

Promoviendo progresivamente la metacognición en un caso de un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad tratado con terapia interpersonal metacognitiva

Giancarlo Dimaggio, Antonino Carcione, Giampaolo Salvatore, Giuseppe Nicoló, Antonella Sisto and Antonio Semerari (*)

Marco. Muchas personas con trastornos de la personalidad (TP) tienen problemas para contemplar los estados mentales y usar el conocimiento psicológico para afrontar su sufrimiento y solucionar problemas sociales, la habilidad denominada metacognición en este artículo. Los terapeutas pueden focalizar en las disfunciones metacognitivas para adaptar el tratamiento de TP a las habilidades metacognitivas del paciente.

Objetivos. Resumir brevemente los procedimientos que favorecen las habilidades de los pacientes de definir problemas en términos mentalistas y de utilizar este conocimiento para desarrollar nuevos senderos hacia el vivir una vida social adaptada, dentro del contexto de la regulación continua de la relación terapéutica.

Método. Análisis cualitativo de extractos transcritos de una sesión de un caso con buen resultado tratado con terapia metacognitiva interpersonal.

Conclusión. Un foco terapéutico en las disfunciones metacognitivas y una regulación de la relación terapéutica puede facilitar avances en los síntomas y en el funcionamiento interpersonal. La posibilidad de generalizar el procedimiento y testarlo empíricamente está en discusión.

A las personas con trastornos de la personalidad (TP) les resulta difícil describir su experiencia interna en términos mentalistas, deducir las motivaciones y emociones subyacentes al comportamiento de los otros, y describir representaciones matizadas de los estados mentales de la gente con la que interactúan (Fonagy & Target, 1996; Semerari, Dimaggio, Nicolò, Procacci & Carcione, 2007). Dada la falta de esa habilidad necesaria para identificar y reflexionar sobre los estados mentales, es difícil para ellos crear estrategias para resolver problemas basadas en la información mentalista y

conciliar sus deseos y objetivos con sus cónyuges, colegas y amigos, o bien lidiar con factores estresantes.

La metacognición disfuncional supone problemas en: (a) *auto-reflexión*, incluyendo por ejemplo conciencia emocional, la habilidad de distinguir entre fantasía y realidad y la integración de representaciones del self con los otros, a menudo múltiples y contradictorias, (b) *entender las mentes de otros y descentrarse*, por ejemplo formando ideas sobre aquello que los otros están pensando y sintiendo en base a sus signos faciales y comportamentales; incluye la habilidad de reconocer que los otros tienen perspectivas diferentes a las propias acerca de los hechos; (c) *dominio*, o la habilidad de utilizar el conocimiento mentalista para formar estrategias adaptativas y rentables para afrontar la aflicción y solucionar problemas sociales.

Una parte significativa de una disfunción metacognitiva depende de la calidad de las relaciones (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Liotti & Gilbert, 2011; Prunetti *et al.*, 2008; Semerari *et al.*, 2003). En ausencia de un ambiente seguro para la reflexión sobre los estados mentales, donde otros relevantes pueden proveer aceptación, calidez y empatía, resulta difícil alcanzar modos mentalistas de funcionamiento. Esto es evidente en los niños que necesitan ambientes seguros, con un marco adecuado y reglas, para poder entrar en el modo de juego compartido de la simulación en el cual la charla sobre los estados mentales puede desarrollarse (Lillard, 2001). En la psicoterapia entonces se trata de invitar a los pacientes a entrar al modo de simulación (Holmes, 2006) en el cual, en una relación cooperativa con sus terapeutas (Liotti & Gilbert, 2011), pueden atender y explorar los matices de los estados mentales de ambos participantes. Esta instancia mentalista requiere que una persona esté en modo exploratorio, sabiendo que será estimulada por una situación segura, en la cual otros están disponibles, sin interferir y animando (Feeney & Thush, 2010).

Las dificultades para darle sentido a los estados mentales crea una gran carga para la relación terapéutica (Orgodniczuk, Piper, & Joyce, en prensa). Las personas con TP anticipan reacciones negativas de los otros, prestan atención selectiva a señales como la crítica o el rechazo y activan ciclos negativos en los cuales las reacciones de los demás confirman sus expectativas (Safran & Muran, 2000). En

tales momentos, su habilidad para reflexionar acerca de los estados mentales es casi mínima.

La terapia interpersonal metacognitiva (TIM; Dimaggio, Carcione, Salvatore, Semerari & Nicolò, 2010; Dimaggio, Salvatore, *et al.*, en prensa; Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò & Procacci, 2007) adoptada aquí presta constante atención a la relación terapéutica, para así trabajar en una atmósfera cooperativa con mínimas tensiones para la alianza, asumiendo que esto ayudará a los pacientes a utilizar sus habilidades metacognitivas por completo. Dado que la metacognición mejora progresivamente, es más sencillo tanto para el paciente como para el terapeuta llegar a comprender la mente del otro y trabajar para alcanzar objetivos compartidos.

Las intervenciones tienen que favorecer el despliegue satisfactorio de las habilidades metacognitivas del paciente (Bateman & Fonagy, 2004; Leiman & Stiles, 2011; Lysaker, Buck, Carcione, *et al.*, 2011). Si una persona no está consciente de las emociones, es inútil ayudarla a entender que los esquemas relacionales internalizados subyacen en su vida cotidiana y en su relación de transferencia. En cambio es necesario primero ayudarla a reconocer que los cambios en la activación son correlatos emocionales, y luego encontrar nombres que calcen con su estado físico. La conciencia de cómo y por qué los pacientes piensan, sienten y actúan, también tiene que ser promovida antes de pedirles que cambien los patrones de pensamiento y comportamiento. Si un paciente no está consciente de que está guiado por esquemas internos y que no reacciona simplemente a estímulos externos, no tiene sentido intentar cambiar un patrón de pensamiento o comportamiento. Cuando un terapeuta le ha mostrado al paciente que el problema está internalizado -por ejemplo, una tendencia sólida a ver a los demás como críticos y a reaccionar sintiéndose avergonzado y apartándose- entonces le será más fácil comprometerlo en experimentos enfocados a ver las cosas desde un ángulo distinto.

