Nos quedamos asombrados por este impacto, pero comprendemos en seguida que el estilo con el cual nos estábamos acercando a la situación no era el adecuado. Si tenemos poca experiencia no será fácil cambiar de actitud mental, en cambio si tenemos cierta práctica clínica, esta modificación será casi natural. Cuanto mayor sea nuestra capacidad de entrar en relación y mantener nuestra lucidez, tanto menor será la posibilidad de cometer un error. Una regla clara que nos debe acompañar es saber si tenemos la intención o no de ocuparnos de estos pacientes. Esta es la elección de fondo que tenemos que tener presente desde la primera entrevista. Si no deseamos tratarlos hay que explicitarlo enseguida y favorecer la derivación a otro terapeuta que tenga experiencia con este tipo de pacientes.

Sugerimos una fórmula estándar con la que proponer al paciente que acepte la derivación a otro terapeuta: "Entiendo que esto pueda sorprenderle y que le pueda sentar mal, pero en este despacho intentamos garantizar al paciente el mejor tratamiento posible; en su caso específico yo me ocupo mayoritariamente de otras problemáticas y por eso creo que es muy probable que, si seguimos el tratamiento, mi ayuda podría ser parcial o ineficaz; pero también creo que tengo la responsabilidad de hacer que usted encuentre el terapeuta adecuado para usted, alguien que se ocupe de este tipo de problemas, pediré personalmente a mis colegas su disponibilidad para echarle una

mano. Me gustaría que usted me llamara después de algunas sesiones aunque sólo para decirme si le he dado un buen consejo. Si no se sintiera a gusto con el colega que le voy a proponer no tenga la más mínima duda en considerarme su referencia".

En situaciones de este tipo las objeciones que nos presentan son de este tipo: "Pero el Dr. X me ha hablado de usted, ¿cómo puedo yo ahora confiar en otro?". Un paciente que no podía seguir por problemas de horario me pidió ser derivado a un terapeuta que tuviera las siguientes características: "Sesenta años, que vistiera con un jersey sin corbata, católico practicante, casado, barato, y que tuviera el despacho en Plaza Bologna y que le recibiera el sábado a las 11:00 de la mañana". El resultado de la invitación fue un abandono (*¡ad imposibilia nemo tenetur!* "Nadie está obligado a hacer lo imposible").

Explicitar a un paciente paranoico que no nos vemos capaces de hacerle terapia equivale a decirle, con mucha probabilidad, que le dejaremos sin terapia. Paradójicamente, mientras intentan desenmascarar al terapeuta para descubrir su lado deshonesto, los pacientes paranoides esperan intensamente, por otro lado, ser ayudados. Les gusta recibir atenciones y cuidados de un profesional que se interese por sus problemas aunque no puedan evitar ponerlo aprueba constantemente. Muchos pacientes tienen problemas de autoestima (Beck, Freeeman et al, 1990; Perris, 1993), comunicarles que no tenemos intención de continuar la terapia con ellos genera un profundo abatimiento.

No tener claro cómo comportarse con un paranoide puede generar en el terapeuta reacciones de temor o angustia que pueden llegar a afectar la entrevista. El paciente tenderá a interpretar de manera disfuncional la mayoría de los contenidos y la información dada por el terapeuta. Es necesario dar la impresión, por los menos en las primeras entrevistas, que será él quien decida si va seguir una terapia o no. Sugerimos concluir la primera entrevista proponiendo: "Un ciclo de evaluación mutua: en el que usted y yo podremos evaluar si nos sentimos ayudados, si consideramos que soy capaz de ayudarlo, de conocer mejor los problemas y de decidir llevar adelante o no una

terapia: yo le propongo hacer otras tres o cuatro sesiones de consulta y luego usted, dependiendo de lo que le diga, podrá decidir. Elija lo que prefiera, si volverme a llamar después que se lo haya pensado y concertar una nueva visita o bien si lo desea le concierto la próxima entrevista ahora mismo".

El paciente se siente tranquilizado por el hecho de poder decidir y este poder incrementa el sentimiento de control y aplaca la ideación persecutoria. Si el paciente acepta realizar un ciclo de cuatro entrevistas, la sugerencia es dejar que pague todo al final (arriesgándose incluso a que el paciente no vuelva), aclarando el precio de cada sesión y el total, la duración de una sesión y si se tiene que pagar o no cuando uno no se presenta. El paciente quedará asombrado por la confianza con que le tratamos (y del riesgo que asumimos) y esto facilitará la relación en las sesiones siguientes; que le consideren digno de confianza mejora la autoestima del paciente.

Aunque pueda parecer lo contrario, los pacientes paranoides, a pesar de su infinita desconfianza y suspicacia y de someter la relación a una infinidad de pruebas, desarrollan un vínculo intensísimo con el propio terapeuta y es casi imposible que durante el tratamiento cambien o acudan a otros profesionales.

El paciente que acude a la sesión está siempre en fase de descompensación y activará los ciclos interpersonales característicos de la fase en la que se encuentra. El déficit de descentramiento predomina y es incuestionable. Ansiedad y preocupación dañan aún más las habilidades de metarrepresentación. El terapeuta, en primera instancia, no sabe cómo el paciente construye el significado de los acontecimientos, y por lo tanto corre el riesgo de que sus propias afirmaciones puedan ser interpretadas de forma disfuncional o gravemente distorsionada. Podría ocurrir que una expresión del terapeuta sea rumiada durante meses y que sea elaborada de manera extravagante e imprevisible.

En los encuentros siguientes, podremos hacernos una idea de cómo nuestro paciente nos está percibiendo y evaluar cómo responde a la interacción terapéutica. Es, por ejemplo, muy útil pedir al paciente su punto de vista sobre la sesión anterior, si ha habido o no puntos oscuros, si se ha encontrado mejor o peor después del

encuentro. Las repuestas a estas preguntas ayudan a comprender cómo el paciente interacciona con los demás ("¿Ha hablado de esto con alguien?") y cuales son los significados personales ("¿Qué recuerda, qué piensa de la sesión anterior?").

Para modular el déficit de descentramiento tendremos que validar la sensación de amenaza y de angustia que el paciente nos describe. Expresiones como: "Claro, entiendo que vivir en un estado de ánimo tan angustiado, tan preocupado, debe ser realmente terrible", pueden ayudar a que el paciente sienta que estamos a su lado. En la primera sesión es mejor no utilizar historias clínicas o registrar datos del paciente en un ordenador puesto que esto puede fomentar graves angustias persecutorias. Es útil dar dos sensaciones al paciente: la primera es que sabemos cuál es su problema y cómo tratarlo; y la segunda, que podrá ejercer cierto control sobre lo que ocurre en la sesión. Es mejor extenderse sobre algunas premisas, explicar que todo lo que se dirá está cubierto por el secreto profesional, preguntar si podemos llamar libremente a los números que nos ha comunicado (Nicolò, 1999; Weintraub, 1981). Sugerimos, además, no pedir demasiada información sobre la historia personal del paciente y sus acontecimientos vitales, sino volver a subrayar el nivel de sufrimiento en el que vive. Es muy frecuente que en los primeros encuentros el paciente nos pida que nos pongamos de su lado, expresar nuestra opinión sobre quién tiene razón y quién no en un determinado acontecimiento. Estos juicios pueden producir efectos devastadores, más de lo que nos podamos imaginar.

Alfredo es un hombre de 42 años convencido de que los colegas del trabajo hacen que las tareas que él desempeña no aparezcan en el resumen mensual y que le mueven los objetos del escritorio en su ausencia. Por este motivo, por la tarde, antes de irse del trabajo, con una regla mide las distancias entre los diversos objetos apoyados en la mesa para comprobar, al día siguiente si se han movido:

P.: Usted me dijo que tenía razón: por su culpa me he quedado sin trabajo.

T.: ¿Por mi culpa?

P.: Sí, usted me dijo que tenía que luchar por mis derechos, entonces el otro día después de que Giovanni se tomó la libertad de darme órdenes

delante de todos, estuve escupiendo durante todo el día dentro de un tarro y luego se lo vertí en la cara: me echaron de ahí, todos están en contra de mí, ahora gracias a sus consejos estoy arruinado.

T.: Lo siento por lo ocurrido. Pero yo le dije que usted tenía razón, no que tenía que montar ese Apocalipsis.

P.: Si tenía razón, entonces tenía el derecho a reaccionar; de todas formas, aquí no vuelvo más.

En efecto, este paciente no continuó el tratamiento; el terapeuta sencillamente había dado la razón, de manera explícita, a un acontecimiento relatado por el paciente, pero no había tenido en cuenta el hecho de que las propias afirmaciones podían ser interpretadas de manera disfuncional. Este episodio, como admitió el mismo terapeuta, se puede considerar iatrogénico.

Elena tenía la idea de que las personas le tomaban el pelo y que le hacían unas sonrisas de burla, tenía la costumbre de denunciar a todas las personas con las que interaccionaba y hacer demandas a las altas instancias. Explica al terapeuta que ha tenido la intención de enviar una carta al gabinete contra él.

P.: He entendido que usted tiene dificultad en llevarme y que le caigo un poco mal porque he dicho al Dr C. que no aguanto a los "calabreses" (el terapeuta es calabrés).

T.: Sí, pero por eso me cae bien, yo también pienso que los calabreses, como yo, tienen un carácter difícil de aguantar. Así que coincido con usted.

P.: Ha hecho una metamorfosis hoy, me parece distinto con respeto a la otra vez; o está actuando o ha cambiado la opinión sobre mí, tal vez está menos cansado, la otra vez me empezó a insultar y a tomarme el pelo. Me dijo que me hubiera ayudado si hubiese obedecido sus órdenes, hoy es diferente ¿Ha recibido alguna llamada de alguien en relación conmigo?

En este fragmento de sesión, el terapeuta puede comprender cómo las distorsiones con las que el paciente interpreta y elabora lo que se le dice en la terapia llegan a contaminar la relación; de hecho, el terapeuta no se percata en lo más mínimo de que ha cambiado de actitud o modalidad relacional. Sólo después de haber comprobado cómo la paciente lee sus intervenciones (Safran, Muran, 2000), el terapeuta puede seguir adelante.

P.: Piense que la otra vez, después de la sesión, llamé a casa y les dije –"Me habéis enviado a un loco que me ha tratado muy mal, me ha dicho que se marcha y se va a la playa y que sólo puedo utilizarlo para las urgencias"–. Había incluso pensado en enviar un fax al centro en el que dijera que no volvería a pisar el gabinete, y le hubiera enviado el dinero con un giro postal.

T.: No recuerdo haber sido violento o agresivo con usted, le dije sólo que puesto que ya era 22 de diciembre, nos íbamos a ver después de las vacaciones.

P.: No, usted ha pasado completamente de mí, ha pensado sólo en sus asuntos, todavía tengo la copia del fax; de todas formas, usted se ha ido a la playa, ¿Qué ha ido con su mujer o con otra persona? A saber cuánto se ha gastado. Con toda la pasta que ganan ustedes los psiquiatras, podía darme una cita antes de enero.

En las primeras sesiones, como en este ejemplo, las demandas ejercen una fuerte presión, son casi insolentes, irrumpiendo casi con violencia en nuestra existencia cotidiana; el paciente, tal vez también a causa de la prolongada ausencia de relaciones interpersonales, intenta hacer que seamos sus aliados o sus cómplices más que sus terapeutas. No podemos permitir que esto ocurra; el terapeuta debe siempre dar explicaciones muy detalladas de por qué no toma partido. El paciente necesita tener claro el modo con el que articulamos nuestros pensamientos, cómo construimos las hipótesis y cómo llegamos a confutarlas.

Desaconsejamos tutear, sobre todo en las primeras fases del tratamiento, ya que puede ser poco manejable para ambos y generar, en los pacientes con déficit en habilidades sociales, una grave confusión; por lo tanto hay que evitarlo con mucho cuidado.

Livio, un directivo de 50 años, tenía la impresión de que la gente intentaba toquetearlo y frotarse sobre él en las más disparatadas situaciones.

P.; Con la Doctora ***, nos tuteamos. ¿Puedo tutearte también?

T.: En este momento preferiría que no, no me siento cómodo al principio de la terapia hablándole de tú al paciente,

P.: La paciente que acaba de irse te estaba hablando de tú, ha dicho "adiós".

T.: Es verdad, pero no me siento cómodo al principio del tratamiento, tal vez más adelante, será más natural.

P.: Ya entiendo, quiere mantener las distancias: "¡El doctor soy yo!".

T.: No es eso, es mi manera de trabajar, pero si usted no se siente cómodo, me puede hablar de tú, yo me siento cómodo con el usted y seguiré hablándole de usted hasta que me vea cómodo tuteándole […] Entiendo también que pueda pensar: " ¿pero este quién se cree que es?, hace lo que le da la gana, con un paciente habla de tú y con otro de usted y con otro de vos. Pero la cuestión es encontrar la medida justa en nuestra relación. Como cuando uno juega a tenis, al principio hace el calentamiento con el chándal, luego se queda con los pantalones cortos, y finalmente se quita también la sudadera.

P.: Esperemos. ¿Por qué juega usted a tenis?

En esta secuencia, el terapeuta siente de modo permanente estar metido en una polémica inútil sobre temas insignificantes y tener que aguantar las imposiciones del paciente. La sensación de antipatía puede llegar a ser potentísima y, si no se consigue manejarla, se podría caer en la tentación de insistir sobre el aspecto del desacuerdo. De esta manera, llegaríamos a disminuir nuestra irritación y sentirnos satisfechos por haber conseguido imponer nuestro punto de vista, pero por otro lado, habríamos logrado un perfecto *drop-out* (abandono).

Algunos autores (Gabbard, 2000; Millon, 1999) sugieren no concertar las citas demasiado cercanas entre sí, para evitar que el terapeuta sea incluido en las temáticas persecutorias; por otra parte, espaciar demasiado las sesiones en un estado agudo, sobre todo en los pacientes que se hallan en el ciclo agresivo o de abatimiento, puede ser un riesgo. Nosotros aconsejamos citas semanales, subrayando que, cuando se ha concertado más de una visita a la semana, los resultados han sido peores.

13.3. Validación de la experiencia del paciente

El terapeuta debe validar la experiencia emocional del paciente que llega en un estado mental de amenaza, de suspicacia y de rabia. De hecho, la empatía se produce a raíz de esta emoción: "Si usted se percibe tan amenazado me parece natural el sentimiento de rabia que tiene, pero tengo también la impresión de que vive en un permanente estado de rabia, que perjudica su salud y que le impide hacer cualquier cosa".

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, la validación debe orientarse hacia la emoción dominante del paciente. Así pues, en los pacientes paranoides, se enfocará la validación sobre todo hacia las emociones de rabia y de miedo.

13.4. Intervención en la sesión sobre los déficits de descentramiento y diferenciación, manejo de los ciclos interpersonales disfuncionales y reducción de la intensidad de los estados mentales de amenaza

Estas intervenciones son prácticamente simultáneas, imposibles de separar, cada intervención del terapeuta incide sobre las tres dimensiones. Los paranoides tienden a percibir en el otro intenciones hostiles, activando en los demás exactamente las conductas que refuerzan sus convicciones y fracasan en el intento de formular hipótesis sobre los estados mentales del otro que ayuden a reducir el sentimiento de amenaza. El primer paso tiene como finalidad devolver al paciente los elementos comunes de sus relatos. Entre estos, los más frecuentes son la sensación de haber sido víctima de un daño injusto y la percepción de estar en el centro de los pensamientos ajenos. Esta característica hay que señalarla con mucho cuidado, intentando evitar ser percibido como un acusador.

Además, una de las formas con la que el paciente puede solventar su déficit es a través de la observación de los procesos mentales del terapeuta. Éste tiene la tarea de ilustrar al paciente cómo él mismo ha logrado llegar a una determinada afirmación, de qué manera y por medio de qué elementos, se ha formado una determinada convicción.

El primer paso hacia la mejoría de estos elementos se logra en la sesión. Se puede dividir en tres suboperaciones:

1) Operaciones de disciplina interior.

Al igual que en la primera sesión, la presión a involucrarse en los ciclos interpersonales del trastorno es muy potente en las siguientes.

El terapeuta tiene que hacer operaciones profundas de disciplina interior, recordando, antes y durante la sesión, que tiene que evitar

dar espacio a una clase de emociones y sensaciones que sentirá durante la entrevista, como rabia, miedo, antipatía, sentido de constricción y de amenaza. Emociones y temas de pensamiento de esta clase constituyen una especie de generador para la activación de los ciclos interpersonales, dentro de los cuales el paciente puede aumentar su propia suspicacia, rabia, desconfianza, etcétera.

El terapeuta muy a menudo se encuentra agitado antes de la sesión. Las fantasías que preceden el encuentro tienen como tema lo imprevisible y una sensación de amenaza y de preocupación. Puede ocurrir, y mejor dicho, con toda honestidad, ocurre muy a menudo, tener fantasías o de curaciones milagrosas, en las cuales nuestro paciente llega a la sesión ya curado, nos da las gracias y se va tranquilo, o bien de catástrofes en las que el paciente nos va a agredir o nos va a amenazar de por vida. Con estos pacientes, el trabajo de disciplina interior se inicia antes y sigue durante y después de la sesión, es interminable y, en las primeras fases acabamos asumiendo la misma actitud de los pacientes: estamos permanentemente alerta.

Durante la sesión sentimos emociones casi insostenibles, los pensamientos son a menudo del tipo "¿Pero cómo se atreve? ¡Hay que ver lo que me toca aguantar!" y nos entra una fuerte tentación de echarlo. Una de las estrategias más eficaces para el manejo del estado emocional del terapeuta es imaginar constante y activamente el sufrimiento que invade la vida del paciente, intentando, de manera artificial, tener dentro de nuestra mente una imagen de él triste, maltratado por todos, indefenso, sin aliados y por lo tanto, asustado y amenazado.

Lisippo es un hombre de 50 años obsesionado por la idea de que todos le detestan porque pertenece a una familia adinerada y le consideran erróneamente un enchufado. Por la noche llama desde varias cabinas telefónicas a sus compañeros de trabajo para vengarse.

Una tarde tenía una cita con el terapeuta que, atendiendo a una llamada telefónica, le hace un gesto al paciente para decirle que aguarde unos minutos. Acabada la llamada, el terapeuta va a la sala de espera y no encuentra a nadie, imagina que el paciente irritado, se ha marchado; no sabe qué hacer, pero oye unos ruidos en el despacho, se asoma al despacho y ve al paciente tirado en el suelo con un metro tomando las medidas del piso:

T.: Perdone ¿qué está haciendo?

P.: Estaba mirando lo grande que era este despacho, son casi 200 metros cuadrados, estaba haciendo un cálculo de cuánto podría costar el alquiler y luego la secretaria y los diversos gastos, usted tan joven quién sabe cuánto gana, pero, ¿lo declara todo a hacienda o evade impuestos?

El terapeuta tiene ganas de echar al paciente con malos modales pero, con dificultades, se controla; intenta cambiar de actitud mental intentando sentir simpatía por el paciente pero no lo consigue.

T.: A usted le he hecho el recibo como a todos los demás.

P: Sí, pero si viniera el inspector de hacienda algo le encontraría, ustedes los médicos son todos evasores, se aprovechan de quien está mal y no tiene la valentía de pedir el recibo.

El terapeuta querría a estas alturas reprocharle al paciente que incluso se le ha hecho un descuento para ayudarle, querría ilustrarle cuánto trabajo ha costado montar el despacho, pero *in extremis* se da cuenta de que sería inútil y que activaría una simetría interminable.

T.: Póngase cómodo, me parece que está muy irritado hoy.

P.: Me han jodido en el trabajo aquellos hijos de puta, esta noche les daré las buenas noches a todos. Me han dicho que tengo dos posibilidades o acepto el traslado o bien me echan.

El terapeuta siente, por un momento, comprensión por los colegas de trabajo del paciente, luego consigue imaginar cómo se puede vivir de esta manera y que, dentro de todo, un buen terapeuta debería tolerar estas agresiones y no echarlo como sus jefes. Consigue no reaccionar y conducir la sesión serenamente.

