



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

Ainhoa Bartumeus Bartolomé, Marian Alayeto Gastón, Naiara Sánchez-Lucas, María Burillo Gonzalvo, Lucas Santiago Piñeiro.

ainhoa507@hotmail.com

RESUMEN

Los Trastornos de Personalidad, han sido tradicionalmente el “cajón de sastre” de la psicopatología. Esto es especialmente cierto para el Trastorno Límite de Personalidad, cuyo diagnóstico en muchas ocasiones alude más a una cuestión de gravedad, conllevando importantes problemas de definición y dificultando por tanto, su adecuado enfoque.

A propósito de un caso que llegó a la Unidad de Salud Mental propongo la utilidad de basarse en la clasificación de prototipos de personalidad sugerida por Rodríguez Sutil para plantear tanto el psicodiagnóstico como el tratamiento del caso. Se trata de un varón de 26 años que acude a consulta por intenso malestar a nivel interpersonal. Presenta irritabilidad, baja autoestima, un pensamiento muy rígido y normativo e importante heteroagresividad que ha llegado a requerir el ingreso en UCE. Como antecedentes psiquiátricos, destacar los problemas de sociabilidad y alteración conductual desarrollados desde la infancia y la existencia de trauma complejo: víctima de malos tratos por parte de su padre, quien falleció cuando él tenía 12 años.

El caso expuesto encajaría con lo que Rodríguez Sutil denomina personalidad explosivo-bloqueada. En estos sujetos la explosión es consecuencia de una tensión creciente que no puede reprimir y tras la que sigue una intensa vergüenza, con escasa elaboración de la culpa. El peso central del tratamiento lo ocupan las técnicas de aceptación, actuando el terapeuta como un referente fijo y guía en las situaciones de confusión, siendo fundamental la adecuada elaboración de la transferencia.

INTRODUCCIÓN: EL PROBLEMA DEL PSICODIAGNÓSTICO

Voy a comenzar esta exposición resaltando la importancia del *psicodiagnóstico*. Pero no realizado desde un enfoque organicista, corriendo el riesgo, por tanto, de reducir todo problema del comportamiento (el objeto de estudio de la Psicología, y no sólo desde las perspectivas más conductistas, sino también desde el Psicoanálisis, aunque aquí más interesado en los aspectos inconscientes del mismo) a una base cerebral. Sino, un psicodiagnóstico que considera dichos problemas como consecuencia de la particular interacción que se establece entre la biografía del

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

sujeto y su contexto, entendiendo que "todo síntoma" tiene un significado y cumple una función. En esta concepción del psicodiagnóstico tiene un papel central la *personalidad del sujeto* que acude a consulta. Personalidad definida como ese conjunto semipermanente de patrones de relación interpersonal (Rodríguez Sutil, 2013?). Algunos autores (López y Costa, 2012) señalan que "*clasificar como enfermos a los individuos incapacitados por problemas vitales retarda el conocimiento de la naturaleza de los fenómenos*". Y, lógicamente, rechazan el uso de las clasificaciones psicopatológicas y el psicodiagnóstico. Sin embargo, si pensamos en el *modelo de la recuperación* en la enfermedad mental (modelo centrado en las personas con Trastorno mental grave) ambas posturas no parecen incompatibles. Simplemente recordar que la perspectiva de la recuperación ha permitido que se ponga el foco en los modelos más comunitarios. Que supone reconocer a la *persona con enfermedad mental* como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. (Rosillo Herreros, 2012). Por lo tanto, si ponemos el foco de la tarea psicoterapéutica en la resolución de los problemas que trae la persona a la consulta, el psicodiagnóstico puede ser una herramienta útil que nos facilite el alcanzar dicho fin. Me planteo que, tal vez el peligro sea pensar que toda psicopatología se reduce a su vertiente más biologicista, o el diagnosticar y catalogar a las personas sin ser conscientes de que se está haciendo. Por lo tanto, ¿debemos protegernos del psicodiagnóstico, o del mal uso que se hace del mismo?

PSICODIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

El tema del *psicodiagnóstico* se vuelve especialmente delicado cuando nos referimos a los trastornos de personalidad. Por un lado, tradicionalmente han sido considerados el cajón de sastre de la psicopatología. Y es que, en comparación con los síntomas neuróticos y psicóticos (las dos grandes estructuras sindrómicas), los trastornos de personalidad hacen mención a dificultades en la forma de vida y de relación, resultando mucho más difícil su adhesión al esquema tradicional de síntomas y síndromes. Esto justificaría en parte el hecho de que la menor concordancia diagnóstica entre los psiquiatras se produzca en el ámbito de los trastornos incluidos en el Eje II del DSM (Walton, 1986). Por otro lado, el uso de esta etiqueta parece colocar el punto de conflicto en lo más intrínseco a uno mismo, su personalidad. Por ese motivo, la tarea fundamental no es resolver el problema de qué etiqueta casa con quién. El psicodiagnóstico es el principio, no el fin. Y, para mayor complicación, se trata de un principio dinámico, al que sólo se puede llegar realmente a través de la evolución. No cabe duda de que estamos ante un tema peliagudo y complicado.

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

A pesar de que en la literatura clínica se considera que el Trastorno Límite de Personalidad es un síndrome clínico bien diferenciado caracterizado por la inestabilidad. Una inestabilidad que se

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

aplica a cualquier aspecto de la vida del paciente: afectiva (afecto intenso, sentimientos crónicos de vacío, anhedonia...), interpersonal (superficialidad en las relaciones, dependencia, manipulación...), conductual (impulsividad con autolesiones, tentativas autolíticas, abuso de tóxicos, promiscuidad...) y cognitiva (es la menos frecuente, pudiendo presentar episodios psicóticos breves) (García López, 2010). La realidad nos muestra que, la patología límite se rodea de una gran indefinición, siendo mayoritariamente un diagnóstico que se usa como indicativo de gravedad, y no tanto porque tengan una base o clínica común. De hecho, si hacemos un repaso de la evolución histórica del concepto veremos que lo más característico puede ser la indefinición del término.

Kernberg (1984, 1994, 1996) clasifica los modos en que se estructura la personalidad en 3 niveles, distinguiendo entre organizaciones neuróticas, límites y psicóticas. Dentro de la organización límite diferencia a su vez entre las de nivel bajo (de mayor severidad) y nivel alto. Lo más característico de la propuesta de Kernberg es que considera "*lo límite*" un nivel de funcionamiento psíquico, que se caracteriza por la debilidad del yo, la aparición de un pensamiento propio del proceso primario, la difusión de la identidad y unas defensas específicas primitivas (escisión, negación, idealización primitiva, formas tempranas de proyección y especialmente la identificación proyectiva y omnipotencia-devaluación). Esta organización mental puede aparecer en distintos cuadros clínicos, ya sean trastornos de personalidad (límite, esquizoide, narcisista, antisocial, histriónico) u otros (hipocondriasis, hipomaníaco...).

Cancrini (2006) define "*lo límite*" como un modo de funcionamiento, respondiendo así al debate sobre si *lo borderline* es una estructura o un modo de funcionar. La persona tendría a su disposición distintos patrones de comportamiento que variarían en función de la particular interacción persona-contexto de cada momento. Desde esta visión, por tanto, lo límite sería un indicativo de gravedad.

Rosenfeld (1987) diferencia entre el *Narcisista de piel dura* (*thick skin narcissism*) y el *Narcisista de piel fina* (*thin skin narcissism*). El primer tipo sería hipersensible, sintiéndose herido con gran facilidad mientras que lo que caracterizaría al segundo tipo sería la estabilidad dentro de su grandiosidad. Este último se asemejaría más al trastorno narcisista de personalidad pudiendo encontrarse el primero (narcisismo de piel fina) en muchas de las personas que son catalogadas como personalidad límite.

