

El amplio espectro de la psicopatía: algunas reflexiones sobre su manejo clínico

Carlos Mirapeix*

Introducción.

Los problemas nosotáxicos en relación a los trastornos de la personalidad en general y de la psicopatía en particular constituyen un área de debate (Ogloff 2006), que no solo tiene implicaciones teóricas (Millon 2000; Westen, Shedler, & Bradley 2006), sino clínicas (Murphy & Vess 2003) y también implican una reflexión sobre la sociogénesis de los trastornos (Granic & Patterson 2006) y el papel de la sociedad en la búsqueda de soluciones y la prevención de conductas anti-solidarias (Hare 1994).

Algunos definen la psicopatía como un trastorno de la empatía (Soderstrom 2003), analizado en términos de una psicología bipersonal. Pero visto desde el punto de vista social es la quintaesencia de un trastorno de la solidaridad. La esencia del comportamiento psicopático y muchos otros comprendidos en su amplio espectro, es la insolidaridad con el otro, no solo como ser humano, sino como ser social.

Nuestra civilización judeocristiana, se construye en relación a dos narraciones míticas que llevan implícitos dos comportamientos psicopáticos. Adán y Caín, fueron los primeros trasgresores; la gratificación del deseo y la envidia, subyacían a la ruptura de la norma.

El rechazo del psicópata es individual, grupal y sustentado en una construcción social de sujeto estigmatizado que hay que aislar de un entorno social al que viola. La sociedad lo etiqueta como enfermo. Ni que decir tiene que el consenso social –la *decisión política* si se quiere– por la que constituye una enfermedad, o, mejor, por el que se pasa a considerar enfermo a alguien, no ope-

ra, como nada de lo referente a la interacción entre seres humanos, sobre el vacío. De acuerdo con la definición constructivista de enfermedad que proponíamos más arriba, una narrativa pasa a ser considerada una enfermedad (mental) en el momento en el que se produce un consenso social en que, efectivamente, se trata de algo indeseable y existen, por un lado, la posibilidad de hacer algo por remediarla y, por otro, unas personas a las que esa cultura les encomienda la función de hacerlo (médicos, psicólogos, chamanes o brujos...) (Fernández Liria 2004).

A los profesionales de la salud mental nos corresponde determinar que hay de enfermo en lo psicopático, pero la sociedad nos exige no solo controlar la locura, el acto psicótico imprevisible, sino remedios eficaces para el malestar cotidiano. Exige, una vez más, hacer frente a sus males, psiquiatrizar el mal: violadores, torturadores, psicópatas. Ante la noticia de que el delincuente desalmado, el torturador o el violador padecen un trastorno mental, experimentamos una cierta tranquilidad, pues el asunto se relega a una causalidad médica y a una solución médica. La sociedad queda más tranquila si atribuye a la enfermedad los crímenes que la denigran, omitiendo su responsabilidad (Desviat 2004).

Casi sin darnos cuenta, caemos en una visión dicotómica bueno/malo sano/enfermo y pasamos por alto el componente de control de las conductas desviadas que se nos encomienda. Las cosas son habitualmente complejas y voy a plantear en este artículo algunos claroscuros. Esa función social censora, inculca en nuestro sistema de construcción de la realidad, una actitud negativa ante el término psicópata. Solo oírlo, lo asimilamos a delin-

* Psiquiatra. Unidad de trastornos de la personalidad. Santander. Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad. Santander-Madrid.

cuenta, violador, asesino...etc. Y parte de razón hay en ello, pero pasamos por alto matices mas sutiles sobre el amplio espectro de la psicopatía.

Definicion/es.

No voy a describir los criterios diagnósticos DSM o CIE para el complejo espectro de la psicopatía. Voy a limitarme a tipificar los componentes de las conductas psicopáticas y señalar algunos subtipos relevantes dentro de ese amplio espectro al que hago referencia en el titulo.

Los sujetos a los que nos referimos, se comportan con un encanto y egoísmo lesivo para el "otro", que tiene un nombre clínico que es el de psicópatas. La característica principal de estos individuos es una falta absoluta de conciencia de los deseos y necesidades del otro, su juego fundamental es la auto gratificación a costa de las otras personas. Muchos de ellos consumen su vida en prisión, pero muchos de ellos no, "andan sueltos" y se dedican a consumir la vida del prójimo. Todos cogen del otro mucho más de lo que dan.

Robert Hare, basándose en la *checklist* que él desarrolló (Hare et al. 2000), describe al psicópata como un síndrome que clusteriza en dos grupos sintomáticos fundamentales (Hare 1994).

1.- *Factores emocionales e interpersonales:* Superficialidad encantadora. Egocentrismo y grandiosidad. Falta de sentimientos de culpa y

remordimiento. Falta de empatía. Manipulación y engaño. Emociones apagadas.

2.- *Desviación social:* Impulsividad. Pobre control sobre su conducta. Búsqueda de estímulos excitantes. Falta de responsabilidad. Problemas conductuales tempranos. Conducta antisocial en el adulto.

Párese un momento, piense en las personas que conoce, y sea sincero, ¿hay alguna característica de las descritas que le resulte conocida?, ¿conoce a alguien así? Creo que si, todos conocemos a alguien con alguno de esos rasgos: algunos en cargos importantes, otros empresarios exitosos o deportistas conocidos, o simplemente el vecino de al lado o quien fuere. De ahí, lo del amplio espectro de la psicopatía.

Subtipos clínicos: el amplio espectro de la psicopatía.

En términos generales, las clasificaciones de los trastornos de la personalidad están muy cuestionadas (Westen, Shedler, & Bradley 2006), y las de la psicopatía mas aún (Ogloff 2006). Antes de entrar en ese amplio espectro, quiero revisar dos conceptos relevantes para la tarea que nos ocupa: uno relativo a la severidad de los trastornos de personalidad y otro a su deseo o no de ser tratados. Ambos conceptos son muy útiles desde un punto de vista tanto conceptual como técnico.