T.: Lisippo, prefiero que usted la tome conmigo en lugar de continuar haciendo llamadas por la noche, podrían llegar a averiguar que es usted, si usted lucha con todos sólo le quedarán enemigos; intentemos por lo menos en este ámbito restablecer alianzas y relaciones.

2) Búsqueda de estados mentales compartidos.

Después de las operaciones de disciplina interior, el terapeuta debe, a través temas de interés común o temáticas neutras, intentar

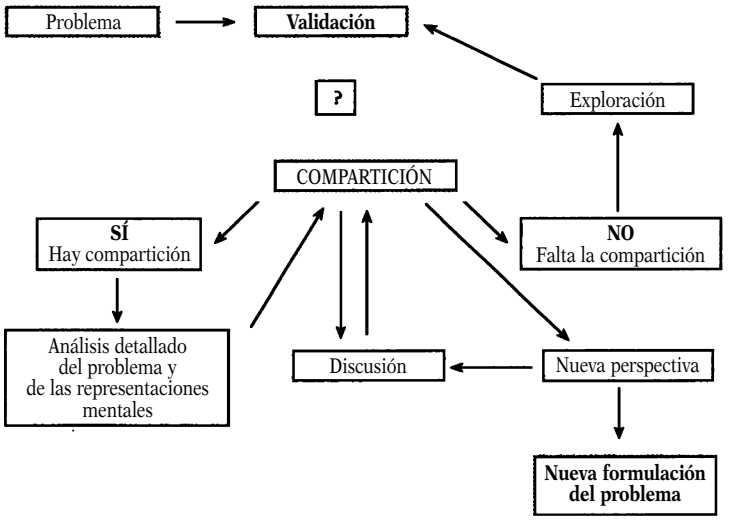
restablecer un clima de compartimiento (Nicolò, 1999). Una manera de establecer estados compartidos es buscar y hablar sobre temas de interés común, en los que la presión relacional sea mínima y las competencias del paciente sean elevadas.

Si el paciente y el terapeuta comparten pasiones o intereses es útil que la sesión verse explícitamente sobre estos. De este modo, el paciente se mueve sobre un terreno seguro y será más fácil comprender las observaciones que el terapeuta le propone. Temas de común interés pueden mejorar, particularmente con pacientes con graves problemas interpersonales, el manejo de la relación terapéutica (Semerari, 1999[a]). Cabe especificar que el compartimiento y el recurrir a áreas de interés común debe tener como premisa un interés real y sincero por parte del terapeuta. El modo en que el compartimiento está en la base para la exploración y la toma de la distancia crítica de los contenidos mentales del paranoide se ilustra en la Figura 13.1. El terapeuta evalúa en primer lugar si la experiencia es compartida. Sí es así, pasa a analizar el problema. Si el análisis del problema es, a su vez, compartido se intenta favorecer la toma de distancia crítica.

Dario es un paciente que tiene la idea de que los vecinos de su casa le observan con malas intenciones y le roban el correo del buzón. Tiene una afición que comparte con el terapeuta, la de lustrar los zapatos. Esta pasión es en realidad un poco inusual, pero fue el paciente mismo quien la descubrió, felicitando al terapeuta por lo relucientes que estaban sus zapatos

T.: Sí, de vez en cuado tengo esta manía.
P.: ¡Ah! ¿Lo hace solo?
T.: Sí.
P.: ¿Qué producto utiliza?
T.: ¿cómo es que entiende de esto?
P.: Paso horas lustrándolos
T.: Mire, éstas tendría que limpiarlas con jabón inglés.
P: No lo haga, se secan mucho, utilícelo lo menos posible.
T.: Lo sé, pero las lustro con una crema grasa.
P.: Pero sobre todo no lo haga con silicona.

Fig. 13.1. La compartición como base para las operaciones terapéuticas en el trastorno pranoide de la personalidad



En cada sesión al menos 15 minutos se dedicaban al intercambio de información sobre tiendas, nuevos paños de lana, viejos zapateros que preparan las cremas *ad hoc*, artesanos de la región italiana de "Le Marche" que hacen rebajas, y eso abría la posibilidad para que después, en la discusión de los acontecimientos de la vida del paciente, se recurriera al arte del mantenimiento de los calzados como ejemplo para la solución de problemas o explicación de las conductas ajenas.

P.: Me siento realmente observado aunque a veces pienso que quizás usted tenga razón en que exagero; pero créame, en la comunidad de propietarios ya tengo fama de pendenciero.

T.: Le creo, pero sólo pienso que a veces, a causa de su estado de ánimo, usted exagera.

P.: No exagero, son los hechos, esta gente me instiga.

T.: Digo que exagera en este sentido; le pondré un ejemplo, hay un colega mío que el otro día vino a un boda con un par de zapatos marrones con una mancha llamativa en el derecho, como los de quien conduce una moto y los gasta con el cambio; yo sufría por él, no podía dejar de mirar durante toda la noche. Se lo dije y me contestó que incluso las había limpiado antes de salir y que yo exageraba como siempre.

P.: Me parece que sé quién es ese colega, es uno que a veces viene con las bambas, ¿verdad?

T.: Déjelo, ¿ha entendido en qué sentido quiero decir que exagero? Por mi manera de ser, los zapatos sucios se habían vuelto una tragedia, pero dependía de mí, no de los zapatos.

P.: Sí, yo también hubiera hecho como usted; sí, sí, lo he entendido pero me hace sentir mal igualmente, usted tampoco podía dejar de fijarse.

T.: Tiene razón, pero nada más darme cuenta me dediqué a otra cosa.

Por otra parte, el terapeuta debe tener constantemente presente que el paranoide tiene dificultades para leer el estado mental del otro (déficit de descentramiento). Para crear un clima compartido hay que comunicar de modo explícito el propio estado mental al paciente, por ejemplo: "Mientras usted estaba hablando, he tenido la sensación de que estábamos a punto de pelearnos, me sentía irritado. ¿Usted también tenía esta sensación conmigo?". Esto permite al paciente confiar en la propia percepción y reflexionar, junto con el terapeuta, sobre lo que está sucediendo.

En el ejemplo citado de Lisippo, es probable que se estuviera activando un estado mental de amenaza, reforzado por la irritación del terapeuta. El hecho de haberlo verbalizado transforma la amenaza en un tema sobre el cual discutir y no en un peligro inminente. El paciente hubiera podido confundir la propia actitud amenazadora con la sensación de estar amenazado por el terapeuta.

Estas intervenciones permiten sustituir transitoriamente el déficit de descentramiento y de diferenciación en el aquí y ahora de la relación terapéutica. A través de la autorrevelación, se ayuda al paciente a distinguir, al menos en aquel momento, los datos de la realidad interna de los datos de la realidad externa.

3) Afrontar en la sesión los déficits de descentramiento y de diferenciación

Una estrategia que se puede adoptar para que el paciente nos permita discutir estas problemáticas es plantearle el problema persecutorio como un hecho con un elevado coste mental (Mancini, Gangemi, 2002) que está ocupando completamente su mente sin dejar lugar para otros pensamientos y que a la larga le arruinará la vida.

Una vez revelado el propio estado mental, el terapeuta invita al paciente a hacer hipótesis sobre éste ("¿Tenía la impresión que estaba irritado con usted?, ¿que quisiera tomarle el pelo?"; "¿se ha sentido humillado por algo que le he dicho?"). El objetivo es mejorar el déficit de descentramiento fuera de las sesiones. La sesión se convierte en un banco de pruebas de la habilidad de descentramiento del paciente. El terapeuta sustituye el déficit de descentramiento mostrando cómo éste interfiere en la relación. En otras palabras, el terapeuta muestra en vivo y en directo al paciente qué tipo de dificultad de interacción puede generarse a causa del déficit. Por ejemplo, "yo ahora le percibía aburrido de las cosas que le decía, de haber seguido esta idea mía me habría detenido y hubiera cambiado de tema; se lo he preguntado y me ha contestado que le había entrado la sospecha por el hecho de que yo estaba hablando justamente de esto y que, al habérselo preguntado, usted se ha tranquilizado. Obviamente, ahora que sé lo que realmente siente podré hablar con más claridad". De esta manera se favorece la toma de distancia crítica. Sobre la base de estos elementos, el paciente adquiere tanto la capacidad de reconocer el déficit, como la conciencia de la naturaleza estereotipada de las propias interpretaciones de los demás. Si la operación tiene éxito asistiremos a una disminución del sentimiento de amenaza.

Antes de intentar mejorar el déficit de descentramiento y de diferenciación en la sesión, el terapeuta tiene que estar seguro de que algunas premisas están satisfechas. El paciente debería tener conciencia del propio problema de "paranoia" o descentramiento, en la sesión se le debería ayudar a reconocer el propio pensamiento disfuncional, sobre todo cuando no es consciente de estar interpretando y decodificando los hechos desde una perspectiva egocéntrica.

En las fases iniciales del tratamiento, el paciente no logra revelar sus sospechas, pero nosotros podemos comprenderlas observando su comportamiento, que se puede volver taciturno o amenazador de repente, sólo con el pensamiento de la no fiabilidad del terapeuta. Veamos cómo el terapeuta ayuda a Elena a no incluirlo en la temática de referencia dentro del ciclo de suspicacia.

P.: Mire, que si quiere grabar, lo puede hacer sin utilizar subterfugios.

T.: Mire, que si quisiera grabar con videocámara, me haría falta otro consentimiento explícito, así que no lo podría hacer y, en su caso, no uso nunca la videocámara.

P.: Lo que tiene sobre la mesa, ¿no es un mando a distancia para la videocámara que está detrás del cuadro?

T.: ¿Videocámara detrás del cuadro? No, esto es una agenda electrónica, no hay ninguna videocámara.

P.: Me parecía, en aquel candado de mentira.

T.: No, aquel candado es de verdad.

P.: Si le pido que descuelgue el cuadro para que pueda asegurarme, ¿dirá que no, verdad?

T.: No, le digo que sí, sólo que está lleno de polvo.

P.: ¿Puedo descolgarlo?

T.: Claro, con cuidado.

Elena empieza a descolgar los cuadros:

P.: Ya que estoy en ello, descuelgo también los demás.

T.: de acuerdo, pero luego me explica qué le ha hecho pensar que yo he escondido una videocámara.

P.: No, es que usted me ha mirado raro, tiene la mirada un poco extraña, como si me escondiera algo.

T.: Bueno, sí, algunas cosas las escondo, pero perdone ¿Si usted no hubiera quitado los cuadros se habría ido de aquí convencida de la existencia de la videocámara?

P.: Absolutamente convencida.

T.: ¿Y ahora?

P.: No, se me hubiera ocurrido que tal vez en los cajones, todavía no pienso que no haya una.

T.: Pero claro, tengo que señalarle que muchas veces usted considera enseguida lo que piensa como un dato real sin averiguar si es efectivamente así, esto lleva a graves incomprensiones. Si yo pensara que usted desea en este momento pasta con alubias y hago que se las encuentre aquí, en la sesión, por casualidad, usted lo rechazaría asqueada, podría tomarlo como una ofensa a mi persona, que usted lo ha hecho a propósito. Diferente sería si yo le preguntara lo que le apetecería tomar a las 5 de la tarde, sin darlo todo por sentado.

El terapeuta permite a Elena comprobar su creencia. Elena, gracias a la actitud tranquila y no interpretativa, transforma una idea expresada sin diferenciación entre fantasía y realidad ("absolutamente cierta") en una confianza basada en la observación de los hechos: el déficit de metarrepresentación ha mejorado de forma transitoria.

Giovanna tiene la sensación de que, en su puesto de trabajo, todos quieren hacerle *mobbing*, ha demandado la empresa, pero el psiquiatra le ha diagnosticado un trastorno paranoide y la ha enviado a hacer una terapia. Durante una fase del tratamiento imagina que el terapeuta está involucrado, de alguna manera, con la empresa para evitar que ésta la indemnice.

P.: Usted no me toma en serio.

T.: ¿Por qué dice esto?

P.: ¿Con quién estaba hablando antes por teléfono?

T.: Perdone se lo diré, pero ¿puedo saber antes por qué lo quiere saber?

P.: Creo que usted también esta en el complot.

T.: ¿El complot?

P.: Estaba hablando con el Dr. Rossi de mi empresa, ¿Verdad?

T.: No, estaba hablando con mi portero que me avisa que ha llegado una notificación de la comisaría.

P.: No sé si creerle o no.

T.: Mire, me sabe mal pero usted no consigue realmente confiar en mí, nunca, si quiere hacemos rellamada en el teléfono y veremos si contesta el portero.

P.: Tal vez la llamada telefónica la ha recibido y antes de recibirla ha hablado realmente con el portero.

T.: Si quiere –pero es la última vez que lo hago– vamos a la secretaria a comprobar el registro de las llamadas entrantes y salientes, así podrá averiguarlo.

Giovanna y el terapeuta van a la secretaria donde el paciente verifica que el terapeuta ha llamado efectivamente al portero.

T.: ¿Qué me dice ahora?

P.: Perdone.

T.: No, quisiera que usted tuviera en cuenta que a veces un pensamiento suyo, una sospecha, aunque sea verosímil, se hace realidad y lo demás, la historia anterior de la relación con una determinada persona ya no vale para nada. No ha tenido bastante con observar si, según su criterio, estaba mintiendo o no, ha tenido que averiguarlo en la secretaría.

P.: De repente me ha parecido ver clara la escena en que usted estaba compinchado con Rossi.

T.: Cuando usted tiene estas sensaciones, tendría que ir con mucho cuidado y no tratarlas como si fueran pruebas; usted antes se escuchaba sólo a sí misma, su preocupación no estaba en los hechos, no reconocía nada fuera de lo que se imaginaba. De esta forma, también hubiera podido imaginar que el ordenador no era fiable.

P.: Esto no, he visto cómo nos ha mirado a la secretaria, cómo la ha mirado, creo que pensó que usted se había vuelto loco al enviar a mirar el ordenador a un paciente, he estado a punto de morirme de risa.

T.: Ve, esto significa que cuando no está involucrada en la situación puede entender mejor las intenciones de los demás: en efecto, creo que la secretaria ha pensado que estaba loco.

En esta secuencia, el terapeuta muestra al paciente cómo el déficit interfiere en las relaciones y cómo puede incidir sobre acciones y conductas.

En este punto, el terapeuta puede recorrer con el paciente algunos hechos de la vida real e intentar dar una nueva interpretación a la luz de la experiencia vivida en la sesión. A veces el paciente nos pregunta abiertamente qué pensamos de sus ideas, si consideramos que tiene razón o bien que todo lo que piensa es el producto de un trastorno mental. Contestar a estas preguntas es una cuestión muy delicada que hay que ajustar según la fase de la terapia en la que estamos. La crítica directa a las convicciones es una operación que sólo hay que efectuar cuando la relación terapéutica y la conciencia del trastorno son estables (Meyer, Osborne, 1982; Fowler, Garety, Kuipers, 1995).

A menudo en el déficit de descentramiento observamos también fallos en la atribución causal de los acontecimientos. El paciente no consigue reconstruir, excepto de manera egocéntrica, la secuencia en la que un acontecimiento se ha desarrollado y ha continuado. Puesto que el problema de la atribución causal invalida el descentramiento necesitamos mejorar la primera en beneficio de este último.

Una forma eficaz de discutir con el paciente una situación, en la que éste refiere haber percibido un clima negativo contra él, es preguntándole qué elementos le han llevado a sacar determinadas conclusiones. Se le propone al paciente un experimento que se realizará en el siguiente encuentro: en la segunda mitad de la sesión saldremos juntos a la calle e intentaremos identificar las personas que le toman el pelo. Es mejor realizar el experimento en la segunda media hora, ya que dedicaremos la primera parte de la sesión a crear un clima de compartimiento y a averiguar si la condición emocional del paciente permite hacer el experimento.

Una vez en la calle pediremos al paciente que tenga la cabeza agachada y que levante la mirada sólo cuando se lo indiquemos; en este punto deberá identificar las personas que se estén mofando o que están hablando de él. El paciente hará esta hipótesis sobre más de una persona. De hecho, el paciente verá una persona que ríe y pensará que se está riendo de él, una persona que mira en su dirección y pensará que le está observando o espiando.

Después de haber repetido el experimento, pediremos al paciente que mantenga la cabeza y la mirada levantada y que observe personas que están lejos, le pediremos si observa a alguien que tenga intereses de cualquier naturaleza hacia él. Probablemente el paciente dirá que no o aventurará algunas hipótesis que enseguida serán refutadas. En este punto, podríamos señalar al paciente que una visión "desde lejos", menos casual, de la realidad permite hacer una definición más rápida de los problemas y de los contextos y reconocer con más facilidad amigos y enemigos, hostilidades y simpatías, miradas casuales e intencionales.

A menudo el paciente logra reconocer las propias interpretaciones e intenta distanciarse críticamente, aunque con frecuentes fracasos. De todas formas, es importante que el paciente tenga la posibilidad de ejercitar su propia teoría de la mente. Cuando un paciente relata un acontecimiento o da por supuesto el punto de vista de otra persona, deberíamos evitar oponernos a lo que afirma y sostiene. Es estratégicamente más productivo hallar pruebas que confirmen la posición del paciente proponiendo situaciones que sean paradójicamen-

te más paranoicas de las que su hipótesis plantea, como ocurre en el siguiente fragmento de la psicoterapia de Elena.

P.: Ha venido a preguntarme si había preparado la clase y le he pillado enseguida que tramaba algo, por si acaso le he contestado que sí, pero seguro que hubiera venido a mirar la clase si hubiese dicho que no la había preparado, para reírse un rato.

T.: En cambio, yo pensaba que se lo había preguntado para birlarle las trasparencias.

P.: No se me había ocurrido.

P.: Normalmente, a mí me ocurre que cuando alguien me pregunta si he preparado una clase, me encuentro luego la secretaria haciendo fotocopias para otro colega.

P.: Ha hecho bien en decírmelo.

T.: ¿Ha pensado sólo que quería tomarle el pelo o también que sentía envidia o admiración?

P.: No, sólo que quería burlarse de mí.

T.: ¿Pero se representaba una escena del tipo ella riéndose a sus espaldas? ¿Se imagina la expresión de su rostro, las frases que decía, las expresiones que hubiera utilizado?

P.: Sí, pero no tengo una idea clara, si lo intento no logro imaginármelo bien, sólo una sensación desdibujada, un s sensación de que me tomaba de pelo.

T.: Reflexione un momento sobre el hecho de que, además de relatarnos un hecho que no podemos representarnos bien en nuestra mente, tenemos un conjunto de sensaciones y emociones que nos hacen sentir mal, que nos angustian, y la otra cosa es que usted se lo piense un minuto, no porque mis hipótesis sean mejores que las suyas, sino para poder hacer muchas hipótesis diferentes entre las que elegir y discriminar.

Otro aspecto importante es ayudar a los pacientes a describir las escenas en las cuales perciben que les están tomando el pelo, detallando la expresión del rostro y la mirada del persecutor. Después de unas cuantas descripciones también el paciente se dará cuenta de haber utilizado un modelo o una representación estereotipada. De hecho, prácticamente todos los personajes tendrán una expresión de sarcasmo, una forma de mirar idéntica. La tarea del terapeuta es la de mostrar esto al paciente.

En estas situaciones es de gran ayuda la autorrevelación de la experiencia del terapeuta (véase también *infra*), como ilustra la siguiente trascripción extraída de la terapia de Marco.

P.: Estaba mal, además había bebido; entonces he llegado al parking y había un coche en doble fila que me cerraba el paso, he tocado el claxon y ha llegado un tontorrón que me ha dicho "un poco de paciencia". Llego a casa y una vecina, la de quien ya le hablé, estaba entrando por la puerta con una estantería, y yo ahí esperando y me ha dicho "un poco de paciencia". Luego le he llamado usted y me ha dicho si podía tener un poco de paciencia que me iba a llamar usted. Le he soltado: ¿os hubéis puesto de acuerdo? ¿Me estáis tomando el pelo? ¿Queréis ver cuanto puedo aguantar?

