

DIFICULTADES EN EL MANEJO COGNITIVO- INTERPERSONAL DEL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD: ESTUDIO DE CASO

DIFFICULTIES IN INTERPERSONAL-COGNITIVE MANAGEMENT OF NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER: A CASE STUDY

Javier Prado-Abril*,
Sergio Sánchez-Reales**
y Javier García-Campayo*

Resumen

Para comprender el proceso de cambio en psicoterapia es fundamental estudiar los episodios relevantes acontecidos durante el mismo. Dichos episodios son micro-momentos de interacción entre el terapeuta y el paciente donde se producen los efectos terapéuticos de las técnicas de intervención. Las dificultades en psicoterapia se pueden conceptualizar como episodios mediante el análisis de la alianza terapéutica y el concepto de ruptura de la alianza. Se presenta la descripción del proceso psicoterapéutico de un paciente con Trastorno Narcisista de la Personalidad, con dos intervenciones anteriores fallidas. Se discute sobre las dificultades encontradas para implementar con éxito la Terapia Cognitivo-Interpersonal y la importancia de releer las malas experiencias en psicoterapia en clave constructiva para mejorar nuestra comprensión sobre el funcionamiento de las técnicas que implementamos.

Palabras clave: Trastorno de la personalidad, alianza terapéutica, ruptura de la alianza, dificultades en psicoterapia.

Abstract

Examination of the significant interpersonal interactions that occur during psychotherapy is essential to understanding the change processes of psychotherapy. These interactions are micro-moments that occur between therapist and patient, which yield therapeutic effects. Psychotherapy difficulties can be conceptualized by analyzing the working alliance and the concept of alliance ruptures. We present a description of psychotherapeutic process of a patient with Narcissistic Personality Disorder, who had two past unsuccessful experiences with previous interventions. We discuss the difficulties encountered in the successful implementation of Interpersonal-Cognitive Therapy and the importance of re-conceptualizing psychotherapy difficulties in a constructive way as key factor in improving our insight into the value of the techniques implemented.

Key words: Personality disorder, working alliance, alliance ruptures, psychotherapy difficulties.

Recibido: 26-08-13 | Aceptado: 29-06-14

Introducción

En el campo clínico coexisten dos grandes líneas de investigación que abordan el cambio terapéuti-

co de manera distinta, aunque complementaria. Por un lado, la investigación de resultados, dominante, y que ha culminado en la práctica de la psicología basada en la evidencia (Chambless y Hollon, 1998) y, por otro, la investigación de procesos, que respondería a la pregunta de ¿cómo y por qué funciona lo que funciona? Pregunta que ha suscitado un interés considerable en los últimos 15 años (Hilsenroth, 2013; Norcross y Lambert, 2011; Norcross y Wampold, 2011). En este último ámbito de investigación en psicoterapia, destaca en nuestra opinión, el estu-

* Javier Prado-Abril y Javier García-Campayo, Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

** Sergio Sánchez-Reales, Hospital General de Elche, Alicante, España

E-Mail: jpradoabril@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 317-325

© 2016 Fundación AIGLÉ.

dio sobre las dificultades en psicoterapia (Duncan, Hubble y Miller, 1997; Muran, 2002). El concepto de dificultades en psicoterapia, lejos de estar claro, ha sido abordado desde diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés y Dagnino, 2009). Sin embargo, para comprender, en sentido amplio, el proceso de cambio en psicoterapia es fundamental estudiar los episodios relevantes acontecidos durante el mismo (Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés et al., 2012; Herrera et al. 2009; Safran y Muran, 2000; Valdés, Krause, Tomicic y Espinosa, 2012). Dichos episodios se pueden conceptualizar como micro-momentos de interacción entre el terapeuta y el paciente donde se producen los efectos terapéuticos de las técnicas de intervención (Kottler y Blau, 1989). Como señalan Fernández et al. (2012) la investigación clínica ha enfatizado los episodios de cambio, aunque también existe literatura sobre las dificultades y los momentos difíciles (Herrera et al., 2009), o lo que Safran y Muran (1996, 2000, 2011) denominan *impasses* o ruptura de la alianza.