Los avances metacognitivos parecen ser un indicador de buen resultado de la terapia (Dimaggio, Procacci, *et al.*, 2007; Dimaggio *et al.*, 2009; Levy *et al.*, 2006; Lysaker *et al.*, 2010; Semerari *et al.*, 2005); cuanto más efectivas son las terapias, más pueden los pacientes formar un retrato mentalista de ellos mismos y de los demás, de modo que se vuelven mentalmente más abiertos y capaces de desvincularse de

patrones de pensamiento disfuncionales, o bien, no dejan que las relaciones terminen en callejones sin salida. Nótese que la pregunta sobre si los problemas metacognitivos son un estado o un rasgo en las personas con TP está muy lejos de haber sido resuelto. Algunos (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008) resaltan el poder que el ambiente próximo tiene en favorecer o dificultar la comprensión del estado mental. Por otro lado, no existen estudios clínicos que muestren que la escasa metacognición sea resistente a investigaciones apropiadas y a condiciones terapéuticas adecuadas, con pacientes más severos tendientes a mostrar un déficit metacognitivo real y apropiado (Dimaggio & Lysaker, 2010).

La metacognición disfuncional genera una mezcla tóxica cuando interactúa con el uso de un conjunto coartado y estereotipado de representaciones de uno-con-los-demás (Dimaggio, Semerari, Carcione, Procacci, & Nicolò, 2006), a menudo cargadas de imágenes negativas de uno mismo e ideas de que los otros son, por ejemplo, malignos o rechazantes y de que los deseos propios quedarán insatisfechos (Davison, 2007; Ryle & Kerr, 2002). Elisa, por ejemplo, deseaba afecto pero sólo anticipaba o notaba los comentarios maliciosos, mientras pasaba por alto cualquier elogio. Tenía sentimientos de vergüenza subyacentes que el terapeuta podía leer con claridad en su rostro, pero de los cuales ella no era consciente.

La expectativa de Elisa de que su terapeuta fuera rechazante y despectivo mantenía su autocrítica a los efectos de prevenir los comentarios maliciosos que anticipaba. En cuanto el terapeuta intentaba conectarse con su sonrojo y el bajar su mirada debido a la vergüenza, inmediatamente interpretaba esto como una crítica: “No me sonrojaría por una cosa tan tonta”.

La falta de habilidad para inferir intenciones a partir de las expresiones faciales, torna imposible sustituir creencias como “el otro está mal predispuesto”, con, por ejemplo, la intuición correcta que la sonrisa en el rostro de un maestro significa aprecio y no –como se espera- sarcasmo.

La baja metacognición y las representaciones parciales propias o de los demás, son barreras para la curación. Cuando las emociones aparecen, pero sus disparadores son opacos para el narrador, es imposible para el terapeuta interrumpir los procesos disfuncionales cognitivo-emocionales porque las creencias no están

claras. Las representaciones perturbadas propias o de los demás, dejan a las personas con TP privadas de miradas alternativas. Esto también dificulta la habilidad de codificar la información que promovería una imagen propia matizada y adaptativa. Las personas con TP tienden a construir un terapeuta de acuerdo a sus expectativas, de modo que piden ayuda o buscan aprobación, pero esperan que éstos los rechacen o critiquen. Cuando intentan lidiar con las reacciones que esperan de sus terapeutas, los pacientes con TP recurren inmediatamente a estrategias evolutivas básicas como lucha/huída (Gilbert, 2005), las cuales los llevan a atacar o a apartarse, probablemente incluso provocando alternadamente reacciones negativas en el terapeuta (Safran & Muran, 2000).

Terapia interpersonal metacognitiva

La TIM tiene raíces constructivistas (Neimeyer & Mahoney, 1995) e inicialmente apuntaba a ayudar a los pacientes a tomar conciencia de los recurrentes patrones de significado, a comprender cómo eran influenciados por las tendencias en las relaciones y a adoptar nuevas perspectivas, mientras trataban de acceder a los estados mentales deseados. Esta actitud se mezcló con un foco único consistente en estimular la conciencia del paciente de los estados mentales.

Los terapeutas TIM se esfuerzan, junto a sus pacientes, por entender cómo desenmarañar las representaciones disfuncionales propias y de los otros y utilizar el conocimiento metacognitivo para lidiar con el sufrimiento y encontrar nuevas posibilidades en la vida. Entonces, trabajan en promover el compromiso de sus pacientes con un cambio de comportamiento y la práctica de nuevas acciones (Horowitz, 1987) y lentamente dejar aflorar las representaciones propias adaptativas, las cuales pueden ser eventualmente integradas a un sistema del self más rico. El foco en la TIM vira de los problemas y síntomas de los pacientes a elaborar la relación terapéutica. Si las estrategias utilizadas son inefectivas, la metacognición permanece pobre o la alianza se deteriora.