T.: Tiene razón, parece que esté hecho a propósito.

P.: ¿Qué quiere decir?

T.: Mire, una vez llegué a mi despacho y mientras trabajaba con el ordenador me dio un error, y no me dejó ni imprimir ni guardar el documento. Cambié de ordenador y cuando estaba a punto de imprimir, me dio un error irreversible. Me puse en mi portátil y lo imprimí. Pedí que me lo pusieran en un sobre, lo puse en el maletín, voy en coche hacia otro centro, saco el documento: era otro documento. Pensé enseguida que alguien quería boicotearme. De hecho, por equivocación había impreso un documento que estaba ya en la memoria. Pero en aquel momento pensé que una colega con la que ya no tengo buena relación, me había cambiado de sobre y me había estropeado a propósito el ordenador. Yo también estaba desbordado.

P.: He entendido, pero ¿es verdad esto que me está contando o se lo acaba de inventar?

T.: Mire, sólo con explicárselo me enfado, sólo de pensar en el lío que tuve que montar para volver a imprimir el documento y los problemas que hubiera tenido si no lo hubiera presentado a tiempo.

P.: Entonces según usted es todo una coincidencia.

T.: Parece hecho a propósito pero creo que es una casualidad, pues yo respondo, "un poco de paciencia" al 50% de las llamadas, o hago siempre experimentos o bien es cierto.

P.: También he pensado en esto, yo creo que es imposible que cuando le llamo esté siempre reunido.

T.: Reflexionemos un momento, cuando usted me llama, en el 50% de los casos no puedo hablar con usted en ese momento y luego le llamo yo. ¿Qué provecho sacaría yo de gastar dinero con el móvil todas las veces?

P.: ¿Qué hace, me reprocha las llamadas con la de dinero que gana?

T.: Espero que esté de broma, ¡O tendría que ofenderme! ¿Cuál es para mí la ventaja de volverlo a llamar?

P.: No está bien, pero entro en estas paranoias permanentemente. Soy suspicaz, desconfiado, nunca estoy tranquilo.

T.: Hay que tener en cuenta que cuando vamos acelerados, estamos cabreados, enamorados o agitados tendemos a ver las cosas de manera distorsionada.

En esta secuencia el terapeuta valida la experiencia emocional del paciente (¡Tiene razón, parece hecho a propósito!), explica su experiencia, intenta el compartimiento con el paciente, el cual tiende a interpretar de manera disfuncional lo que le propone el terapeuta. Se asiste a un nuevo intento de establecer el compartimiento y al final del diálogo se pasa a la discusión de la experiencia emocional.

Se asiste a una recuperación de la función de descentramiento: Marco funciona mejor, comprende el punto de vista del terapeuta y asimila lo que se dice. El paciente, al menos en nuestra experiencia, no recuperará nunca completamente el déficit de descentramiento, pero adquiere herramientas para averiguar la fiabilidad de sus suposiciones, una especie de entrenamiento para corregir el déficit. Hay que hacer este entrenamiento en la sesión y, como hemos visto, la relación terapéutica nos da las herramientas. Este tipo de interacciones son más fáciles en el ciclo de abatimiento, dada la ausencia de rabia o de manifestaciones emocionales agudas que interfieren en la interacción.

Otro objetivo es la reducción del déficit de diferenciación. Si el paciente no diferencia, no podrá descentrar. Marco interpretaba que todos lo consideraban más pequeño de la edad que tenía y que se mofaban de él por su aspecto y su cara infantil. El paciente, después de haber hablado brevemente de la pasión compartida, el fútbol, expone el problema. Avanzamos que el paciente ya era en parte consciente de que la tendencia a sentir que le tomaban el pelo era un problema suyo.

P.: Me sentí raro, no… estaba dentro de esa discoteca y había un chica que me atraía mogollón y me acercé y bailé un poco con ella, parecía que seguía el rollo y le pedí el número de teléfono y ella se reía. Luego se fue al

guardarropía donde había un hombre de 40 años que entregaba la ropa, me miró y tuve la impresión que decía: "¿Pero usted también da su número de teléfono a los maricones?".

T.: ¿Y entonces qué hizo?

P.: Nada, se lo pregunté a ella.

T.: ¿A la chica?

P.: A la chica, le pregunté si le había dicho aquello y ella me contestó: "No, tranquilo, no me ha dicho nada, ya ves".

T.: ¿Cómo se sintió?

P.: Hace un año me hubiera sentido una mierda, me hubiera tragado un litro de Whisky, en cambio, al cabo de cinco minutos ya me tranquilicé.

T.: Esto es lo importante, que consigue recuperarse.

P.: Me ha ocurrido otra, estaba pagando GS en el supermercado y alguien al teléfono decía: "Pero Lorenzo, grande o pequeño" y me vino a la mente que tal vez se refería a mí y quería decir: "¿Marco grande, o Marco pequeño?".

T.: ¿Ha pensado esto?

P.: ¿Lo mío es grave, no?

T.: ¿Cuánto le ha durado este pensamiento?

P.: 30 segundos.

T.: Entonces no hay motivos para preocuparse.

P.: Pero yo me estoy dando cuenta que me falta algo, este descentramiento, como le llama usted, me parece una cosa que tendré siempre.

T.: Le he dicho también otras veces que creo que esta tendencia a sentirse en el centro de los pensamientos de los demás no se le pasará nunca; lo que sí ha mejorado mucho es su capacidad para recuperarse y el hecho de que estos pensamiento ya no le provoquen más problemas en su vida.

El terapeuta ayuda al paciente, en el clima de baja emotividad de la sesión, a reconocer cómo sus propias interpretaciones son egocéntricas y a asumir distancia de ellas. Marco, como se ve en la trascripción que sigue, acepta rápidamente las observaciones del terapeuta y cambia de perspectiva.

P.: Sí, sólo que estos *flashes* de pensamientos me hacen dar cuenta que hay momentos que estoy completamente fuera de mí. Me ha llamado un amigo que conozco desde hace poco tiempo y me ha dicho "hola loco" por teléfono […] en otros tiempos vete a saber cómo me hubiera sentido, en cambio me he quedado callado un momento y luego nada, todo bien.

T.: Me parece perfecto.

P.: Pero veo que es como usted dice.

T.: ¿Qué quiere decir?

P.: Cuando estoy con gente que no conozco me salen estas pajas mentales, me doy cuenta…, pero en aquel momento me parecen verdad, y no sé qué hacer, me siento realmente mal.

13.5. Razonamiento explícito sobre los ciclos interpersonales disfuncionales, reconocimiento de la contribución del paciente al mantenimiento de los mismos, hacer que el paciente reconozca sus propios déficits de metarrepresentación y favorecer la toma de distancia crítica del propio funcionamiento mental

Si el paciente reconoce su propia contribución a la activación de los ciclos interpersonales, intentará seguir las sugerencias del terapeuta, experimentando nuevas modalidades de interacción. Estimular activamente un paciente a poner en práctica o realizar experimentos no siempre resulta ventajoso. La experimentación es eficaz cuando el paciente ya ha empezado a interactuar de manera diferente en la sesión. Por ejemplo, si un paciente se da cuenta, en la relación, de cómo él mismo a menudo provoca al terapeuta, puede ser estimulado en este punto a averiguar cómo esto ocurre también en otras ocasiones. La conducta que hay que mantener es una actitud de verificación de las interpretaciones de cada acontecimiento; deberíamos explicitar, no tanto nuestro parecer, sino la información que haría falta para poder formular un juicio. En estos casos, es eficaz la conducción de la entrevista con la técnica propuesta en el capítulo tercero: el primer paso es validar la experiencia emocional para luego discutir sobre las causas y su gestión. Después de haber construido la sintonía, se busca el punto del posible cambio. Cuando se discuten las causas que han generado un determinado estado problemático es importante averiguar con cuidado y en detalle las representaciones del paciente, las emociones vinculadas con éstas y la posibilidad de modificar las representaciones adoptando nuevos puntos de vista y nuevas perspectivas. Habitualmente no es eficaz pedir

sencillamente al paciente que formule hipótesis alternativas a la suya; es más útil partir de la exploración cuidadosa de las representaciones mentales, pedir al paciente que trate de imaginar otros escenarios y, finalmente, evaluar los puntos de vista alternativos.

13.5.1. Ciclo sospechoso

En este ciclo el paciente habitualmente desempeña una actividad laboral y, por lo tanto, está obligado a interactuar con los demás que señalarán su conducta como trastornada y trastornante. El paciente no logra corregir su propia conducta a causa de dos factores: el déficit de descentramiento y la falta de habilidades sociales. Se trata de dos fenómenos que se refuerzan recíprocamente.

El deseo de interactuar y la dificultad para mantener una interacción significativa generarán una conducta constantemente provocadora: el paciente intenta hacerse una hipótesis del funcionamiento mental del otro. Intenta desenmascarar al interlocutor cogiéndole desprevenido, pero nada le convence. El interlocutor se irritará y esto empujará al paranoide hacia nuevas provocaciones.

Estos sujetos a menudo consiguen encontrar un rol social dentro de una asociación donde la oposición a la norma (es obvio que no se está haciendo referencia a ninguna asociación específica) representa un paradigma de conducta. A veces la integración en estos grupos puede ser realmente adaptativa, pero en la mayoría de los casos, después de una aparente adhesión a las propuestas y a las ideas del paciente, el clima de irritación se vuelve insoportable incluso dentro del grupo. El paciente es invadido por los temores de coaliciones contra él y con mucha frecuencia será expulsado de estos contextos. La lectura que se da a este fenómeno es que el sistema ha comprado a los líderes de la asociación que, envidiosos de su éxito, lo han expulsado. El paciente rumiará muchísimo en torno a acontecimientos de este tipo, demostrándose a sí mismo que este tipo de maldades se deben a que es un ser especial, a las envidias de los demás por su condición (Thompson-Pope, Turkat, 1989, Turkat, Banks, 1987). De esta forma, el aislamiento social se reforzará. Lo contrario también es cierto: algunos pacientes logran una compensación precaria de su

patología cuando tienen que gestionar en primera persona el control sobre los demás. Cuando el trabajo requiere tener que sospechar y averiguar representa una solución colusiva, pero eficaz para estos pacientes. En realidad ejercer el control es, de todas formas, una actividad extremadamente agotadora y si esto se tiene que llevar a cabo en un clima laboral hostil el paciente acabará descompensándose.

Tenemos poca experiencia clínica del tratamiento de los pacientes durante este ciclo, y sólo podemos plantear la hipótesis de que el tratamiento más eficaz podría estar constituido, probablemente, por un entrenamiento en habilidades sociales aunque algunos autores no coinciden en este punto (Derksen, 1995). El paciente todavía ansía la interacción y no ha desarrollado temáticas delirantes y, por lo tanto, el cambio todavía es posible. En este sentido, participar en sesiones de grupo en las que poder interactuar en un entorno protegido con otros significativos, quizás podría evitar descompensaciones dramáticas. De hecho, esto casi siempre está imposibilitado por la escasa conciencia de enfermedad. Las descompensaciones en este ciclo dependen, además del paciente, también de la tolerancia y la capacidad del contexto de adaptarse a la sintomatología del paciente.

La madre de un paciente paranoide nos ha relatado: "Mi hijo es así, cuando vuelve a casa ya enseguida sospecha que he hablado mal de él con los vecinos, que tal vez nos estén robando la corriente eléctrica (una vez ocurrió realmente), que he hablado con su jefe. Yo, con el corazón herido, le abrazo y le digo que le quiero. No deja de hacerlo, pero tampoco empeora ni explota. Se ha convertido en un esfuerzo diario, pero me parece útil. Yo no le tengo miedo, pero me da pena porque está solo y desesperado.

Las descompensaciones en este ciclo puede desencadenarse por una serie de razones, pero con mucha frecuencia existe un acontecimiento detonante, de naturaleza afectiva, como un enamoramiento, un fracaso profesional o en la consecución de una meta.

Con estos pacientes el terapeuta tiene que intentar "ser" en la terapia lo más claro y explícito posible. La suspicacia desaparece donde hay la máxima claridad, los pacientes deben de tener la sensación de poder moverse por la vida, la existencia y los problemas del terapeuta.

Deben averiguar si éste es realmente como dice ser. Para hacer esto, el terapeuta tendrá que tolerar ser sometido a una inmensidad de *tests* dirigidos a desenmascararlo. Puesto que es difícil, si no imposible, mantener un rol ante una gran cantidad de comprobaciones, es mejor elegir el camino de ser uno mismo preservando algunos espacios. El paciente pregunta a menudo si estamos casados, si nos gusta esquiar, si conocemos tal o Pascual, si hemos ido alguna vez al cine, etc. Estas preguntas exigen respuestas verdaderas, cualquier mentira será desenmascarada en poco tiempo por el paciente. Eso no significa no marcar límites, muy a menudo tendremos que recordar y remarcar que no nos apetece hablar sobre algunos temas, pero esto hay que hacerlo precisando que se trata de una necesidad personal, de que algunas cosas queremos mantenerlas en privado. No es una buena costumbre, por ejemplo, revelar al paciente nuestra dirección, porque esto podría ser interpretado implícitamente, incluso para quien no tiene un trastorno paranoide, como una invitación a hacernos una visita. Debe quedar muy claro lo que se puede compartir y lo que debe de ser privado. El paciente en la consulta de la terapia es como si estuviera en una sala de rehabilitación, pondrá en funcionamiento la musculatura (mental) hipotrófica y cometerá toda una serie de errores. El paciente no intenta manipular al terapeuta, sino que actúa movido por un plan inconsciente de autocuración: somete a prueba al terapeuta para averiguar si le ayudará o por el contrario, tal como sus convicciones inconscientes patógenas le llevan a pensar, le dará la espalda.

La intervención del terapeuta durante el *ciclo de suspicacia* puede describirse de esta manera: el paciente tiene un déficit de descentramiento que provoca de forma estable unas distorsiones en la decodificación de las relaciones interpersonales con una marcada tendencia a la interpretación distorsionada; para compensar el déficit utiliza una serie de estrategias disfuncionales que se articulan en el ciclo de suspicacia; el terapeuta permite al paciente explorar y someter a prueba su mundo mental y compartirlo; la suspicacia del paciente disminuye logrando así, inicialmente en la sesión, experimentar nuevas estrategias de comprensión e interacción. Una de las mejores experiencias que el paciente puede tener en la sesión es la de desenmascarar o

advertir un error o una contradicción en el terapeuta. Nosotros, los terapeutas, acostumbramos a ser bastante presuntuosos y podríamos tender a entrar en un ciclo interpersonal en el que del malentendido se transita rápidamente a las acusaciones recíprocas, hasta la ruptura de la relación interpersonal. Si nos mostramos asombrados y admirados de cómo hábilmente nos han desenmascarado (cosa que realmente hay que reconocer a los paranoicos) nuestro interlocutor entrará rápida e intensamente en un ciclo de compartimiento; en otras palabras, el paciente no entrará en los ciclos de suspicacia y de alarma, sino en uno donde percibe que es reconocido y apreciado.

Para evitar malentendidos hay que subrayar que no estamos afirmando que la terapia del paranoide se deba hacer dando la razón a los pacientes, eso sería improductivo y nocivo. El paciente debe validarse cuando señala una incongruencia nuestra; en cambio, hay que ayudarle con serenidad cuando comete, a causa de su patología, errores y distorsiones, reconstruyendo el proceso deductivo e inductivo a través del cual ha llegado a determinadas conclusiones.

Observemos cómo ocurre esto en la terapia de Marco:

T.: Entonces, hoy tengo que hacerle la factura.

P.: ¿Que está de broma?, yo ya le he pagado.

T.: ¿Ya me ha pagado?

P.: ¿A qué juego estamos jugando? Se la pagué la vez anterior, mire en el bloc.

T.: ¡Oh Dios mío, disculpe!

P.: No se preocupe.

T: Tiene razón, soy verdaderamente un desastre, mi contable está desesperado.

P.: No lo tome a broma, me parece grave que no lo anote todo, menos mal que yo me hago antes las fotocopias de los cheques.

T.: ¿Las fotocopias de los cheques? En este nivel me parece que usted es imbatible, quizás lo mejor sería que me recordara cuando debe pagar, así evitaré quedar mal.

La admisión explícita del terapeuta de haber cometido un error evita o mejor, bloquea, la posibilidad de que el paciente entre en un estado mental de amenaza y sospecha.

P.: He descubierto que usted es el primo de la doctora
T.: ¿Cómo lo ha hecho?
P.: ¿Entonces es verdad!
T.: Sí que es verdad.
P.: ¿Me ha mandado aquí porque es su primo?
T.: Claro que sí, pero ¿cómo lo ha hecho?
P.: Un amigo mío conoce a su madre (T. ¿a mi madre?). Sí, por razones sindicales, y me ha dicho el apellido que es un apellido raro y entonces me he dado cuenta que era la tía de la doctora.
T.: Si me lo hubiera preguntado se lo habría dicho sin problemas
P.: Me hace gracia la cara que ha puesto, perdone si me he enfadado.
T.: Al menos no ha descubierto ningún misterio.

En este segundo ejemplo, la rápida admisión del terapeuta no sólo anula (temporalmente) la sospecha, sino que hace pasar al paciente a un estado de relajación y de serenidad. En ambas situaciones el terapeuta no se contrapone a lo que el paciente propone pero, confirmando las suposiciones, evita que el paciente entre en un círculo de sospechas.

13.5.2. Ciclo agresivo

El circuito sospechoso irritante tiene una grave consecuencia social: la exclusión de cualquier contexto: Esta condición se estabiliza dentro del sistema de pensamiento del paciente: no hay dudas o hipótesis que verificar, los datos a disposición son suficientes, ha llegado el momento de actuar... El tiempo que el paciente pasa solo (la mayor parte) lo ocupa en intensas rumiaciones sobre los daños sufridos.

"Es una especie de revisión, no debo descuidar nada, no debo olvidar" comentaba un paciente. Este cortocircuito empeora el estado problemático, particularmente la activación neurovegetativa (el paciente está hecho un saco de nervios) y la sensación de estar sufriendo un daño injusto. Paradójicamente es menos sospechoso, ya que queda poco por descubrir: el complot está claro. Millon (1999) señala que el aislamiento y la soledad producen un incremento de las interpretaciones persecutorias hasta la temática delirante: cuanto más el tema de daño es observado y no criticado, tanto más fácil

resulta el desarrollo de los delirios de referencia en los que ya no existe diferencia entre lo que el paciente ve y lo que piensa.

A los pacientes sometidos a un ciclo interpersonal agresivo los llegamos a reconocer en nuestra propia piel: la sensación que tenemos es de estar en la cuerda floja, "en los ojos y la mirada del paciente" sentimos que cualuier cosa que digamos podría ser interpretada de forma imprevisible. Los pacientes no son conscientes de la rabia con la que actúan. No deben, en esta situación, desenmascarar los complots, sino reconocer, y anular precozmente, la amenaza que proviene de los otros. Los comportamientos que se llevan a cabo son altamente agresivos. La reacción es diacrónica respecto a la interacción real, no está motivada por el aquí y ahora de la situación, sino que está ligada a la reelaboración, cultivada quizás durante semanas. Durante el ciclo de suspicacia, el paciente muestra una desconfianza generalizada respecto a cualquier cosa y cualquier persona, mientras que en el ciclo agresivo la atención se vuelca de manera específica sobre algunos interlocutores, a menudo personas con quienes se relaciona en el trabajo

Ciro estaba convencido de que todos sus colegas actuaban para que diera mala imagen y le despidieran:

P.: Hacía meses que esperaba que cayera, llegó al despacho y esta vez estábamos solos yo y la compañera, que es de categoría inferior a la mía; él, para burlarse, le preguntó esta información a María, quien se rió, la cabrona, yo le dije, "mira estas cosas me las debes preguntar a mí que estoy en una categoría superior". Él respondió "¡ah, no lo sabía!". Ante esta enésima provocación perdí el control y le escupí y le tiré el monitor del ordenador contra la pared, salió corriendo, pero si lo encuentro de nuevo… la cosa no acaba ahí.