Tabla 1

Nivel de severidad	Descripción	Definición por un sistema categórico
0	Sin trastorno de personalidad	No satisface actualmente ningún criterio bajo el umbral del trastorno de personalidad
1	Dificultad de personalidad	Reúne criterios por debajo del umbral de 1 o más trastornos de personalidad
2	Trastorno de personalidad simple	Reúne los criterios actuales para 1 o más de los trastornos de personalidad dentro de un mismo cluster
3	Trastorno de personalidad complejo (difuso)	Reúne criterios en el momento actual para 1 o más trastornos de personalidad dentro de más de 1 cluster
4	Trastorno severo de la personalidad.	Reúne los criterios de un trastorno severo tanto a nivel individual como social

Tabla 2

Características clínicas	Tipo R	Tipo S
El paciente se presenta con su personalidad como parte del problema a tratar	No	Si
Desea implicarse en la evaluación y tratamiento psicoterapéutico	Raramente	Si
Está dispuesto a tomar tratamiento farmacológico	No	Habitualmente
Acepta el diagnóstico del trastorno de personalidad	No o de manera reacia	Si
Está motivado, al menos, en alguna medida, al cambio	No	Si

Fue Tyrer quien planteo con claridad la cuestión de la severidad de los trastornos de la personalidad (Tyrer & Johnson 1996), describiéndolo tal y como se refleja en la tabla 1.

Posteriormente, el propio autor plantea una clasificación ultra sencilla en relación a los trastornos de la personalidad (Tyrer et al. 2003), en la que subdivide a los trastornos de la personalidad en los que aceptan el tratamiento y los que lo rechazan, tal y como viene sintetizado en la tabla 2.

Aunque el autor no lo menciona, podríamos decir casi con toda seguridad, que la inmensa mayoría de los pacientes con trastorno antisociales de la personalidad o trastornos disociales, en definitiva, los pacientes del espectro psicopático son sistemáticamente pacientes con un subtipo R de trastorno de personalidad

Más allá de las consecuencias adversas en el terreno de lo social y lo punible de estas conductas psicopáticas mencionadas, hay varias preguntas que debemos de contestarnos con respecto a un análisis más detallado en el terreno de lo estrictamente psicológico. Para profundizar en el planteamiento del amplio espectro de la psicopatía que menciono, haremos un recorrido por diferentes caras de este anguloso problema clínico.

El psicópata sano.

Lo visión del psicópata como sujeto delictivo, queda cuestionado, cuando Millon, líder mundial en la temática de trastornos de la personalidad,

hace un recorrido por los subtipos de psicópatas y describe con detalle, el polo sano del prototipo psicopático (Millon 1998).

En las mentes de muchos psiquiatras y psicólogos la personalidad antisocial se considera casi invariablemente un tipo de carácter muy patológico y rara vez se concibe como potencialmente normal. La principal causa de esta percepción es la implicación peyorativa de la calificación antisocial. Si el síndrome hubiese sido formulado más en términos clínicos que sociales, se podría reconocer mejor que los comportamientos que caracterizan el trastorno no son necesariamente reprobables en sus consecuencias sociales. En su lugar, las diversas manifestaciones de esta personalidad deben verse e interpretarse como expresiones de su contenido psíquico. Desde este punto de vista clínico, más amplio, sabemos que los componentes latentes de esta personalidad suelen expresarse en comportamientos que son mínimamente problemáticos, en especial cuando se manifiestan en formas sublimadas como la independencia, la ambición, la competición, la asunción de riesgos y el gusto por la aventura.

La descripción del «antisocial normal» (descrito por Oldham y Morris 1990, citado por Millon 1998) es como sigue:

Aquí llega el aventurero. ¿Quién sino los aventureros han hecho avanzar la humanidad, cruzando los océanos, rompiendo la barrera del sonido, caminado por la luna? Los hombres y las mujeres con esta personalidad se aventuran en lugares donde la mayoría de los mortales temerían pisar. No están limitados por

los mismos temores y preocupaciones que frenan a la mayoría de nosotros. Viven al límite, desafiando las restricciones y las barreras, retándose a sí mismos en el juego contra su propia mortalidad. Si no hay riesgo, no hay recompensa, dicen ellos. En realidad, para las personas con una personalidad aventurera, el riesgo es la recompensa (pág. 217).

La descripción de Millón (1994) del individuo «disidente» como estilo antisocial normal es algo distinta:

Aquí están incluidas las personas poco convencionales que buscan hacer cosas por sí mismas y están dispuestas a asumir las consecuencias de estos actos. Se comportan como creen que deben hacerlo, sin importarles la opinión de los demás. A veces parecen inclinadas a elaborar o ensombrecer la verdad y a moverse en el límite de la ley, y no son responsables, es decir, no asumen las responsabilidades tradicionales. En lugar de esto, con frecuencia consideran que existen demasiadas reglas para que la gente pueda ser libre y prefieren pensar y actuar de una forma independiente y creativa. Muchos creen que las personas que ostentan alguna autoridad son demasiado severas con los individuos que no aceptan esta situación. No suele gustarles seguir la misma rutina día tras día y a veces actúan de manera impulsiva e irresponsable. Harán lo que quieran o crean mejor sin preocuparse demasiado por los efectos de su comportamiento sobre los demás. Son escépticos sobre los motivos de la mayoría de las personas y rechazan que se les presione, manifestando una gran necesidad de autonomía y autodeterminación (pág. 33).

El antisocial normal está orientado a la acción, al pensamiento independiente, a la inconformidad y a la innovación. Estas personas suelen entrar en confrontación con frecuencia; se mueven dentro de los límites de la ley y de lo socialmente tolerable, pero siempre se centran en sus propios deseos. Buscan su propio camino, encontrar un lugar en el que puedan hacer-

se cargo de sí mismos, autoafirmarse, superar los obstáculos y maniobrar inteligentemente en los límites del peligro y la legalidad. Sin dejar que las dificultades les desalienten, poseen la destreza de volver su atención hacia otras oportunidades. Muchas de estas personas tienen muchos recursos y una gran motivación, tomando la iniciativa para hacer cosas con las que logren sus propios objetivos. Algunos son líderes eficaces, ejercen su autoridad inusualmente bien y toman decisiones con facilidad. En resumen, son una especie de aventureros del mundo de los negocios y unos individualistas militantes que utilizan su libre negocio para satisfacer sus deseos. Dentro de este estilo normal podemos encontrar a muchos de nuestros industriales, hombres y mujeres de negocios, y abogados, que no desean menos que los antisociales francos: conseguir lo que consideran suyo. No obstante, la asunción de riesgos queda siempre dentro de los límites de lo socialmente aceptable (Millon 1998).