Hemos operacionalizado procedimientos paso por paso para la promoción progresiva de la metacognición (Dimaggio, Carcione, *et al.*, 2010; Dimaggio, Hermans, *et al.*, 2010; Dimaggio, Salvatore, *et al.*, 2010, en prensa). El procedimiento divide la

terapia en dos macro pasos: *preparación del escenario* y *promoción del cambio*. Los terapeutas primero obtienen episodios autobiográficos –con descripciones claras de dónde y cuándo ocurrió ese episodio, quiénes eran los actores en escena, que tipo de diálogo se desplegó, cuál era el tema y por qué la persona contó ese episodio (el deseo subyacente; Hermans & Dimaggio, 2004)- y van una y otra vez a través de los detalles de este episodio hasta que los aspectos de la experiencia, ocultos en primera instancia, comienzan a aparecer (Guidano, 1987). La TIM sugiere no aceptar afirmaciones generalizadas, en cuanto no proveen de un suelo fértil para buscar estados mentales. El foco luego es puesto en los detalles de estos episodios para buscar sentimientos, ideas y motivaciones para actuar. El paso siguiente es identificar conexiones psicológicas de causa y efecto, por ejemplo, cómo una emoción es disparadora de un comportamiento. Los objetivos terapéuticos cambian a medida que los pacientes toman más conciencia de sus estados mentales. El paso siguiente es obtener nuevos episodios que el paciente considera relacionados con los previos, hasta que se acumula evidencia suficiente como para formar una hipótesis acerca de sus patrones interpersonales subyacentes. Si la información psicológica permanece inaccesible, la terapia permanece en el área de preparación del escenario. Por ejemplo, no tiene sentido explicar las razones de un enojo del paciente, si esta no está consciente de sentirse enojada con alguien. A medida que los terapeutas y los pacientes luchan por adquirir la información mentalista, estos últimos a menudo no son capaces de proveerla. Así ambos encarnan comportamientos problemáticos, por ejemplo, el terapeuta se pone agresivo y el cliente esconde la información porque se siente que aquel es intrusivo.

En el paso de promoción de cambio, los pacientes son ayudados para tomar una distancia crítica de sus esquemas, encontrar diferentes formas de pensar acerca de los problemas, imaginar soluciones creativas para los conflictos, construir un repertorio más amplio de representaciones de uno-con-los otros, y obtener habilidades flexibles y sofisticadas para resolver problemas, incluyendo el uso de una teoría madura de la mente de los otros. En este punto de la terapia, el terapeuta y el paciente deberían tratar de comprometerse en un diálogo en el cual puedan intercambiar perspectivas, aprendiendo juntos al ver las cosas desde distintos puntos de vista, hasta que las

representaciones adaptativas de sí mismo, los otros y los problemas que obstaculizan la agencia y la búsqueda el alcance de los objetivos del pacientes son alcanzados (Dilks, Tasker, & Wren, 2008; Dimaggio, Hermans, *et al.*, 2010).

La parte de promover el cambio se da a lo largo del angosto pasillo de una relación terapéutica a menudo problemática. Los terapeutas de la TIP están alerta a cualquier signo de alianza débil y son rápidos para prevenir o reparar rupturas (Dimaggio, Carcione, *et al.*, 2010; Safran & Muran, 2000; Semerari, 2010). Primero intentan asistir cualquier patrón problemático subyacente a la presión en la relación terapéutica y luego desligarse mientras evitan y se deteriora la calidad de la relación. Adoptan una instancia de constante validación y están listos para analizar cualquier signo relacional negativo en la superficie, a su vez que asumen que ellos mismos pudieron haber contribuido para alimentar cualquier problema.

Describimos aquí algunos procedimientos de la TIP para promover progresivamente la metacognición en el contexto de una constante regulación de la relación terapéutica, aplicada en una psicoterapia de buen pronóstico. Mostramos cómo oscilar entre trabajar en promover la conciencia del paciente sus problemas para prevenir y sobrellevar cualquier ruptura de la alianza.

El caso Elisa

Quejas actuales

Elisa buscó terapia porque sufría una leve depresión y una vaga sensación de vivir una vida chata e insatisfactoria. Dado que ella era alexitímica y desdeñosa con los estados internos, tomó varios meses lograr que ella pudiera percibir que su depresión era principalmente resultado de un duro criticismo propio y una actitud auto expiatoria, lo cual la llevaba a no hacer nada por alcanzar sus deseos. Dada esta formulación de caso, el terapeuta decidió no darle medicación.

Información del marco biográfico

Elisa era una estudiante de ciencias políticas de 29 años. Se describía a si misma como una persona altamente consiente y racional, no influida por las emociones y con una estrecha experiencia emocional. Estaba excesivamente comprometida con su

trabajo y tenía dificultades para pasar el tiempo en actividades placenteras o disfrutar de la vida. Apenas era consciente de sus propias necesidades, las cuales tendía a criticar como debilidades morales. Suprimía su necesidad de atención, nutrición y cercanía. Tenía estándares perfeccionistas tanto en la acción como en el plano moral. Era hermana mayor y tenía un hermano con el cual tenía una relación algo conflictiva, en la cual ella a menudo se sentía atacada y criticada cuando intentaba cuidarlo. Sus padres se habían divorciado cuando ella tenía 18 años. Ella tenía un apego invertido con su madre quien la describía como “depresiva, a menudo llego a casa por la noche y la encuentro llorando. Ella tenía un vaso o dos. Era horrible... Pero hubo también muchos gratos momentos cuando llegaba a casa. Traía algunos bizcochos y comíamos mientras charlábamos”. Su padre era para ella tanto dictatorial –“reconozco que pasa su vida aplicando su inteligencia para ordenar lo que puede y no puede hacerse... Este es su modo de amar, sofocante de algún modo”- como energético y alegre. Ambos padres habían sufrido cáncer, un factor que pudo haber incrementado las tendencias de Elisa a invertir el apego y tomar una actitud displicente hacia sus estados internos. Anteriormente, ella había sufrido bulimia nerviosa, depresión e insomnio. Tendía a ser sacrificada y a ayudar a sus colegas, quienes luego se aprovechaban de ella en vez de compensarla. Ella tenía una relación sentimental estable, la cual continúa después de 3 años de tratamiento. En lo que refiere a los objetivos terapéuticos, ella expresó su deseo de ser “más alegre, menos ansiosa y más pasional”.