El paciente, en esta situación, produce frecuentemente temáticas delirantes de referencia (y no es extraño que pueda recibir un diagnóstico de esquizofrenia paranoide). Esto tiene graves repercusiones sobre su existencia: el estado de rabia se mantiene durante días, incluso semanas, parece inagotable. Inevitablemente esto también tiene repercusiones en la terapia. El terapeuta es, frecuentemente, objeto de ideas de referencia, algunos pacientes tienen verdaderos delirios de control que no revelan, imaginándose que se trata del juego en el que realmente se encuentran.

El paciente puede llegar a la terapia con actitudes extremadamente violentas y agresivas, habiendo estado rumiando durante toda una semana sobre una frase que dijimos. Estas situaciones no son fáciles de afrontar por cuanto tendemos naturalmente a asumir las actitudes que refuerzan el ciclo interpersonal. El principal problema del terapeuta es el miedo: imagina que el paciente podrá hacer cualquier cosa. La mente del terapeuta se encuentra formulando hipótesis frenéticas sobre cómo salir de la situación, fingirá mostrarse sereno, pero se encontrará seguramente rígido y poco empático, pálido y tenso más que relajado. El paciente no percibe estas señales como una reacción fisiológica de una persona ante una amenaza, sino como pruebas de la falsedad del terapeuta. Esto confirma que su actitud era adecuada y se irritará aún más.

En este tipo de situaciones las reglas fundamentales son dos: no ponerse límites de tiempo (el paciente no puede irse de la sesión en un estado de agresividad exacerbada) y saber encajar los golpes. El terapeuta debe evitar proponer temas de discusión, deberá comportarse como Tom Hanks en el papel de *Cast Away*, se puede salir de la trampa aprovechando la misma fuerza de las olas y cogiendo la ola oportuna. Debe aceptar el hecho de que muchos de sus intentos serán rechazados de manera violenta y que el efecto de la intervención será alejarse todavía más de la posibilidad de compartimiento con el paciente.

El paciente paranoide posee una rabia muy similar a la de un movimiento ondulatorio, una rabia diferente a la del paciente con trastorno límite de la personalidad, que explota y luego se transforma en un instante; es diferente también a la de un paciente en un estado de excitación maníaca, que es constante, duradera y sin objetos específicos; la rabia del paranoide explota violentamente, espera a la reacción del interlocutor y luego se vuelve a encender, inmutable. El paciente tiende a reprocharlo todo, a reprocharle al terapeuta cada cosa que haya ido mal. Llegará un momento en el que, al rememorar un acontecimiento, el paciente explicará también de manera casual algo positivo de aquel recuerdo y esto lo apaciguará, aunque sea temporalmente. Reconocer este momento no es difícil, el paciente cambia

de expresión, percibe la emoción de una complicidad anterior, nos mira con ojos casi nostálgicos. En estos momentos concretos, hay que llevar a cabo las intervenciones de compartimiento en dos etapas: validar al paciente algunos de los contenidos propuestos, señalar el estado mental del terapeuta ("cuando se comporta así me encuentro con serias dificultades") y señalar al paciente en qué aspectos no estamos de acuerdo. No es conveniente intentar proponer otros temas con la única finalidad de distraer la atención de los aspectos problemáticos sin discutirlos ni afrontarlos de forma clara. Este tipo de intervenciones tiene el efecto de reducir la agresividad y la impetuosidad de los pacientes hacia nosotros, pero no de proponer un nuevo punto de vista sobre el problema. Habremos evitado un problema inmediato, pero nuestra intervención habrá sido inútil cuando no nociva.

Sobre la base de estas consideraciones es útil proponer un cuadro sistemático de las intervenciones y de la gestión de estas sesiones por parte del terapeuta.

El terapeuta debe escuchar y aceptar, en un primer momento, aquello que el paciente comenta y no responder a las provocaciones y a los ataques. Debe asimismo evitar que el paciente se sienta amenazado por él. Esto parece una afirmación obvia, pero la intensidad emotiva con la que se desenvuelven las interacciones con nuestros pacientes puede hacernos perder el control sin querer e inducirnos a intentar gestionar la sesión amenazando al paciente con frases del tipo "como se atreve, baje la voz, no le permito usar ese tono de voz conmigo, mire que si continua así no será bueno para usted, mire que si hace algo malo acabará con un internamiento penitenciario".

Estas frases, que adjudicaríamos a un terapeuta desequilibrado, vienen espontáneamente a la mente durante la interacción con un paciente durante un ciclo agresivo. De hecho, estas situaciones suelen desarrollarse del siguiente modo: el paciente arremete contra todos, terapeuta incluido, quien intenta secundar y validar algunos contenidos emocionales del paciente; el paciente interpreta estos intentos utilizando la misma perspectiva problemática, todo aquello que se dice, confirma invariablemente la falsedad y la poca fiabilidad del terapeuta; éste se da cuenta de que sus intentos son contraproducentes y entra él mismo en un ciclo de tensión, de irritación impotente, no consigue

prolongar por más tiempo una interacción tan cansada e irritante e intenta reafirmar su rol y restablecer un mínimo de orden jerárquico paciente-terapeuta en la sesión. En esta situación, se corre el riesgo de hacer sentir al paciente amenazado por reacciones verdaderamente catastróficas e impredecibles. Un paciente en un ciclo agresivo que se perciba realmente amenazado es inmanejable, no volverá más a terapia y nos arriesgamos a ser probablemente agredidos.

El terapeuta no debe adoptar *jamás* esta estrategia, que es siempre perjudicial. Cualquier intervención nuestra debe ir orientada a intentar compartir, debemos recordar que el estado rabioso no será duradero y que tarde o temprano, quizás después de dos horas, el paciente mostrará una brecha sobre la cual construir una comprensión: debemos esperar pacientemente. El esfuerzo por cumplir y recordar constantemente que tarde o temprano el paciente se regulará, al menos por un momento, en base a nuestra (aparente) serenidad y que, en ese momento, debemos recurrir a temas compartidos, a la validación de la experiencia y a la discusión del problema.

El objetivo principal de la sesión con un paciente paranoide en un ciclo agresivo es contener sus manifestaciones emotivas; en segundo lugar, manejar la relación de modo que el ciclo interpersonal no afecte la relación terapéutica. En otros capítulos se ha mencionado ya que a menudo el terapeuta puede llegar a esperar que acabe la pesadilla en que se encuentra por el abandono del paciente.

Las frases que nos vienen a la mente son del tipo: "me parece que de sus comentarios no se desprende que pueda llegar a existir un espacio para una relación de confianza", "sus comportamientos me parecen incompatibles con una psicoterapia, no creo que sea útil para usted seguir viniendo aquí".

Desgraciadamente, pese a que el estado de ánimo del terapeuta sea comprensible, éste debe saber que estos comportamientos son especulares a la patología del paciente, a la dificultad tanto nuestra como del paciente de llegar a tolerar el sentimiento de impotencia, de tener la percepción, exactamente como el paciente, de que ahora es nuestro enemigo y que, en ningún momento, podrá retomarse la relación. No obstante, la finalidad de la sesión es hacer posible que el paciente vuelva.

Andrea vivía encerrado en casa desde hacía algunos días y rechazaba cualquier contacto con los demás. El terapeuta intentó contactar telefónicamente, pero el paciente sentía que se mofaba de él y sostenía que la llamada era una farsa para fastidiarlo. La llamada es transcrita por el terapeuta:

T.: Quisiera concertar una cita.

P.: No, en absoluto, no entiendo por qué insiste tanto, usted también me ha engañado, es un cabrón, peor que el resto, porque entre otras cosas es también presuntuoso, siempre seguro de sí mismo, váyase al diablo, usted y todos esos cabrones como usted, psiquiatra de mierda…

T.: No entiendo qué le he hecho para merecer este trato

P.: Y además se hace la víctima, me cabrea cuando hace eso, pero a quién quiere joder media mierda que no ha conseguido ni siquiera curarme, decía que era experto en estos temas y yo estoy cada vez peor (gritando). Si voy a la sesión te rajo, destrozo tu despacho y le prendo fuego a tu moto.

Mientras tanto, al terapeuta se le pasa por la mente lo siguiente: mandar al diablo al paciente, llamar a la policía o al 112 para organizar un tratamiento sanitario obligatorio, hacer una denuncia previsora, invitar al paciente a venir al despacho y esperarlo con un bate de baseball debajo del escritorio, pedirle a todos sus colegas del gabinete que estén preparados para intervenir. Se da cuenta, no obstante, que estos pensamientos son totalmente nocivos para el paciente y entonces juega una carta arriesgada para crear un clima de posible comunicación.

T.: Lo que me está diciendo me preocupa muchísimo, pienso que lo mejor sería que vaya yo a su casa para entender y discutir que es lo qué está sucediendo, no creo que pueda dejarle en estas condiciones.

P.: ¿A mi casa? Le he dicho que no quiero verle

T.: No es eso, sino el hecho de que está en un estado de desesperación del que tenemos que hablar, entonces podrá cambiar de médico, mandar a tomar por culo a quién quiera, pero primero hágame entender por qué está tan mal

P.: ¿A qué hora viene?

T.: ¿Sobre las cinco le va bien?

P.: Pero, ¿vendrá con la ambulancia?

T.: ¿Cree que será necesario? Había pensado venir sólo y tomar un café mientras discutimos la situación.

P.: Le espero.

Después de haber llegado a este acuerdo, el terapeuta sabe que no podrá volverse atrás, y más con estos pacientes: *pacta servanda sunt!* (hay que cumplir los pactos). Acude a la cita sin tener idea de lo que podrá suceder, teme que el paciente pueda agredirlo. En realidad, la conversación y la entrevista se desenvuelven en un clima de serenidad, el paciente reconoce que ha exagerado y muestra aprecio por el interés del terapeuta, conciertan juntos una nueva cita. En este caso, el terapeuta había elegido "la ola oportuna".

13.5.3. Ciclo de abatimiento

El ciclo de abatimiento es aquel en el que el paciente es potencialmente más manejable, en el que puede experimentar e interiorizar al terapeuta como una figura de ayuda real: "justo cuando estaba débil, no me ha atacado, al contrario, me ha apoyado".

Utilizar lo mejor posible la relación en el ciclo de abatimiento es de ayuda para la gestión de los ciclos de suspicacia y agresivo. El ciclo de abatimiento es un buen momento para promover el descentramiento: "¿Pero está seguro que la gente está llena de malas intenciones contra usted?".

Como se ha dicho anteriormente, el ciclo de abatimiento es aquel en el que más frecuentemente encontramos al paciente por primera vez. El aspecto predominante, en los primeros encuentros, es el predominio de sintomatología asténica y abúlica que puede inducir a pensar en un trastorno depresivo.

El paciente accede a la ayuda que se le ofrece, pero intenta mantener una distancia interpersonal, está asustado, teme que también nosotros le perjudiquemos; el estilo relacional utilizado no nos suscita, como en un paciente depresivo, sentimientos de cuidado o pena, nos percibimos en una atmósfera casi inquietante, estamos aterrorizados más que enternecidos.

La discrasia entre el estado de abatimiento e ineficacia percibido por el paciente y nuestra sensación de temor o amenaza puede explicarse en términos de metarrepresentación, por el déficit de descentramiento del paciente que no permite establecer una relación empática serena. Con un paciente depresivo no tenemos problemas de malentendidos ni de articulación de nuestro rol. El tema problemáti-

co del depresivo está relacionado con la visión pesimista del mundo y de sí mismo; no tiene dificultad para comprender y hacerse comprender por los demás y conseguimos rápidamente establecer un clima de comprensión y alianza. La mirada se mantiene baja y humilde durante la entrevista, como si se preparasen para recibir una sentencia definitiva. Con los pacientes paranoides la mirada contrasta con la postura general del cuerpo: los ojos del paciente se mueven rápidamente para escudriñarnos, la forma como fijan la mirada no nos hace imaginar que vayamos a ser agredidos, pero no conseguimos hacer una hipótesis sobre lo que el paciente está pensando o en qué modo habrá interpretado nuestras intervenciones.

El déficit de descentramiento está presente también en este ciclo interpersonal, pero la ausencia de emociones violentas, como la rabia, nos permiten llevar a cabo tentativas de mejora del déficit.

En esta fase, el primer objetivo es por tanto no asustar al paciente, evitar que nos perciba como amenazadores y peligrosos. En este ciclo hay que utilizar masivamente las técnicas de compartimiento, evitando durante mucho tiempo analizar la temática delirante. Es necesario que el paciente sepa que comprendemos y compartimos su dolor. Creando un clima de compartimiento intentaremos intervenir sobre el déficit de descentramiento y de diferenciación; en segundo lugar (no en importancia, sino en la secuencia de intervención), intentaremos que se permita una recuperación del funcionamiento social.

Alberto está convencido de que las personas se burlan de él por su aspecto físico:

P.: Están, están cabreados, he entrado en un bar y he visto como todos me miraban, no puedo más, pienso siempre en morirme, he sentido todas las miradas sobre mí, me he echado en la cama y no salgo desde hace semanas, no puedo más.

T.: Pero, ¿sabe por qué lo estaban mirando?

P.: Porque soy feo, quizás se burlan de mí, he visto como se reían entre ellos.

Resulta de suma importancia pedir al paciente descripciones detalladas sobre su estado físico, sobre el sentimiento de autoeficacia, sobre su estado de ánimo mientras se imagina que es perseguido.

Debemos invitarlo durante la sesión, a evocar, con un nuevo estado de ánimo, los eventos de mayor intensidad emotiva, comprobando qué es lo que cambia en la representación de los mismos.

Durante la sesión se percibe cómo el paciente se considera ya derrotado por los acontecimientos y por el destino y tiene un bajísimo nivel de autoestima y de eficacia personal. Hemos recordado, como subrayó Perris (Perris, 1983; Perris, Skargerlind, 1994), que muchos pacientes graves, a causa de los continuos fracasos en que se hallan y la persistente sensación de exclusión y aislamiento, tienen, en el estado de abatimiento, la confirmación de sus temores: "no valgo nada, no soy nada", etc. Este tipo de ideación conduce, con cierta frecuencia, a intentos de suicidio. Durante la sesión, el paciente puede someter al terapeuta a una prueba para verificar hasta qué punto se preocupa por él y hasta qué punto esta dispuesto a llegar para mejorar la situación. Estos pacientes no toleran fácilmente los cuidados, percibiéndolos como una prueba de su decadencia.

Paolo tenía miedo de que los otros lo consideraran gay y permanecía encerrado en casa desde hacía un mes:

P.,: Su colega me dijo la última vez "pobrecillo, lo siento". ¿Cómo se le ocurre? ¿quién se cree que es para decirme eso, para hacer zalamerías de bebé? Dígale usted que no lo vuelva a hacer más, ya estoy bastante mal, sólo me falta dar pena a los demás.

La actitud a asumir es la de un cordial, pero profesional, apoyo emocional, señalando nuestra disponibilidad para ayudar al paciente, pero no a compadecerlo; alentarlo sin agobiarlo.

13.6. Adoptar estrategias compartidas de afrontamiento para los déficits de metarrepresentación y los estados mentales temidos

La presencia del déficit de descentramiento es una condición *sine qua non* para el diagnóstico del trastorno paranoide de la personalidad. Nuestra intervención, después de la primera fase de acercamiento, se destinada a la mejora del déficit que consideramos que mantie-

ne la patología. Como ya se dicho, es quizás demasiado ambicioso pretender que el tratamiento del déficit corresponda a una *restituito ad integrum* (restablecimiento total) de las funciones de "descentramiento". Nuestro objetivo principal es hacer que el paciente se percate de su propia problemática, permitirle reconocerla, incluso en situaciones de estrés muy elevado, y poder adoptar estrategias correctivas.

Es útil, desde la primera sesión, definir, en la medida de lo posible, las situaciones temidas y de especial intensidad emotiva para el paciente, en las que se percibe con más riesgo o en las que se siente mal con mayor facilidad.

Es beneficioso dar un nombre a este tipo de situaciones, por ejemplo "situación gente nueva" si el paciente se encuentra con la dificultad de conocer a nuevas personas, haciendo comprobar al paciente como tan sólo con imaginar un determinado contexto, se activa en él una clara y desagradable disposición de ánimo.

La sugerencia que hay que repetir es la de evitar activamente estas situaciones o preparar sobre el papel, o en la sesión, el acercamiento a una de estas situaciones detonantes. Otro aspecto relevante es conseguir reconocer la propia ideación paranoide y discutirla.

Roberto tenía la convicción de ser víctima de un complot urdido por sus parientes y por sus compañeros de trabajo: el complot no obstante era bienintencionado, para que él estuviera mejor y aprendiera cosas nuevas. Esto le daba un sentido de irrealidad y de falsedad de la realidad que lo envolvía.

P.: Sí, efectivamente tiendo a menudo a equivocarme, tiendo a atribuir otro significado a las cosas que suceden y tengo dificultad para aclarar el por qué y el cómo de las cosas que suceden, pues suelo extraer conclusiones por mi cuenta.

T.: ¿Por ejemplo?

P.: Por ejemplo, podría ser el comportamiento de otra persona que tiende a interpretar de manera diferente, con desapego, diferente de la realidad. Comportamientos o frases o hechos ocasionales que tiendo a no aclarar y luego permanecen en suspense. Creo que suelo atribuir un significado diferente al que en realidad es y que generalmente es mucho más insignificante, e incluso en ciertos casos, no existe en absoluto (…) podría sentirlo por ejemplo como un juicio.

T.: Como un juicio en contra suyo o como…

P.: Como un juicio contra mí.

T.: ¿Perdone, cómo lo hace para suponer que va dirigido contra usted?

P.: Sí, debería hacer alusión, debería estar inscrito de algún modo en un contexto en el que sea posible percibir que sólo yo puedo ser el receptor.

T.: Es decir, siente que tiene una comunicación especial con otra persona.

P.: Sí.

T.: Entonces, las cosas asumen un significado personal.

P.: Sí.

T.: Y asumen el tono de "ah, perdonadme debo irme", el tono de un juicio.

P.: Sí.

T.: Entonces usted prácticamente deja intacto el texto del mensaje, pero cambia el contexto.

P.: Sí.

El mismo paciente, ayudado por repetidas sugerencias del terapeuta en esta dirección, en una fase más avanzada de la terapia, reconoce que el propio déficit está activo cuando él está involucrado en primera persona y que el propio estado de ánimo interfiere con la interpretación de los hechos.

T.: Ahora bien, este análisis del funcionamiento mental de su colega, ¿cómo se puede aplicar con respecto a usted?

P.: Intentando encontrar o describir de algún modo ante un episodio, describir, separar del modo más objetivo posible las causas del comportamiento.

T.: Esto usted todavía no lo puede hacer.

P-: Quizás a ratos, creo que hay algunos… creo, que tengo dificultad en separar, el problema es éste, la ausencia de un punto de vista externo, porque el hecho tal vez de estar involucrado… estando involucrado resulta difícil… es más difícil llegar a hacer una evaluación de este tipo por parte de una persona que está involucrada en la propia evaluación, que no por parte de una persona externa, la persona que se encuentra ajena tiene una… capacidad de evaluación más objetiva que viene dada por la distancia; si yo hubiera sido una de las dos personas, por ejemplo, involucrada en aquel momento, si hubiera sido, por ejemplo, la persona que se ha sentido agredida o en cualquier caso juzgada…

T.: Descalificada.

P.: Descalificada, juzgada de manera terrorífica…, no sé si hubiera tenido la distancia, la capacidad, la frialdad para decir sí, pero yo reacciono así.

T.: O sea que usted se imagina muchas veces… si atribuye la presencia del contexto prescindiendo de su estado emocional, es decir, no existen momentos en los que dice vamos a ver qué hago, podría suceder, ¿no?