Los psicópatas alrededor nuestro.

Los sistemas actuales de clasificación dejan fuera e infradiagnosticados a muchos sujetos. En especial voy a hacer mención de dos subtipos: adultos con conductas antisociales que no cumplen con los criterios diagnósticos al uso (Marmorstein 2006) y otros aun más difíciles de identificar, lo que algunos han denominado sujetos sub-clínicos con un trastorno denominado "auto-promoción aberrante" (Gustafson & Ritzer 1995; Tonya, I & Soly 2002).

En el primero de los casos, se señala como hay adultos que no cumpliendo el criterio de presencia de trastornos de conducta antes de los 15 años, presentan un desarrollo de las conductas psicopáticas en la edad adulta. Aunque sea una realidad, al no cumplir con los criterios señalados, quedan fuera de los estudios clínicos, son

infradiagnosticados y resulta imposible intervenir sobre este subtipo de población, por pasar desapercibida. Los perfiles de comorbilidad de trastornos asociados son similares a los de la población diagnosticada de trastorno antisocial de la personalidad (Marmorstein 2006) tal y como queda recogido en la tabla 3.

Por lo tanto, no solo es cuestión de si se identifica correctamente o no a sujetos con trastorno antisocial y si tienen tratamiento, además, los datos arrojan índices de malestar psicológicos muy superiores a los del grupo control utilizado y deben de ser objeto de tratamiento y, en muchas ocasiones, es solo esta sintomatología la que nos permite acceder a establecer una alianza terapéutica.

Por otro lado, la auto-promoción aberrante, es un concepto desarrollado e investigado hace tiempo (Gustafson & Ritzer 1995), con pocos estudios que repliquen sus hallazgos (Tonya, I & Soly 2002), pero que aun así, resulta relevante para este artículo su inclusión. Plantean los autores una variante sub-clínica e infradiagnosticada que consiste en: sujetos con perfiles narcisistas y psicopáticos, de nivel 1 de severidad según la clasificación de Tyrer mencionada anteriormente

(Tyrer & Johnson 1996), que pasan infradiagnosticados y cometen una tropelía de atentados a la convivencia y lo que es peor, algunos son enormemente exitosos en el entorno social en el que se mueven. Luego volveremos sobre todo esto y analizaremos alguna de las consecuencias, relacionales y sociales de este tipo de individuos.

El polimorfismo y la comorbilidad en el eje II.

El amplio espectro no queda solo en la discordancia entre algunos criterios diagnósticos DSM y CIE, ni en las poblaciones sub-clínicas e infradiagnosticadas que he mencionado, el asunto es mas complejo cuando analizamos el tema de la comorbilidad de trastornos de la personalidad, en especial en el cluster B. Podemos establecer cuatro subtipos de psicopatas: narcisista, borderline, sádico y antisocial (Murphy & Vess 2003). Esta diferenciación tiene una gran utilidad clínica, es coherente con las observaciones de quienes trabajamos cotidianamente con trastornos de la personalidad y tienen implicaciones técnicas.

Tabla 3

Diagnóstico	Prevalencia en la co-ocurrencia de patología de eje I (en %)		
	Grupo control	ACA (*)	ATAP (**)
Consumo de sustancias	21.9	72.1	82.6
Trastornos depresivos	17.3	39.8	36.9
Trastornos de ansiedad	25.5	54.5	52.8

(*) ACA: adulto con conductas antisociales

(**) ATAP: adulto con trastorno antisocial de la personalidad

Tabla 4

DESCRIPCIÓN ENTIDAD	%	AUTOR
Trastorno antisocial *	3.6	Marmorstein 2006
Trastorno de conducta en la infancia *	8.9	Idem
Conductas antisociales en el adulto *	2.3	Idem
Auto-promoción aberrante *	6-12	Gustafson 1995
Psicopatas en prision	70%	Rotter 2002

(*) en población general

Epidemiología.

Si bien no voy a realizar una revisión detallada de los estudios epidemiológicos sobre la psicopatía y diagnósticos afines, sí que quiero dar algún dato sobre lo comentado hasta ahora. En la tabla 4 recojo cifras que nos dan una idea de la magnitud del problema que estamos abordando.

Las cifras de las que estamos hablando son preocupantes, especialmente las de este nuevo concepto de auto-promoción aberrante, que puede llegar incluso a un 12% de la población general. Esta denominación tan anglosajona, esconde algo conocido por todos y con nombre propio. Los trepas, personajes sin escrúpulos que pisotean a quien sea por conseguir aquello que deseen. En menor grado: personajes maquiavélicos, truhanes, picaros, libertarios, etc. Vamos, una pléyade de individuos que en su extremo más cercano al polo sano del prototipo, son buscavidas, y en el otro extremo, son auténticos psicópatas de cuello blanco. Todo aquel que atente contra la propiedad privada y el orden establecido, es un delincuente cuando menos y un enfermo cuando más. Si pasa desapercibido y genera riqueza, aunque aplaste a unos cuantos por el camino, lo mismo le dan la cruz del mérito civil... ¡ya ve Ud. que diferencias! Pero los mecanismos intrapsíquicos y de manipulación del otro son los mismos. La conducta socialmente sancionada es lo que lo diferencia.