Un abordaje así orientado, constituye un método único para comprender específicamente por qué son efectivas las intervenciones eficaces (Baldwin, Wampold y Imel, 2007; Wampold y Brown, 2005) y su anverso, como veremos a continuación, es comprender por qué fracasan intervenciones con apoyo empírico. Este tipo de estudios enfatizan el aprendizaje de nuevas estrategias de intervención mediante el análisis pormenorizado y reflexivo de las experiencias negativas en psicoterapia. En consonancia con Herrera et al. (2009) podemos entender los *impasses*, o el estancamiento de un proceso, como tributario de una reedición de un patrón disfuncional que bloquea e interfiere el proceso de cambio. Dado el acto interpersonal que constituye la psicoterapia, esta disposición del paciente, como señalan Safran y Segal (1990), se verá reflejada en una o varias de las dimensiones de la alianza terapéutica descritas por Bordin (1979). Esto es, en una pérdida de sentimiento de proximidad (dimensión vínculo emocional) y/o en desacuerdos respecto a los objetivos del tratamiento y el modo de alcanzarlos.

Como se observa en la práctica clínica con pacientes con Trastornos de la Personalidad (TPs), es razonable conjeturar que el concepto de *impasse* es de una importancia central en su abordaje. En este sentido, diversos autores advierten que el núcleo psicopatológico implicado en los TPs se compone de disfunciones del self y de patrones interpersonales inflexibles y crónicos (Clarkin, 2006; Dimaggio, Carcione, Nicolò, Conti, Fiore et al., 2009; Magnavita, 2010), convirtiendo la labor del terapeuta en un ejercicio exigente que implica la supervisión y monitorización constante del estado de la alianza tera-

péutica (Fernández-Álvarez, 2010). La alianza es el puente dialéctico donde entroncan las construcciones de significados del terapeuta y el paciente (Molina, Ben-Dov, Diez, Farrán, Rapaport, y Tomicic 2013; Soares, Botella, Corbella, Serra de Lemos y Fernández, 2013) y el contexto donde se van a desarrollar los episodios de cambio o ruptura de la alianza. De este modo, como señala Lambert (2004), diversas orientaciones teóricas y psicoterapéuticas han probado ser efectivas y de utilidad en el tratamiento de los TPs. Probablemente porque se enfocan sobre alguno de los aspectos importantes que contribuyen de forma indirecta a un cambio más profundo o nuclear (Fernández-Álvarez, 2010; Magnavita, 2010) y porque de un modo, más o menos explícito, son abordajes sensibles a las tensiones que se producen en el seno de la alianza.

En esta línea, una aproximación sugerente en el campo de las psicoterapias cognitivas es la Terapia Cognitivo-Interpersonal (TCI) desarrollada por Safran y Segal (1990). En otro lugar, discutimos sobre la naturaleza de la TCI y su relevancia y utilidad en el abordaje de los TPs (Prado-Abril, García-Campayo y Sánchez-Reales, 2013). Fruto de esa experiencia en la adaptación, en nuestro contexto, de la TCI para el abordaje de los TPs, surge nuestro interés por la comprensión del fenómeno de ruptura de la alianza, en el marco general de las dificultades en psicoterapia, como un aspecto central del entrenamiento de psicoterapeutas.

Si bien, Safran y Muran (1996, 2000, 2011) han desarrollado extensamente esta cuestión más allá de la visión cognitivo-interpersonal de Safran y Segal (1990), desarrollando un modelo decididamente interpersonal, nosotros vamos a reflexionar sobre el abordaje original de Safran y Segal (1990) y, más concretamente, sobre la adaptación de Prado-Abril, García-Campayo, y Sánchez-Reales, (2013) para el trabajo con TPs. Como aventurábamos anteriormente, releer las malas experiencias en psicoterapia en clave constructiva puede ayudarnos a comprender mejor el funcionamiento de las técnicas que implementamos y el modo en que aprendemos a desarrollar el oficio de psicoterapeutas de un modo cada vez más efectivo. Por ende, el objetivo del presente artículo es presentar la experiencia en el tratamiento fallido con TCI en un caso clínico con diagnóstico de Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP). Nuestro enfoque se centra en una perspectiva técnica (Kottler y Blau, 1989), enfatizando las dificultades del terapeuta para adecuarse a las recomendaciones y principios fundamentales de la aplicación de la TCI señalados por Safran y Segal (1990). Entendemos que el hecho de que la TCI haya mostrado su utilidad en otros TPs (Prado-Abril et al., 2013) nos permite, dada la idiosincrasia que muestra

cada caso, postular que los casos difíciles pueden generar dificultades a los terapeutas para seguir las guías de intervención, favoreciendo la comisión de errores que pueden ser cruciales para el curso de los tratamientos.