P.: Sí, quizás también entra el estado emocional… la presencia de una emotividad fuera de la normalidad. Limita, de algún modo, la posibilidad de analizar objetivamente las cosas. Es decir, si hubiera estado en lugar de mi colega, habiendo tenido el pretexto, y habiendo además… estando entonces en un estado emocional no… diría no, normal, entre comillas, bien, no hubiera tenido probablemente la tranquilidad suficiente para analizar las cosas. Tiendo a reaccionar no en función de la objetividad de aquello que se me contesta.

El mismo paciente interactúa con el terapeuta reconociendo el desgaste mental de su suspicacia (Mancini, Gangemi, 2002). La intervención es regulada por las tentativas de compartimiento del terapeuta que cuenta que cuando era niño robaba los timbres de las bicicletas.

T.: Creo que hay una tendencia suya a interpretar los hechos de modo autorreferencial. Creo que podría ser una tendencia suya, ¿no? Entiéndame, en el sentido de que si me abren el coche, yo puedo pensar que han sido mis colegas, pero podría pensar que ha sido un delincuente que lo hace por deporte, como me sucedía a mí o a usted cuando éramos chicos… cuando rayábamos los coches. Me acuerdo que cuando era niño robaba las tapas de las ruedas de los coches. ¿No sé si usted lo ha hecho alguna vez?

P.: Lo he hecho cuando me lo han hecho a mí.

T.: [Ríe].

P.: Para arreglar.

T.: O robar los timbres de las bicicletas.

P.: Sí, los timbres de las bicicletas, sí. También, la verdad, más bicicletas que coches.

T.: Exacto, porque los de las bicicletas se robaban entre amigos… lo que quiero decir… seguramente uno puede pensar en un contexto, pero puede pensar en otro contexto… Éste ha molestado a la asistente social y me ha dado una buena lección, pero también puede pensar en el discurso del delincuente de la calle… ha hecho esto.

En esta secuencia, el terapeuta comparte con el paciente la experiencia y la sensación de estar bajo amenaza, refiriéndose a episodios reales.

T.: Yo creo que hay un ruido de fondo interno en usted, que es la tendencia a ver esta intromisión del contexto dentro de otros aspectos de su vida, sobre todo en el ámbito laboral, mi pregunta es… ¿tiene usted la duda de que en el contexto exista algo que siempre actúa y que a veces es el producto de algo que usted teme y que luego cosifica? pero ¿por qué usted se preocupa tanto?

P.: Que ¿por qué me preocupo? ¿Por qué no tendría que preocuparme?

T.: Porque creo que le fastidia, ¿no es cierto?

P.: Y quizás exista también el miedo… también hay la cuestión de decir "¿por qué?". Porque creo que intento anticipar aquellos comportamientos que se esperan de mí, es decir, hay una constante tensión en mí… entonces, ¿qué es lo que quieren ahora de mí?, ¿qué es lo que no quieren de mí?

T.: Sí, ¿pero qué es lo que puede evitar? Supongamos que puedo preverlo…si me pongo a pensar "¿me van rayar el coche ahora que estoy con usted o no me la van rayar?"

P.: Algunas veces me lo pregunto.

T.: Supongamos que yo me lo pregunto… Entonces, tendré que pasar todo mi tiempo vigilando el coche, pero quizás mientras estoy pensando en mi coche, me han incendiado la moto, o también me han robado en casa o me han roto un cristal, ¿qué sé yo? … Cuando se da esto, es decir, su insistencia mental en este hecho, a creer que existe de verdad, ¡lo vuelve real!

P.: Bueno, sí, sí que hay un esfuerzo mental.

T.: Es decir, la mente está devorada por la idea de esta clase de situaciones.

P.: Cuando me doy cuenta de que estoy en una situación de este tipo, entonces aparecen todos los aspectos relacionados con el autocontrol, entonces me doy cuenta de toda una serie de estrategias conductuales que adopto y que me arruinan la vida.

El paciente consigue entonces dudar de sus habituales estrategias de control y crea un espacio en el que se puede proyectar de nuevo y de manera más funcional a partir de la toma de distancia crítica de sus propios comportamientos.

13.7. Mejorar el funcionamiento y la adaptación social

Las historias que escuchamos están marcadas por la soledad, por la ausencia de relaciones. El niño puede compensar estos déficits relacionales (que se consideran aprendidos), este impedimento en la habilidad social, hasta la juventud y la primera edad adulta, refugiándose en actividades solitarias en las que se desempeña particularmente bien.

Desgraciadamente, puede ocurrir que el ambiente familiar refuerce positivamente este tipo de actitud, describiendo el aislamiento como un recurso más que como un problema. El estado de aislamiento puede mantenerse a lo largo de mucho tiempo, pero contextos como el trabajo y los estudios llevan a la interacción. Es en estas circunstancias que aparecen las primeras manifestaciones de la patología. En el período escolar, normalmente, los pacientes muestran un comportamiento que sólo retrospectivamente será valorado como patológico, pero que, en aquel momento, no ha despertado preocupación. El paciente tendía a permanecer sólo o con poquísimos amigos y prefería actividades solitarias, el rendimiento escolar normalmente se mantenía en niveles aceptables. El aislamiento impide un desarrollo armónico de las habilidades sociales del paciente, justamente por falta de práctica. Las habilidades sociales o no han sido aprendidas, o se han perdido, o no se pueden poner en práctica por la presencia de una patología psiquiátrica (Belack, Mueser et al, 2003). En los pacientes paranoides se cumplen la primera y la tercera condición. Otro error en el que se suele incurrir es intentar normalizar a cualquier precio el estilo de vida del paciente. No se puede tener la idea de que la curación o la mejoría correspondan a las de un paciente que se transforma en un "relaciones públicas". Proponer el encuentro frecuente con otras personas o grupos con los que el paciente no tiene un sentimiento de pertenencia, es extremadamente arriesgado y puede llevar a graves formas de descompensación. Proponer igualmente el encuentro con personas del otro sexo aumenta el riesgo de relaciones catastróficas. En el enamoramiento, como en otras situaciones de alta intensidad emocional, el paciente se encuentra expuesto a gran-

des pruebas de descentramiento y de diferenciación y, al existir problemas en dichas funciones, aumenta el riesgo de recaídas.

Es también necesario solicitar e incentivar la exposición a estímulos sociales y relacionales. Estas exposiciones, sin embargo, deben ser programadas y planificadas previamente. Si es posible, es oportuno simular en la sesión la interacción con nuevos personajes para señalar y reconocer eventuales interferencias del déficit en la interacción.

Es importante informar al paciente de que en situaciones nuevas se podrían dar oscilaciones emotivas, vivencias persecutorias imprevistas y aparentemente inexplicables, después de largos periodos de bienestar.

Se puede discutir con el paciente en los siguientes términos: "cuando encuentre a esta chica es probable que usted vuelva a sentir que le está tomando el pelo, estafando, engañando y que puede sentir, incluso, fuertes sensaciones de rabia, tener la sensación de estar en una trampa, cruzársele la idea de reaccionar mal en todo lo que la otra persona le propone. Recuerde que en esos momentos, usted se encuentra en una fase de crisis y de obnubilación y que, a causa del estado emocional, no conseguirá meterse en la piel del otro. En estas situaciones no haga nada, lo discutiremos juntos en la sesión.

Intervenciones de este tipo, son útiles para prevenir el abandono y mejorar la alianza.

13.8. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de los pacientes con trastorno de la personalidad es objeto de numerosas discusiones y polémicas. El problema principal es comprender qué aspecto queremos curar o tratar en un paciente determinado. En nuestra opinión, en los paranoides la terapia farmacológica tiene como finalidad el tratamiento de los trastornos del pensamiento y la regulación del tono emocional. No se deben utilizar nunca los antidepresivos; normalmente el tratamiento de mayor eficacia lo constituyen los antipsicóticos de nueva generación a dosis bajas y de reguladores del tono del humor (como carba-

mazepina y valproato). En los casos en los que esté presente una depresión mayor, se deberían evitarse también los antidepresivos porque podrían favorecer y sostener emocionalmente ideaciones delirantes. Normalmente el tratamiento farmacológico es objeto de larguísimas polémicas con el paciente y es necesario mantener la necesidad de la medicación para evitar brotes delirantes o riesgos de suicidio.

En nuestra experiencia con casos graves, el tratamiento farmacológico debe emprenderse dentro de la psicoterapia, puesto que a los pacientes paranoides les cuesta mucho aceptar un tratamiento y casi siempre rechazan el dirigirse a un segundo especialista para la medicación. Si el terapeuta es un psicólogo será complicado explicar al paciente que la medicación sólo la puede prescribir el médico. Es aconsejable reservarse esta opción en el contrato inicial, diciendo por ejemplo: "pienso que podrá beneficiarse de una psicoterapia y estoy dispuesto a seguirle en este recorrido, pero es bueno que sepa que como psicólogo no puedo recetar la medicación; por lo tanto, si se da la necesidad, lo tendré que derivar a un colega médico para gestionar este aspecto. Se lo digo antes, para que usted lo sepa". Casi siempre el paciente responderá preguntando: "Pero si usted es psicólogo, ¿cómo puede creer que se necesite medicamentos?". Cada uno puede responder del modo que mejor crea, pero la respuesta más clara es aquella que declara que la presencia de delirios que influyen en el comportamiento, o las ideas de suicidio o de marcado aislamiento social imponen la prescripción farmacológica.

Tendemos a utilizar el tratamiento farmacológico cuando el paciente presenta una sintomatología que interfiere en el funcionamiento cotidiano y/o social y siempre en presencia de ideaciones suicidas. El tratamiento se propone por tanto en las condiciones de abatimiento y de agresividad. Los reguladores del humor son generalmente utilizados en altas dosis en pacientes con manifestaciones explosivas y *acting out*. Concretamente, son utilizados el valproato de sodio con una dosis comprendida entre los 600 mg y 1 gr, para aprovechar el efecto anti-impulsivo de dichos productos (Hollander et al, 2001: Kavoussi, Coccaro, 1998; Stein, Simeon, Frenkel, Islam, Hollande, 1995). El regulador del humor es utilizado en monoterapia, cuando no

hay temática delirante, durante al menos seis meses; en combinación con antipsicóticos de segunda generación en presencia de delirios, comportamientos extravagantes e ideas suicidas.

Hemos observado un empeoramiento de la sintomatología después de la administración de antidepresivos, incluso en pacientes claramente deprimidos, en los que sin embargo no se manifiesta la tríada cognitiva constituida por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, sino un abatimiento reactivo a la sensación extendida de amenaza y de daño injusto sufrido. La ideación suicida se contiene a menudo con un incremento de las sesiones y un tratamiento antipsicótico. El fármaco que, en estas situaciones, utilizamos más frecuentemente es la risperidona en dosis de 2 mg (4 o 6 mg sólo en fases agudas o en urgencias; cfr. Buckley, 2001; Hirose, 2001) que tiene un efecto deliriolítico y antiagresivo verdaderamente eficaz. También la olanzapina y la quietapina, que hemos recientemente introducido en nuestro protocolo de tratamiento, están produciendo buenos resultados.

La terapia farmacológica puede mantenerse en dosis bajas durante largos periodos, o en pacientes más leves, ser utilizada sólo en determinadas circunstancias. Ha de remarcarse que el empleo de fármacos que no atacan las funciones cognitivas favorece el tratamiento psicoterapéutico; el paciente en una condición de estabilidad tendrá, de hecho, una mejor capacidad de interacción y de aprendizaje en la terapia. Tan sólo dos pacientes tratados mantienen, desde hace cinco años, una terapia a base de risperidona de una dosis de 1 mg al día; y visto su buen estado de bienestar consideramos tener que mantener el tratamiento durante un tiempo indefinido.

13.9. Conclusiones

A menudo sucede que en este tipo de terapias, se incurre, inconscientemente, en un error. Hay un momento, en la relación terapéutica, en el que tenemos una clara idea de convertirnos en un punto de referencia para el paciente, de haber conquistado, pese a su recelo de

fondo, su confianza y su estima, de no advertir más "la presión" relacional del paciente. En estas situaciones, ocurre aquello que llamamos "imprudencia del final feliz", es decir, nos relajamos, imaginando que lo peor ya ha pasado y tendemos a tensar demasiado nuestra relación terapéutica, a mejorar el descentramiento del paciente con ejemplos o demasiado arriesgados o francamente provocadores. A veces llegamos a hacer bromas con la intención explícita de mostrar al paciente nuestra vena provocadora y con el propósito implícito de hacernos desenmascarar por él, dando por supuesto que dicha modalidad pueda reforzar los mecanismos correctivos de la experiencia disfuncional. En este tipo de situaciones sucede exactamente lo contrario: el paciente percibe en nosotros un cambio relacional y no lo comprende, teniendo la impresión de que no se le toma en serio y puede volver a comenzar un círculo interpersonal disfuncional.

¡Nunca debería uno sentirse completamente a salvo en estos tratamientos!

Bibliografía

Abraham, K.

1927 *The Influence of Oral Erotism on Character Formation*, in C.A.D. Bryan, J. Strachey (a cura di), *Selected Papers on Psycho-Analysis*, Hogarth Press, London, pp. 393-406.

Adler, G.

1985 *Borderline Psychopathology and its Treatment*, Jason Aronson, New York.

Akhtar, S.

1986 *Differentiating schizoid and avoidant personality disorders* (letter to editor), in «American Journal of Psychiatry», 143, pp. 1061-1062.

1987 *Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features*, in «American Journal of Psychoterapy», 41, pp. 499-518.

Akhtar, S., Thomson, J.A.

1982 *Overview: narcissistic personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 139, 1, pp. 12-20.

Alden, L.E., Laposa, J.M., Taylor, C.T., Ryder, A.G.

2002 *Avoidant personality disorder: current status and future directions*, in «Journal of Personality Disorders», 16, 1, pp. 1-29.

Allison, T., Puce, A., McCarthy, G.

2000 *Social perception from visual cues: role of the STS region*, in «Trends in Cognitive Sciences», 4, pp. 267-278.

Allport, G.W.

1937 *Personality: A Psychological Interpretation*, Holt, New York.

Alnaes, R., Torgersen, L.

1997 *Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 95, pp. 336-342.

American Psychiatric Association
1952 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-1st ed.)*, APA Press, Washington DC.
1980 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, APA Press, Washington DC.
1987 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., Rev.)*, APA Press, Washington DC (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, III-R edizione, Masson, Milano 1987).
1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV), IV ed.*, APA Press, Washington DC (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV edizione, Masson, Milano 1996).
2000 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV-TR edizione, Masson, Milano.
2001 *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 158, pp. 1-52.

Angus, L., McLeod, J. (a cura di)
(in stampa) *The Handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, Theory and Research*, Sage, London.

Arcuri, L., Castelli, L.
2000 *La cognizione sociale*, Laterza, Roma-Bari.

Aron, L.
1996 *A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*, Analytic Press, New Jersey.

Astington, J.W., Jenkins, J.M.
1995 *Theory of mind development and social understanding*, in «Cognition and Emotion», 9, pp. 151-165.

Bach, S.
1977 *On the narcissistic state of consciousness*, in «International Journal of Psycho-Analysis», 58, pp. 209-233.
1985 *Narcissistic States and the Therapeutic Process*, Jason Aronson, New York.

Bandura, A.
1995 *Il senso di Autoefficacia Personale e Collettivo*, in A. Bandura (a cura di), *Il senso di Autoefficacia*, Erickson, Trento.

Bara, B.G.
1999 *Pragmatica cognitiva. I processi mentali della comunicazione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Baron, J.
2000 *Thinking and Deciding*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Baron-Cohen, S.
1995 *Mindblindness*, MIT Press, Cambridge, Mass.

Baron-Cohen, S., Leslie, A., Frith, U.
1985 *Does the autistic child have a 'theory of mind'?*, in «Cognition», 21, pp. 37-46.

Barone, L.
2002 *Antecedenti evolutivi del disturbo borderline e implicazioni per la relazione terapeutica*, in L. Barone, E. Caverzasi (a cura di), *Curare il Borderline. L'alleanza nella mente*, La Goliardica Pavese, Pavia.

Baumeister, R., Leary, M.
1995 *The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation*, in «Psychological Bullettin», 117, 3, pp. 497-529.

Beck, A.T., Freeman, A. *et al.*
1990 *Cognitive Therapy of Personality Disorder*, Guilford, New York (trad. it. *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*, Mediserve, Milano 1993).

Beck, A.T., Rush, A.I., Shaw, B.F., Emery, G.
1979 *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford, New York (trad. it. *Terapia Cognitiva della Depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 1987).

Beeghly, M., Cicchetti, D.
1994 *Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk*, in «Development and Psychopatology», 6, pp. 5-30.

Bellack, A., Mueser, KT, Gingerich, S., Agresta, J.
1997 *Social Skills Training For Schizophrenia. A Step by Step Guide*, Guilford, New York, Inc. by arrangement with Mark Patterson (ed. it. a cura di Giuseppe Nicolò, *I Social Skills Training per il trattamento della Schizofrenia. Una guida*, Centro Scientifico Editore, Torino 2003).

Bellodi, L., Borgherini, G., Pallanti, S.
1999 *Disturbo Dipendente*, in P. Pancheri, G.B. Cassano (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.

Benjamin, L.S.
1990 *Interpersonal Analysis of the Cathartic Model*, in R. Plutchik, H. Kellerman *et al.* (a cura di), *Emotion, Psychopathology, Psychotherapy*, in «Emotion: Theory, research and experience», 5, pp. 209-229, Academic Press, San Diego.
1993 *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, Guilford, New York.
1996a *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, II ed., Guilford, New York.
1996b *An Interpersonal Theory of Personality Disorders*, in J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (a cura di), *Major Theories of Personality Disorder*, Guilford, New York (trad. it. *La teoria interpersonale dei disturbi di personalità*, in *I disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano 1997).

Birtchell, J.
1997 *Personality Set within an Octagonal Model of Relating*, in R. Plutchik, H.R. Conte (a cura di), *Circumplex Models of Personality and Emotions*, American Psichology Press, Washington DC.

Birtchell, J., Borgherini, G.
1999 *A New Interpersonal Theory and the Treatment of the Dipendent Personality Disorder*, in J. Derksen, C. Maffei, H. Groen (a cura di), *Treatment of Personality Disorders*, Plenum Publisher, New York.

Bleuler, E.
1908 *Textbook of Psychiatry*, trad. ingl. di A.A. Brill, Mac Millan, New York 1924.

Bordin, E.S.
1979 *The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance*, in «Psychotherapy», 16, pp. 252-260.

Bornstein, R.F.
1993 *The Dependent Personality*, Guilford, New York.
1996 *Dependency*, in C.G. Costello (a cura di), *Personality Characteristics of the Personality Disorderes*, John Wiley & Sons, New York.

Bower, G.H.
1981 *Mood and Memory*, in «American Psychologist», 31, pp. 129-148.

Bowlby, J.
1969 *Attachment and Loss*, vol. I, Hogarth Press, London (trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. 1, Boringhieri, Torino 1972).
1988 *A Secure Base*, Routledge, London (trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989).

Bruner, J.S.
1986 *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. (trad. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Roma-Bari 1988).
1990 *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. (trad. it. *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino 1992).

Buckley, P.F.
2001 *Broad therapeutic uses of atypical antipsychotic medications*, in «Biol Psychiatry», Dec. 1, 50, 11, pp. 912-924.

Bursten, B.
1989 *The Relationship Between Narcissistic and Antisocial Personalities*, in O.F. Kernberg (a cura di), *Narcissistic Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America*, Saunders, Philadelphia, pp. 571-584.

Calder, A.J., Keane, J., Manes, F., Antoun, N., Young, A.V.
2000 *Impaired recognition and experience of disguste following brain injury*, in «Nature Neuroscience», 3, pp. 1077-1078.