Rodríguez Sutil (2009) considera que toda esta controversia que gira en torno a "*lo límite*" se debe a la falta de estructuración teórica en los sistemas oficiales de clasificación. Para solucionarlo y poner así un poco más de luz en este asunto propone un esquema clasificatorio elaborado en el marco de la *psicopatología vincular*. Se trata de una psicopatología de orientación psicoanalítica inspirada en Melanie Klein. Su desarrollo se produjo fundamentalmente en Argentina, bajo la representación de seguidores de Pichón-Riviére (Bleger, 1967; Kesselman, 1977; Caparrós, 1985, 1993; Rodríguez Sutil, 2003).

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

Así, Rodríguez Sutil realiza una clasificación de los distintos tipos de personalidad en base a prototipos. De este modo, intenta reducir el riesgo de *cosificación del individuo* ya que, al pensar en pautas generales de comportamiento que tienden a presentarse juntas, no pierde de vista al individuo particular y la relación que se establece con él (aspecto éste, nuclear dentro del Psicoanálisis Relacional).

Considera que la diferencia entre la personalidad normal y la patológica es una cuestión de grado que se aprecia principalmente en el nivel de ansiedad que presenta el sujeto y por la tendencia a desplegar más rápidamente las respuestas defensivas típicas.

Si comparamos su clasificación con la propuesta desde las clasificaciones diagnósticas incluidas en el DSM (APA 1980, 1987, 1994 y 2013) vemos que no incluye las personalidades esquizotípica (que incluye dentro de la esquizoide), pasivo-agresiva, límite y paranoide.

Así, clasifica las personalidades en base a dos criterios:

- *Núcleos*: se corresponderían con las posiciones evolutivas descritas ya por Melanie Klein (esquizo-paranoide y depresiva) a las que añadiría una intermedia (confusional). Esta última presenta como rasgo destacado la oscilación entre la dilatación del Yo (que sería la identificación momentánea con el Ideal del Yo) y la caída posterior a un estado "depresivo" (en el que predominan la sensación de vacío y falta de valía). Más que culpa suelen experimentar vergüenza, esa sensación de "no haber estado a la altura".
- *Pulsión*: entendida como el área donde se producen la mayoría de conflictos de los individuos, y no como una defensa a ultranza de la metapsicología de Freud. Aquí distingue entre la sexualidad (concebida como afiliación), la agresión y la indefinición, donde no se produciría la predominancia de ninguna de las dos motivaciones. Sería sujetos fundamentalmente inhibidos.

Las *psicosis* no aparecen, pues las considera la forma de expresión extrema de cada uno de los tres núcleos y suponen el fracaso en la estructuración de la personalidad.

En relación a la *psicosomática* opina que se distribuiría en todas estas organizaciones de base, sin tener una preferencia clara por ninguna de ellas.

Clasificación de los Prototipos de Personalidad

(Rodríguez Sutil, 1995, 1998, 2003)

Núcleo Pulsión	Esquizoide	B. Confusional	C. Depresivo
III. Sexualidad	Narcisista	Fóbica	Histriónica
II. Indefinición	Esquizoide	Confusa	Sumisa
I. Agresividad	Agresiva	Explosivo-bloqueada	Rígida

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

Para facilitar su comprensión, el autor señala los paralelismos que existen con la tipología de Kernberg, aunque sea sólo de forma aproximada.

- *La organización Neurótica*: se correspondería con la posición o núcleo depresivo. A esas personalidades habría que añadir también la Fóbica.
- *La organización Límite*: tendría sus prototipos en las personalidades confusa y explosivo-bloqueada. La mayor discrepancia entre ambas tipologías se encuentra en lo que Kernberg denomina como *organizaciones límite de bajo nivel*. Si se siguiera la misma lógica, parece que habría que equiparar dicho grupo con el núcleo esquizoide pero, lo cierto, es que es poco frecuente que las personalidades incluidas en este grupo vivan situaciones de desequilibrio extremo por lo que el paralelismo entre ambas resulta francamente complicado.
- *La organización Psicótica*: como ya he comentado previamente la psicosis sería un signo de gravedad que podría presentarse en cualquiera de los tres núcleos.