Método

Descripción del caso clínico

El paciente al que llamaremos Gabriel, para preservar su identidad, dio consentimiento informado por escrito para que sus datos clínicos y la transcripción de las sesiones fueran presentadas en este trabajo. Gabriel, de 38 años y soltero, acudió a las consultas ambulatorias de salud mental del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS, Zaragoza, España) derivado por el dispositivo de Atención Primaria bajo sospecha de disfunciones emocionales e intenso sufrimiento vital. La exploración inicial, durante el proceso de acogida y apertura de historia clínica, revelaba una rumiación excesiva acerca de diferentes episodios interpersonales acontecidos a lo largo del ciclo vital, un ánimo decaído con creencias de desesperanza, marcadas conductas de evitación vinculadas a la posibilidad de tener ciertos encuentros interpersonales y una importante tendencia a la grandiosidad y a la idealización del equipo clínico que le atendía. La Entrevista Clínica Estructurada SCID-II (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997) y las puntuaciones del cuestionario NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1989) sugirieron y apoyaron la impresión clínica de TNP. Obteniéndose, en este último, puntuaciones extremas en Fantasía ($T=76$) y Modestia ($T=25$), dos de las tres facetas que fueron predictivas de la presencia de un TNP en el trabajo de Trull, Widiger y Burr (2001). En consecuencia, decidimos ofrecerle el módulo de TCI que venimos desarrollando (Prado-Abril et al., 2013). Por otro lado, en el SCL-90-R (Figura 1), tras la primera sesión de TCI, se destacaban los síntomas obsesivos compulsivos (OBS), la sensibilidad interpersonal (SEN), el ánimo depresivo (DEP), la ansiedad (ANS), las conductas de evitación o fóbicas (FOB) y el psicoticismo (PSIC). Datos consistentes con la impresión clínica inicial de que el paciente padecía un TNP con un importante impacto en diversas esferas de su cognición, sistema de regulación emocional y modo de relacionarse. Aspectos, por otro lado, de elevada prevalencia en los TPs (Belloch, 2010; Benjamin, 2008; Dimaggio y Norcross, 2008).

Gabriel, hijo único, natural de una pequeña localidad de la La Rioja (España), según refería, en las entrevistas previas a la implementación del tratamiento, fue un chico de éxito académico e interpersonal “yo era el líder de aquella cuadrilla”. A los 17

años, se trasladó a una gran capital de España con el objetivo de licenciarse en ciencias exactas. Allí ocurrieron diferentes episodios continuados “que me sensibilizaron a las relaciones con los demás” y “me impidieron finalizar mis estudios porque no me los sacaba de la cabeza, una y otra vez me venían ideas”. En nuestra opinión, dichos episodios se podían conceptualizar como una marcada tendencia a la competitividad con los demás, especialmente si estos tenían alguna cualidad en la que Gabriel se considerase inferior; por ejemplo, estatus (profesores universitarios) y éxito con el sexo femenino (compañeros de piso). Su narrativa era coherente con la presencia de ciclos interpersonales disfuncionales (Safran y Segal, 1990) donde arrastraba a los demás a una especie de contienda que resolviese “quién era superior”. Todo ello, se fue invirtiendo de una progresiva negación de sí-mismo para ir acomodando su comportamiento a lo que Gabriel entendía era un imagen de éxito digna de ser apreciada por los demás. El desgaste para él y su entorno de relaciones lo sumió en una profunda depresión, que se agravó al tener que abandonar la capital y regresar a su localidad de origen. En este contexto se inició un proceso de 5 años de enclaustramiento en el hogar y el núcleo familiar donde la “vergüenza e incapacidad” por la posibilidad de encontrarse con sus amigos de toda la vida le paralizaba. “Verme así, a mí, yo que era su líder”. Este periodo concluyó con el traslado de toda la familia a Zaragoza, en un intento por recibir atención especializada, pero también bajo la creencia de que un contexto interpersonal con menor carga emocional podría ser de ayuda. En Zaragoza, recibe los diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad y de Trastorno Bipolar tipo II en sendos procesos de atención sanitaria fallidos. Al llegar a nuestra consulta, nos encontramos ante un veterano de la psicoterapia (Duncan et al., 1997) con un predominio de emociones de vergüenza, miedo y tristeza teñidas de nostalgia por el paraíso perdido al partir de su localidad de origen con 17 años (Dimaggio, Petrilli, Fiori y Mancioffi, 2008).