Entre otras cosas, necesitamos más estudios que nos permitan diferenciar entre los psicópatas que rompen las reglas sociales infringiendo las leyes, de aquellos otros ocultos, que pasan desapercibidos. Esto requiere una validación empíricamente sustentada de los constructos implícitos en el espectro de la psicopatía, en muestras comunitarias (Salekin, Trobst, & Krioukova 2001), así, podremos sancionar de forma basada en la evidencia y dormiremos más tranquilos.

Algunas cuestiones etiopatogénicas.

Una primera reflexión que tenemos que hacer, para comprender en profundidad la esencia de los comportamientos psicopáticos, es realizar una visión antropológica, etológica y centrada en los procesos de cooperación, solidaridad y pertenencia a un grupo social específico.

Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo establece claros comportamientos censores por parte de la propia matriz grupal con respecto a cualquier comportamiento que pudiera resultar lesivo para los intereses grupales. Entender la horda primitiva como una estructura grupal que hace que el individuo articule sus necesidades individuales entorno a la solidaridad y cooperación dentro de un grupo para garantizar la supervivencia en un mundo hostil, nos lleva a concluir que cualquier comportamiento psicopático, absolutamente individualista, que ignore al otro, basado en una carencia de empatía desde el punto de vista psicológico y en una lesión a la cooperación y solidaridad con el otro desde el punto de vista grupal, es entendido como un comportamiento amenazante para la cohesión grupal, lo que debilitaría las posibilidades de supervivencia del grupo por verse enzarzado éste, en luchas internas fomentadas por conductas absolutamente individualistas como he descrito.

Esta visión antropológica y centrada en la necesidad de cooperación en los grupos sociales en esa horda primitiva que he mencionado, nos ayuda a comprender parte de la crítica a los comportamientos sociopáticos y al rechazo sistemático que produce en los terapeutas el tratar este tipo de pacientes.

La psicopatía ha sido relacionada con problemas dentro de la familia (Dekovic, Janssens, & Van As 2003). Por lo tanto, y por ejemplo, actitudes psicopáticas por parte de los padres, disciplina inconsistente, el castigo físico, familias separadas, y separación de los hijos del cuidado de

los padres (Bor, McGee, & Fagan 2004; Cale & Lilienfeld 2002), la implicación en subgrupos marginales (las malas compañías) (van Lier et al. 2005) todo ello merece puntuaciones muy altas en psicopatía en la adolescencia (Salekin et al. 2005). De todas formas la susceptibilidad individual a los efectos de los malos tratos a quedado claramente vinculada a una predisposición genética (Caspi et al. 2002), lo cual tranquiliza. El problema no está en maltratar a un menor, es un gen que le hace no tolerarlo y evolucionar hacia la psicopatía. Indudablemente es un alivio, con un examen genético, nos quedaremos tranquilos sobre la resiliencia de los niños a los tortazos (ironías de la utilización perversa de la genética).

Pero se ha dado poca importancia a las dificultades emocionales en los individuos psicopáticos. De qué forma el procesamiento emocional es diferente en los individuos psicopáticos en relación a aquellos que no tienen este trastorno. ¿Que sistemas emocionales son los que resultan disfuncionales en los pacientes psicopáticos? Recientemente hay una revisión extensa sobre esta temática (Blair et al. 2006), pero nos ceñiremos a las teorías centradas en el déficit de procesamiento emocional (Derek & James 2000). Actualmente hay dos teorías fundamentales:

1.- La primera sugiere que el individuo con conductas psicopáticas muestra anomalías en como experimenta el miedo.

2.- Otra teoría señala que la disfunción primaria está en la empatía.

En relación a la teoría relativa a las dificultades en la experimentación del miedo, se han realizado sugerencias entorno a que la psicopatía está relacionada con las dificultades en el procesamiento en los estímulos vinculados al miedo. Esta teoría se sustenta en que la socialización se consigue a través de un miedo condicionado. De acuerdo con esta teoría, los individuos aprenden a evitar las conductas antisociales, porque tienen miedo de sus consecuencias. Aquellos con un deterioro en el procesamiento del miedo, no

pueden socializarse de esta forma. Como resultado de esto, no aprenden a evitar las conductas de carácter antisocial.

La segunda teoría, el déficit en la empatía es la que nos lleva a preguntarnos si los individuos psicopáticos tienen dificultades en generar respuestas empáticas hacia los otros. Hay evidencias ciertas que los individuos con psicopatía tienen una sensibilidad reducida hacia el sufrimiento de los demás, pero en absoluto presentan un déficit de mentalización (Dolan & Fullam 2004). Por lo tanto y en relación a la conciencia de realidad y responsabilidad del psicópata, no es que este no sepa que la trasgresión está prohibida, sino que no tiene ningún tipo de repercusión emocional ni le supone un condicionamiento aversivo (como le supondría a un sujeto sano) el darse cuenta del sufrimiento que ocasiona en los otros. Su déficit en la empatía, a diferencia del sujeto normal, no le hace percibir las consecuencias de destrucción emocional que supone para el otro, y/o en caso de percibirlo, no tiene ningún tipo de sentimiento de culpa ni remordimiento.

A la hora de intentar encontrar los fundamentos biológicos que sustentan estas dificultades en el procesamiento del miedo y los déficits relativos a la empatía, se plantean dos teorías entorno a si el problema es un asunto vinculado al cortex orbitofrontal o si el problema está circunscrito al funcionamiento de la amígdala (Blair 2001). Como conclusión el autor plantea que la psicopatía es un trastorno que resulta de una interacción compleja entre factores sociales y biológicos, de tal forma que probablemente la amígdala tiene un papel crucial en el desarrollo normal tanto de las respuestas vinculadas al miedo y a la empatía.

Como siempre y en relación a todas las reflexiones relativas a la fundamentación etiopatogénica de disfunciones neurobiológicas cerebrales, debemos de preguntarnos: en última instancia de qué manera estas aportaciones microscópicas a nivel microfuncional, ¿aportan algún dato acerca de cómo debe de ser tratado el paciente?

Un marco conceptual.