Una transición típica entre los estados mentales (Horowitz, 1987), relacionada con la motivación del logro social, fue identificada durante la terapia: cuando Elisa desarrolló una tarea laboral, ella deseaba una opinión positiva, pero accedía a los estados con poca autoeficacia, auto crítica y ansiedad. Ella esperaba que los demás fueran críticos y maliciosos y anticipando o detectando la mínima expresión de crítica, su imagen propia de ser indigna sobresalía, con sentimientos de depresión, odio a sí misma, aburrimiento y desvitalización.

La combinación de odio propio, la subestimación de las emociones, y los estándares perfeccionistas crearon tensión en la relación terapéutica. Cuando el terapeuta intentó validar su experiencia y promover la instancia de compasión propia, Elsa reaccionó con desconfianza y se resistía aquello que vio como una actitud

benevolente. Su cara estaba inmóvil, con una pequeña sonrisa teñida de desprecio, mientras le decía al terapeuta que la benevolencia no costaba nada y era simplemente una característica necesaria para su tipo de trabajo. La sensación instintiva de compasión que el terapeuta sintió hacia Elsa lo ayudó a regular su reacción para que, cuando ella rechazó sus observaciones, él tenía que hacer un mínimo esfuerzo para evitar reaccionar de modo competitivo, para hacerse oír y ganarse su confianza, o perder la esperanza y descomprometerse. Como resultado la calidad afectiva del terapeuta se mantuvo buena a lo largo del tratamiento.

Diagnóstico y resultado

Elsa fue evaluada con la entrevista SCID II: obtuvo 19 en el aspecto de TP y tenía un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo con un trastorno de personalidad depresivo por debajo del umbral y rasgos narcisistas significativos. En el primer año el TP general parecía más severo: tenía 21 en el criterio de TP, con TP depresivo esta vez completamente desarrollado y rasgos prominentes de pasividad-agresividad y dependencia sobresaliente. Esto ocurría probablemente porque ella enfrentaba un difícil momento mientras completaba su tesis de Doctorado, por lo cual cuando respondió el retest, tenía una imagen propia más negativa. En el segundo año, ya no alcanzaba el criterio para ningún TP y el criterio bajó a 6 y luego a 5 en el tercer año (ver Tabla 1). Los síntomas fueron evaluados con el SCL-90-R (Derogatis, 1977) y la conciencia emocional fue medida con la Escala-20 Alexthymia de Toronto (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Elisa mostró alexthymia moderada y tomó 2 años el promover una conciencia emocional normal. La depresión inicial y los síntomas generales de angustia (medidos con el índice de severidad global SCL-90) comenzaron a reducirse luego del primer año de terapia y aumentó luego (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las medidas del trastorno general de personalidad, síntomas y alexthymia

	Evaluación	1° año	2° año	2 ½ años	3° año
CriterioSCID II	19	21	6	na	5
SCL-90-R GSI	0.72	0.70	0.50	0.49	0.53
SCL-90-R depr.	68.04	68.04	59.30	50.56	57.55
TAS-20	54	55	43	35	35

Nota: Límites de alexthymia: ≥ 60 patológico; $< 50 < 60$: intermedio; SCL-90-R GSI límite.

El proceso de terapia

Preparación del escenario y regulación de la relación terapéutica

El terapeuta (GD) utilizó procedimientos de TIM para adaptar las intervenciones al trastorno metacognitivo en constante regulación de la relación terapéutica orientada a evitar rupturas, reparando las que sucedieran y metacomunicándose en el proceso terapéutico (Dimaggio, Carcione, *et al.*, 2010; Safran & Muran, 2000; Semerari, 2010). El terapeuta intentó: (a) adaptar las intervenciones a las habilidades metacognitivas de Elisa que verdaderamente se notaban, y (b) rastrear las reacciones ante las intervenciones y trabajar a través de la relación terapéutica de modo de asegurar la validación de la experiencia del paciente y promover la conciencia de cualquier esquema disfuncional que sobresaliera; (c) fomentar el cambio.

El terapeuta primero intentó obtener episodios autobiográficos, luego aumentar la conciencia de las emociones y las creencias relacionadas contenidas en los episodios y luego establecer uniones psicológicas de causa y efecto entre los sucesos, pensamientos y acciones. Un paso sucesivo era promover la conciencia de que los esquemas internos manejan las acciones e interpretaciones de los eventos. Cuando las dificultades para alcanzar estas habilidades metacognitivas se volvieron evidentes durante la conversación, el terapeuta tornó su atención a la relación terapéutica.

Para obtener detalles de episodios autobiográficos el terapeuta planteó preguntas puntuales –“¿Dónde vive tu novio?, “¿Cuán a menudo se encuentran?”-. En

tales episodios, Elisa mencionaba brevemente algunas emociones básicas como tristeza de dejar a su novio, pero sin indicadores de compromiso emocional en la sesión. Mientras se contradecía diciendo que temía la intimidad pero no era un verdadero problema para ella, el terapeuta notó algunos indicadores no verbales de tensión. Dado que el terapeuta no tenía una clara idea de lo que pasaba por la mente de Elisa, a pesar de muchos intentos por alcanzar conciencia de su estado interno, él se focalizó en la relación terapéutica:

E: Yo no estoy preocupada acerca de saber cómo esta relación va a terminar porque él está apurado por cambiar las cosas también, es decir, saber si viene a Florencia.

T: ¿Cómo te sentís ahora?

E: Un poco inquieta.

