

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

Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari

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

e-mail: terzocentro@iol.it

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

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

---

## INTRODUCCIÓN

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

## RADIOGRAFÍA DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA

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

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

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

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

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

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

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

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

### **El modelo de funcionamiento narcisista**

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

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

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

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

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

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

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

### **Análisis de caso único**

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

## LA HISTORIA DE CARMEN

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

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

## LAS FASES DEL TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *Típico.*

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

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

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

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

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

T.: *¿Una idea fija?*

P.: *Sí, como una idea fija.*

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Qué buscaba?*

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

T.: *Es decir, ¿un ideal?*

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

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

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

T.: *¿Inspirado en?*

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

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



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

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

Algunas sesiones después, Carmen dirá que siempre se siente con un pie fuera, porque siente que no es inferior a nadie, que tiene cualidades que los otros de ese grupo no tienen, como si ella fuera la suma de todas las cualidades asimiladas de todos los ambientes que frecuenta<sup>3</sup>. En la quinta sesión, se mantiene el estilo narrativo alexitímico (Dimaggio, Semerari, 2001):

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

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

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

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

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

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

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

P.: Sí.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P.: *¿un significado? Pues,... sí.*

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

*particular.*

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿En qué sentido?*

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

T.: *¿Es importante esto?*

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

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

P.: *Sí, por el hecho en sí.*

T.: *Aunque fuera de otro cualquiera.*

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

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

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

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

*P.: No.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P.: *iluminadora...*

T.: *no me ayuda mucho.*

P.: (ríe)

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

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

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

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

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

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

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

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

P.: *Sufro.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Ah!*

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

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

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

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

T.: *¿Qué es lo que la hace enfadar?*

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

T.: *¿Qué tipo de dolor le provoca?*

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

T.: (ríe)

P.: *digo: ¡eres imbécil!*

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

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

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

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

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

T.: *¿le ha sucedido esta semana?*

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



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

*T.: Porque, ¿normalmente le hace mimos?*

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

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

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

El terapeuta intenta reconstruir la secuencia interactiva de las peleas.

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

*P.: Sí.*

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

*P.: Exacto.*

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

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

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

*P.: Sí, sí.*

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

*P.: hmm (dudosa)*

*T.: ¿Cuál de las dos?*

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

*T.: Esto para el juez.*

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

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

*P.: Exacto.*

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

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

*P.: Sí.*

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

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

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

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

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

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

*T.: no pasa.*

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

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

*P.: ¡adelante!*

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

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

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

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

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

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

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

T.: *Eso.*

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

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

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

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

P.: *No, no, no.*

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

P.: *(ríe) Sí.*

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

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

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

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

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

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

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

T.: *¿Pero se ve fea de verdad?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*T.: Descríbame estos tres personajes...*

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

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

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

*T.: ¿Cuándo llega el león?*

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

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

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

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

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

T.: *¿bastante mal?*

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

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

T.: Tenía que pegársela.

P.: Sí, tenía que pegármela. Tenía que pegármela en la destrucción concreta del síndrome del decatleta<sup>4</sup>. Tenía que probarme a mí misma que no es posible. Lo sabía, pero tenía que experimentarlo de forma tangible. También porque luego me cansé muchísimo esos tres días de las oposiciones, porque...

T.: Se ha rendido.

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

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

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

## CONCLUSIONES

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

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

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



## Notas:

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

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

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

Traducción: Laia Villegas Torras

## Referencias bibliográficas

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

- BENJAMIN, L. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders: A structural approach*. New York: Guilford.
- CARCIONE A, FALCONE, M. (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicopatologia In Semerari, A. (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave. Metacognizione e relazione terapeutica* Milano Raffaello Cortina
- COOPER, A.M., RONNINGSTAM, E. (1992). *Narcissistic personality disorder*. In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 11 Tasman, R., Riba, M.B. (Eds.), 80-97. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DIMAGGIO, G., PONTALTI, C. (1997). L'organizzazione narcisstica nei disturbi di personalità. *Rivista di psicoterapia cognitiva e comportamentale*, vol. 2, 3, 51-65.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A. (2001) *Psychopathological narrative forms*. "Journal of Constructivist Psychology", 14, pp. 1-23.
- DIMAGGIO, G., PROCACCI, M., SEMERARI, A. (1999). *Deficit di condivisione e di appartenenza*. In Semerari, A. (Ed.) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica* (pp. 231-280). Milano: Raffaello Cortina.
- DIMAGGIO, G., CARCIONE, A., SEMERARI, A., MARRAFFA, M., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PONTALTI, PROCACCI, M. (en este número) *Modelli di mantenimento dei disturbi di personalità*. *Revista de Psicoterapia*, 45.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M. (en prensa). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*
- FISCALINI, J. (1994) Narcissism and coparticipant inquiry: explorations in contemporary interpersonal psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 747-776.
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking : some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*", 72, 639-656
- GABBARD, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin Menninger Clinic*, 53, 527-532.
- GABBARD, G.O. (1998) *Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients*. In Ronningstam E. F. (Ed.) *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp.125-146). Washington DC: American Psychiatric Press
- GILBERT, P. (1992). *Human nature and suffering*. New York: Guilford.
- HOROWITZ, M.J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology 2<sup>nd</sup> edition*. New York: Plenum Press.
- JELLEMA, A. (2000). Insecure Attachment States: Their Relationship to Borderline and Narcissistic Personality Disorders and Treatment Process in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 138-154.
- JOHN, O.P., ROBINS, R.W. (1994). Accuracy and Bias in Self-perception: Individual Differences in Self-Enhancement and the role of Narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 66, 1, 206-219.
- KOHUT, H. (1966). Forms and transformation of narcissism. *Journal of American. Psychoanalytic Association*, 14, 243-272.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- KERNBERG, O. F. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aaronson
- KERNBERG, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- KRYSTAL, H. (1998) Affect regulation and narcissism: Trauma, alexithymia and psychosomatic illness in narcissistic patients. In Ronningstam E. F. (Ed.) *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp.299-325). Washington DC: American Psychiatric Press
- LOWEN, A. (1983). *On narcissism. Denial of the true self*. New York: Mac Millan.
- MILLON, T., DAVIS, R.D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Chichester: Wiley.
- MODELL, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. New York: International University Press.
- ORNSTEIN, P.H. (1998). Psychoanalysis of Patients with primary self-disorder. In Ronningstam E.F. (Ed.). *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 147-169). Washington DC: American Psychiatric Press
- PIAGET, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

- PEYTON, E., SAFRAN, J. (1998). *Interpersonal process in the Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. In Perris, C. & McGorry, P.D. (Eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice*. New York: Wiley and Sons.
- PROCACCI, M., DIMAGGIO, G., SEMERARI, A. (1999) El deficit de compartir y de pertenencia en los trastornos de la personalidad: clinica y tratamiento. *Boletín de Psicología*, 65, 75-100.
- ROBINS, R.W., JOHN, O.P. (1997). Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: Is seeing believing? *Psychological Science*, 8, 37-42.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (pendiente de publicación) *Assessing problematic states inside patient's narratives. The Grid of Problematic States*.
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (pendiente de publicación) *Metacognitive deficits in personality disorders*
- YOUNG, J., FLANAGAN, C. (1998). Schema-Focused therapy for narcissistic patients. In Ronningstam, E.F. (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. American Psychiatric Press: Washington DC.