Instrumentos

Inventario de Síntomas Revisado SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-Revised; Derogatis, 1983. Versión española: González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido, 2002). Inventario multidimensional de autoevaluación de síntomas, diseñado para medir el malestar psicológico general a partir de síntomas relacionados con varias dimensiones psicopatológicas. Consta de 90 ítems a los que el sujeto debe responder marcando el grado en el cual ese síntoma le ha causado molestias en las últimas semanas incluyendo el día en que se completa, según una escala que varía en-

tre o (nada en absoluto) y 4 (de forma extrema). El SCL-90-R refleja el malestar psicológico en términos de las siguientes nueve subescalas: Somatización (SOM), Obsesión-Compulsión (OBS), Sensibilidad Interpersonal (SEN), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad Fóbica (FOB), Ideación Paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC). Además, el SCL-90-R permite obtener un Índice General de Severidad (GSI). Los datos de fiabilidad (alfa de Cronbach) de las nueve dimensiones oscilan en valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna indican alta homogeneidad entre los ítems de cada dimensión y los coeficientes de fiabilidad y estabilidad temporal van de 0,78 a 0,90 con una semana de intervalo de aplicación.

Inventario de Alianza Terapéutica WAI-S (Working Alliance Inventory-Short; Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). Inventario autoaplicado compuesto de 12 reactivos de respuesta tipo Likert de 7 puntos desde “nunca” a “siempre”. Consta de tres subescalas que evalúan la Alianza Terapéutica (AT) desde el modelo de Bordin (1979): Acuerdo en los objetivos (M), Acuerdo en las tareas (T) y Vínculo emocional (V). La puntuación total del WAI-S puede fluctuar de 12 a 84 puntos. El coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) es de 0,91 y la consistencia interna para las tres subescalas es de 0,88 para T, 0,85 para M y 0,86 para V.

Procedimiento y descripción del tratamiento

Gabriel recibió TCI (Safran y Segal, 1990) en las consultas ambulatorias del HUMS durante 12 sesiones, con un lapso de 15 días entre sesiones y una duración de 90 minutos por sesión. El terapeuta fue el primero de los autores bajo supervisión especializada. Se cumplieron el SCL-90-R, tras las sesiones 1 y 10, como variable de resultado, y el WAI-S, tras las sesiones 1, 5 y 10, como variable de control y monitorización del curso del proceso psicoterapéutico (Figuras 1 y 2).

La TCI es una terapia cognitiva de orientación interpersonal. En ella, el terapeuta plantea las bases generales de la terapia cognitiva, es decir, lo fundamental de examinar la relación entre pensamiento y sentimiento, y la participación activa en distintos experimentos durante la semana (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), junto con la idea de que la relación terapéutica, a menudo, se utiliza como un laboratorio para explorar procesos cognitivos e interpersonales (Safran y Segal, 1990). En este sentido, la evaluación clínica se enfoca en los marcadores interpersonales para elicitación esquemas cognitivo-interpersonales que se someten a discusión y desmentido experiencial tanto en el foco de la sesión, a través de la relación terapéutica, como fuera de

la misma con tareas entre sesiones. El objetivo es lograr cierto descentramiento de los significados y las acciones que se siguen de ellos y promover una flexibilización progresiva de los esquemas y patrones relacionales rígidos.

A continuación describimos los objetivos, formato y técnicas para implementar nuestra adaptación de la TCI (Prado-Abril et al., 2013). La TCI es un enfoque que promueve la exploración fenomenológica en lugar de la interpretación. Por ello, optamos por una duración de 90 minutos por sesión con el objetivo de incrementar la intensidad de las mismas y minimizar el riesgo de la tendencia del terapeuta a interpretar, dado que constituye un tiempo suficiente para que los fenómenos a observar ocurran sin necesidad de provocarlos. Partimos de la base de que sólo los pacientes son expertos en los contenidos de su experiencia y que el terapeuta, durante las sesiones 1-3, debe estar atento al momento presente, con un papel activo monitorizando el estado de la alianza y los procesos cognitivos que se acompañan de estados emocionales de moderada intensidad, para reflejarlos y evaluar la presencia de marcadores interpersonales emocionalmente inmediatos que permitan, mediante diálogo socrático, profundizar sobre las creencias nucleares del paciente. Esta fase persigue el objetivo de realizar una conceptualización del esquema cognitivo-interpersonal del paciente, que se revisará sistemáticamente en las sesiones 4-6.

Una exploración emocionalmente mediatizada (sesiones 1-3) es condición necesaria para una reestructuración cognitivo-interpersonal (sesiones 4-6). En este sentido, las sesiones 4-6 se orientan hacia el cuestionamiento del esquema cognitivo-interpersonal identificado, tomando el terapeuta su correspondiente responsabilidad en la interacción. En este contexto, de interacción terapéutica, es donde se exploran en profundidad los procesos interpretativos del paciente antes de identificar patrones interpersonales de forma explícita. Como regla, toda vinculación de la interacción terapéutica con otras relaciones interpersonales sólo se efectúa después (sesiones 7-9) de que una interacción específica terapeuta-paciente ha sido explorada en profundidad, el terapeuta ha reconocido su participación en ella y el paciente ha adquirido una sensación y una experiencia íntima notable de la interacción (Safran y Segal, 1990). Este segmento de la TCI constituye el núcleo duro de la intervención y dónde probablemente se juega la eficacia de la misma.