T: Lo noté. En cierto punto tenías más bien una expresión tensa. ¿Qué pasó? ¿Qué inquietud?

E: No lo sé... estoy hablando de perfectos desconocidos. Tú dices "Este es mi trabajo" pero cuando estoy poniendo lo que digo en orden... me siento inquieta... trato de ser... soy tímida... Cuando elijo mis palabras o qué decirte, intento comunicar algo importante para mí... y es tan difícil... no sé si... decir todo o más bien las cosas que me preocupan, pero por otro lado no tengo una clara idea de lo que me preocupa.

T: Claro. Estaba pensado... cuando decís "perfectos extraños"... estás hablando de cosas muy personales... con una persona, yo, quien es en realidad...

E: Un perfecto extraño.

T: Un perfecto extraño. Tú no sabes quién soy yo, qué puedo llegar a entender, cuán sensible podría ser...

E: ... Sí, pienso que en realidad este es un modo de... manejar mi inquietud. Si vengo aquí, me siento, no decimos nada y me siento inquieta porque pienso que tengo que decirte algo... te cuento cosas íntimas porque parece un atajo comunicacional.

T: Muy interesante... algo que te puede resultar útil es ser respetuosa contigo misma... Nosotros somos extraños el uno con el otro, ¿verdad? Es muy

probable que durante tu tratamiento aún no sabrás en parte quién soy... entonces nuestra relación comienza con algo en el medio: un espacio vacío.

E: Sumado a que yo vengo aquí como una paciente.

T: ¡Exactamente!

E: Sí, lo que dices es muy cierto; la idea de ser respetuosa conmigo misma... creo que es una buena recomendación... La última vez cuando me fu también me diste una pista acerca de la cual pensé luego.

La exploración acerca de la naturaleza de la relación promovió una mejor conciencia metacognitiva y descubrió elementos de las actitudes relacionales de Elisa: ella estaba intentando cumplir con cierto deber en vez de focalizarse en sus problemas y pedirle al terapeuta que la cuide. Continuando este diálogo, Elisa se comunicó más abierta y francamente y fue capaz, como se muestra en el próximo pasaje, de estar en desacuerdo con el terapeuta, permitiendo la posibilidad de descubrir y reparar la ruptura de la alianza y obtener evidencia para un esquema interpersonal diferente en el cual uno desprecia al otro:

E: Ser más respetuosa conmigo misma es fácil de decir... pero me resulta difícil aceptarlo. "Respetuosa conmigo misma". En cualquier caso la gente que dice respetarse me irritan... me parece que la gente se presta demasiada atención a si misma... Todos dicen "no hago esto y lo otro porque me dañaría". Me ponen a la defensiva...

T: Te irritan bastante.

E: ¡Se parecen a las mujeres elegantes que no quieren ensuciarse las manos! Alguien que no sabe cómo vivir.

Elisa brinda más elementos de su mundo emocional (*me irritan*) mientras critica al terapeuta. Hay indicadores para potenciales nuevos diseños. Uno es que la gente que está preocupada por si misma son retratados como inhibidos para vivir una vida apasionada; al mismo tiempo Elisa encarna una maliciosa que desprecia cara a cara a los demás –incluyendo al terapeuta. Para evitar la prolongación de esta ruptura en la relación, el terapeuta descarta su propia hipótesis. Nótese que el terapeuta era consciente de que había introducido una expresión inconsistente con el vocabulario de Elisa. El terapeuta entonces aceptó las nuevas ideas que Elisa sugirió y validó su

perspectiva, todo esto en una atmósfera lúdica. La exploración de la expresión “respetarse uno mismo” favoreció una mayor conciencia de los pensamientos y emociones de Elisa:

T (irónicamente): ¡Te prometo que no usaré esa expresión de nuevo!

E: No, es un término perfectamente correcto. Debo aprenderlo yo misma. Pero me tocó un punto sensible porque no estoy segura de lo que “respetarse uno mismo” significa...

T: Elisa, tomo la responsabilidad... yo utilicé un término genérico, el cual puede significar casi nada... en mi opinión es importante que seas capaz de abrirte, no obstante estés consciente de a quién tienes ante ti...

E: Sí, veo eso... acabo de recordar algo que la esposa de mi padre me dijo... que me llegó mucho... Ella me dijo que tenía fuertes instintos maternales... yo le dije “¿cómo puedes decirme tal cosa? Todos dicen lo contrario, que mi hijo será como un pequeño robot rígido”. Y ella me dijo “pero... ¡los tienes con adultos!”... Yo pensé “ella no ha tenido hijos y no tiene ningún instinto maternal, entonces ¿cómo puede reconocerlos?”... Me dijo que yo buscaba gatos callejeros por todos lados, que los domesticaba y luego los abandonaba.

El resultado probable de la negociación y la postura de validación que el terapeuta adoptó, en vez de adecuarse a su propia hipótesis, funcionó para que Elisa respondiera positivamente y narrara nuevos episodios autobiográficos. Esto ayudó a formar una imagen mutuamente más clara de su mente, lo cual había sido difícil de alcanzar anteriormente, tanto por su alexithymia (ver Vanheule, & Desmet, 2011) como por su problemática construcción de la relación terapéutica. Basado en esta nueva evidencia, el terapeuta trató de resumir los elementos clave de sus narraciones para preparar nuevas investigaciones acerca de la posibilidad de que existieran patrones relacionales recurrentes. Ambos acordaron que en los episodios relatados el guión era que ella deseaba gran intimidad pero la temía porque la hacía sentir que estaba perdiendo la libertad y la sencillez; al mismo tiempo tenía la convicción de que estar involucrada en una relación romántica estable implicaba tener que cuidar a sus compañeros, a quienes percibía como inferiores y necesitados de ayuda. Su ser despectivo también pasaba a primer plano: hacia sus incompetentes ex compañeros, gente que “no quiere

ensuciarse las manos” y hacia su madrastra. El patrón malicioso/despreciativo guió al terapeuta, ahora consciente de su existencia, a tratar constantemente de evitar activarlo, por ejemplo, volviéndose dominante o defendiéndose de las críticas de Elisa.