DIFERENCIACIÓN DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE: LAS PERSONALIDADES CONFUSA Y EXPLOSIVO-BLOQUEADA

Como ya se ha comentado más arriba, se caracteriza por la impulsividad, las relaciones intensas pero inestables, el trastorno de la identidad, la inestabilidad afectiva, los esfuerzos por evitar el abandono, llegando incluso a las amenazas e intentos autolíticos, los cuales también están motivados por ese sentimiento crónico de vacío (Idiger y Trull, 1991; APA, 1994; Schotte, 2002; Koldovsky, 2005).

En la CIE-10 (OMS, 2004) se diferencia claramente entre dos subtipos, los cuales se podrían corresponder con las personalidades Confusa y Explosivo-Bloqueada identificadas por Rodríguez Sutil. Así, la personalidad confusa (subtipo Límite de la CIE-10) se caracterizaría por los sentimientos de vacío y de inestabilidad emocional, ante los cuales respondería con una agresividad más bien dirigida hacia el interior. Por lo tanto, en este cuadro serían más frecuentes las tendencias autolesivas y suicidas. En la personalidad Explosivo-bloqueada (subtipo Impulsivo de la CIE-10) la agresividad estaría dirigida hacia el exterior, de modo que sería este perfil de pacientes a los que asociaríamos con las reacciones de rabia e ira dirigidas hacia el entorno.

LA PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA: A PROPÓSITO DE UN CASO Nos encontramos frente a un estilo de personalidad característico, que puede variar

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

considerablemente en cuanto al nivel de gravedad, pudiendo oscilar desde la normalidad hasta el mayor desequilibrio.

Un joven de 26 años que acude a la USM de su localidad por malestar relacionado con sentimientos de baja autoestima, ideación de marginación y agresividad. Su primer contacto con profesionales de la Psicología se produjo cuando él tenía 10 años. En ese momento se limitó a una intervención realizada desde el centro escolar pero ya se podía apreciar que la mayoría de sus conflictos iban a girar en torno a la temática de la *agresividad*. De hecho, la intervención estuvo motivada por un episodio de conducta heteroagresiva hacia dos compañeros. En dicho incidente provocó la fractura de la extremidad superior y de la nariz de esas dos personas. Sus problemas de sociabilidad y de alteración conductual persistieron en el tiempo y eso generó que su madre solicitara los servicios de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. En esa ocasión a los problemas ya relatados había que sumar el duelo por el fallecimiento del padre un año antes (un padre que, además, lo había maltratado físicamente durante años) y el haber sido víctima de acoso escolar (esto último según el testimonio del paciente). En esta ocasión y, a diferencia de las dos anteriores, era él quien demandaba la ayuda y no personas de su entorno. Podría parecer que ahora ciertos rasgos de su personalidad le resultaban egodistónicos. Este hecho descartaría en cierta manera que se tratara de un trastorno antisocial de la personalidad. El motivo principal de consulta parecía relacionarse con los episodios de irritabilidad que presentaba. Éstos eran cada vez más frecuentes y solían ser desencadenados por situaciones cotidianas que reflejaban su pensamiento rígido y altamente normativo. Así por ejemplo, *“no podía soportar cómo en esta sociedad la gente era capaz de saltarse los semáforos en rojo o de llevar a sus perros sueltos por la calle”*. Estas situaciones le generaban lo que él describía como una *“importante tensión”* que no podía reprimir y que terminaba liberando a través de actos agresivos. Por lo general, tenían la forma de episodios de heteroagresividad contra objetos ya que, ante la confrontación directa tendía a amedrentarse. Esto le generaba posteriormente un profundo sentimiento de vergüenza por no haber sido capaz de defenderse. Más adelante señalaré el importante papel que parece tener la figura del padre en este sentido.

Sin duda, muchos encontrarán cierto paralelismo con el Trastorno Explosivo Intermitente incluido en el DSM, aunque podrían considerarse dos entidades distintas.