Cameron, N.
1963 *Personality Development and Psychopathology: A Dinamic Approach*, Houghton Mifflin, Boston.
1974 *Paranoid Conditions and Paranoia*, in S. Arieti (Ebrody Editions), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York.

Carcione, A., Conti, L., Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A.
2001 *Estados mentales, déficits metacognitivos y ciclos interpersonales en el trastorno de personalidad por dependencia*, in «Revista de Psicoterapia», 45, pp. 39-64.

Carcione, A., Falcone, M.
1999 *Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.

Carcione, A., Falcone, M., Magnolfi, G., Manaresi, F.
1997 *La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala della Valutazione della Metacognizione (SVaM)*, in «Psicoterapia», 3, pp. 91-107.

Carcione, A., Nicolò, G., Pontalti, C.
1995 *L'evoluzione delle rappresentazioni mentali come indice del processo in psicoterapia familiare*, in «Terapia Familiare», 48, pp. 11-26.

Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A.
1999 *Deficit di rappresentazione degli scopi*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.

Carey, D.P., Perrett, D.I., Oram, M.W.
1987 *Recognizing, Understanding and Reproducing Actions*, in M. Jeannerod, J. Grafman (a cura di), *Action and Cognition, Handbook of Neuropsychology*, vol. 11, Elsevier Science BV, Amsterdam.

Carruthers, P.
1996 *Autism as Mind-Blindness: An Elaboration and Partial Defence*, in P. Carruthers, P. Smith (a cura di), *Theories of Theories of Mind*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Castelfranchi, C.
1988 *Che figura: emozioni e immagine sociale*, Il Mulino, Bologna.
1997 *L'identità come rappresentazione cognitiva: strutture e principi organizzativi*, in «Psicoterapia», 9, pp. 7-17.

Cervone, D., Shoda, Y.
1999 *Social-Cognitive Theory and the Coherence of Personality*, in D. Cervone, Y. Shoda (a cura di), *The Coherence of Personality*, Guilford, New York, pp. 1-33.

Charney, D.S., Nelson, J.C., Quinlan, D.M.
1981 *Personality traits and disorder in depression*, in «American Journal of Psychiatry», 138, pp. 1601-1604.

Clark, H.H.
1996 *Using Language*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Clark, L.A., Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Irish, S.L.
1996 *Convergence of two systems for assessing personality disorders*, in «Psychological Assessment», 8, pp. 294-303.

Clarkin, J.F., Hull, J.W., Hurt, S.W.
1993 *Factor structure of borderline personality disorder criteria*, in «Journal of Personality Disorders», 7, pp. 137-143.

Clarkin, J.F., Yeoman, F.E., Kernberg, O.F.
1999 *Psychotherapy for Borderline Personality*, John Wiley & Sons, Chichester-New York (trad. it. *Psicoterapia della Personalità Borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2000).

Cloninger, C.R.
2000 *A practical way to diagnose personality disorders*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 99-106.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R.
1993 *A psychobiological model of temperament and character*, in «Archives of General Psychiatry», 44, pp. 573-588.

Colby, K.M.
1981 *Modeling paranoid mind*, in «The Behavioral and Brain Sciences», 4, pp. 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*, in «Cognitive Therapy and Research», 3, pp. 5-60.

Conti, L., Bosco, F., Bara, B., Semerari, A.
2001 *Condivisione e funzioni metacogntive: analisi di sedute psicoterapeutiche attraverso l'indice di condivisione e la S.Va.M*, in «Quaderni di Psicoterapia Cognitiva», 9, 4, pp. 6-24.

Contreras, J.M, Kerns, K.A., Weimer, B.L., Gentzler, A.L., Tomich, P.L.
2000 *Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood*, in «Journal of Family Psychology», 14, pp. 111-124.

Cooper, A.
1998 *Further Developments in the Clinical Diagnosis of Narcissistic Personality Disorder*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York, pp. 53-74.

Cooper, A., Ronningstam, E.F.
1992 *Narcissistic Personality Disorder*, in A. Tasman (a cura di), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 11, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 80-97.

Corcoran, R., Frith, C.D.
1996 *Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia*, in «Cognitive Neuropsychiatry», 1, pp. 305-318.

Correale, A.
2002 *Borderline*, Borla, Roma.

Costa, P.T., McCrae, R.R.
1992 *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

Cottraux, J., Blackburn, I.
2001 *Cognitive Therapy*, in J.W Livesley (a cura di), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford, New York.

Cotugno, A., Benedetto, A.M.
1995 *Il Paziente Borderline: Introduzione Clinica alla «Patologia Marginale»*, Franco Angeli, Milano.

Dahl, A.A.
1996 *The relationship between social phobia and avoidant personality disorder: workshop report 3*, in «International Clinical Psychopharmacology», 11, 3, pp. 109-112.

Damasio, A.
1994 *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*, Putnam, New York (trad. it. *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano 1995).
1999 *Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harcourt, San Diego, Cal. (trad. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000).

Decety, J., Grezes, J.
1999 *Neural mechanism subserving the perception of human actions*, in «Trends in Cognitive Sciences», 3, pp. 172-178.

Derksen, J.
1995 *Personality disorders. Assessment and Treatment Based on DSM-IV e ICD-10*, John Wiley & Sons, New York.

De Rosnay, M., Harris, P.L.
2002 *Individual differences in children's understanding of emotion: the roles of attachment and language*, in «Attachment and Human Development», 4, pp. 39-54.

Dimaggio, G.
1999 *Il problema dell'integrazione. I deficit della funzione narrativa*, in A. Se-

merari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
2003 *I setting multipli in psicoterapia cognitiva*, in «Psichiatria e Territorio».

Dimaggio, G., Carcione, A., Semerari, A., Marraffa, M., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M.
2001 *Modelos de mantenimento de los trastornos de personalidad*, in «Revista de Psicoterapia», 45, pp. 5-20.

Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A.
1999 *Deficit di condivisione e di appartenenza*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 231-280.

Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D.
2003 *Rewriting self-narratives. The therapeutic process*, in «Journal of Constructivist Psychology», 12, 2, pp. 155-181.

Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., Hermans, H.J.M.
(in stampa) *Dialogical Relationships in Impoverished Narratives: From Theory to Clinical Practice*, in «Psychology and Psychotherapy».

Dimaggio, G., Semerari, A.
1998 *La costruzione di storie e l'immagine del corpo*, in M. Ceruti, G. Loverso (a cura di), *Epistemologia e Psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
2001a *Psychopathological narrative forms*, in «Journal of Constructivist Psychology», 14, 1, pp. 1-23.
2001b *El narcisismo en acción. Un modelo de psicopatología illustrado por el análisis de un caso individual*, in «Revista de Psicoterapia», 45, pp. 65-92.
(in stampa) *Disorganized Narratives: The Psychological Condition and his Treatment. How to Achieve a Metacognitive Point of View Order to Chaos*, in L. Angus, J. McLeod (a cura di), *Handbook of Narrative Psychotherapy. Practice, Theory, and Research*, Sage, London.

Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A., Procacci, M.
2002 *Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an integrated narcissism model*, in «Journal of Psychotherapy Integration», 12, 4, pp. 421-451.

Dimaggio, G., Serio, V.A., Ruggeri, G.
1995 *L'architettura narrativa della personalità osservata nel sogno. Le Autonarrazioni Nucleari Ricorsive (ANR)*, in «Psicoterapia», 5, pp. 67-82.

Donat, D.
1995 *Use of the MCMI-III in Behavior Therapy*, in P.D. Retzlaff (a cura di), *Tactical Psychotherapy of the Personality Disorders An MCMI-III-Based Approach*, Allyn and Bacon, Boston.

Dunn, J., Brown, J., Somkowski, C., Telsa, C., Youngblade, L.
1991 *Young children's understanding of other people's feeling and beliefs: individual differences and their antecedents*, in «Child Development», 62, pp. 1352-1366.

Ekman, P., Friesen, W.V.
1975 *Unmasking the Face*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Elicker, J., Englund, M., Sroufe, L.A.
1992 *Predicting Peer Competence and Peer Relationship in Childhood from Early Parent-Child Relationship*, in R. Parke, G. Ladd (a cura di), *Family-Peer Relationship*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Ellison, J., Adler, D.
1990 *A Strategy for the Pharmacotherapy of Personality Disorders*, in D. Adler (a cura di), *Treating Personality Disorders*, Jossey-Bass, San Francisco.

Emmons, R.A.
1989 *The Personal Striving Approach to Personality*, in L.A. Pervin (a cura di), *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 87-126.

Endler, N.S., Magnusson, D.
1976 *Toward an interactional psychology of personality*, in «Psychological Bulletin», 83, 5, pp. 956-974.

Eysenck, H.J.
1987 *The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their definition*, in «Journal of Personality Disorders», 1, pp. 211-219.

Fadiga, L., Gallese, V.
1977 *Action representation and language in the brain*, in «Theoretical Linguistics», 23, pp. 267-280.

Fairbairn, R.W.D.
1952 *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock/Routledge & Kegan Paul, London (trad. it. *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1970).

Falloon, I.R., Lloyd, G., Harpin, E.
1981 *The treatment of social phobia: real life rehearsal with nonprofessional therapists*, in «Journal of Nervous Mental Diseases», 169, pp. 180-184.

Fenichel, O.
1945 *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, W.W. Norton & Company, New York (trad. it. *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma 1951).

Fernandez-Alvarez, H.
2000 *Dependencia afectiva patologica*, in «Revista Argentina de Clinica Psicologica», 3, pp. 271-282.

Fiscalini, J.
1994 *Narcissism and coparticipant inquiry: explorations in contemporary interpersonal psychoanalysis*, in «Contemporary Psychoanalysis», 30, pp. 747-776.

Fischoff, B., Beyt-Marom, R.
1983 *Hypothesis evaluation from a bayesian perspective*, in «Psychological Review», 90, pp. 239-260.

Fodor, J.A.
1983 *The Modularity of Mind*, MIT Press, Cambridge, Mass. (trad. it. *La mente modulare*, Il Mulino, Bologna 1988).

Fonagy, P.
1991 *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient*, in «International Journal of Psycho-Analysis», 72, pp. 639-656.
1996 *Attaccamento sicuro ed insicuro*, in «Kos», 129, pp. 26-32.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Holder, J.
1997 *Quality of attachment to mother at one year predicts belief-desire reasoning at five years*, in «Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers», vol. 14.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Keight, T., Kennedy, R., Matoon, G.E., Target, M.
1995 *Attachment, the Reflective Self and Borderline States*, in S. Goldberg, R. Muiz, J. Kerr. (a cura di), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.

Fonagy, P., Target, M.
1997 *Attachment and reflective function: their role in self-organization*, in «Development and Psychopatology», 9, pp. 679-700.
2001 *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.

Forrest, G.
1983 *Alcoholism, Narcissism and Psychopathology*, Aronson, Northvale, NJ.

Fossati, A.
2002 *Evoluzione, personalità, psicopatologia*, in C. Maffei, M. Battaglia, A. Fossati (a cura di), *Personalità, sviluppo e psicopatologia*, Laterza, Roma-Bari, pp. 97-149.

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L.
1999 *Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria*, in «Comprehensive Psychiatry», 40, pp. 72-79.

Fossati, A., Maffei, C., Battaglia, M., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., Prolo, F.
2000 *Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample*, in «Comprehensive Psychiatry», 41, pp. 206-215.

Foulkes, S.
1990 *Selected Papers*, Karnac, London.

Fowler, D.G., Garety, P., Kuipers, E.
1995 *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and practice*, John Wiley & Sons, Chichester (trad. it. P. Morosini, a cura di, *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. Teoria e pratica*, Masson, Milano 1998).

Frances, A., Fyer, M., Clarkin, J.
1986 *Personality and suicide*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», 487, pp. 281-293.

Freud, S.
1911 *Poscritto a «Osservazioni Psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente*, in Id., *Opere*, vol. 6, Boringhieri, Torino.
1914 *On Narcissism: An Introduction*, in *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 14, Hogarth Press, London (trad. it. *Introduzione al narcisismo*, in S. Freud, *Opere*, vol. 7, Boringhieri, Torino).

Frijda, N.H.
1986 *The Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge, UK (trad. it. *Le emozioni*, Il Mulino, Bologna 1990).
1993 *The place of appraisal in emotion*, in «Cognition and Emotion», 7, 3-4, pp. 357-387.

Frith, C.
1994 *Theory of Mind in Schizophrenia*, in A. David, J. Cutting (a cura di), *The Neuropsychology of Schizophrenia*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Frith, C., Corcoran, R.
1996 *Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia*, in «Psychological Medicine», 26, pp. 521-530.

Frith, U., Happé, F.
1999 *Theory of mind and self consciousness: what is it like to be autistic?*, in «Mind and Language», 14, pp. 1-22.

Fulton, M., Winokour, G.
1993 *A comparative study of paranoid and schizoid personality disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 150, pp. 1363-1367.

Gabbard, G.O.
1989 *Two subtipes of narcissistic personality disorder*, in «Bulletin of Menninger Clinic», 53, pp. 527-532.
1990 *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, New York (trad. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1992).
1992 *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, II ed., APA Press, Wash-

ington DC (trad. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1995).

1998 *Transference and Countertransference in the Treatment of Narcissistic Patients*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York.

2000 *Psychotherapy of personality disorders*, in «Journal Psychotherapy Practice Research», 9, 1, pp. 1-6.

Gabriel, M.T., Critelli, J.W., Ee, J.S.

1994 *Narcissistic illusions in self-evaluations of intelligence and attractiveness*, in «Journal of Personality Disorders», 62, pp. 143-155.

Gallese, V.

1999 *From Grasping to Language: Mirror Neurons and the Origin of Social Communication*, in S. Hameroff, A. Kazniak, D. Chalmers (a cura di), *Towards a Science of Consciouness*, MIT Press, Cambridge, Mass.

2000 *The Acting Subject: Towards the Neural Basis of Social Cognition*, in T. Metzinger (a cura di), *Neural Correlates of Consciouness*, MIT Press, Cambridge, Mass.

2001a *Azioni, rappresentazioni ed intersoggettività: dai neuroni mirror al sistema multiplo di condivisione*, in «Sistemi Intelligenti», 1, pp. 77-102.

2001b *The «shared manifold» hypothesis*, in «Journal of Consciouness Studies, 8, 5-7, pp. 33-50.

Gergen, K.J., Gergen, M.M.

1988 *Narrative and the self as relationship*, in «Advances in Experimental Social Psychology», 21, pp. 17-56.

Gilbert, P.

1992 *Human Nature and Suffering*, Guilford, New York.

Goldman, A.

1993 *The psychology of folk psychology*, in «The Behavioral and Brain Sciences», 16, pp. 15-28.

Gopnik, A.

1993 *How we know our own minds: the illusion of first-person knowledge of intentionality*, in «The Behavioral and Brain Sciences», 16, pp. 1-14.

Greenberg, L.S., Rice, L.N., Elliott, R.

1993 *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*, Guilford, New York.

Greenberg, L.S., Safran, J.D.

1987 *Emotion in Psychotherapy: Affects and the Process of Change*, Guilford, New York.

Grice, P.

1975 *Logic and Conversation*: *The William James Lectures*, II, in P. Cole, J.L. Morgan (a cura di), *Sintax and Semantics 3: Speech Acts*, Accademic

Press, New York (trad. it. *Logica e conversazione*, in M. Sbisà, a cura di, *Gli Atti Linguistici*, Feltrinelli, Milano 1978).

Grinker, R.R., Werble, B., Drye, R.
1968 *The Borderline Syndrome. A Behaviorial Study of Ego Functions*, Basic Books, New York.

Guidano, V.F.
1987 *Complexity of the Self*, Guilford, New York (trad. it. *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1998).
1991 *The Self in Process*, Guilford, New York (trad. it. *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino 1992).

Guidano, V.F., Liotti, G.
1983 *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford, New York.

Gunderson, J.G.
1984 *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington DC.
2001 *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Gunderson, J.G., Phillips, K.A.
1991 *A current view of the interface between borderline personality disorder and depression*, in «American Journal of Psychiatry», 148, pp. 967-975.

Gunderson, J.G., Singer, M.T.
1975 *Defining borderline patients: an overview*, in «American Journal of Psychiatry», 132, pp. 1-9.

Gutsch, K.U.
1988 *Psychotherapeutic Approaches to Specific DSM-III-R Categories: A Resource Book for Treatment Planning*, Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Harris, P.L.
1999 *Individual differences in understanding emotion: the roles of attachment status and psychological discours*, in «Attachment and Human Development», 1, pp. 307-324.

Heimberg, R.G., Barlow, D.H.
1990 *New developments in cognitive behavioural therapy for social phobia*, in «Journal of Clinical Psychiatry», 52 (Suppl. 11), pp. 10-15.

Hermans, H.J.M.
1996 *Voicing the self: from information processing to dialogical interchange*, in «Psychological Bulletin», 119, pp. 31-50.
2001a *The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning*, in «Culture & Psychology», 7, 3, pp. 243-281.
2001b *The construction of a personal position repertoire: method and practice*, in «Culture & Psychology», 7, 3, pp. 324-366.

2003 *The construction and reconstruction of a dialogical self*, in «Journal of Constructivist Psychology», 16, 2, pp. 89-130.

Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.K.
1993 *The Dialogical Self: Meaning as Movement*, Academic Press, San Diego, Cal.

Hilton, J.L., Klein, J.G., von Hippel, W.
1991 *Attention allocation and impression formation*, in «Personality and Social Psychology Bulletin», 17, pp. 548-559.

Hirose, S.
2001 *Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone*, in «Psychiatry Clinical Neuroscience», Apr., 55, 2, pp. 161-162.

Hollander, E., Allen, A., Lopez, R.P., Bienstock, C.A., Grossman, R., Siever, L.J., Merkatz, L., Stein, D.J.
2001 *A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder*, in «The Journal of Clinical Psychiatry», Mar., 62, 3, pp. 199-203.

Horney, K.
1945 *Our Inner Conflicts*, W.W. Norton & Company, New York.

Horowitz, M.J.
1987 *States of Mind. Configurational Analysis of Individual Psychology*, II ed., Plenum Press, New York.
1989 *Clinical phenomenology of narcissistic pathology*, in «Psychiatric Clinic of North America», 12, pp. 531-539.
1991a *States, schemas and control: general theories for psychotherapy integration*, in «Journal of Psychotherapy Integration», 1, 2, pp. 85-102.
1991b *Histerical Personality Style and Histrionic Personality Disorder*, Aronson, New York.

Horvath, A.O., Symonds, B.D.
1991 *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*, in «Journal of Counseling Psycology», 38, pp. 139-149.

Hurlburt, R.
1990 *Sampling Normal and Schizophrenic Inner Experience*, Plenum Press, New York.

Hurlburt, R., Happé, F., Frith, U.
1994 *Sampling the form of inner experience in three adults with Asperger syndrome*, in «Psychological Medicine», 24, pp. 385-395.

Hutchison, W., Davis, K., Lozano, A., Tasker, R., Dostrovsky, J.
1999 *Pain related neurons in the human cingulate cortex*, in «Nature Neuroscience», 2, pp. 403-405.

Jaspers, K.
1959 *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg (trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1962).

Jellema, A.
2000 *Insecure attachment states: their relationship to borderline and narcissistic personality disorders and treatment process in cognitive analytic therapy*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 7, pp. 138-154.

Jenkins, J., Astington, J.W.
1996 *Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children*, in «Developmental Psychology», 32, pp. 70-78.

John, O.P., Robins, R.W.
1994 *Accuracy and bias in self-perception: individual differences in self-enhancement and the role of narcissism*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 66, 1, pp. 206-219.

Karasu, T.B.
1991 *Il dilemma fattori terapeutici specifici/aspecifici. Identificare i mediatori del cambiamento terapeutico*, in «Psicoterapia», 1, pp. 47-65.

Karpman, S.B.
1968 *Fairy tales and script drama analysis*, in «Transactional Analysis Bulletin», 7, pp. 39-43.