Las sesiones 7-9 persiguen el objetivo de promover la generalización, tanto a través de la exploración en profundidad de acontecimientos interpersonales externos a la sesión, como mediante la elaboración y asignación de experimentos entre

Figura 1. Puntuaciones en el Inventario de Síntomas Revisado. SCL-90 r

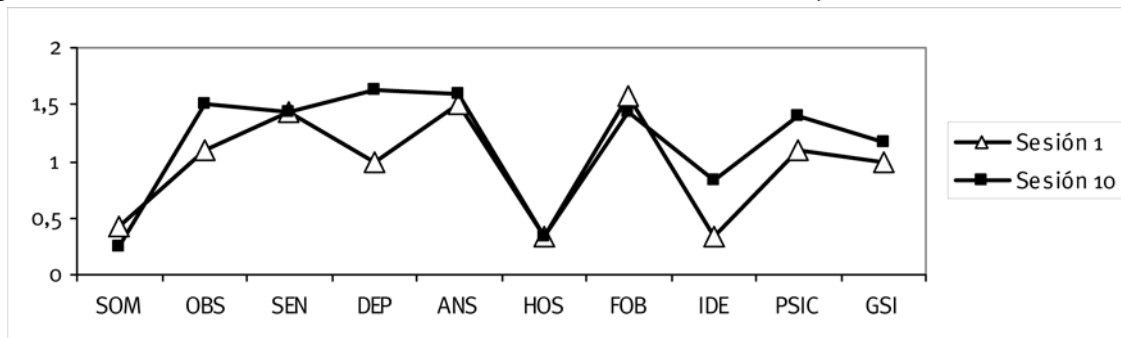
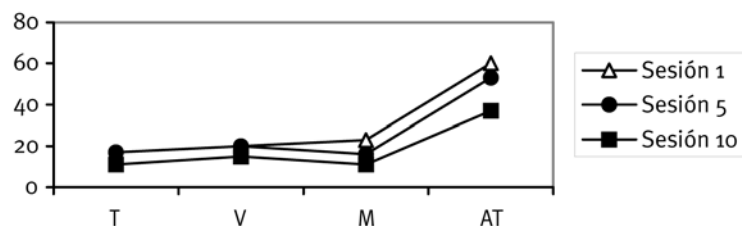


Figura 2. Puntuaciones en el Inventario de Alianza Terapéutica WAI-S



sesiones. Las creencias y expectativas que emergen en las sesiones 4-6, a través de la relación terapéutica, se convierten en objetivos para el auto-examen del paciente. Finalmente, la última sesión se reserva para la recapitulación del proceso terapéutico, la implementación de estrategias de prevención de recaídas y el cierre del mismo.

Resultados

Descripción del proceso psicoterapéutico

La primera fase del proceso descrito transcurrió con normalidad, con un buen estado de la alianza y promoviéndose la exploración fenomenológica. Sin embargo, la transición a la fase de devolución de la conceptualización cognitivo-interpersonal del problema no fue fluida. Como se puede observar en la Figura 2, desde la quinta sesión la calidad de la alianza terapéutica experimenta un descenso que cristalizó en la novena sesión donde se abre una ventana para el cambio que el terapeuta no gestiona de un modo efectivo. La formulación cognitivo-interpersonal del problema del paciente en la cuarta sesión fue aceptada por Gabriel con reservas, principalmente, en relación a cuáles debían ser los objetivos del proceso y los medios para lograrlos. La atmósfera del proceso varía desde la idealización recíproca a un clima de desconfianza y competitividad, donde la utilidad de la psicoterapia y la capacidad del terapeuta son puestas en cuestión. No obstante, el estado de la alianza tras la quinta sesión debió advertirnos de la necesidad de reorientar en otro sentido la intervención. Los resultados al final

del proceso psicoterapéutico (Figura 1) pueden entenderse como consecuencia de pequeños detalles y micro-momentos, ocurridos en el seno de alianza, que decantan el proceso de cambio en una u otra dirección (Wampold y Brown, 2005).