En otros lugares he descrito el modelo cognitivo analítico (Mirapeix 2004a) y la teoría de los múltiples estados del self (Mirapeix 2004b), en consonancia con el modelo inicialmente descrito por Anthony Ryle (Ryle & Kerr 2006). En este caso, quiero ampliar conceptualmente lo presentado en otros lugares, planteando una visión más abarcativa de los múltiples estados del self y su utilidad como marco conceptual general para la comprensión del desarrollo del self y de los trastornos de la personalidad.

El modelo de los múltiples estados del self.

La esencia del modelo cognitivo analítico aplicado a los Trastornos de la personalidad, es la comprensión del Trastorno Límite de la Personalidad desde lo que denominamos el *Modelo de los Múltiples Estados del Self*, y que paso a recoger brevemente a continuación, como guía del modelo teórico.

La conceptualización teórica de los múltiples estados del self, evoluciono en respuesta a las dificultades prácticas encontradas en la comprensión y reformulación del tratamiento de los pacientes con trastornos de personalidad severos. A medida que fue haciéndose patente la utilidad de representar los diferentes roles recíprocos y sus patrones de rol relacional en estados del self separados, se hizo cada vez más necesario desarrollar una conceptualización teórica que describiese la evolución de la estructura que se estaba utilizando.

Los cambios de estado están acompañados de alteraciones en el tono de voz, en la postura y pueden venir acompañados de síntomas disociativos, o no. De tal forma que planteo una concepción basada en un self múltiple, dinámico y dialógico, en el que las transiciones entre los diferentes estados son claramente diferentes, de un sujeto normal a uno patológico, tal y como sintetizo en la siguiente tabla.

Transiciones entre los diferentes estados		
	Normal	Patológico
Roles	Amplios	Estrechos
Emoción	Tolerable	Intensa
Transición	Suave	Brusca
Contextual	Siempre	A veces
Flexibilidad	Si	No

La utilización de un diagrama secuencial para describir los estados del self separados, permite caracterizar cada uno de ellos por su patrón de rol recíproco dominante. Describir las transiciones entre los estados del self tiene la misma función que los diagramas secuenciales básicos en los pacientes menos perturbados, facilita a ambos (al terapeuta y al paciente) el aprender a reconocer donde están ambos, en términos del mapa (reformulación del caso).

La terapia cognitivo analítica pretende movilizar las capacidades del paciente para su capacidad para la autorreflexión y el control, no difiriendo en este objetivo del modelo de mentalización (Bateman & Fonagy 2004). Así, como el reto principal con el que nos encontramos con los pacientes borderline es su tendencia a destruir aquello que necesitan, como la utilización de su hostilidad para conseguir o defenderse en contra de la vulnerabilidad y la persistencia de su disociación; con el paciente psicópata, las dificultades son de otro orden: su nula conciencia de enfermedad, su poca motivación, la dificultad de trabajar en registros emocionales y uno de los mayores riesgos, es que su motivación, sea perversa, es decir, que usen la terapia para incrementar sus conocimientos sobre como manipular al otro.

Las metas terapéuticas solo se pueden conseguir combinando una relación correctiva (esto es, que no sea 'colusiva') junto con la dotación al paciente de herramientas conceptuales a través de las cuales incremente su capacidad de auto observación y comprensión. La co-construcción de sencillos diagramas secuenciales que permitan describir la estructura de los múltiples esta-

dos del self del paciente, que hagan tener sentido a sus experiencias de manipulación del otro, las consecuencias reforzantes a corto plazo; pero que siempre terminan en un grave deterioro funcional y la demolición de cualquier relación. El incluir a la pareja, a la familia en el tratamiento, son elementos que contribuyen a aclarar los procedimientos interpersonales que usa el psicópata. Esto, no solo dota de auto conocimiento al paciente, sino que le sirve al entorno para clarificar las estrategias de manipulación a las que sutilmente son sometidos.

Reflexiones técnicas y algunos ejemplos clínicos.

Trabajar con trastornos de personalidad, es imposible si no se realiza desde una perspectiva de la interacción entre dos personas. Desde aquí, la relación entre ambas, el discurso que co-construyen pasa por una interacción mediada emocionalmente a la que ambos implicados en dicha relación contribuyen. Recientemente, En un artículo titulado "Fenómenos contratransferenciales y patología de la personalidad en la práctica clínica: una investigación empírica" (Betan et al. 2005), los autores realizan una aproximación al fenómeno de la contratransferencia desde un punto de vista científico. Resulta relevante resaltar alguno de los aspectos, para poderlos ligar posteriormente con la línea argumental que voy a mantener en la parte final del artículo.

Por primera vez, se aportan datos sobre la fiabilidad y estructura factorial de una medida en los procesos contratransferenciales en la práctica clínica, y examina la relación entre estos procesos y la patología de personalidad del paciente. El análisis factorial del cuestionario de contratransferencia da como resultado 8 factores conceptualmente coherentes e independientemente de la orientación clínica del terapeuta: 1.- sobrepasado/ desorganizado. 2.- inadecuado/inca-

paz. 3.- positivo. 4.- especial/sobreimplicado. 5.- sexualizado. 6.- distanciado. 7.- parental/protector. 8.- criticado/maltratado.

Los 8 factores mencionados, se asociaron de manera predecible con la patología del eje II. Especialmente, en relación a las reacciones contratransferenciales en lo relativo al tratamiento de pacientes con personalidad narcisista. Lo más importante y señalado en la conclusión del artículo es que los fenómenos contratransferenciales pueden ser medidos de una forma sofisticada en la clínica, y eficaz desde el punto de vista psicométrico, que resulta capaz de evaluar y recoger la complejidad de las reacciones emocionales de los clínicos hacia sus pacientes.

Los patrones de reacción contratransferencial están sistemáticamente relacionadas con al personalidad de los pacientes, independientemente de la aproximación o el marco teórico del terapeuta. Sugiere que los clínicos, más allá de su orientación terapéutica, pueden hacer una utilización diagnóstica y terapéutica de sus propias respuestas hacia el paciente.