En este punto, el paciente y el terapeuta tenían un conocimiento compartido de cómo los aspectos vitales de Elisa y su propio cuidado estaban siendo ensombrecidos tanto por la auto crítica como por la tendencia a cuidar a otros, una forma de apego invertido. Consecuentemente, dado que el trabajo en la relación terapéutica había provisto de un gran acceso a la mente de Elisa, el terapeuta se enfocó nuevamente en las relaciones del día a día. El objetivo era localizar enlaces psicológicos más complejos entre los eventos, pensamientos, emociones y acciones – en términos metacognitivos: *relacionar variables*:

T: ...tienes un instinto para proteger a *Gianni (novio actual)*... pero lo retraes porque sientes que él no tiene esta necesidad de ayuda.

E: exactamente... Él me dijo “no tengo ninguna expectativa en la vida. No deseo ser esto o aquello; por lo demás me siento inquieto. Lo que quiero decir es que no tengo ninguna ambición en particular.” Y eso me pareció maravilloso.

T: ¿Por qué?

E: Porque mi ex novio tenía ambiciones y muchos de nuestros problemas se originaron por eso... te he dicho que él era un actor mediocre y quería mi aprobación. Esto causó grandes problemas porque a mí no me parecía importante si era bueno o no. Lo que era importante era que no me pidiera que dijera “¡eres bueno!”... no quería ser la compañera de un actor estrella de La Scala. Yo quería estar con alguien que estuviera satisfecho.

La revisión de este nuevo episodio llevó a un mejor entendimiento de la relación entre los contenidos de la experiencia subjetiva. Cierta conciencia de cómo aparecía la transición entre los diferentes estados mentales. Elisa comenzó a darse cuenta de cómo pasaba de un esquema interpersonal a otro (Horowitz, 1987), oscilando en su ser generosa con el otro –por ejemplo, su ex novio- y despreciarlo (“él era un actor mediocre”); aunque cuando despreciaba a alguien se sentía culpable porque estaba maltratándolo en vez de cuidarlo. Más tarde, se volvió más claro que este patrón era una forma de intercambiar los roles: Elisa describía a su padre como alguien que se

dedicaba a ella pero tenía estándares perfeccionistas y la criticaba desdeñosamente, aunque con humor. Los defectos de Elisa y cualquier deseo que tuviera fuera de aquel de alcanzar resultados excelentes en la esfera intelectual –como comprarse un par de jeans de moda- eran puntos blancos de sus críticas.

El terapeuta ahora tenía evidencia de múltiples recursos para creer que las opiniones negativas acerca de ella eran una de los temas centrales para Elisa y probó la hipótesis de que esto se debía al patrón internalizado y no a una descripción real de ella misma y los demás, sugiriendo que adoptara una postura moral cuando criticara a cualquiera. Ella aceptó de buena gana la idea y la relacionó con algunos nuevos episodios acerca de dos profesores que monitoreaban su tesis doctoral:

T: Pareces tener tal estructura dominante que te hace juzgar todo...

E: Sí, de hecho me llevo muy bien con mi tutor de español porque todo le resulta interesante. Jenny (*su tutora principal*) es alguien que todo lo considera potencial basura. Me siento muy cerca a Jenny. Cuando salía para hacer la tutoría con el estaba mucho más reconciliada y motivada con el trabajo, pero luego supe que Jenny tenía razón.

T: No es que sabías que Jenny estaba en lo cierto. En verdad tiendes emocionalmente a estar de acuerdo con la posición de Jenny.

E: ... Entonces considera que este profesor ha publicado muchos libros, y tiene una maravillosa calidad de vida... él dice que encuentra todo interesante, ¡de verdad! ¡Es increíble!

Gracias a esta investigación, ahora estaba claro que sus estándares perfeccionistas inhibían a Elisa tanto emocional como comportamentalmente-ella no muestra suficiente- y estaban dificultando el vivir una vida creativa y gratificante. En otros momentos de la sesión, ella describió cómo, cuando fallaba en completar una tarea, su autoeficacia disminuía, se sentía impotente, su auto crítica aumentaba y se quedaba paralizada y deprimida.

Un evento clave ocurrió en la 7ma sesión, en la cual Elisa describió cómo su patrón se originó a partir de la actitud de su padre. Ella se sentía culpable de disfrutar el tiempo libre porque su padre notaba que no estaba estudiando lo suficiente:

T: ¿Qué efecto tiene el que tu padre te diga que no estás estudiando?

E: Me hace sentir... ¿Sabes cómo se le saca el hígado a un ganso? Primero clavan sus pies. Me hace sentir clavada.

T: ¿Te hace sentir clavada?

E: Sí, me saca de quicio, a pesar de que al mismo tiempo me siento inmóvil.

T: Una gansa clavada.

E: Una gansa clavada.

Este es un prototipo narrativo, el cual revela un patrón aprendido de autocrítica e invalidación de cualquier aspecto emergente vital del ser. El terapeuta recordó este episodio repetidamente para ayudar a Elisa a recordar que ella tenía sensaciones placenteros y habilidades válidas, pero no lo suficiente como para estar a la altura de las estrictas expectativas de su padre.