En lo expuesto del caso ya se pueden apreciar algunas de las características más destacables de la personalidad Explosivo- Bloqueada. Así, tal y como señala Rodríguez Sutil (2009), el rasgo central del trastorno consiste en la incapacidad para reprimir o resistir un impulso o la tendencia para realizar un acto que resulte dañino para sí o para otros. Es habitual que el sujeto experimente una reacción de tensión creciente que termina liberándose con la explosión. Tras ésta suelen relatar cierto sentimiento de vergüenza pero no se aprecia un atisbo de culpa. De hecho es esta escasa elaboración de la culpa lo que le suele diferenciar de las personalidades rígidas (la personalidad obsesivo-compulsiva según el DSM). Este sentimiento de vergüenza por

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

los actos realizados se relaciona en muchas ocasiones con ese no haber sido capaz de cumplir el papel grandioso que le viene asignado, el Ideal del Yo.

Los episodios de heteroagresividad fueron adquiriendo una mayor gravedad. El desencadenante solía ser el sentirse injustamente tratado-rechazado sobre todo a nivel de intimidad. Este sentimiento se despertaba ante dos hechos: parejas teniendo muestras afectuosas y grupos de iguales pasando un rato agradable. Ante el primer tipo de situaciones había llegado a responder con importantes episodios de heteroagresividad arrojando adoquines por la ventana de su casa en dirección a los coches. Aquí se apreciaba también la conducta hipervigilante hacia el entorno ya que en su tiempo libre y, especialmente en estados de cierta tensión tendía a dirigir su atención en busca de pruebas de la "falta de moralidad de las personas", incurriendo al mismo tiempo en prácticas voyeuristas. El otro desencadenante de sus episodios de rabia se relacionaba con las muestras de intimidad a nivel de fraternidad. Así, le irritaba profundamente ver cómo sus iguales se divertían saliendo de fiesta, teniendo éxito a nivel social y relacionándose sin dificultad. Todos estos hechos le recordaban que su realidad era bien distinta, incrementando su sensación de aislamiento y rechazo, no siendo miembro de ningún grupo. Normalmente ante esto solía responder o bien reafirmando sus principios morales y despreciando el comportamiento de sus iguales, o bien entrando en conductas autodestructivas de pérdida de control, incurriendo en el consumo de grandes cantidades de alcohol.

Desde la Psicopatología vincular se considera que un rasgo destacado de la "*posición confusional*" es la oscilación entre la dilatación del Yo (identificación momentánea con el Ideal del Yo) y la posterior caída a un estado "depresivo", caracterizado por la sensación de pobreza interior y falta de valía. Con esa vergüenza posterior por "no haber dado la talla". En nuestro paciente esto se aprecia claramente en esa "adhesión rígida a las normas y lo que cataloga como el modo correcto de comportarse". Así, tan pronto se considera un ser superior a los de su edad por no caer ante la tentación del alcohol o de otras conductas reprochables (esta imagen de sí mismo es la que concuerda con su Ideal del Yo), como se siente un ser desdichado, rechazado por los demás y que además, pierde el control, incurriendo así en las conductas que él mismo recrimina. Aunque muchas veces se justifica ante estos hechos a través de la externalización ("*ya no aguantaba más, imira cómo se comportan ellos!*") Antes de la dilatación del yo, suelen asumir roles poco destacados pero guardando esa grandiosidad interna. El mecanismo de la fobia-contrafobia (propio del núcleo confusional) se explica así desde esta oscilación entre dos extremos. Esto explica también esa actitud sumisa que muchas veces presentan. En el siguiente fragmento podremos ver perfectamente la *dilatación del yo* tan característica del núcleo confusional. Se trata de una dilatación del yo que, en nuestro paciente va de la mano de la agresividad.