Las conclusiones del artículo resultan especialmente significativas especialmente en lo relativo a los patrones coherentes de respuesta contratransferencial que surge en el tratamiento, más allá de si el clínico "cree" en el concepto de respuestas contratransferenciales, independientemente de si ha sido entrenado a atender a él o no. Dicho de otra forma, a pesar de que el concepto de contratransferencia surgió de la observación psicoanalítica, los datos sugieren que los clínicos de cualquier orientación teórica, deben de prestar atención y, hasta donde sea posible, utilizar esta información en el contexto de la relación terapéutica, incluyendo sus propias respuestas al paciente.

Estas reacciones contratransferenciales son los indicadores para detectar las operaciones de manipulación que utiliza el psicópata. El modelo de roles recíprocos y la evitación de colisionar en el rol inducido en el terapeuta, son claves para la

interacción psicoterapéutica con cualquier paciente. Con el psicópata, es necesaria una implicación especial por parte del terapeuta, que vaya más allá de la actitud censora, moralista y punitiva, que de forma inducida por el contexto social solemos adoptar. Esto, conlleva a la invalidación e incomprensión sistemática de la globalidad del paciente, como posteriormente tendremos ocasión de ver.

El autodescubrimiento de las reacciones emocionales del terapeuta en el proceso de interacción con el psicópata, tiene un valor a varios niveles. Tiene un componente psicopedagógico a nivel emocional y clarifica los procedimientos interpersonales que el psicópata utiliza en su manipulación del otro. En relación a esto hay algunas reflexiones más detalladas que quiero comentar.

Ante el hecho de establecer un vínculo terapéutico con los pacientes con trastornos de personalidad, es una intervención relativamente frecuente intentar despatologizar las conductas que inicialmente presenta el paciente y establecer una gradación entre lo normal y lo patológico, recurriendo, con alguna frecuencia, a empatizar con un rasgo de personalidad, para hacer ver al paciente la sutil transición entre lo normal y lo patológico. No es extraño en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, y/o con trastornos de eje I también, que el terapeuta haga desvelamientos personales entorno a algunos comportamientos propios que puedan hacer eco con los comportamientos del paciente. Por lo tanto, no sería extraño que un terapeuta pueda decirle a un paciente borderline, con severos cambios en su estado del humor y comportamientos impulsivos, "en algunas ocasiones todos podemos ser algo inestables" le podría decir un terapeuta a un paciente borderline, validando por un lado su experiencia de inestabilidad emocional, y por otro lado, empatizando con esa inestabilidad emocional, generalizándola, despatologizándola y contribuyendo a construcción de un vínculo, abriendo así la puerta a

otras intervenciones. Ejemplos similares podrían establecerse con respecto a la empatía que un terapeuta podría establecer con un paciente obsesivo, expresándole que algunos comportamientos rígidos, necesitados del control, y con cierto temor a la comisión de errores, son compartidos también por el terapeuta como forma de cubrir los objetivos mencionados en el ejemplo anterior del paciente borderline.

Pero aquí viene un giro llamativo sobre el que me gustaría reflexionar. Cómo hace esto un terapeuta con un paciente con conductas sociopáticas. Cómo le explica al paciente sociopático como son las gradaciones entre los comportamientos sociopáticos normales y los patológicos. Aquí debíamos de incluir y recordar la reflexión que hacía en la introducción entorno al psicópata normal descrito por Millon, quizás esto nos ayudaría a poder establecer las gradaciones de las que hablo. En cualquiera de los casos y continuando con la línea argumental que planteo, como le explico yo al paciente para fomentar la empatía y la despatologización, que yo también tengo alguna conducta trasgresora de la norma, incluso algo sociopática, aunque no traspase el límite de la ley; incluso que en ocasiones yo también soy algo egoísta y pienso poco en las necesidades del otro. En ocasiones da la sensación que esas cosas, solo les pasan a "ellos", a los psicópatas, y como veremos posteriormente, eso nos dificulta un nivel más complejo de comprensión.

Pero antes de continuar, hay una reflexión técnica que quiero profundizar en ella, pues afecta no solo al trastorno psicopático sino a cualquier otro trastorno de personalidad. Sabemos por nuestra experiencia clínica y personal que el cambio de los comportamientos es difícil y que las modificaciones a nivel psicológico son complejas en general, y cuando hablamos de cambio en los trastornos de personalidad más aún.

Es más, el concepto de cantidad y calidad del cambio en el tratamiento de los trastornos de personalidad, considero que deben de ser reela-

borados. Es posible cambiar algo, doblar un poco algunos rasgos, suavizar formas de comportamiento, pero no virarlas 180 grados como de la noche al día. En el tratamiento de los trastornos de personalidad descubrimos que nuestra labor como terapeutas, es ayudar al paciente a que flexibilice sus patrones rígidos de comportamiento, y que así éstos le traigan menos problemas en las relaciones con los demás, y en el caso del sociópata no solo con los demás sino con la sociedad y la justicia.

En muchos casos, intentamos suavizar los rasgos de personalidad patológicos, y en el caso de los psicópatas debíamos de hacer lo mismo. Pero nos encontramos con que generalmente no lo hacemos, específicamente con los psicópatas. Y debíamos de preguntarnos por qué, debíamos de preguntarnos por un lado qué es lo que nos hace rechazar al psicópata y por otro no contemplar la posibilidad de que quizás suavizando y aprendiendo a utilizar aquellos procesos psicológicos adaptativos implícitos en él, pudiera resultar que su comportamiento psicopático fuese menos dañino para los demás y aprendiera a sacar más partido de él. Lo que sigue a continuación contribuye a clarificar esto.

La complejidad relacional en el tratamiento de psicópatas no queda aquí. Daré una vuelta de tuerca mas y plantearé una visión que resultara algo chocante, pero que desde el modelo de roles internalizados y recíprocos, se entiende bien, pero es inquietante lo que voy a plantear. En un artículo titulado: "algunas reflexiones sobre la contratransferencia en el tratamiento de criminales", el autor (Weiss 1998) plantea una visión algo diferente a la usual.