Kavoussi, R.J., Coccaro, E.F.
1998 *Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder*, in «The Journal of Clinical Psychiatry», Dec., 59, 12, pp. 676-680.

Kelly, G.
1955 *The Psychology of Personal Constructs*, W.W. Norton & Company, New York.

Kernberg, O.F.
1975 *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York (trad. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1984).
1993 *The Psychotherapic Treatment of Borderline Patient*, in J. Paris (a cura di), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC.
1998 *Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Background and Diagnostic Classification*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York, pp. 29-52.

Khantzian, E.J., Halliday, K.S., McAuliffe, W.E.
1990 *Addiction and the Vulnerable Self, Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*, Guilford, New York.

Kingdon, D., Turkington, D.
1994 *Cognitive Behavioural Therapy of Schizofrenia*, Guilford, New York (trad. it. *Psicoterapia della schizofrenia*, Raffaello Cortina, Milano 1997).

Klar, Y.
1990 *Linking structures and sensitivity to judgment relevant information in statistical and logical tasks*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 59, pp. 841-858.

Klein, M.
1946 *Notes on some schizoid mechanisms*, in *Envy and Gratitude and other works. The writings of Melanie Klein*, vol. III, Hogart Press, London (trad. it. *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1958).

Knox, S., Hess, S.A., Petersen, D.A., Hill, C.E.
1997 *A Qualitative analysis of client perceptions of the effects of therapist self-disclosure in long-term therapy*, in «Journal of Counseling Psychology», 44, pp. 274-383.

Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M.A., Fogassi, L., Gallese, V., Rizzolati, G.
2002 *Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons*, in «Science», 297, 5582, pp. 846-848.

Kohut, H.
1971 *The Analysis of the Self*, International University Press, New York (trad. it. *Narcisismo e analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1976).
1977 *The Restoration of the Self*, International University Press, New York (trad. it. *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1980).

Koons, C.R., Robins, C.J., Bishop, G.R., Marse, J.Q., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzales, A.M., Butterfield, M.L., Bastian, L.A.
2001 *Efficacy of dialettical behaviour therapy with borderline women veterans: a randomised controlled trial*, in «Behavioral Therapy», 32, pp. 371-390.

Kraepelin, E.
1913 *Psichiatrie: Ein Lehrbruch*, Barth, Leipzig.

Kretschmer, E.
1918 *Der Sensitive Bezieehungswahn*, Springer, Berlin.
1925 *Physique and Character*, Kegan Paul-Trench and Trubner, London.

Krystal, H.
1998 *Affect Regulation and Narcissism: Trauma, Alexithymia and Psychosomatic Illness in Narcissistic Patients*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York, pp. 299-326.

Kubacki, S.R., Smith, P.R.
1995 *An Intersubjective Approach to Assessing and Treating Ego Defenses Using the MCMI-III*, in P.D. Retzlaff (a cura di), *Tactical Psychotherapy Disorders an MCMI-III-Based Approach*, Allyn and Bacon, Boston.

Laible, D.J., Thompson, R.A.
1998 *Attachment and emotional understanding in preschool children*, in «Developmental Psychology», 34, pp. 1038-1045.

Lalla, C.
1999 *La promozione della funzione metacognitiva attraverso l'uso delle tecniche cognitive standard*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.

Lasch, C.
1979 *The Culture of Narcissism*, W.W. Norton & Company, New York.

Leiman, M., Stiles, W.B.
2001 *Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited*, in «Psychotherapy Research», 11, pp. 311-330.

Lenzenweger, M.F., Korfine, L.
1995 *Tracking the Taxon: On the Latent Structure and Base Rate of Schizotipy*, in A. Raine, T. Lencz, S.A. Mednick (a cura di), *Schizotypal Personality*, Cambridge University Press, New York, pp. 135-167.

Leslie, A.M.
1987 *Pretense and representation: the origins of «Theory of Mind»*, in «Psychological Review», 94, pp. 412-426.
1994 *ToMM, ToBy, and Agency: Core Architecture and Domain Specificity*, in L. Hirschfeld, S. Gelman (a cura di), *Mapping the Mind: Domain Specificity in Cognition and Culture*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
2000 *«Theory of Mind» as a Mechanism of Selective Attention*, in M.S. Gazzaniga (a cura di), *The New Cognitive Neurosciences*, MIT Press, Cambridge, Mass.

Lichtenberg, J., Lachmann, F., Fosshage, D.
1992 *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Technique*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.

Linehan, M.M.
1993 *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York (trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2001).

Lingiardi, V.
2002 *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*, Raffaello Cortina, Milano.

Lingiardi, V., Madeddu, F., Maffei, C.
1993 *Il disturbo borderline di personalità, ovvero empiria e clinica della complessità*, in J. Paris (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*, Raffaello Cortina, Milano, pp. XIII-XIX.

Liotti, G.
1994 *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.
1999 *Il nucleo del disturbo borderline di personalità: una ipotesi integrativa*, in «Psicoterapia», 16, pp. 53-65.
2001 *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano.

Liotti, G., Intreccialagli, B.
1998 *Metacognition and Motivational System in Psychotherapy: A Cognitive-Evolutionary Approach to the Treatment of Difficult Patients*, in C. Perris, P.D. McGorry (a cura di), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders*, John Wiley & Sons, New York (trad. it. *Metacognizione e Sistemi Motivazionali in Psicoterapia: un approccio cognitivo-evoluzionista al trattamento dei pazienti difficili*, in *Terapia cognitiva dei pazienti psicotici e con disturbi di personalità*, Masson, Milano 2000, pp. 333-349).

Liotti, G., Pasquini, P., Fassone, G., Cirrincione, R., Mazzotti, E., Cattaruzza, M.S., Cecere, F., Chiaia, E., Colombo, G., Cotugno, A., Monticelli, F., Nicolò, G., Picardi, A.
2000 *Predictive factors for borderline personality disorders: patients' early traumatic experiences and losses suffered by attachment figures*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102, pp. 282-289.

Livesley, W.J.
2001a *Handbook of Personality Disorders, Theory, Research, and Treatment*, Guilford, New York.
2001b *Conceptual and Taxonomic Issues*, in Id. (a cura di), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford, New York, pp. 3-38.

Livesley, W.J., Jang, K.L.
2000 *Toward an empirically based classification of personality disorders*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 137-151.

Livesley, W.J., Jang, K.L., Jackson D.N., Vernon, P.A.
1993 *Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 150, pp. 1826-1831.

Loranger, A.W.
1996 *Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 184, 1, pp. 17-21.

Lorenzini, R., Sassaroli, S.
1992 *Cattivi pensieri*, La Nuova Italia Scientifica, Firenze.
1995 *Attaccamento, conoscenza e disturbi della personalità*, Raffaello Cortina, Milano.

Loverso, G.
1995 *Le relazioni soggettuali*, Bollati Boringhieri, Torino.

Lowen, A.
1983 *On Narcissism. Denial of the True Self*, MacMillan, New York (trad. it. *Il narcisismo*, Feltrinelli, Milano 1990).

Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (a cura di)
1990 *Understanding Transference: The CCRT Method*, Basic Books, New York (trad. it. *Capire il transfert*, Raffaello Cortina, Milano 1992).

Maffei, C.
1993 *Il Disturbo Borderline di Personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
2001 *Dalla personalità alla psicopatologia: un problema evolutivo*, in «Quaderni di psicoterapia cognitiva», 8, pp. 86-101.
2002 *Personalità e sviluppo*, in C. Maffei, M. Battaglia, A. Fossati (a cura di), *Personalità, sviluppo e psicopatologia*, Laterza, Roma-Bari, pp. 3-59.

Maffei, C., Battaglia, M., Fossati, A. (a cura di)
2002 *Personalità, sviluppo e psicopatologia*, Laterza, Roma-Bari.

Main, M.
1991 *Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring and Singular (Coherent) vs. Multiple (Incoherent) Models of Attachment. Findings and Direction for Future Research*, in C. Parkes, C.M. Stevenson-Hinde, P. Marris (a cura di), *Attachment Across the Life Cycle*, Tavistok & Routledge, London (trad. it. *L'attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1995).

Mancini, F.
1996 *L'egodistonia*, in B.G. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
1997 *Il senso di colpa: un'analisi cognitiva*, in «Psicoterapia», 9, pp. 31-46.
2000 *Invited paper al Congresso: «Il futuro della psicoterapia»*, Milano, 20-22 ottobre 2000.

Mancini, F., Gangemi, A.
2001a *Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento*, in C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 200-226.
2001b *Ragionamento e irrazionalità*, in C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 156-199.
2002 *Role of responsability in conditional reasonings*, in «Psychological Report», 91, 1, pp. 275-288.

Mancini, F., Semerari, A.
1990 *Emozioni e sistemi cognitivi: le teorie cognitive della sofferenza emotiva*, in F. Mancini, A. Semerari (a cura di), *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*, Nis, Roma.

Mancioppi, S., Fiore, D., Petrilli, D., Dimaggio, G.
(in stampa)*Il senso di colpa nel disturbo narcisistico di personalità*, in «Psicobbiettivo».

Markus, H., Nurius, P.
1986 *Possible selves*, in «American psychologist», 41, pp. 954-969.

Marraffa, M.
1998 *Psicopatologia, scienza cognitiva e filosofia della mente*, in «Sistemi Intelligenti», 10, 2, pp. 320-327.
2001 *Teoria della mente: dai modelli teorici alla psicopatologia cognitiva*, in «Sistemi Intelligenti», 13, 1, pp. 3-16.

McAdams, D.P.
1997 *A Conceptual History of Personality Psychology*, in R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (a cura di), *Handbook of Personality Psychology*, Academic Press, San Diego, Cal.

McCann, J.T.
1995 *The MCM-III and Treatment of the Self*, in P.D. Retzlaff (a cura di), *Tactical Psychotherapy of the Personality Disorders An MCMI-III-Based Approach*, Allyn and Bacon, Boston.
1999 *Assessing Adolescents with the MACI: Using the Millon Adolescent Clinical Inventory*, John Wiley & Sons, New York.

McGlashan, T.H.
2002 *The Borderline personality disorder practice guidelines: the good, the bad and the realistic*, in «Journal of Personality Disorders», 16, pp. 119-121.

McWilliams, N.
1994 *Psychoanalytic Diagnosis*, Guilford, New York.

Meins, E., Fernyhough, C., Russel, J., Clark-Carter, D.
1998 *Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study*, in «Social Development», 7, pp. 1-24.

Meissner, W.W.
1986 *Psychotherapy and the Paranoid Process*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

Meyer, R.G., Osborne, Y.V.H.
1982 *Case Study in Abnormal Behavior*, Allyn and Bacon, Boston.

Miceli, M., Castelfranchi, C.
1992 *La cognizione del dolore*, Franco Angeli, Milano.

Mikulincer, M.
1997 *Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 72, 5, pp. 1217-1230.
1998 *Adult attachment style and affect regulation: strategic variations in self-appraisals*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 75, 2, pp. 420-435.

Miller, A.
1981 *Prisoners of Childhood*, Basic Books, New York.

Millon, T.
1969 *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*, WB Saunders, Philadelphia.
1981 *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*, Wiley-Interscience, New York.
1991 *Avoidant personality disorder: a brief review of issues and data*, in «Journal of Personality Disorders», 5, pp. 353-362.
1993 *The Millon adolescent personality inventory and the Millon adolescent clinical inventory*, in «Journal of Counseling & Development», 71, 5, p. 570.
1996 *Personality and Psychopathology: Building a Clinical Science Selected Papers of Theodore Millon*, John Wiley & Sons, New York.
1999 *Personality-Guided Therapy*, John Wiley & Sons, New York.
2000 *Reflections on the future of DSM axis II*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 30-41.

Millon, T., Davis, R.D., Millon, C.M., Wenger, A., Van Zullen, M.H., Fuchs, M., Millon, R.B.
1996 *Disorders of Personality: DSM-IV and beyond*, II ed., John Wiley & Sons, New York.

Minkowski, E.
1927 *La Schizophrénie*, Desclée de Brouver, Paris.

Mischel, W.
1968 *Personality and Assessment*, John Wiley & Sons, New York.

Mitchell, S.A.
1988 *Relational Concepts in Psychoanalysis*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. (trad. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1993).

Modell, A.H.
1984 *Psychoanalysis in a New Context*, International University Press, New York (trad. it. *Psicoanalisi in un nuovo contesto*, Raffaello Cortina, Milano 1990).

Morey, L.C.
1988 *A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria*, in «Journal of Personality Disorders», 2.

Moss, E., Parent, S., Gosselin, C.
1995 *Attachment and Theory of Mind: Cognitive and Metacognitive Correlates of Attachment During the Preschool Period*, in P. Fonagy, M. Target, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

Muran, J.C.
2002 *A relational approach to understanding change: plurality and contextua-*

lism in a psychotherapy research program, in «Psychotherapy Research», 12, pp. 113-138.

Murphy, D., Stich, S.
2000 *Darwin in the Madhouse: Evolutionary Psychology and the Classification of Mental Disorders*, in P. Carruthers, A. Chamberlain (a cura di), *Evolution and the Human Mind*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Neimeyer, R.A., Feixas, G.
1990a *Constructivistic contribution to psychotherapy integration*, in «Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy», 9, pp. 4-20.
1990b *I disturbi di costruzione*, in F. Mancini, A. Semerari (a cura di), *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*, Nis, Roma.

Nelson, T.O., Narens, L.
1990 *Metamemory: A Theoretical Framework and New Findings*, in G. Bower (a cura di), *The Psychology of Learning and Motivation*, vol. 26, Academic Press, New York, pp. 125-141.

Nichols, S., Stich, S.
2002 *Reading One's Own Mind: A Cognitive Theory of Self-Awareness*, in Q. Smith, A. Jokic (a cura di), *Aspects of Consciousness*, Oxford University Press, Oxford.

Nicolò, G.
1999 *Deficit di decentramento e ideazione delirante*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.

Nicolò, G., Carcione, A.
1996 *Disturbo Dipendente di Personalità: ipotesi per un modello clinico*, in «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale», 3, pp. 81-91.

Nicolò, G., Centenero, E., Nobile, S., Porcari, F.
2002 *Disturbo paranoideo di personalità: ricerca su caso singolo*, in «Ricerca in psicoterapia», 5, 1-2, pp. 89-107.

O'Connor, L.
1996 *Senso di colpa del sopravvissuto e depressione: studi sperimentali*, in «Psicoterapia», 6-7, pp. 105-111.

Ogden, T.H.
1979 *On projective identification*, in «International Journal of Psychoanalysis», 60, pp. 356-373.
1986 *The Matrix of the Mind*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

Oldham, J.M., Morris, L.
1990 *The Personality Self-Portrait. Why You Think, Work, Love, and Act the Way You Do*, Bantam Books, New York.

Oldham, J., Skodol, A.
2000 *Charting the future of axis II*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 17-29.

Ornstein, P.H.
1998 *Psychoanalysis of Patients with Primary Self-Disorder*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York, pp. 147-169.

Palermo, G.B., Smith, M.B., Jenzten, J.M., Henry, T.E., Konicek, P.E., Peterson, G.F., Sung, R.P., Witeck, M.J.
1997 *Murder-suicide of the jealous paranoia type: a multicenter statistical pilot study*, in «American Journal of Forensic Medicine and Pathology», 18, 4, pp. 374-383.

Papageorgiou, C., Wells, A.
1999 *Process and meta-cognitive dimension of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 6, 2, pp. 156-162.

Paris, J. (a cura di)
1993 *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC (trad. it. *Il Disturbo Borderline di Personalità. Eziologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano 1995).

Park, K., Waters, E.
1989 *Security of attachment and preschool friendship*, in «Child Development», 60, pp. 1076-1081.

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.
2002 *Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 105, pp. 110-116.

Peele, S.
1985 *The Meaning of Addiction, Compulsive Experience and Its Interpretation*, Lexington Books, D.C. Heath and Company, Lexington, Mass.

Perris, C.
1983 *Cognitive Psychotherapy with Schizophrenic Patients*, Guilford, New York.
1993 *Psicoterapia del paziente difficile*, Métis, Lanciano.
1999 *A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications for treatment*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 6, pp. 239-260.

Perris, C., Skagerlind, L.
1994 *Cognitive therapy with schizophrenic patients*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 89 (Suppl. 382), pp. 65-70.

Perry, J.C.
1992 *Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 149, pp. 1645-1653.
1996 *Dependent Personality Disorder*, in G.O. Gabbard, S. Atkinson (a cura di), *Synopsis of Treatment of Psychiatric Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC.

Perry, J.C., Banon, E., Ianni, F.
1999 *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 156, 9, pp. 1312-1321.

Perry, J.C., Herman, J.L.
1993 *Trauma and Defense in the Etiology of Borderline Personality*, in J. Paris (a cura di), *Borderline Personality Disorder Etiology and Treatment*, American Psychiatry Press, Washington DC.

Perugi, G.
2001 *Oltre la timidezza. La fobia sociale*, Carocci, Roma.

Peyton, E., Safran, J.D.
1998 *Interpersonal Process in the Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, in C. Perris, P.D. McGorry (a cura di), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*, John Wiley & Sons, New York (trad. it. *I processi interpersonali nel trattamento del disturbo narcisistico di personalità*, in *Terapia cognitiva dei pazienti psicotici e con disturbi di personalità*, Masson, Milano 2000).

Pilkonis, P.A., Frank, E.
1988 *Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response*, in «American Journal of Psychiatry», pp. 435-441.

Pines, M., Hutchinson, S.
1993 *Group Analysis*, in A. Alonso, H.I. Swiller, (a cura di), *Group Therapy in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 29-47.

Plutchik, R.
1980 *A General Psychoevolutionary Theory of Emotion*, in R. Plutchik, H. Kellerman (a cura di), *Emotion, Theory, Research and Experience*, Academic Press, San Diego, Cal., pp. 3-33.

Pollak, S.D., Cicchetti, D., Hornung, K., Reed, A.
2000 *Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect*, in «Developmental Psychology», 36, pp. 679-688.

Pontalti, C.
1998 *I Campi Multipersonali e la Costruzione del Progetto Terapeutico: un paradigma della complessità*, in M. Ceruti, G. Lo Verso (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia: complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano 1998.

1999 *Disturbi di Personalità e Campi Mentali Familiari: Disturbo dipendente e contesto*, in «Rivista di Psicoterapia Relazionale», 9, pp. 25-43.

Pontalti, C., Menarini, R.
1994 *I disturbi di personalità. Dalla psicopatologia al progetto psicoterapeutico*, in G. De Marco (a cura di), *A che punto è la psichiatria?*, UPSEL-Domenghini Editore, Padova, pp. 52-68.

Pretzer, J.L., Beck, A.T.
1996 *A Cognitive Theory of Personality Disorders*, in J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (a cura di), *Major Theories of Personality Disorder*, Guilford, New York (trad. it. *La teoria cognitiva dei disturbi di personalità*, in *I disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano 1997).

Procacci, M.
1995 *Vergognarsi in terapia*, in «Psicoterapia», 1, pp. 117-123.

Procacci, M., Alleva, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Vinci, G.
1999 *The Grid of Problematic States and Metacognition Assessment Scale (M.A.S.) applied to an Avoidant Personality Disorder: A Case-Study*, 6th ISSPD International Congress, Geneva, 15-18 September.

Procacci, M., Conversano, P., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Candilera, G., Iliceto, P.
2003 *Un questionario per il senso di appartenenza e condivisione (SAC): costruzione e somministrazione dello strumento*, in «Ricerca in psicoterapia-SPR Italia», 5.

Procacci, M., Dimaggio, G., Semerari, A.
1999 *El deficit de compartir y de pertenencia en los trastornos de la personalidad; clinica y tratamiento*, in «Boletín de Psicologia», 65, pp. 75-100.

Procacci, M., Magnolfi, G.
1996 *Il disturbo di evitamento di personalità: modello clinico e trattamento*, in «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale», 2, 3, pp. 67-79.

Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D., Vinci, G., Semerari, A.
2002 *La psicopatologia del Disturbo Evitante di Personalità e della Fobia Sociale: studio su casi singoli ed analisi comparativa dei profili metacognitivi nei due disturbi*, in «Psichiatria e Territorio», vol. XIX, 1, pp. 23-34.

Procacci, M., Popolo, R., Vinci, G., Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontalti, I., Alleva, G.
2000 *Stati mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: studio su caso singolo*, in «Ricerca in psicoterapia», 3, 1, pp. 66-89.

Procacci, M., Semerari, A.
1998 *Il senso di non appartenenza e non condivisione in alcuni disturbi di personalità: modello clinico ed intervento terapeutico*, in «Psicoterapia», 12, pp. 39-49.

Puce, A., Allison, T., Bentin, S., Gore, J.C., McCarthy, G.
1998 *Temporal cortex activation in humans viewing eye and mouth movements*, in «Journal of Neuroscience», 18, pp. 2188-2199.

Raskin, R., Novacek, J., Hogan R.
1991 *Narcissism, self-esteem, and defensive self-enhancement*, in «Journal of Personality Disorders», 59, 1, pp. 19-38.

Reich, J.H., Vasile, R.G.
1993 *Effects of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 181, pp. 475-484.

Retzlaff, P.D. (a cura di)
1995 *Tactical Psychotherapy of the Personality Disorders, An MCMI-II-Based Approach*, Allyn and Bacon, Boston.

Rezzonico, G.
1996 *Il trattamento dei disturbi psicotici e di personalità*, in B. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Richards, H.J.
1993 *Therapy of the Substance Abuse Syndromes*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

Rizzolatti, G., Arbib, M.A.
1998 *Language within our grasp*, in «Trends in Neuroscience», 21, pp. 188-194.

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V.
2001 *From Mirror Neurons to Imitation: Facts and Speculation*, in W. Prinz, A. Meltzoff (a cura di), *The Imitative Mind: Development, Evolution and Brain Basis*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Robins, R.W., John, O.P.
1997 *Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: is seeing believing?*, in «Psychological Science», 8, pp. 37-42.

Ronningstam, E.
1999 *Narcissistic Personality Disorders*, in T. Millon, P.H. Blaney, R.D. Davis (a cura di), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, New York, pp. 674-692.

Ronningstam, E., Gunderson, J., Lyons, M.
1995 *Changes in pathological narcissism*, in «American Journal of Psychiatry», 152, 2, pp. 253-257.

Rosemberger, P.H., Miller, G.A.
1983 *Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders*, in «Journal Abnorm Psychology», 98, pp. 161-169.

Rosenberg, M.
1967 *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton University Press, Princeton.
1979 *Conceiving the Self*, Basic Books, New York.

Rosenfeld, H.
1987 *Impasse and Interpretation: Therapeutic and Antitherapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline and Neurotic Patients*, Tavistock, London.

Ryle, A.
1995 *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice*, John Wiley & Sons, New York.
1997 *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder. The Model and the Method*, John Wiley & Sons, Chichester.

Sacks, O.
1995 *An Anthropologist on Mars*, Picador, London (trad. it. *Un antropologo su Marte*, Adelphi, Milano 1995).

Safran, J.D.
1984 *Assessing the cognitive-interpersonal cycle*, in «Cognitive Therapy and Research», 8, pp. 333-348.

Safran, J.D., Segal, Z.V.
1990 *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, Basic Books, New York (trad. it. *I processi interpersonali in terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano 1992).

Safran, J.D., Muran, J.C.
2000 *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*, Guilford, New York (trad. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Roma-Bari 2003).

Salkovskis, P.M.
1985 *Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis*, in «Behaviour Research and Therapy», 23, pp. 571-583.
1989 *Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems*, in «Behaviour Research and Therapy», 27, pp. 677-682.

Salkovskis, P.M., Richards, H.C., Forrester, E.
1995 *The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts*, in «Behavioural and Cognitive Psychotherapy», 23, pp. 281-301.

Salvatore, G., Dimaggio, G., Semerari, A.
(in corso di revisione) *A model of narrative development. Psychopathology and implication for clinical practice*, in «Psychology and psychotherapy».

Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H.
1999 *Factor analysis of the DSM-3 borderline personality disorder criteria in psychiatric patients*, in «American Journal of Psychiatry», 157, pp. 1629-1633.

Sarbin, T.R.
1986 *The Narrative as a Root Metaphor for Psychology*, in T.R. Sarbin (a cura di), *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*, Praeger, New York, pp. 1-27.

Schine, C.
1998 *Le disavventure di Margaret*, Adelphi, Milano.

Schneider, K.
1958 *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart (trad. it. *Psicopatologia Clinica*, Città Nuova, Roma 1983).

Scholl, B.J., Leslie, A.M.
1999 *Modularity, development and 'theory of mind'*, in «Mind and Language», 14, pp. 131-153.

Searles, H.F.
1988 *My Work with Borderline Patients*, Jason Aronson, Northvale, NJ (trad. it. *Il paziente borderline*, Bollati Boringhieri, Torino 1990).

Semerari, A.
1991 *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*, Carocci, Roma.
1999a *La relazione terapeutica e la tecnica del colloquio*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
1999b (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
2000 *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza, Roma-Bari.

Semerari, A., Alleva, G., Avolio, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontalti, I., Procacci, M.
1999 *The Metacognitive Assessment Scale Applied to the Treatment of Personality Disorders*, 6th ISSPD International Congress, Geneva, 15-18 September.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M.
1999 *Episodi Narrativi e Griglia degli Stati Problematici: descrizione del metodo e manuale per l'applicazione*, III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma (non pubblicato).

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G.
2003 *The evaluation of metacognitive functioning in psychotherapy: the metacognition assessment scale and its applications*, in «Clinical Psychology and Psychotherapy», 10.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G., Mergenthaler, E.
2003 *Assessing problematic states inside patient's narratives. The grid of problematic conditions*, in «Psychotherapy Research», 13.

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*, in «Sistemi Intelligenti», 1, pp. 189-208.

Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G.
2000 *Metacognición y relación terapéutica en el tratamiento de pacientes con Trastornos de la Personalidad*, in «Revista Argentina de Clinica Psicologica», 9, pp. 257-270.

Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., Falcone, M.
2002 *L'approccio metacognitivo*, in C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.

Semerari, A., Procacci, M., Conversano, P., Pacciolla, A., Pedone, R.
2003 *Questionario SAC - Il Senso di non appartenenza e di non condivisione nei disturbi di personalità*, relazione presentata al Convegno SOPSI, Roma, 25 febbraio-1 marzo.

Shapiro, D.
1965 *Neurotic Styles*, Basic Books, New York (trad. it. *Stili nevrotici*, Astrolabio, Roma).

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M., Docherty, J.P.
1990 *Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program*, in «American Journal of Psychiatry», 147, pp. 711-718.

Smith, C.A., Lazarus, R.S.
1993 *Appraisal components, core relational themes and the emotions*, in «Cognition and Emotion», 7, 3-4, pp. 233-269.

Sperber, D. (a cura di)
2000 *Metarepresentation*, Oxford University Press, Oxford.

Sperber, D., Wilson, D.
1986 *Relevance: Comunication and Cognition*, Blackwell, Oxford, II ed., 1995 (trad. it. *La pertinenza*, Anabasi, Milano 1993).

Sperry, L.
1995 *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorder. From Diagnosis to Treatment*, Brunner-Mazel, New York.

Spitzer, R.L.
1975 *Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development criteria*, in «Archives of General Psychiatry», 36, pp. 17-24.

Stein, D.J., Hollander, E., Skodol, A.E.
1993 *Anxiety disorders and personality disorders: a review*, in «Journal of Personality Disorders», 7, pp. 87-104.

Stein, D.J., Simeon, D., Frenkel, M., Islam, M.N., Hollander, E.
1995 *An open trial of valproate in borderline personality disorder*, in «Journal of Clinical Psychiatry», Nov., 56, 11, pp. 506-510.

Stern, D.N.
1985 *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Basic Books, New York (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987).
1993 *The Role of Feelings for an Interpersonal Self*, in U. Neisser (a cura di), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*, Cambridge University Press, New York.

Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M., Sloan, W.W. Jr.
1992 *Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones*, in «Psychotherapy Research», 2, pp. 81-101.

Stone, M.H.
1993 *Abnormalities of Personality, Within and Beyond the Realm of Treatment*, W.W. Norton & Company, New York.

Stravynski, A.
1991 *A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 83, pp. 174-178.

Stravynski, A., Leasage, A., Marcoullier, M., Elie, R.
1989 *A Test of the therapeutic mechanism in social skill training with avoidant personality disorder*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 177, 12, pp. 739-744.

Stravynski, A., Marks, I., Yule, W.
1982 *Social skills problem in neurotic outpatients: social skills training with or without cognitive modification*, in «Archives of General Psychiatry», 39, pp. 1378-1385.

Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W., Cadoret, R.
1998 *The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders*, in «Journal of Personality Disorders», 12, pp. 302-315.

Sutherland, S., Frances, A.
1996 *Avoidant Personality Disorder*, in G. Gabbard, S. Atkinson (a cura di), *Synopsis of Treatment of Psychiatric Disorders*, II ed., American Psychiatric Press, Washington DC.

Swann, W.B., Griffin, J.J., Predmore S.C., Gaines, B.
1987 *The cognitive-affective crossfire: when self-consistency confronts self-enhancement*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 52, pp. 881-889.

Taylor, S.E.
1989 *Positive Illusions: Creative Self-Deception and the Healthy Mind*, Basic Books, New York.

Taylor, S.E., Brown, J.D.
1988 *Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health*, in «Psychological Bulletin», 116, pp. 193-210.

Thompson-Pope, S.K., Turkat, I.D.
1989 *Paranoia about paranoid personality research*, in «Journal of Clinical Psychiatry», Aug., 50, 8, p. 310.

Trevarthen, C., Aitken, K.J.
2001 *Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical application*, in «Journal of Child Psychology Psychiatry», 42, pp. 3-48.

Trevarthen, C., Kokkinaki, T., Fiamenghi, G.A.
1998 *What Infants' Imitations Communicate: With Mothers, with Fathers and with Peers*, in J. Nadel, G. Butterworth (a cura di), *Imitation in Infancy*, Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., Petti, P.
2001 *Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 189, pp. 311-316.

Trope, Y., Liberman, A.
1993 *Trait conceptions in identification of behavior and inference about person*, in «Personality and Social Psychology Bulletin», 19, pp. 553-562.
1996 *Social Hypothesis Testing: Cognitive and Motivational Mechanisms*, in E.T. Higgins, A. Kruglanski (a cura di), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*, Guilford, New York.

Turkat, I.D.
1978 *Self-esteem research: the role of desensiveneness*, in «Psychological Record», 28, pp. 129-135.
1985 *Behavioral Case Formulation*, Plenum Press, New York.
1986 *The Behavioral Interview*, in A.R. Climiniero, H.E. Adams, K. Calhoun, *Handbook of Behavioral Assessment*, John Wiley & Sons, New York.
1990 *The Personality Disorders, a Psychological Approach to Clinical Management*, Guilford, New York.

Turkat, I.D., Banks, D.S.
1987 *Paranoid personality and its disorder*, in «Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment», 9, pp. 295-304.

Turkat, I.D., Maisto, S.A.
1985 *Application of the Experimental Method to the Formulation and Modification of Personality Disorders*, in D.H. Barlow (a cura di), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford, New York, pp. 502-570.

Umiltà, M.A., Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keysers, C., Rizzolati, G.
2001 *I know what you are doing. A neurophysiological study*, in «Neuron», 31, pp. 155-165.

Van Ijzendoorn, M.H.
1995 *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*, in «Psychological Bulletin», 117, pp. 387-403.

Vaknin, S.
2003 *Malignant Self Love, Narcissism Revisited*, Narcissus Publications, Prague-Skojpe.

Villegas, M.
2000 *L'analisi del discorso terapeutico*, Quattroventi, Urbino.

Weintraub, W.
1981 *Compulsive and Paranoid Personalities*, in J.R. Lion (a cura di), *Personality Disorders: Diagnosis and Management*, Williams & Wilkins, Baltimore.

Weiss, J.
1993 *How Psychotherapy Works: Process and Tecnique*, Guilford, New York (trad. it. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 2000).

Wells, A.
1995 *Metacognition and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder*, in «Behavioural and Cognitive Psychotherapy», 23, pp. 301-320.
1997 *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*, John Wiley & Sons, Chichester (trad. it. *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill, Milano 1999).
2000 *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*, John Wiley & Sons, Chichester (trad. it. *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*, Erickson, Trento 2002).

West, M., Keller, A.
1994 *Psychotherapy Strategies for Insicure Attachment in Personality Disorders*, in M.B. Sperling, W.H. Berman (a cura di), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, Guilford, New York, pp. 313-330.

Westen, D.
1990 *The relations among narcissism, egocentrism, self-concept and self-esteem: experimental, clinical and theoretical considerations*, in «Psychoanalysis and Contemporary Thought», 13, pp. 183-239.

Westen, D., Shedler, J.
1999a *Revising and assessing axis II: developing a clinically and empirically valid method*, in «American Journal of Psychiatry», 156, pp. 258-272.

1999b *Revising and assessing axis II: toward an empirically and clinically sensible taxonomy of personality disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 156, pp. 273-285.
2000 *A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: towards the DSM-V*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 109-126.

Widiger, T.A.
2000 *Personality disorders in the 21st century*, in «Journal of Personality Disorders», 14, pp. 3-16.

Widiger, T.A., Sanderson, C.J.
1995 *Towards a Dimensional Model of Personality Disorders*, in W.J. Livesley (a cura di), *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford, New York, pp. 433-458.

Wilkinson-Ryan, T., Westen, D.
2000 *Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation*, in «American Journal of Psychiatry», 157, pp. 528-541.

Will, T.E.
1995 *Cognitive Therapy and the MCMI-III*, in P.D. Retzlaff (a cura di), *Tactical Psychotherapy of the Personality Disorders An MCMI-III-Based Approach*, Allyn e Bacon, Boston.

Williams, J.H., Whiten, A., Suddendorf, T., Perret, D.I.
2001 *Imitation, mirror neurons and autism*, in «Neuroscience Biobehaviour Review», 25, pp. 287-295.

Winter, D.A.
1989 *An Alternative Construction of Agoraphobia*, in K. Button (a cura di), *Agoraphobia: Current Perspective on Theory and Treatment*, Routledge, London.

Wohlschlager, A., Bekkering, H.
2002 *Is human imitation based on a mirror-neuron system? Some behavioural evidence*, in «Experimental Brain Research», 143, pp. 335-341.

Wurmser, L.
1981 *The Mask of Shame*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Wylie, R.C.
1979 *The Self Concept: A Review of Methodological Consideration and Measuring Instruments*, vol. 1, University of Nebraska Press, Lincoln.

Young, J.E.
1987 *Schema-Focused Cognitive Therapy for Personality Disorders*, Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, New York.
1990 *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach*, Practitioner's Resource Series, Sarasota, FL.

Young, J.E., Flanagan, C.
1998 *Schema-Focused Therapy for Narcissistic Patients*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York.

Young, J.E., Swift, W.
1987 *Schema-focused cognitive therapy for personality disorders*, Parte I, in «International Cognitive Therapy Newsletter», 4, 5, pp. 13-14.

Zaslav, M.R.
1998 *Shame-related states of mind in psychotherapy*, in «Journal of Psychotherapy Practice and Research», 7, pp. 154-166.

Zimmerman, M., Coryell, W.
1989 *DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample*, in «Archives of General Psychiatry», 46, pp. 682-689.

Los autores de este libro y del Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Antonio Carcione, miembro fundador. Psiquiatra y psicoterapeuta, es miembro didacta en la Escuela de especialización en Psicoterapia Cognitiva de la Asociación de Psicología Cognitiva (APC), la Escuela de psicoterapia cognitiva (SPC) y la Sociedad italiana de terapia conductivo-conductual (SITCC).

Laura Conti, psicóloga y psicoterapeuta, es docente en la SPC.

Giancarlo Dimaggio, psiquiatra y psicoterapeuta, es miembro didacta de la Sociedad italiana de terapia conductual y cognitiva, y profesor de la escuela de especialización en Psicoterapia Cognitiva de la Asociación de Psicología Cognitiva. Está editando, junto con Hubert Hermans, el volumen *The Dialogical Self in Psychotherapy*. Es miembro del *editorial board* del "Journal of Constructivist Psychology".

Mauricio Falcone, miembro fundador. Psicólogo y psicoterapeuta, es docente en la SPC.

Donatella Fiore, psiquiatra, es psicoterapeuta en las comunidades terapéuticas "Le Palme" y "Gli oleandri" y docente de la SPC.

Serena Mancioppi es psicóloga y psicoterapeuta en formación en la Academia de Psicoterapia de la Familia.

Massimo Marraffa desempeña actividades de investigación en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Roma Tre; es además profesor en la APC.

Giuseppe Nicolò miembro fundador y coordinador. Psiquiatra y psicoterapeuta, es responsable del Centro de salud mental Valcannuta Roma ASL Roma E. Es además miembro didacta de la APC, responsable de la escuela SPC de Regio Calabria y miembro didacta de la SITCC.

Maria Sveva Nobile es neuropsiquiatra infantil y psicoterapeuta.

Daniela Petrilli, psicóloga y psicoterapeuta, es docente de la SPC.

Igor Pontalti, psiquiatra y psicoterapeuta en a ASL de Fermo (Ascoli Piceno), es profesor en la Escuela de Especialización en Psiquiatría de la Universidad "G. d'Annunzio" de Ceti, el APC y de "Studi Cognitivi".

Raffaele Popolo, psiquiatra y psicoterapeuta, trabaja en el Centro de salud mental (CSM) de Ladispoli, ASL Roma F.

Michele Procacci, miembro fundador. Psiquiatra y psicoterapeuta, es responsable del CSM de via Ventura, ASL Roma E. Es miembro didacta del APC, SPC y SITCC y profesor contratado de Psicopatología general en la II Universidad de Nápoles.

Antonio Semerari es miembro didacta de la Sociedad italiana de terapia conductual y cognitiva, de la Escuela de psicoterapiacognitiva y de la Asociación de Psicología Cognitiva. Entre sus publicaciones se encuentran *I processi cognitivi nella relazione terapeutica* (Roma, 1991), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave* (ed., Milano, 1999) y *Storia, teorie e techniche della psicoterapia cognitiva* (Bari, 2002[2]).

Este libro y las actividades del Terzo Centro han sido posibles gracias a la energía y paciencia de la secretaria, Patricia Faraoni.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
    BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.

98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 7 de marzo de 2008.

Esta obra es una contribución a la reflexión sobre la clínica de los trastornos de la personalidad. En la primera parte del volumen se presentan los trastornos de la personalidad descompuestos en sus componentes fundamentales y los modelos que explican cómo dichos componentes, interactuando entre sí, mantienen la patología. En la segunda, se formula un modelo de tratamiento capaz de interrumpir estos circuitos disfuncionales.

Giancarlo Dimaggio, psiquiatra y psicoterapeuta, es miembro didacta de la Sociedad italiana de terapia conductual y cognitiva, y docente de la escuela de especialización en Psicoterapia Cognitiva de la Asociación de Psicología Cognitiva. Está editando, junto con Hubert Hermans, el volumen *The Dialogical Self in Psychotherapy*. Es miembro del comité editorial del "Journal of Constructivist Psychology".

Antonio Semerari es miembro didacta de la Sociedad italiana de terapia conductual y cognitiva, de la Escuela de psicoterapia cognitiva y de la Asociación de Psicología Cognitiva. Entre sus publicaciones se encuentran *I processi cognitivi nella relazione terapeutica* (Roma, 1991), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave* (ed., Desclée De Brouwer, 2002) y *Storia, teorie e techniche della psicoterapia cognitiva* (Bari, 2002).

ISBN: 978-84-330-2220-2

9 788433 022202

www.edesclee.com

biblioteca de psicología