A continuación, reflexionamos sobre lo acontecido durante el inicio de la novena sesión atendiendo a las recomendaciones técnicas de Safran y Segal (1990) para implementar con éxito la TCI. Entendemos que la anticipación del terapeuta a los tiempos del paciente, probablemente presionado por la necesidad de implementar el protocolo sistemáticamente, condujo a una tensión en la alianza que se hizo explícita en dicha sesión del siguiente modo:

Paciente (P): “hay cosas que... me hubiera gustado no decir. Sobre todo las formas, las formas no me gustaron. Conocisteis... una personalidad mía, pero... os lo digo de verdad, es extraña, rara vez ocurre. Yo creo que iba un poco pasadete de cafés, venía con mucha energía, con un ataque de narcisismo pueblerino,... no lo sé, no me gustó pero puesto que conocisteis esa manera de pensar, que algunas de las cosas que dije sí estoy de acuerdo, pero no en las formas, respecto a algunas contestaciones que te di creo que no entran dentro de una forma de comportarse”.

En esta viñeta, Gabriel relata su punto de vista sobre lo acontecido en la octava sesión donde el terapeuta interpretó su comportamiento como un ejemplo de estilo de relación interpersonal rígido basado en el establecimiento de relaciones sostenidas exclusivamente en la competitividad para sobresalir por encima de los demás. En cierto sentido, parece que Gabriel abre la puerta para que el terapeuta

peuta reconozca su parte de responsabilidad en la interacción y explore en profundidad sus procesos interpretativos. Sin embargo, quizá por la intensidad del momento y la tensión de la relación, el terapeuta opta por otro tipo de intervención.

Terapeuta (T): “¿Estuviste certero?”.

P: “Estuve... estuve agresivo (...) eran ganas de tomar el control, ataques a la yugular (...) un intento narcisista por tomar el control en la sala”.

La respuesta del paciente confirma la conceptualización cognitivo-interpersonal del terapeuta. Aunque sugiere que el terapeuta técnicamente no manejó de un modo adecuado la interacción en la sesión anterior. Como señalan Safran y Segal (1990) se deben explorar en profundidad los procesos interpretativos del paciente en el contexto de la interacción terapéutica, antes de identificar patrones interpersonales en forma explícita. En la octava sesión el terapeuta deslizó la formulación antes de haber creado las condiciones previas que permitieran a Gabriel tomar conciencia sobre dicha experiencia. A pesar de ello, en este fragmento, Gabriel parece estar planteando la posibilidad de trabajar en la relación terapeuta-paciente dicho patrón interpersonal. Su aserto es una invitación para explorar la contribución del terapeuta en su necesidad de “tomar el control en la sala” y para investigar nuevas vías de relación terapéutica que potencien el proceso de cambio (Safran y Segal, 1990). Sin embargo, el terapeuta no lo advierte y sigue focalizando sus preguntas sobre el paciente, obviando su participación y responsabilidad en el evento.

T: “¿Para qué crees que necesitaste tomar el control?”.

P: “Pues... porque... ¿sabes lo que pasa? No sé si será eso de la simetría interpersonal o esa manera de relacionarme que hablábamos el otro día, en la cual yo presupongo que los psicólogos no valen para nada. Os doy todo y esa va a ser la prueba para justificar que no valéis para nada”.

Gabriel, de nuevo, hace referencia a la interpretación explícita del terapeuta. Lo hace desde una posición interpersonal donde devalúa la figura del terapeuta. Ante esta actualización del patrón disfuncional de Gabriel, el terapeuta no le revela sus sensaciones y sentimientos respecto a la posición en la que le pone y pierde una nueva oportunidad para el trabajo relacional. El terapeuta perpetúa el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional y no metacomunica, en el aquí y ahora, sus reacciones ante la interacción de Gabriel (Safran y Segal, 1990). En consecuencia, el ciclo disfuncional sigue latente y no se exploran las implicaciones y los motivos del paciente para actuar en dicho sentido.

T: “¿Cuáles eran tus expectativas al decidir participar en este tipo de terapia?”

Como señalamos, el terapeuta obvia la devaluación hecha y cambia de tema. Pierde la oportunidad de utilizar la relación terapéutica como laboratorio para explorar las creencias que justifican el comportamiento simétrico y devaluador de Gabriel.

P: “Las expectativas es que, joder... yo soy un poco narcisista, me cuesta mucho relacionarme en simetría y pensar que tú eres igual que yo o tal. Siempre me he criado creyéndome más listo que los demás, es un narcisismo pueblerino, lo es, pero vengo aquejado de esta enfermedad desde hace años, de toda la vida diría yo (...) entonces me cuesta mucho entender otro tipo de relaciones”

T: “¿Qué otro tipo de relaciones?”

Safran y Segal (1990) advierten, como regla, que toda vinculación de la interacción terapéutica con otras relaciones interpersonales debe efectuarse siempre después de que una interacción específica terapeuta-paciente ha sido explorada en profundidad, el terapeuta ha reconocido su aporte a la interacción y el paciente ha adquirido una sensación tangible de su propia experiencia interior durante dicha interacción. Aquí, el terapeuta intenta una vinculación sin haber aprovechado las oportunidades anteriores para el necesario trabajo previo en la relación terapéutica.

P: “Donde yo considerara al de enfrente que es igual. Seguramente si al de enfrente le doy poderes, como le he dado a mucha gente, pienso que son la hostia, que son el copón”.

Finalmente, el cauce de la sesión transcurrió por otros derroteros resintiéndose la calidad de la alianza terapéutica hasta los datos de la décima sesión (Figura 2). Es razonable presuponer que en este episodio se perdió la posibilidad de realizar un abordaje específico-técnico más coherente con los postulados de la TCI que hubieran permitido otra evolución clínica del caso.

Discusión

Los individuos que sufren disfunciones narcisistas de la personalidad presentan un exceso de confianza en el uso de la grandiosidad y la idealización como mecanismo para evitar los efectos de la vergüenza, la depresión y el anhelo de dependencia, que acaba generando alteraciones de su funcionamiento social (Riordan, 2012). Desmontar dicha estructura puede dejar al descubierto un malestar insoportable. La psicoterapia es una herramienta extremadamente sensible, tanto más cuanto más grave es el paciente. Las Figuras 1 y 2, tras la décima sesión, muestran un incremento del malestar

sintomático, un descenso gradual de la calidad de la alianza a lo largo del proceso y un incremento en variables como psicoticismo e ideación paranoide. Especialmente estas dos últimas variables, nos pusieron ante el hecho de que quizá estábamos contribuyendo más a la rigidificación del patrón disfuncional que a su flexibilización.

En el segmento analizado, el terapeuta no valida la reacción emocional del paciente y tampoco explora la contribución de cada parte a la interacción en el ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional. De este modo, no pudo aprovechar el episodio para generar interpretaciones alternativas e intentar reconstruir el estado de la alianza. Ello contribuyó a incrementar el sentimiento de incompreensión del paciente y a la frustración de ambos. Como señalan Dimaggio et al. (2008) los ciclos competitivos no posibilitan la cooperación ni el acceso a las emociones, sino que favorecen la distancia relacional si el terapeuta no es capaz de reconocerlos y trabajarlos en sesión. El terapeuta tiene que salir de la posición de desvalorización en la que le pone el paciente, accediendo a una posición de valor personal y competencia y/o confrontando al paciente con la falta de confianza (Dimaggio et al., 2008). En la TCI, la indicación técnica es que el terapeuta, por ejemplo, podría haber revelado que no se siente investido de confianza y explorar con el paciente que ha hecho o no ha hecho para no merecerla (Safran y Muran, 2000; Safran y Segal, 1990). Con la perspectiva que da el paso del tiempo, este episodio marcó las siguientes tres sesiones donde la ventana para el cambio que se abrió en la novena sesión se fue cerrando progresivamente. El estado sintomático del paciente tras la décima sesión (Figura 1) instó a ambas partes a cerrar el proceso de un modo consensuado dos sesiones más tarde.

El segmento del proceso psicoterapéutico analizado en este trabajo muestra las estrechas relaciones entre proceso y resultado, y nos plantea la necesidad de entender ambas instancias como una dialéctica más que como una dicotomía. En un proceso psicoterapéutico, los protocolos de elección no son eficaces por sí mismos, sino que dependen del contexto y el modo en que se aplican. En ocasiones, como esta, un entrenamiento de los terapeutas más sofisticado sobre las nociones de ruptura de la alianza, su detección y las vías para su reparación pueden agregar eficacia a las intervenciones (Safran y Muran, 2011). Por ejemplo, tradicionalmente la terapia cognitiva (Beck et al., 1979) ha enfatizado que la psicopatología se asocia con creencias negativas distorsionadas per se, pero ha ignorado la génesis interpersonal de estas creencias, del mismo modo, que la actualización y el mantenimiento de las mismas a través de las relaciones interpersonales (Di-

maggio et al., 2008; Safran y Segal, 1990). En este caso clínico observamos como estos fenómenos se producen en el seno de la alianza a lo largo del proceso psicoterapéutico y que la actuación interpersonal del terapeuta es clave para que se produzca el reforzamiento y mantenimiento de las creencias nucleares o pueda plantearse una relación diferente que confronte la veracidad de las mismas.

Por consiguiente, con independencia de la gravedad del caso y de la dificultad que implica el tratamiento de los TPs en general (Dimaggio et al., 2009; Fernández-Álvarez, 2010) y del TNP en particular (Dimaggio et al., 2008; Riordan, 2012), los fracasos terapéuticos deben ser tenidos en consideración como una valiosa fuente de información que nos reporta un feedback directo sobre nuestro quehacer como clínicos y sobre el funcionamiento de nuestros tratamientos. Una lectura como la que aquí hacemos, nos indica un hecho sabido, el manejo cognitivo interpersonal del TNP es complejo, exigente y en cuestión de segundos puede caer por tierra el trabajo realizado durante sesiones. Sin embargo, siempre nos quedará la duda de si un entrenamiento más sistemático en TCI hubiera permitido una apreciación más rápida de las tensiones en la alianza, un manejo diferente del ciclo cognitivo-interpersonal que minimizase la distancia entre el terapeuta y el paciente y, en consecuencia, unos mejores resultados al cierre del proceso. Entre las limitaciones de nuestro trabajo, más allá de las propias de los estudios de caso, se encuentran la ausencia de un número mayor de medidas, tanto de variables relevantes en el proceso (e.g., esquemas cognitivos, Young, Klosko y Weishaar, 2003) como en cuanto a la frecuencia de las mismas (e.g., monitorización sistemática, Persons, 2008). Por ende, las conclusiones pertenecen más al ámbito de la reflexión clínica que de la conclusión empírica y no permiten analizar minuciosamente los motivos por los que el terapeuta no se adhiere a las indicaciones técnicas de la TCI. Aunque podemos concluir, de un modo general, que la intensidad del trabajo con este tipo de pacientes puede llevar a los terapeutas a cometer errores técnicos que van a condicionar la evolución del caso y se van a observar en las variables de resultado.

REFERENCIAS

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Belloch, A. (2010). Personalidad y trastorno de la Personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Eds.). *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 21-46). Madrid: Síntesis.
- Benjamin, L. S. (2008). What is functional about functional autonomy? *Journal of Personality Assessment, 90*, 412-420.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment personality disorders. *Psychotherapy Research, 16*, 1-11.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del *Working Alliance Inventory-Short (WAI-S)*. *Anales de Psicología, 27*, 298-301.
- Costa, P., & McCrae, R. (1989). *The NEO-PI-R Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90-R*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Conti, L., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M., & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorders: A series of singles cases analysed with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 450-462.
- Dimaggio, G., & Norcross, J. C. (2008). Treating patients with two or more personality disorders: An introduction. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 64*, 127-138.
- Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiori, D. y Mancioffi, S. (2008). El trastorno narcisista de la personalidad: La enfermedad de la "vida grandiosa". En A. Semerari y G. Dimaggio (Eds.). *Los trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento, 2ª Edición* (pp. 221-271). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with "impossible" cases: The efficient treatment of therapy veterans*. Nueva York: W. W. Norton.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O. y Tomićic, A. (2012). Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica, 30*, 5-22.
- Fernández-Álvarez, H. (2010). Principios generales para la intervención en los trastornos de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Eds.). *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 295-306). Madrid: Síntesis.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: Propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica, 27*, 169-179.
- Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: A return to beginning. *Psychotherapy, 50*, 1-2.
- Kottler, J. y Blau, D. (1989). *The imperfect therapist*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Edition*. Nueva York: Wiley.
- Magnavita, J. J. (2010). Sistemática de la personalidad: Hacia un tratamiento unificado de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Eds.). *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 233-247). Madrid: Síntesis.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, A., Rapaport, E. y Tomićic, A. (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción del significado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*, 15-26.
- Muran, J. C. (2002). A relational approach to understanding change: Plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research, 12*, 115-138.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*, 4-8.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Nueva York: Guilford.
- Prado-Abril, J., García-Campayo, J. y Sánchez-Reales, S. (2013). Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: Estudio de dos casos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*, 139-149.
- Riordan, R. W. (2012). The management of narcissistic vulnerability: Three case studies guided by Stephen Mitchell's Integrated Treatment Model. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 8*, 150-203.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80-87.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Serra de Lemos, M. y Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*, 27-36.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., & Burr, R. (2001). A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of Personality: Facet level relations to the Axis II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 69*, 175-198.
- Valdés, N., Krause, M., Tomicic, A. y Espinosa, D. (2012). Expresión emocional verbal durante episodios de cambio: Análisis de los patrones comunicacionales utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*, 217-246.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914-923.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.