La mayor parte de la literatura sobre las reacciones contratransferenciales con criminales ha enfatizado en las emociones negativas como la rabia, el miedo y el odio. Este artículo discute las reacciones que han sido relativamente olvidadas y negadas como son, la fascinación y la envidia. Fantasías relativas a llevar una vida llena de exci-

tación son evocadas con frecuencia. El reconocimiento de estas fantasías y emociones y la aceptación de las mismas como atractivas, pueden incrementar nuestra capacidad de comprensión del ofensor (el psicópata) y de su vida. El atractivo de la criminalidad, a pesar de sus severas consecuencias, resulta más comprensible. Aceptar estas emociones pueden suponer un reto para la vida, y una reevaluación de los propios valores y criterios morales.

Trabajar con criminales puede evocar en el terapeuta las emociones más básicas e intensas. Tanto los terapeutas como los psicopatólogos, oscilan típicamente de la empatía y el cuidado, a la rabia y al rechazo de ser manipulados o molestados, y de eso al miedo, al temor reverencial y a la admiración. Evitar o negar estas emociones con la intención de protegerse uno mismo de experimentar sentimientos nuevos, puede contribuir a la desmoralización y al *burn-out*. Aceptar la atracción como una emoción genuina es parte de la relación terapéutica, y examinar estos sentimientos, puede contribuir a una comprensión más real y basada en la empatía hacia el paciente.

La mayor parte de los escritores sobre el tema de las reacciones contratransferenciales con los criminales o las personalidades psicopáticas, enfatizan en las reacciones negativas como la impotencia, el miedo, el rechazo y la devaluación. El autor, se muestra de acuerdo que sin ser capaz de darse cuenta de estas emociones, y sin ser consciente completamente ante lo que uno se está enfrentando, el terapeuta está situándose a sí mismo en peligro de actuar de manera irresponsable.

Los sentimientos del terapeuta oscilan entre dos polos opuestos. Por una parte, está la curiosidad, fascinación y atracción; y por la otra parte, el enfado, disgusto y rechazo. Una vez que estos extremos emocionales han sido experimentados, comienza a emerger una visión más neutral y realista acerca del paciente, y se hace posible un diálogo más genuino. Experimentar sentimientos

de atracción o aversión de manera aislada y desconectada, puede crear una visión incompleta del paciente.

Sentirse atraído hacia las conductas psicopáticas del paciente puede ser profundamente provocador de sentimientos de cobardía en el terapeuta. Sucede, creo, que es más fácil aceptar y admitir el enfado y la aversión, o el sentimiento de sentirse manipulado, que admitir sentimientos de atracción hacia un convicto (Weiss 1998).

Si estos impulsos evocados son vistos como malos por parte del terapeuta, si esta maldad no es aceptada y tomada en consideración, puede ser rechazada desde el sí mismo del terapeuta y proyectada en el paciente. Debido a que ha sido el paciente quien ha evocado estos sentimientos prohibidos y viles, estos deseos intolerables, es por esto por lo que el paciente debe de ser considerado como malo. Es a través de este proceso dinámico, que las mismas emociones que inicialmente llevaron a la atracción, en último extremo contribuyen a acciones punitivas, juicios morales, y actitudes de rechazo por parte del terapeuta. Solo siendo capaz de darse cuenta de esto: aceptar el atractivo y el aura de la criminalidad, es decir, aceptar las fantasías de uno mismo, ayuda al terapeuta a comprender y aceptar la atracción de la vida criminal del ofensor (Weiss 1998).

Negar las emociones y fantasías implícitas en los roles activados en uno mismo, no solo incrementan el rechazo del paciente, sino que incrementan la represión de la vida emocional del terapeuta. En la medida que los impulsos y las fantasías son rechazados de la mente del terapeuta, el trabajo diario y la rutina se convierten cada vez más en algo desvitalizado. Empieza a aparecer persistentemente una dicotomía monótona en la que el ofensor es el malo, y las autoridades son los buenos. Esto contribuye a crear una actitud simplista y moralista. La negación temerosa de los aspectos atractivos del psicópata ejercen un efecto demoledor en las emociones del terapeuta y se incrementa el riesgo del *burn-out*.

Siendo capaces de darnos cuenta de la atracción de las fantasías psicopáticas, se incrementa nuestra comprensión de los motivos del criminal y de la posibilidad de que se lleve a cabo un encuentro terapéutico empático. El autor cita como final de su artículo a Strasburger, 1986, quien dice: "muchos pacientes antisociales son individuos fascinantes. Tienen muchas cosas que enseñarnos acerca de la vida en general, así como acerca de la psicoterapia en particular" (página 206) (Weiss 1998).

Solo una relación que no prejuzgue va a permitir un encuentro real con el psicópata, va a permitir desarrollar una conversación terapéutica con el, mas allá de estereotipos preconfigurados de los que todos somos presa.

Prevención de desastres.

No puedo terminar este artículo, sin hacer mención a las víctimas de las víctimas. Las consecuencias de los comportamientos psicopáticos son obvios cuando de conductas delictivas se trata, pero son mucho mas sutiles en aquellos casos infradiagnosticados, que pasan desapercibidos y que producen un tremendo sufrimiento a las personas en el entorno de influencia directa de estos sujetos. Las consecuencias de una vida junto a un psicópata ha sido descrita con claridad por una investigación reciente (Kirkman 2005), y plantea los diferentes niveles de daño que infligen a sus víctimas, especialmente a las mujeres e hijos que viven con ellos.

Describen ocho características del tipo de maltrato de las mujeres que viven con psicopatas adaptados y ocultos: Llevan a la mujer a la victimización, con mentiras, abuso económico, abuso emocional y tortura psicológica, infidelidades múltiples, aislamiento y coerción, agresiones físicas y sexuales y violación, utilización y maltrato de los hijos. Mucha de la patología de eje I que vemos en mujeres y en niños maltratados, están

*Sucede, creo,
que es más fácil aceptar
y admitir el enfado
y la aversión,
o el sentimiento de sentirse
manipulado, que admitir
sentimientos de atracción
hacia un convicto
(Weiss 1998).*

vinculadas a sujetos psicopáticos infradiagnosticados. Mas allá de nuestra función sancionadora, esta nuestra función de ayuda a quien sufre y en este terreno nos queda mucho por hacer.