Promoción del cambio

Llevó meses y repetidos episodios de auto eliminación, odio propio y sacrificio- en alguno de los cuales ella ayudaba a otros contra sus propios intereses – para poder distinguir entre los pensamientos que tomaba como verdades –“soy torpe”- y las representaciones mentales –“creo que soy torpe pero no puede ser el caso”. El terapeuta trató de validar los aspectos adaptativos de Elisa y evitar encarnar el personaje crítico y malicioso que a menudo tendía a atribuirle a él. Finalmente, él la ayudó satisfactoriamente a tomar una postura crítica hacia su propia imagen negativa. Solo entonces, llegando al tercer año de terapia, el terapeuta comenzó a adoptar una postura más confrontativa afrontando el reclamo que Elisa hacía el comienzo de cada sesión de que ella era tonta y torpe. El terapeuta no dejó que Elisa viviera en esas descripciones y de buena gana señaló que esto era un patrón aprendido y nada más. Usualmente, Elisa afirmaba que tenía buenas razones para decirlo, pero se volvió más fácil incluso hacer que ella tomara conciencia de que era un resultado de su autocrítica sesgada y que en realidad los demás tenían opiniones positivas acerca de ella.

Esta complicada negociación ayudó a ambos a comprender que mientras, por un lado, ella había aceptado que su imagen propia era simplemente una construcción mental, por el otro aún pensaba que la benevolencia del terapeuta estaba infundada. Él notó cómo ella estaba aplicando el mismo patrón a la relación terapéutica: si él la

complementaba, no era confiable y ella lo despreciaba. Elisa finalmente llegó a aceptar la idea y tomar una distancia crítica con su desconfianza. Como un paso final, frente al fondo de un entendimiento más sutilmente metacognitivo de quién era, el terapeuta le pidió a Elisa que se comprometiera con nuevos comportamientos, especialmente en sus relaciones amorosas y laborales, que dejara sus actitudes sacrificadas y aprendiera a querer y pedir más. Él sugirió que entre sesión y sesión ella practicara comportamientos consistentes con sus deseos, sin importar cuán fuertes sean sus sentimientos subyacentes acerca de que no merecía lo que estaba esforzándose por alcanzar.

Este es un rasgo clave en la parte de promoción del cambio. Habiendo identificado un patrón problemático y entendido que es un patrón internalizado no es suficiente para que los pacientes cambien. El paso que un terapeuta que utiliza la TIM da en este punto es renegociar el contrato terapéutico, primero haciendo notar que el cambio depende de adoptar nuevos comportamientos consistentes con las motivaciones más íntimas. Luego, el terapeuta y el paciente deben acordar acerca de las acciones que favorecerían el mayor cambio con la mínima aflicción.

La TIM mide el éxito de la terapia no solo en términos de hacer algo diferente en la vida, sino también en esforzarse para hacerlo, lo cual evita poner presión en los pacientes y, como en el caso de Elisa, una futura carga en sus expectativas negativas internalizadas, como los estándares perfeccionistas. El verdadero objetivo es hacer algo de acuerdo al contexto de acción para obtener nuevos significados, los cuales los pacientes luego, a su propio paso, usarán como una guía para una acción efectiva. En el caso de Elisa, el terapeuta se focalizó en la relación con un colega, un doctorando al que ella describía como brillante, habilidoso socialmente y explorativo. A medida que ella tomó más y más conciencia, él se estaba aprovechando de ella, pidiéndole ayuda que nunca retribuía, el terapeuta le preguntaba a Elisa si se sentía capaz de responder “no” a sus pedidos. Elisa vacilaba, pero nunca aceptaba la propuesta del terapeuta. Este era el punto de partida de un ciclo de episodios en los cuales su colega le pedía que hiciera su parte del trabajo, sin ofrecer nada a cambio, y ganaba méritos en la competencia por una ubicación universitaria. Elisa se focalizó en cómo sus sentimientos de culpa y su tendencia a cuidar a los otros la habían llevado a aceptar

los pedidos. Luego trató estos sentimientos en la terapia antes de responderle a su colega y más tarde pudo finalmente decir “no” a muchos de sus pedidos. Luego de algunos meses, fue capaz de ser más confrontativa y de decirle francamente a su colega que sus pedidos eran injustos, tal como su actitud general hacia ella. También se focalizó más en sus propias ambiciones y dio los pasos apropiados para perseguirlos, por ejemplo dejando de creer en las promesas que le hacía su profesor cuando las evidencias mostraban que éste era incapaz de cumplirlas, y avanzando hacia otras figuras que tenían el deseo y los recursos para ofrecerle una posición laboral apropiada a sus habilidades.

Al final del tercer año de terapia, había alcanzado la posición universitaria por la que había luchado ineficazmente por tanto tiempo, y estaba viviendo con su novio y la depresión no era más un problema. En general, sus habilidades metacognitivas crecieron tanto gracias a la atención constante prestada por el terapeuta a sus estados internos como a la protección de su dura autocrítica hacia cualquier emoción experimentada. Este resultado sugiere que su débil metacognición no era un rasgo afín pero dependía en gran parte de la calidad de la relación y de su posición negativa hacia sus estados propios. Su terapia entonces jugó el rol de traerle sus habilidades subyacentes y casi intactas a primera plana.

Conclusiones

Tratar personas con TP puede beneficiar desde un punto de vista de metacognición, por ejemplo, la habilidad de describir la experiencia en términos mentalísticos y luego utilizar ese conocimiento para una decidida solución de los problemas (Carcione *et al.*, 2010). Si los terapeutas toman conciencia de las disfunciones metacognitivas de los pacientes, no los forzarán a utilizar un conocimiento psicológico al cual no tienen acceso, sino que irán gradualmente promoviendo el crecimiento metacognitivo. Los terapeutas primero necesitan promover la conciencia emocional si el lenguaje emocional está restringido, y luego construir un entendimiento del disparador emocional y sus consecuencias. Al mismo tiempo, un foco en la relación terapéutica puede ayudar a los terapeutas a obtener la información acerca de los estados mentales de los

pacientes y a evitar y reparar la ruptura de la alianza (Dimaggio, Carcione, *et al.*, 2010; Semerari, 2010).