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

En este paciente se pudo comprobar que en su psicopatología había influido de forma determinante la relación con el padre. Por lo que cuenta la familia en sus relatos, se trataba de

A pesar de tener 26 años seguía estudiando. Había iniciado varias carreras sin mucho éxito y, al inicio de la terapia, se encontraba cursando un Grado Superior de Administración y Finanzas. En estas clases se confrontaba con la realidad de su escaso éxito a nivel formativo-laboral, ya que la mayoría de sus compañeros eran menores que él. Además, contrarrestaba con la “*mayor gloria*” alcanzada por su hermano en este sentido. A pesar de ser dos años menor, había finalizado sus estudios universitarios (Diplomatura en Arquitectura) y estaba iniciando su incursión en el mundo laboral. Por lo tanto, en este ámbito, había una gran discrepancia entre su Ideal del Yo y su realidad. Su manera de resolver ese conflicto era refugiándose en sus valores, los cuales, al mismo tiempo eran causa de su aislamiento social. En una ocasión ese conflicto interno se le fue de las manos y requirió su primer ingreso hospitalario. Ese día era una de las fiestas universitarias más importantes de la ciudad. Esto suponía por un lado, recordarle su exclusión del “estatus universitario” y, por otro, que todos aquellos que sí lo habían conseguido además se permitían el realizar actos moralmente reprochables que él no se permitía (sobre todo, consumo de sustancias, mayor probabilidad de prácticas sexuales...). Ese día, a través de las redes sociales, realizó una amenaza hacia varios compañeros del instituto a los que responsabilizaba de sus fracasos en la vida (un amor no correspondido y el chico más popular del instituto). Si bien no pasó al acto (recordemos que ante la confrontación directa se amedrentaba y no había ideación estructurada de cómo hacerlo) sí que satisfacía esa idea interna de grandiosidad a través de la fantasía. Soñaba con representar en España alguna de las matanzas cometidas por adolescentes en EEUU o el Norte de Europa. Sus amenazas, además, no tuvieron el resultado esperado. Con ellas sólo recibió el desprecio y el mayor rechazo por parte de los demás. Para evitar una respuesta explosiva ante tanta frustración, se optó por un ingreso voluntario.

un hombre rígido y autoritario que recurría con facilidad al maltrato físico. Esto encaja con que nuestro paciente tendiera a rechazar la expresión directa de la afectividad, lo que vivía como una debilidad, en la línea del estereotipo de varón que impera aún en la sociedad patriarcal. Además, tenía muy presente esa voz del padre que le imponía el defenderse ante las humillaciones externas, ya que “*todo hombre debe ser capaz de defenderse*”. Estas palabras son las que resuenan en su cabeza y que le generan ese sentimiento de vergüenza por no haber cometido el legado que se le había confiado.

La figura autoritaria y maltratadora del padre nos acerca a la teoría planteada por Fonagy (1991, 1996 y 2001) para explicar la formación del carácter. Según este autor, cuando se producen abusos por parte de los padres, se debilita la teoría de la mente en el hijo (es decir, la capacidad para tener en cuenta los estados mentales tanto propios como ajenos a la hora de entender y predecir la conducta (Wellman, 2002)). Para el niño deja de ser algo seguro pensar en los deseos del otro porque esto supone tomar conciencia del deseo del progenitor de hacerle daño. Por lo tanto, como forma de protegerse, inhibe esa representación de los hechos mentales. El problema es que esto puede derivar en una falta de preocupación por el objeto. Lo que explica que nuestro paciente no anticipara las consecuencias que podían generar tanto en sus excompañeros como en su familia las amenazas realizadas por internet. Además, un funcionamiento pobre de las

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

representaciones mentales puede interferir con la constancia del objeto. No debiendo extrañarnos el que el paciente expresara escaso duelo por el fallecimiento de su padre. En estos casos el objeto está presente sólo en la representación primaria.

TRATAMIENTO

Lo cierto es que al tratarse la Personalidad Explosivo-Bloqueada de un trastorno que no está incluido dentro de las clasificaciones diagnósticas al uso, la literatura recoge pocas referencias en relación a su tratamiento. Si ampliamos el campo al Trastorno Límite de Personalidad, debemos recoger las aportaciones de Otto Kernberg (1998). Resalta la activación de la identificación proyectiva como algo típico en la transferencia de los pacientes con organización límite baja (donde se incluye la personalidad explosivo-bloqueada). Así, es muy probable que el paciente muestre durante la terapia parte de esa conducta agresiva que tanto caracteriza sus dificultades a nivel relacional. Pero además, justificará la misma, ya que considera que el primero que ha respondido agresivamente ha sido el terapeuta.

Rodríguez Sutil (2009) en cambio, considera que las actitudes agresivas hacia el terapeuta es extraño que se den en este tipo de pacientes, siendo más propias de los "*narcisistas de piel dura*" o de los claramente "*psicópatas*". El explosivo-bloqueado adoptaría más bien una postura sumisa y avergonzada ante sus faltas de control.

Desde mi punto de vista, considero que ambos autores tienen razón. En el caso expuesto se podía ver cómo, en unas sesiones mostraba su actitud más sumisa y dócil, mientras en otras lo característico era su posición defensiva y desconfiada con temor al hecho de tampoco ser aceptado por el terapeuta. Ante esto su forma agresiva de responder podía ser bien faltando a la siguiente cita o bien verbalizando supuestas fantasías relacionadas con perversiones sexuales, pero nunca hubo riesgo de agresividad física en el contexto de las sesiones. La evaluación de esas "perversiones sexuales" (llegó a insinuar que podía forzar sexualmente a alguna joven, incluso menores) mostró que no había riesgo de acting-out y que se trataba de una respuesta agresiva en la transferencia. (Lo cierto es que este paciente tenía poco definida su sexualidad llegando a relatar una experiencia de su adolescencia en la que intentó besar a un chico y éste respondió con asco y desprecio). Para el adecuado manejo de estos incidentes resultó crucial, por un lado el plantear límites estrictos a toda forma de agresión y por otro, la aceptación por parte del terapeuta de esas partes del paciente generadoras de confusión (el conflicto entre sus valores morales y posibles deseos homosexuales).

Este caso sería un ejemplo de lo que se ha dado en llamar *psicopatología basada en el déficit*, es decir, aquella que es resultado de un problema de falla, donde el objeto no responde de forma adecuada a las necesidades evolutivas del niño (Killingmo, 1989). En contraste con la *patología basada en el conflicto*, que sería consecuencia de un fallo intersistémico La *patología basada en el déficit* se caracterizaría por las *fallas intrasistemas*. Es decir, el yo ha sido dañado en un

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

momento en el que aún no estaban conformadas su capacidad para representar causas y efectos ni para experimentar el sí-mismo como centro estratégico. Esta falta de diferenciación del yo genera un estado de confusión y sentimientos amorfos de vergüenza y culpa (Kernberg, 1975; Killingmo, 1989). Por lo tanto, en esta patología contra lo que se defiende uno es contra la angustia de fragmentación. Este tipo de pacientes es fácil que vivan las intervenciones de carácter interpretativo como críticas o provocaciones, peligrando así la continuación de la terapia. Serían más adecuadas las intervenciones de carácter *afirmativo*, ese tipo de comunicación que elimina la duda sobre la experiencia de la realidad facilitando de ese modo el restablecimiento del sentimiento de identidad (Killingmo, 1995).

¿Cómo podemos saber si el material que se presenta ante nosotros se basa en un conflicto o en un déficit? La respuesta está en la calidad de la transferencia. El paciente con déficit cuando expresa sus demandas lo hace de forma persistente y monótona. Se trata de una manifestación recurrente y pobre tanto a nivel afectivo como cognitivo. En la relación con el terapeuta, desde ambos tipos de patología el paciente puede describir dicha relación de forma negativa pero la diferencia está en que, mientras el paciente con una patología de conflicto al hacer sus críticas lo hará de una forma vaga e indirecta ya que, aunque sea a un nivel inconsciente sabe que ha tenido parte de responsabilidad en ello; el paciente con patología de déficit puede tomar sin mucha dificultad la posición clara de víctima (Killingmo, 1995), como sucedía en el caso expuesto.

CONCLUSIONES

Han sido muchas las críticas que se han realizado en relación al psicodiagnóstico. El riesgo de patologizar aspectos de la vida cotidiana, de reducir los problemas de la salud mental a su versión más organicista, etc. Desde el Psicoanálisis el "problema del diagnóstico" ha sido tradicionalmente una cuestión de menor interés, centrando su atención en lo que se produce en el "aquí y ahora" de la sesión. No obstante, ha habido también ciertos enfoques (como el Psicoanálisis intersubjetivo de Stolorow y su grupo) desde los que se ha hecho una feroz crítica al mismo. Algunos han llegado a afirmar que al utilizar etiquetas diagnósticas estamos reduciendo el individuo particular a la categoría en la que se le sitúa desatendiendo de ese modo la complejidad individual (Orange, 2010). Comparto con las corrientes humanistas y existenciales la idea de que la psicoterapia es un marco donde experimentar nuevas experiencias personales, pero no creo que las etiquetas y clasificaciones en sí mismas, tengan ese efecto indeseable de tecnificación y distanciamiento, apartando el elemento más humano y creativo del hacer en la terapia. Creo que, más bien, la crítica se debería centrar en el mal uso del mismo. En ese tipo de práctica que lleva a ver al padecimiento del paciente simplemente como un enigma a resolver, desatendiendo el que los problemas de comportamiento son fruto de la interacción entre un individuo y su medio y reduciéndolos únicamente a su base cerebral o a otras entidades

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

internas a la persona. Esta cuestión es delicada ante cualquier problema de los que podríamos encuadrar dentro de la "salud mental", pero especialmente, cuando nos referimos a cuestiones relacionadas con la personalidad. En ese sentido, pienso que pueden ser útiles planteamientos en la línea expuesta por Cancrini. Así, en relación al debate de si "lo borderline" es una estructura o un modo de funcionamiento, él se decanta por éste último. Pienso, que si vemos las distintas tipologías de personalidad como modos de funcionar, y si consideramos que entre los distintos tipos las fronteras son porosas o semipermeables, no necesariamente el atender a la psicopatología va a suponer un descuido a la particularidad de cada individuo. De hecho, creo que esto va en la línea de lo planteado por Killingmo (Killingmo, 1989) cuando al hablar de la distinción entre patología del déficit y del conflicto resalta el importante papel que juega aquí la manera de escuchar del analista, valorando continuamente el grado de diferenciación estructural que se esconde tras el material que nos trae el paciente a la consulta. No debemos olvidar que, a nivel clínico, ambos tipos de patología se presentan entrelazadas ya que en la personalidad adulta, los derivados de déficit y de conflicto se presentan juntos, conformando los complejos patrones de carácter. Por tanto, la escucha atenta del material que tenemos ante nosotros y la adecuación por tanto de nuestras posteriores intervenciones es lo que nos va a permitir que, como decían los humanistas, la psicoterapia se convierta efectivamente, en ese marco en el que experimentar nuevas experiencias personales. No culpemos al psicodiagnóstico de las actitudes de algunos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III*. Washington.
2. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R*. Washington.
3. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington.
4. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington.
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V*. Washington.
6. Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (2): 359-371.
7. Fernández-Belinchón, C y Rodríguez-Moya, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10 (1): 57-64.
8. Kernberg, O. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno, 1987.

PLANTEAMIENTO DESDE LOS PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: UN CASO DE PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

9. Killingmo, B. (1989). Conflicto y Déficit. *GRITA/ Grupo de Investigación en Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Documentos de Trabajo N°7.*
10. Killingmo, B. (1995). La afirmación en psicoanálisis. *GRITA/ Grupo de Investigación en Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Documentos de Trabajo N°8.*
11. Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico.* Madrid: Meditor
12. Rodríguez Sutil, C. (1998). Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular. *Clínica y Análisis Grupal N° 79, 20 (3): 381-399.*
13. Rodríguez Sutil, C. (2009). La Personalidad Explosivo-Bloqueada como entidad nosológica en el espectro de los trastornos límite. *Clínica y Análisis Grupal, N° 102, Vol. 31 (1): 57-86.*
14. Rodríguez Sutil, C. (2013). El Fantasma del Psicodiagnóstico. *Clínica Contemporánea, 4 (1), 29-44.*
15. Rosillo, M., Hernández, M. y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (118): 257-271.*