Bibliografía.

– Bateman AW & Fonagy P. 2004, "Mentalization-based treatment of BPD", *J Personal.Disord.*, vol. 18, no. 1, pp. 36-51.

– Betan E, Heim AK, Zittel CC, & Westen D. 2005, "Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation", *Am J Psychiatry*, vol. 162, no. 5, pp. 890-898.

– Blair RJ. 2001, "Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy", *J Neurol.Neurosurg. Psychiatry*, vol. 71, no. 6, pp. 727-731.

– Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S, Mitchell DG, & Pine DS. 2006, "The development of psychopathy", *J Child Psychol.Psychiatry*, vol. 47, no. 3-4, pp. 262-276.

– Bor W, McGee TR, & Fagan AA. 2004, "Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study", *Aust.N.Z.J Psychiatry*, vol. 38, no. 5, pp. 365-372.

– Cale EM & Lilienfeld SO. 2002, "Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration", *Clin.Psychol.Rev.*, vol. 22, no. 8, pp. 1179-1207.

– Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, & Poulton R. 2002, "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children", *Science*, vol. 297, no. 5582, pp. 851-854.

– Dekovic M, Janssens JM, & Van As, N. M. 2003, "Family predictors of antisocial behavior in adolescence", *Fam.Process*, vol. 42, no. 2, pp. 223-235.

– Derek M & James B. 2000, "State of the art: Psychopathy", *Psychologist*, vol. 13, no. 7, p. 356.

– Desviat M. Sociedad civil, salud mental y psiquiatría. http://www.atopos.es/pdf_03/editorial.pdf . 2004. Ref Type: Electronic Citation

– Dolan M & Fullam R. 2004, "Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy", *Psychol.Med.*, vol. 34, no. 6, pp. 1093-1102.

– Fernández Liria A. Reflexiones sobre la función social de la psicoterapia en la era de la globalización. <http://www.atopos.es/03.htm>. 2004. Ref Type: Electronic Citation

– Granic I & Patterson GR. 2006, "Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach", *Psychol.Rev.*, vol. 113, no. 1, pp. 101-131.

– Gustafson SB & Ritzer DR. 1995, "The dark side of normal: a psychopathy-linked-pattern called aberrant self-promotion", *European Journal of Personality*, vol. 9, no. 3, pp. 147-183.

– Hare RD, Clark D, Grann M, & Thornton D. 2000, "Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective", *Behav.Sci.Law*, vol. 18, no. 5, pp. 623-645.

– Hare R. 1994, "Predators", *Psychology Today*, vol. 27, no. 1, p. 54.

– Kirkman CA. 2005, "From soap opera to science: Towards gaining access to the psychopaths who live amongst us", *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, vol. 78, no. 3, pp. 379-396.

– Marmorstein NR. 2006, "Adult antisocial behaviour without conduct disorder: demographic characteristics and risk for cooccurring psychopathology", *Can.J Psychiatry*, vol. 51, no. 4, pp. 226-233.

– Millon T. 1998, *Trastornos de la personalidad: mas alla del DSM-IV* Masson.

– Millon T. 2000, "Reflections on the future of DSM axis II", *J.Personal.Disord.*, vol. 14, no. 1, pp. 30-41.

– Mirapeix C. 2004a, "Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención", <http://www.aperturas.org/18mirapeix.html>.

– Mirapeix C. Tratamiento ambulatorio intensivo de los trastornos límite de la personalidad. V Congreso Nacional y VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad. 16 al 19 de Junio 2004. Zaragoza . 2004b. Ref Type: Abstract

- Murphy C & Vess J 2003, "Subtypes of Psychopathy: Proposed Differences Between Narcissistic, Borderline, Sadistic, and Antisocial Psychopaths", *Psychiatric Quarterly*, vol. 74, no. 1, pp. 11-29.
- Ogloff JR. 2006, "Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum", *Aust.N.Z.J Psychiatry*, vol. 40, no. 6, pp. 519-528.
- Ryle A & Kerr I. 2006, *Introducción a la Psicoterapia cognitiva analítica* Desclee de Brouwer (en prensa).
- Salekin RT, Leistico AM, Trobst KK, Schrum CL, & Lochman JE. 2005, "Adolescent psychopathy and personality theory--the interpersonal circumplex: expanding evidence of a nomological net", *J Abnorm.Child Psychol.*, vol. 33, no. 4, pp. 445-460.
- Salekin RT, Trobst KK, & Krioukova M. 2001, "Construct validity of psychopathy in a community sample: a nomological net approach", *J Personal.Disord.*, vol. 15, no. 5, pp. 425-441.
- Soderstrom H. 2003, "Psychopathy as a disorder of empathy", *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 12, no. 5, pp. 249-252.
- Tonya M, I & Soly IE. 2002, "Aberrant self-promotion or subclinical psychopathy in a Swedish general population", *The Psychological Record*, vol. 52, no. 1, p. 33.
- Tyrer P & Johnson T. 1996, "Establishing the severity of personality disorder", *Am J Psychiatry*, vol. 153, no. 12, pp. 1593-1597.
- Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, & Ranger M. 2003, "Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S", *J.Personal.Disord.*, vol. 17, no. 3, pp. 263-268.
- Van Lier PA, Vitaro F, Wanner B, Vuijk P, & Crijnen AA. 2005, "Gender differences in developmental links among antisocial behavior, friends' antisocial behavior, and peer rejection in childhood: results from two cultures", *Child Dev.*, vol. 76, no. 4, pp. 841-855.
- Weiss JM. 1998, "Some reflections of countertransference in the treatment of criminals", *Psychiatry*, vol. 61, no. 2, pp. 172-177.
- Westen D, Shedler J, & Bradley R. 2006, "A prototype approach to personality disorder diagnosis", *Am J Psychiatry*, vol. 163, no. 5, pp. 846-856.