A través del ejemplo de una terapia con buenos resultados con una mujer tratada con la TIM, quien sufría de un TP con rasgos emocionales inconscientes, inhibición de las emociones y crítica a los demás y la autocrítica, hemos provisto de una gran descripción cualitativa de cómo y dónde los terapeutas implementaron estos principios. Hemos mostrado cómo el terapeuta detectó la más mínima disfunción metacognitiva e intentó mejorar el acceso a los estados mentales. También hemos descrito ahora cómo, de modo de poder trabajar con las mínimas tensiones en la alianza, es posible -para cambiar el foco hacia un lado y hacia el otro de la patología a la relación terapéutica- mientras primero se promueve la conciencia de un proceso disfuncional y luego pidiéndole a los pacientes que apliquen ellos mismos el cambio.

Los procesos terapéuticos descritos aquí son parte de un programa de investigación enfocando a manualizar el tratamiento de TP, en particular para personas con poca conciencia emocional sobremodulación de las emociones y un repertorio de esquemas interpersonales restringido (Dimaggio, Carcione, *et al.*, 2010; Dimaggio, Hermans, & Lysaker, 2010; Dimaggio, Salvatore, *et al.*, 2010, en prensa). El diseño de un único caso cualitativo en este artículo evita por supuesto cualquier generalización. El proceso de cambio ha sido descrito usando extractos seleccionados y entonces permanece especulativo. Por tanto, estamos realizando investigaciones acerca de las conexiones entre la metacognición, los contenidos narrativos y las rupturas y reparaciones de la alianza terapéutica. La pregunta de cuánto las técnicas descritas aquí pueden ser exitosamente aplicadas a otros pacientes con patologías similares permanece abierta.

Hemos notado que le llevó más de un año a la paciente para alcanzar un cambio. Esto no es sorprendente dadas sus características obsesivo-compulsivas, narcisistas y pasivo-agresivas. La evidencia también emerge el hecho de que las terapias en las cuales los estados mentales tienen un foco mayor (Bateman & Fonagy, 2004), pueden requerir cierto tiempo, hasta un año (Bateman & Fonagy, 2009), para mostrar su efectividad superior comparada con un grupo estructurado de control. Dedicar el esfuerzo suficiente para ayudar a los pacientes desde una imagen

mentalista de ellos mismos requiere tiempo. Las terapias de TP como la TIM descrita aquí por tanto necesitan prestar gran atención a balancear el trabajo enfocado al síntoma, con intervenciones orientadas a las relaciones y la metacognición, un aspecto del tratamiento que pensamos cubrir en las próximas investigaciones.

Referencias Bibliográficas

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, M. L., Fiore, D., Nicolò, G., & Semerari, A. (2010). *Metacognition Assessment Scale v. 4.0*. Rome: Third Center of Cognitive Psychotherapy.
- Davidson, K. (2007). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians*. London: Routledge.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins School of Medicine.
- Dilks, S., Tasker, F., & Wren, B. (2008). Building bridges to observational perspectives: A grounded theory of therapy process in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 209–229.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Conti, M. L., Nicolò, G., Fiore, D., Pedone, R., . . . Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorder: An analysis with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 450–462.

- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicol`o, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 363–384.
- Dimaggio, G., Hermans, H. J. M., & Lysaker, P. H. (2010). Health and adaptation in a multiple self: The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory and Psychology*, 20, 379–399.
- Dimaggio, G. & Lysaker, P. H. (Eds.), (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicol`o, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., & Lysaker, P. H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Analysis of four psychotherapy patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 386–401.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicol`o, G., & Semerari, A. (in press). General principles for treating the overconstricted personality disorder. Toward operationalizing technique. *Journal of Personality Disorders*. 82
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Nicol`o, G., Fiore, D., & Procacci, M. (2010). Enhancing mental state understanding in the over-constricted personality disorder with metacognitive interpersonal therapy. In G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment* (pp. 247–268). London: Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicol`o, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicol`o, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metarepresentation, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20, 597–617.
- Feeney, B. C., & Thrush, R. L. (2010). Relationship influences in adulthood: The characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 57–76.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217–233.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Guidano, V. F. (1987). *The complexity of the self*. New York: Guilford.
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (Eds.), (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective. What's new? In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31–49). Chichester: Wiley.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology*. (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311–330.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.
- Lillard, A. S. (2001). Pretend play as Twin Earth: A social-cognitive analysis. *Developmental Review*, 21, 495–531.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9–25.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicol`o, G. & Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity in the psychotherapy for

- schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 58–69.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Davis, L. W., & Nicol`o, G. (2010). Metacognition and Schizophrenia: The capacity for self-reflectivity and prospective assessments of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122, 124–130.
- Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (Eds.), (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (in press). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*.
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed Metacognitive Therapy 83 understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 18, 28–36.
- Ryle, A., & Kerr, I. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and practice*. Chichester: Wiley.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Semerari, A. (2010). The impact of metacognitive dysfunctions in personality disorders on the therapeutic relationship and intervention technique. In G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment* (pp. 269–284). London: Routledge.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicol`o, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238–261.
- Semerari, A., Dimaggio, G., Nicol`o, G., Pedone, R., Procacci, M., & Carcione, A. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690–710.

Semerari, A., Dimaggio, G., Nicol`o, G., Procacci, M., & Carcione, A. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapeutic research. *Psychotherapy Research*, 17, 106–119.

Vanheule, S., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 84–97.

(*)

Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma