

DOSSIER: *Identidad, desarrollo e historia*

La Personalidad Explosivo-Bloqueada como entidad nosológica en el espectro de los trastornos límite

Carlos Rodríguez Sutil¹

INTRODUCCIÓN

En la literatura clínica actual se considera que la patología límite es un síndrome clínico bien diferenciado – el trastorno límite de la personalidad – que se caracteriza por la impulsividad, relaciones intensas pero inestables, enfado intenso e inadecuado, trastorno de la identidad, inestabilidad afectiva, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, amenazas de suicidio, automutilaciones y sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.

La realidad, sin embargo, no es tan simple, pues el concepto de “límite” o “borderline” conlleva importantes problemas de definición. Estos problemas proceden, en parte, de la naturaleza proteica del trastorno – sólo comparable quizá con la personalidad histérica – como ejemplifica de manera paradigmática su “estable inestabilidad”. Este estado de cosas se debe en gran medida a la falta de estructuración teórica en los sistemas oficiales de clasificación. Lo límite, como era de esperar, transpira una naturaleza de indefinición, confusión, transición a caballo, a modo de charnela, entre modos de funcionamiento y estados dispares.

Propongo un esquema clasificatorio elaborado en el marco de la psico(pato)logía vincular, psicopatología de orientación psicoanalítica inspirada en Melanie Klein y que tuvo su desarrollo sobre todo en Argentina a partir de los años cuarenta y cincuenta, representada por seguidores de Pichon-Rivière (Cf. Bleger, 1967; Kesselman, 1977; Caparrós, 1985, 1993; Rodríguez Sutil, 2003).

Pero antes, para aclarar mi propuesta voy a emprender un diálogo con varios autores. Empezaré con Kernberg (1984, 1994, 1996) descripción de las

¹ Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Psicoterapeuta.
Ágora Relacional, c/ Alberto Aguilera, 10. Escalera Izda. 1º. 28015 - Madrid.

organizaciones límite de la personalidad concepto inclusivo de la personalidad límite y de más amplio alcance. Me remitiré después al concepto de “perversión” en la obra de Freud (1905, 1927), como lugar de lo intermedio entre neurosis y psicosis en el pensamiento psicoanalítico y haré una breve referencia a la dicotomía “narcisismo de piel dura frente a narcisismo de piel fina” que propuso Rosenfeld (1987). Esta indagación se beneficiará en un segundo momento de la perspectiva evolutiva aportada por Winnicott (1951, 1971) y Masud Kahn (1979) sobre los estados transicionales, de la teoría de la mentalización de Fonagy (1991, 2001) y la denominada “crisis de reaceramiento” que postuló Margaret Mahler (1967).

Tras examinar estas y otras aportaciones, sugiero la existencia de una posición intermedia entre las dos posiciones clásicas de la teoría kleiniana y dedicaré el resto del trabajo a describir de manera pormenorizada los rasgos y dinámica de la personalidad explosivo-bloqueada y su diferenciación frente a otros estilos de funcionamiento emparentados con ella.

SOBRE LAS ORGANIZACIONES LÍMITE

Otto Kernberg (1984, 1994, 1996) ofrece una sugerente clasificación en tres niveles de los modos en que se estructura la personalidad. Distingue organizaciones neuróticas de organizaciones límite, dividiendo las segundas, a su vez, en más severas y menos severas, o de nivel bajo y nivel alto.

La organización límite de la personalidad tiene en común con la psicosis la difusión de la identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, centradas en la escisión (*splitting*, *Spaltung*), pero se distingue por la presencia de una buena prueba de realidad, que refleja la adecuada diferenciación entre el yo y las representaciones de objeto, surgida – siguiendo a Margaret Mahler - en la fase separación-individuación.

Kernberg Incluye ahí los trastornos: límite, esquizoide, esquizotípico, paranoide, hipomaniaco, la hipocondriasis, el trastorno narcisista (junto con el “síndrome narcisista maligno”), y el trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno límite presenta, en su opinión, una dinámica similar al esquizoide pero con la expresión de su patología en las interacciones impulsivas en el campo interpersonal, frente a la expresión en la vida de fantasía y la inhibición social del segundo.

Para Kernberg lo límite es 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 formas defensivas específicas. Esta organización mental puede aparecer en una amplia variedad de trastornos de la personalidad así como en otros cuadros diagnósticos.

En mi opinión una de las contradicciones de su sistema radica en que la difusión de identidad, que es un fenómeno evidente en la personalidad límite, no lo es tanto en narcisistas y antisociales, tan primitivos en su sistema como la personalidad límite pero que disfrutaban de gran estabilidad dentro de

una autoidentidad grandiosa. No es que no padezcan conflictos, pero estos siempre son situados en la sociedad circundante. Mi explicación es que existen organizaciones más primitivas que las límite, a las que algunos llamamos “personalidades de núcleo esquizoide”, como se verá, entre las que se incluyen antisociales, narcisistas y esquizoides, propiamente dichos.

Frente al debate de si lo *borderline* es una estructura o un modo de funcionamiento, me parece acertada la posición de Luigi Cancrini (2006) – desde la perspectiva sistémica-familiar- quien recientemente se decanta de forma decidida por la segunda opción.

Ahora bien, también es posible entender las estructuras como modos de funcionamiento, en la medida que aceptemos la idea de que su frontera es difusa y porosa; se puede pasar con mayor o menor facilidad de una a otra. Dicho de otro modo, los individuos (y los grupos) tienen a su disposición una serie de patrones de comportamiento que pueden variar dependiendo de las circunstancias. Lo “límite” se me aparece así como una dimensión de gravedad en cualquier trastorno de la personalidad, aunque sea neurótico. Más adelante volveremos sobre este asunto.

Mientras el aspecto motivacional central en los trastornos severos de la personalidad, dice Kernberg (1994), es el desarrollo de agresión desordenada y la psicopatología relacionada con el odio, en los trastornos de personalidad menos severos (la “organización neurótica de la personalidad”) predomina la patología de la libido o de la sexualidad. Este campo incluye en particular la personalidad histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista, aunque es más evidente en el trastorno histérico de la personalidad.

Ante esto debo objetar que, si bien la agresividad es un factor de mayor primitivismo, tanto agresividad como sexualidad siguen líneas evolutivas en gran parte paralelas. Por lo demás, contrariamente a lo que podría esperarse si aceptamos su esquema, los sujetos esquizoides no son especialmente agresivos, salvo excepciones.

Freud ya opinaba en 1920 que la perversión puede tener que ver más con impulsos agresivos que libidinosos². Las perversiones ocupan en el pensamiento freudiano un lugar intermedio entre neurosis y psicosis, marcando ese espacio que las elaboraciones psicoanalíticas de actualidad llenarán con nociones de muy diverso nombre, pero en las que percibimos un cierto hilo conector. Es el grupo de las psicopatías, trastornos del carácter o de la perso-

² “Desde un principio hemos admitido en el instinto sexual un componente sádico, que, como ya sabemos, puede lograr una total independencia y dominar, en calidad de perversión, el total impulso sexual de la persona. Este componente sádico aparece asimismo como instinto parcial, dominante en las por mí denominadas «organizaciones pregenitales»” (O.C., vol.III, pág. 2535).

nalidad, pero también, el de las personalidades “narcisistas y límites”, como denominación ciertamente difusa.

Lo que nos interesa, en definitiva, no son tanto las conductas perversas que, en forma aislada, pueden aparecer en tipos diagnósticos muy diferentes, sino la *estructura perversa*, en la que predomina la *renegación*, la evitación de la angustia de castración y la ausencia de culpa.

La sexualidad perversa es, en última instancia, una sexualidad infantil. Pero la sexualidad infantil, tal como Freud (1905) concibe las fases del desarrollo psicosexual, debe estar dominada por el autoerotismo. Muchas perversiones, en cambio, tienen un objeto sexual definido, como ocurre con la homosexualidad, el bestialismo y el fetichismo. Sugerimos que siempre se necesita del otro, ya sea real o representado. “La neurosis es el inverso de la perversión”, dice Freud, en la medida en que el neurótico a menudo se tortura por la representación de un acto reprochable del que el perverso, en cambio, es capaz de disfrutar sin ningún remordimiento.

Las elaboraciones teóricas de los años veinte terminarán de perfilar los elementos constituyentes de la perversión, propiciando el acercamiento freudiano al carácter perverso, de gran interés para nuestra comprensión de la patología de la personalidad.

En el artículo sobre *El Fetichismo* (1927) muestra su asombro por el hecho de que estos “pacientes” no sólo no sientan incomodidad alguna por su peculiaridad sino que, bien al contrario, se confiesen extremadamente satisfechos y no deseen renunciar a ella. La perversión se instaaura en ausencia de la represión (*Verdrängung*), que se ve relegada a mecanismo defensivo de las neurosis.

En cambio, el mecanismo que permite comprender la dinámica de la perversión, y del fetichismo, en concreto, es el de la renegación (*Verleugnung*). Tras la fuerte impresión recibida al contemplar la falta de pene en la mujer, el niño *verleugnet* (reniega o desmiente) el hecho y cree que ha debido ver un pene (Freud, 1923)³. En el hombre, el fetiche del pie femenino significa la negación de la castración: “... el pie sustituye al pene femenino que el niño echa extrañamente de menos en la mujer” (Freud, 1927, pág. 1184, nota al pie). Para que se produzca de forma simultánea una percepción de la realidad y una renegación de la misma (el niño “ve” la castración pero la niega) tiene que producirse otro fenómeno importante, que es el de la escisión (*Spaltung*). Según Lacan (1958) el fetichista ha pasado por la castración pero la desmiente (la reniega). Sabe de la castración pero hace presente la *imago* del pene femenino, es decir, imagina lo que no existe.

³ En otros trabajos de la misma época usa el sustantivo *Verleugnung* con referencia a la angustia de castración.

Se ha argumentado, no obstante (Cf. Etchegoyen, 1986, pág. 167), que el acto perverso tiene la estructura de un síntoma, especial porque es egosintónico y placentero pero síntoma al fin, con lo que de alguna manera se borrarían los límites entre perversión y neurosis.

Yo creo que eso supone desatender – acaso *renegar* de - un elemento medular en la comprensión de la estructura perversa, así como en la estructura del carácter – patológica o no – y es que su comprensión requiere un nivel de acceso peculiar, no centrado en el padecimiento (síntoma) sino en el comportamiento, en la interacción. Por una parte, como venimos afirmando desde tiempo atrás (Cf., Rodríguez Sutil, 1993), *personalidad* es lo que queda cuando eliminamos los síntomas. Por otra, es de subrayar que si existe un síntoma en el perverso éste es la propia conducta. La forma de aproximación terapéutica, dicho sea de paso, no puede ser el mismo ante el predominio de una u otra estructura.

Algunas de las dificultades citadas en el sistema de clasificación de Kernberg tal vez se resuelvan examinando el concepto de “narcisismo”. “Thick skin/thin skin narcissism” es una expresión utilizada por Rosenfeld (1987). El narcisista de piel fina es hipersensible y se siente herido con gran facilidad mientras que el de piel dura es estable en su grandiosidad.

Opinamos que ese narcisismo de piel fina afecta a la mayoría de las personalidades diagnosticadas como “límite” y, sospecho, en muchos de los pacientes denominados “narcisistas” por Kohut (1966, 1971, 1977) y sus seguidores, y que en cierta medida justificaría el recio debate con Kernberg sobre el concepto. Mi idea es que al narcisista de “piel dura” –el auténtico- no se le suele ver en consulta ambulatoria más que como excepción, cuando ha sufrido una “herida narcisista” o bien cuando busca un objetivo material concreto: baja laboral, informe favorable u otros. También he atendido algunos sujetos muy probablemente narcisistas durante la realización de informes periciales. Kernberg, en cambio, sí ha debido de atender bastantes pacientes “de piel dura” en el ámbito hospitalario.

Sorprende un tanto que un sistema de clasificación que se pretende completo y válido para su uso por clínicos de orientación psicodinámica, como el que últimamente ha propuesto la *PDM Task Force* (2006), no incluya al trastorno límite en su clasificación de trastornos de la personalidad. Sospecho que alude a él, si bien en un lugar secundario, cuando trata del “narcisista depresivo” (pp. 39-40), al que adhiere las denominaciones “hipervigilante”, “oculto”, o “de piel fina”.

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
PARA LA ORGANIZACIÓN LÍMITE

A propósito de la perversión, vamos a comenzar esta sección reseñando la tesis de Masud Khan (1979) – discípulo y colaborador de Winnicott – quien situaba su origen en el terreno de los fenómenos *transicionales*.

Donald Winnicott (1951, 1971) había definido los objetos y los fenómenos transicionales como la zona intermedia de experiencia, desde la absoluta dependencia de la madre hasta la relativa independencia, que comienza entre los cuatro y los doce meses de edad⁴.

Para dar cuenta de la estructura perversa, Khan sugiere que la madre ha cuidado al niño con corrección pero de forma distante e impersonal, produciendo un daño que el niño intenta reparar. La “pulsión reparadora” se dirige hacia el self como objeto interno, no simplemente idealizado sino “idolizado”, convertido en objeto de culto, narcisista. La otra persona nunca es realmente “otra persona” para el perverso, sino un objeto transicional utilizado para recrear el vínculo con la madre:

... el objeto tiene en el fondo, para el perverso, el valor de un “objeto transicional”. Debido a su disposición para obedecer, el objeto se presta a ser inventado, manipulado, usado y sometido a abusos, destruido y descartado, tratado con ternura e idealizado, identificado simbióticamente y des-animado, todo a la vez. Lo que no puede hacer por el perverso es curarlo de sus desviaciones de la integración del yo que se manifiestan en el curso de su desarrollo, y que provienen de fallas en la provisión y los cuidados maternos. (Khan, 1979, p. 25)

La sexualidad no desencadena la acción de forma endógena sino que se la emplea para establecer esquemas y necesidades relacionales previas. La madre es al mismo tiempo traumatizante y seductora (id., p. 45). Se impone en cierto modo la recuperación de la primera teoría traumática de Freud, la de la seducción, como ya hizo Ferenczi y a elaboraciones teóricas como la de *falta básica*, de Michael Balint (1979), o la distinción de Killigmo (1989) entre *patología por déficit* y *patología por conflicto*.

No muy lejos de estos postulados nos parece que se encuentra Peter Fonagy (1991, 2001, Fonagy y Target, 1996) y su teoría de la “mentalización”, teoría que nos ha resultado clarificadora para entender la formación del carácter y también para asimilar otras construcciones teóricas.

⁴ “... entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado...” (pág. 18). “Es cierto que un trozo de frazada (o lo que fuere) simboliza un objeto parcial, como el pecho materno. Pero lo que importa no es tanto su valor simbólico como su realidad” (pág. 22). No es un objeto interno, tampoco es un objeto exterior, es una posesión, la primera posesión “no-yo”.

Una de las capacidades que definen al ser humano es la de tener en cuenta los estados mentales tanto propios como de los demás a la hora de comprender y predecir la conducta. En psicología evolutiva a esto se lo ha llamado “una teoría de la mente” (Cf. Wellman, 2002).

Bajo ese epígrafe se recoge el conjunto de ideas intuitivas respecto al funcionamiento mental y a la naturaleza de la experiencia, la memoria, las creencias, atribuciones, intenciones, emociones y deseos que todos poseemos. El comprender y anticipar correctamente las expectativas e ideas de los demás es mucho más importante que apreciar las circunstancias físicas y los aspectos mecánicos de la interacción humana, de los que parecía ocuparse el conductismo radical. Durante el tercer año de la vida del niño se produce un cambio cualitativo en su capacidad de comprensión de los hechos psicológicos, cuando comienza a apreciar de forma más completa los estados mentales, en sí mismo y en los otros.

En un famoso experimento de Perner, Leekam y Wimmer (1987) se enseñaba a niños pequeños un tubo de ‘Smarties’ y se les preguntaba qué era lo que creían que contenía. Todos decían ‘Smarties’, como era de esperar. Entonces se le quitaba la cubierta y el niño podía ver que dentro, en realidad, había un lápiz.

Cuando se les preguntaba a niños de menos de 3 años y medio qué es lo que diría el compañero que estaba fuera, contestaban “un lápiz”. A partir de los 4 años las predicciones eran exactas, adivinando la creencia errónea que iba a tener el otro y su comportamiento correspondiente.

Algunos psicólogos evolutivos consideran que la teoría de la mente tiene sus orígenes en niños normales al final del primer año de vida. La capacidad para atribuir una creencia a otra persona (metarrepresentaciones o representaciones de segundo orden) se adquiere entre los tres y medio y los cuatro años. Anteriormente el niño cree que el secreto que se le confía es de dominio público. Finalmente, la capacidad para concebir lo que otra persona piensa, a su vez, de una tercera, probablemente no se adquiere hasta los 6 años.

En cualquier caso, la adquisición de estas habilidades no es algo meramente genético o madurativo, sino que requiere un grado de consistencia y de seguridad en las relaciones objetales primarias y un funcionamiento de los padres suficientemente bueno – recordemos la “madre suficientemente buena” de la que hablaba Winnicott (1969) - que permita el proceso de internalización.

Sin embargo, cuando se producen abusos por parte de los padres, se debilita la teoría de la mente en el hijo (Fonagy, 1991, 2001; Fonagy y Target, 1996). Para el hijo deja de ser algo seguro el pensar sobre los deseos, porque esto supone observar los deseos del progenitor de hacerle daño. Así se inhibe la representación secundaria de los hechos mentales, lo que aporta ciertos beneficios para el individuo, pues le permite, como quien dice, dar un rodeo

frente un dolor mental intolerable. El niño busca confortarse en una fusión regresiva con el objeto, con un ‘progenitor rescatador’, en la fantasía. El abandono de la representación secundaria es, por tanto, una medida defensiva, aunque extrema.

En los sujetos con personalidades narcisistas y límites se da a menudo una ausencia de preocupación por el objeto, llegando incluso a la expresión directa de la crueldad en los psicópatas y antisociales.

Podría postularse, siguiendo la explicación clásica, que estos fenómenos obedecen a una predisposición hacia la destructividad – una gran intensidad de la pulsión de muerte -, pero parece igualmente justificado ver ahí, cuando menos en parte, una indicación de que el funcionamiento límite supone la ausencia de una teoría bien establecida sobre el dolor en la mente del otro, del objeto.

Un funcionamiento pobre de las representaciones mentales puede interferir con la constancia del objeto, la capacidad para mantener su imagen en ausencia del mismo. La imagen se mantiene en el nivel inmediato, dependiente del contexto, de la representación primaria. No nos debe sorprender, por tanto, que se manifieste poca capacidad de duelo por los objetos ausentes o perdidos.

Muchos autores han advertido que las anormalidades en el uso del lenguaje representan una característica central del funcionamiento límite. En particular la dificultad para comunicar experiencia emocional o diferencias sutiles entre sensaciones internas.

Según Winnicott (1969), cuando, por alguna razón, el objeto transicional no ha cumplido su propósito, quedará una carencia para utilizar símbolos, una pobreza en la vida cultural. Kernberg (1994) comenta, por su parte, que cuanto más profunda es la patología, más predomina la conducta no verbal. Un ejemplo notable de conducta no verbal es el predominio en el uso de la identificación proyectiva.

Margaret Mahler (1967) informa del surgimiento de unas “crisis de re-acercamiento o reaproximación” en los niños durante la fase de separación-individuación. Veamos a qué se refiere con estas crisis.

Entre los 15 y los 24 meses, el niño muestra una ambivalencia cuando intenta buscar el contacto con la madre, después de una separación, que se interpreta como un temor a la fusión, fusión que existía al principio y a la que no quiere volver. Por ejemplo, el niño está llorando porque se ha herido en un dedo, la madre lo acoge y este se resiste y se separa del abrazo aunque sigue quejándose por el daño y da muestras de querer ser acogido. Se postula que esta fase y sus crisis están presentes en todo sujeto, sin embargo, los teóricos del apego no considerarán que esta conducta sea normal, sino que solo aparece en algunos casos.

Tanto Kernberg como Cancrini insisten en la crisis de reaproximación como momento evolutivo determinante del funcionamiento borderline. Por

errores en esta fase: "... el niño se encontraría atado "para siempre" a vivencias surgidas de una estructura imperfecta de su personalidad y sería inevitablemente distinto del "normal" (Cancrini, 2006, p. 37).

Las observaciones de Mahler, no obstante, permiten delinear el prototipo y no obligatoriamente describen el origen del comportamiento borderline del adulto:

La hipótesis que propondremos más adelante – dice Cancrini - es que los patrones de conducta y los problemas de relación descritos por Mahler permanecen en la memoria emocional de todos los seres humanos. Volver a ellos es siempre y en cualquier momento posible para todos. Los motivos de que el retorno sea más frecuente o más fácil son la base de gran parte de lo que, en el niño o en el adulto, se manifiesta como trastorno de nivel borderline. (id, p. 37, subrayado nuestro)

En una línea semejante, Michael Robbins (1996), de la Universidad de Yale, sugiere que los escenarios que estos niños ponen en acción, una y otra vez, no proceden de esfuerzos corrientes por adaptarse al entorno actual y a sus necesidades sino que son la repetición de patrones afectivo-somático-motóricos infantiles, codificados en un nivel neurobiológico pero nunca representados mentalmente.

Nos parece que esa es una buena caracterización, en general, para los rasgos de carácter, aunque desde luego es necesario ampliar el mecanismo para cubrir también la formación de los rasgos de carácter "normales", más adaptativos y con una menor rigidez.

Desde hace tiempo se viene postulando, desde la psicopatología vincular, la existencia de una posición intermedia entre la esquizo-paranoide y la depresiva (Caparrós Sánchez, 1985, 1993; Rodríguez Sutil, 1995, 2002).

A esta posición se la denomina "confusional" y presenta como rasgo destacado 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. No presentan propiamente culpa sino vergüenza, remordimientos por "no haber dado la talla", o "haber hecho el ridículo".

Antes de la dilatación, o inflación del yo, suelen asumir roles poco destacados, modestos, secundarios, pero guardando esa grandiosidad interna que Fairbairn también intuyó en su comprensión clínica amplia de lo que es el trastorno "esquizoide". El mecanismo de la "fobia-contrafobia" se explicará desde esta oscilación entre dos extremos.

He tenido noticia de que algunos autores, al discutir los factores genéticos en el trastorno límite, avanzan la idea de una "posición transicional", interpuesta entre la posición esquizo-paranoide y la depresiva (Grotstein, 1994, p. 140).

A esta posición intermedia es a la que me refiero, y no a una previa a la que Grotstein también alude cuando cita algunos autores recientes (Bick, Meltzer, Marcelli, Ogden, Tustin), y que recibe – esa posición previa - varios nombres: identificación adhesiva, posición autística, posición autística contigua, estados de conciencia infantil.

Bion hablaba al respecto de la “posición catastrófica”. En la línea de la psicopatología vincular, es de señalar que José Bleger (1967) se refería a esta “no-posición”⁵ con el difícil nombre de “glischkocárica” o “aglutinada”.

Por otra parte, cuando Klein (1957 a, p. 62) - y Rosenfeld (1987), entre otros - aludían a los “estados confusionales” pensaban estar ocupándose de fenómenos propiamente esquizoides.

Melanie Klein registra un hecho corriente en nuestra observación de pacientes de la posición confusional:

La evitación del éxito para no arruinar con la competencia y la envidia al objeto bueno pobremente integrado; la separación entre el individuo y el objeto puede ser borrosa y crear confusión (id., p. 66).

El Funcionamiento *borderline* puede ser utilizado como método defensivo por colectivos humanos en momentos de crisis. Permite al individuo y al grupo darse una explicación de lo que sucedía, evitando el hundimiento depresivo producido por el agobio de acontecimientos “incomprensibles”. En estas situaciones, aquellos que expresan sus dudas son rápidamente anulados, tachados de “enemigos”:

Volviendo a la Revolución Francesa como ejemplo significativo de crisis del colectivo, aparecen trastornos de la conducta muy esclarecedores que se remiten a las manifestaciones que actualmente se presentan como típicas de estos trastornos: antisociales (crueldad gratuita y sadismo), histrionismo (dramatización emocional de las necesidades y reacciones), borderline (impulsividad autodestructiva), paranoias (proyección de la angustia sobre el otro), dependencias (yo creo en Él) o narcisismo (yo creo en Mí), con importantes consecuencias, de modo que aquellos que a menudo aparecen como líderes en esta fase son personas que presentan de forma especialmente evidente uno y otro de estos problemas. (Cancrini, 2006, p. 50)

⁵ Es una “no-posición” porque no permite la construcción de una organización de la personalidad que perdure.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROTOTIPOS

Nosotros nos apartamos, como Kernberg (1984, 1992, 1996), del modelo psicosexual clásico, y optamos por un “enfoque estructural organizacional de la personalidad” (Herkiov y Blashfield, 1995).

Pero en nuestro caso, a diferencia de Kernberg, esa estructuración básica está inspirada, con ciertas modificaciones, en las posiciones kleinianas.

Los trastornos de la personalidad, por otro nombre “psicopatías”, neurosis de carácter o perversiones, han sido tradicionalmente el cajón de sastre de la psicopatología.

Frente a los síntomas neuróticos, como la conversión histérica, el ritual obsesivo o el temor fóbico, y a los psicóticos, como las alteraciones del discurso y el comportamiento bizarro, encontramos sujetos cuyo trastorno no se deja asimilar con facilidad al esquema de síntomas y síndromes.

Nos encontramos aquí, más bien, con problemas referentes a la forma o estilo de vida y de relación.

En los sistemas del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV (APA, 1980, 1987, 1994) los trastornos de la personalidad se han recogido en el eje II, donde se producen las fiabilidades diagnósticas más bajas entre los psiquiatras (Walton, 1986).

A pesar de su fuerte matiz patológico opinamos que la enumeración que recoge el DSM, salvando los desacuerdos concretos, incluye los tipos de personalidad existentes, ya sean normales o no, acudan o no a consulta.

Entre la personalidad normal y la patológica la diferencia es de grado y se aprecia, sobre todo, en el nivel de ansiedad que el sujeto expresa en su comportamiento y por la aparición más rápida de las conductas defensivas típicas.

Por ejemplo, un sujeto evitativo (fóbico) normal necesitará que la situación sea más amenazadora para reaccionar con la huida o la evitación.

En mi propia clasificación he eliminado las personalidades esquizotípica, pasivo-agresiva, límite y paranoide del DSM-III y IV, y en relación con la clasificación de Caparrós, propuse situar la personalidad agresiva en la posición esquizoide, rectificación aceptada por dicho autor (Caparrós, 1993).

Hernán Kesselman (1977), en un artículo que podemos considerar fundacional de las clasificaciones en psico(pato)logía vincular, da una lista de las personalidades que difícilmente se corresponde con nuestro sistema actual. Así ocurre con la personalidad “distraída”- o con la psicopatía depresiva (o caracteropatía melancólica).

Las personalidades que considero son, pues las siguientes ⁶:

Esquizoide (esquizoide o esquizotípica)

⁶ Entre paréntesis incluimos la denominación del DSM, cuando existe.

Narcisista (narcisista)
Agresiva (antisocial)
Fóbica (evitativa)
Explosivo-bloqueada
Confusional (límite)
Histérica (histriónica)
Rígida (obsesivo-compulsiva)
Sumisa (dependiente)

Parece ser que fue Eduardo Paolini (1979) el primero que incluyó la personalidad agresiva en el núcleo esquizoide, pero siguió manteniendo la caracteropatía depresiva y todavía no introdujo la personalidad fóbica.

Una vez que se aceptan estos cambios y se hace intervenir de manera explícita el tipo de pulsión (agresividad o sexualidad) el cuadro termina perfilándose.

Las psicosis no aparecen, en tanto que serían formas extremas de expresión en cada uno de los tres núcleos o posiciones y suponen el fracaso en la estructuración de la personalidad; pero también se expresan predominantemente en la relación interpersonal.

Finalmente, opino que la psicósomática está distribuida en todas estas organizaciones de base, sin una preferencia clara.

El que se utilice el término “pulsión” no debe entenderse como un compromiso a ultranza con la metapsicología freudiana, o al menos no es este el lugar en el que vamos a encarar ese debate.

Entendemos, simplemente, que la conducta de los individuos y los grupos, sobre todo cuando se producen conflictos, se puede agrupar en dos factores motivacionales generales: la sexualidad o, en un sentido más amplio, la afiliación, y la agresividad o destructividad.

Clasifico las personalidades partiendo, por un lado, de las posiciones evolutivas – los *núcleos* - y, por otro, del área pulsional donde se presenten la mayoría de los conflictos del individuo, siempre en el plano interpersonal: sexualidad, agresión o indiferenciación (Rodríguez Sutil, 1991, 1995, 1998, 2002).

Queda, no obstante, un grupo intermedio de personalidades en las que no predomina ni la temática erótica ni la destructiva, que se constituye en la línea de la indefinición o indiferenciación. Son sujetos en gran medida inhibidos.

Clasificación de los prototipos de la personalidad
 (Rodríguez Sutil, 1995, 1998, 2003)

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

Los tres niveles de Kernberg se aplican a este esquema sólo de una manera relativa o aproximada.

Los sujetos con una organización neurótica de la personalidad son los que se agrupan en la posición o núcleo depresivo, además de la personalidad fóbica, en parte.

Los prototipos de organización límite son, de hecho, el confuso y el explosivo-bloqueado.

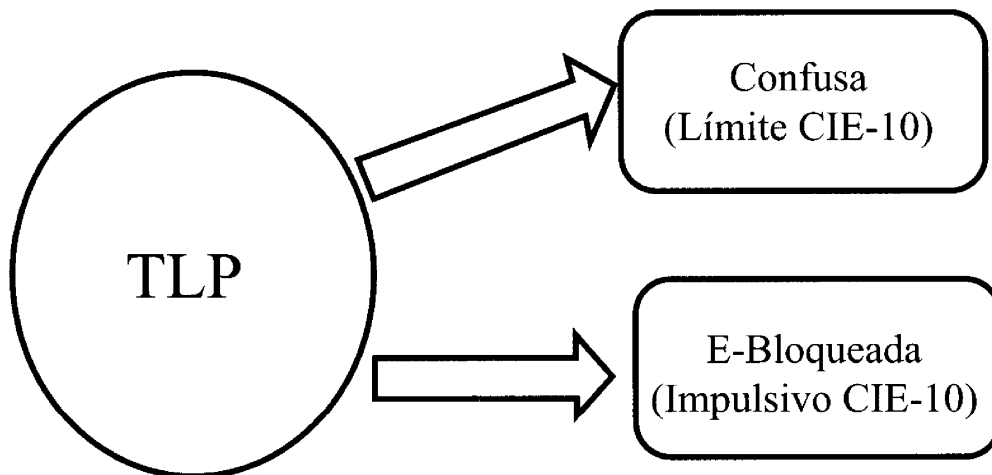
Finalmente, aunque si seguimos la lógica de los tres niveles habría que calificar a los del núcleo esquizoide como “límite bajo”, lo cierto es que es raro que vivan situaciones de desequilibrio extremo. Son como los depresivos, a su manera, bastante estables.

Llegamos a la conclusión de que el concepto de “límite” es una dimensión de gravedad. Hemos visto casos de personalidad histriónica grave que habían sido diagnosticados como “límites” y, a la inversa, explosivo-bloqueados valorados como obsesivos (p. Rígida).

En otros lugares se describen los aspectos evolutivos de este cuadro, más evidentes en el desarrollo de la agresividad (Rodríguez sutil, 1998, 2002).

SEPARACIÓN DE LA PERSONALIDAD CONFUSA (LÍMITE)
Y DE LA EXPLOSIVO-BLOQUEADA

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por la impulsividad, relaciones intensas pero inestables, enfado intenso e inadecuado, trastorno de la identidad, inestabilidad afectiva, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, amenazas de suicidio, automutilaciones y sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento (Widiger y Trull, 1991; APA, 1994; Schotte, 2002; Trull et al., 2003; Koldobsky, 2005).



En el DSM-IV (APA, 1994) se atribuye al trastorno límite una tendencia a las reacciones de ira que considero más propia del explosivo-bloqueado.

Aunque en la literatura psicoanalítica moderna se ha vuelto en norma asociar el término “rabia” o “ira” con el diagnóstico de “límite” (*borderline*), la ira es una reacción que aparece con escasa o nula modulación en las personalidades agresiva y explosivo-bloqueada, de mi clasificación. No es imposible que en una situación de gran tensión, confusionales o límites se muestren agresivos o violentos, y que esa agresión se expresará según el estilo explosivo propio de la posición, pero esto es mucho menos frecuente que en el explosivo-bloqueado. Son mucho más probables las conductas autolesivas (intentos de suicidio incluidos) o los comportamientos de riesgo, como conducir bajo el efecto de sustancias, u otros.

El sistema clasificatorio de la O.M.S. (2004)(el CIE-10), sin embargo, distingue dos tipos de trastorno límite de la personalidad – trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y de tipo límite -, entre otras diferencias de tipo menor nos parece destacable que en el primero de los tipos predomina la agresividad hacia el exterior, mientras que en el segundo son más frecuente las tendencias autolesivas y suicidas.

Es a ese primer tipo al que nosotros reconocemos como personalidad explosivo-bloqueada.

A partir de nuestra experiencia, sugerimos que la personalidad confusa (límite) se caracteriza por una mayor desorganización impulsiva y confusión de sentimientos que la fóbica o que la explosivo-bloqueada.

Las oscilaciones de carga-descarga son menos evidentes, así como la huida, porque se producen de manera más inmediata a una situación de conflicto emocional, es decir, ciclos más breves. Podría llamársele, por tanto, "impulsivo".

Fuera de eso, como advierte Caparrós (1985, 1993), nos encontramos con una total ausencia de rasgos llamativos, con un torpor psicológico general. Las sensaciones de futilidad e irrealidad que Winnicott (1950) atribuye al falso self son típicas de estos sujetos y, en general con menor intensidad, de las personalidades del grupo confusional.

Estas personas tienen escasa iniciativa, por lo que nuestra descripción se hace heredera de la clásica definición de "psicastenia" o "neurastenia" (Schneider, 1943).

La *teoría de la mentalización* de Fonagy (1991, 2001, Fonagy y Target, 1996) permite entender algunos fenómenos de la patología límite. Resumimos a continuación algunos de los fenómenos que recoge este autor:

- 1) La dificultad por parte del terapeuta, para seguir las asociaciones de los pacientes: esto indica la existencia de una representación defectuosa del estado mental del otro.
- 2) Anormalidades en el uso del lenguaje representan: dificultad para comunicar experiencia emocional o diferencias sutiles entre sensaciones internas.
- 3) Ausencia de preocupación por el objeto, destacada crueldad: el funcionamiento límite carece de una teoría potente sobre el dolor en la mente del objeto.
- 4) Dificultad en la representación de las propias ideas, estados de ánimo y deseos, capacidad que tiene que ver con un núcleo de una identidad coherente y madura. Lo que puede llevar a una gran dependencia del analista.
- 5) Funcionamiento pobre: puede interferir con la constancia del objeto, la capacidad para mantener su imagen en ausencia del mismo. Poca capacidad de duelo por los objetos ausentes o perdidos.

Alguno de los enunciados recién enumerados no pertenecerían en exclusividad a la personalidad confusa o límite sino a las “organizaciones límite” en sentido genérico, como son el 1, 2 y el 5, la crueldad del apartado 3 es más bien propia de la personalidad agresiva, mientras que el punto 4, la dificultad para representarse las propias ideas, sí es un fenómeno típico de los sujetos confusos o límites, aunque también puede ser indicador de estado de confusión en otras estructuras, en especial las otras dos pertenecientes a la posición confusa (fóbica y explosivo-bloqueada).

En la casuística que, por su escasa conciencia de enfermedad, no es muy abundante, nos hemos encontrado con problemas frecuentes en el control de los impulsos: juego patológico, cleptomanía, parafilias, consumo de sustancias, etc. Las tendencias incendiarias, la piromanía, también es un trastorno en el control de los impulsos que puede estar asociado:

Un paciente de 17 años, pirómano y con inteligencia límite, que hemos atendido, había padecido durante su infancia varias situaciones de abandono, el primero de su madre biológica.

Se trata de un sujeto aislado, lábil emocionalmente, con escasa tolerancia a la frustración y fuerte oposicionismo, con una identidad sexual poco definida, que años después se mostró de manera franca como perversa (abusos de menores, prostitución masculina, con veinte y veintiún años).

Estas características, junto con su reducida autoimagen, pueden dar cuenta de las tendencias incendiarias, como forma de mostrar su enfado ante la falta de afecto o atención y para lograr una fácil notoriedad.

En cualquier caso, su agresión es poco dirigida y poco operativa, es decir, no parece premeditada. Pacientes más equilibrados y sofisticados informan directamente sobre su confusión de sentimientos.

Por ejemplo, un varón de unos 19 años experimenta la excitación sexual como una amenaza a su integridad física.

Dicho de otra manera, el temor a la castración es vivido de manera consciente y abrumadora, frente a los sentimientos más disfrazados de las personalidades neuróticas (fóbica, rígida e histérica).

PERSONALIDAD EXPLOSIVO-BLOQUEADA

Aunque nuestra propuesta se refiere a un estilo de personalidad peculiar y característico, que puede ir desde la normalidad al máximo desequilibrio, la proximidad con el trastorno explosivo intermitente del DSM nos autoriza a un examen más atento de este último.

El trastorno explosivo intermitente parece haber sido conceptualizado por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) Es difícil diferenciar su diagnóstico respecto a otras condiciones, como el cambio de personalidad debido a enfermedad médica, trastorno antisocial o límite de la personalidad, sin olvidar la intoxicación por sustancias. Véanse los criterios del DSM-IV (APA, 1994) en la tabla. El trastorno explosivo intermitente ha sido recogido en el Eje I, dentro de la categoría de “trastornos en el control de los impulsos no clasificados en otro lugar”.

Como todo comportamiento en el que esté implicada la agresividad directa, es más frecuente en hombres que en mujeres.

El rasgo central de este trastorno consiste en la incapacidad para reprimir o resistir un impulso o la tendencia a realizar un acto que sea dañino para sí o para otros. Es habitual que el individuo experimente una sensación de tensión o excitación creciente antes de la explosión, y que después se sienta aliviado, pero también suele sentir remordimientos o incomodidad por el acto. Se asocia con otros trastornos del estado de ánimo, especialmente con el trastorno bipolar.

En los individuos con un trastorno explosivo intermitente no es inusual que se den hallazgos inespecíficos en el examen neurológico (p. ej., asimetrías reflejas), alteraciones electroencefalográficas inespecíficas o antecedentes en la infancia de traumatismos craneales (Frances, First y Pincus, 1997, p. 424).

Algunos clínicos dudan de la entidad nosológica de este trastorno al considerar que la falta de control, o los impulsos agresivos, son síntomas poco específicos que pueden presentarse en una gran variedad de trastornos (Cf. McElroy, 1999).

Pero algunas publicaciones recientes parecen sugerir que se trata de un trastorno mucho más prevalente de lo que en tiempos se pensaba, llegando a un 7.3 % de episodios en la población a lo largo de la vida (Kessler et al, 2006). Este último dato parecería sustentar nuestra introducción de un prototipo de personalidad independiente.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO EXPLOSIVO
INTERMITENTE

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Ya hace más de cincuenta años, cuando Kurt Schneider (1974) hablaba de los psicópatas explosivos, dudaba de que se tratara de un tipo específico o, más bien, siguiendo a Kretschmer, de una “reacción primitiva”. Los relacionaba con los epileptoides, con los ataques convulsivos psicógenos y, también, destacaba que las excitaciones explosivas podían convertirse ocasionalmente en estados crepusculares psicógenos.

Fuera de esos estados, comenta, los sujetos se presentan habitualmente tranquilos y dóciles. Respecto a los epileptoides, propiamente, recupera de Kretschmer la valoración del temperamento viscoso, y la labilidad de ánimo; dice que son ceremoniosos, pesados y perseverantes. Y añade:

La importancia social de este grupo es grande. Los lábiles irritados llegan, a veces, a delitos afectivos; los inestables, a toda clase de delitos ocasionales. Soportan muy mal la disciplina militar. No es raro que, a consecuencia de crisis de labilidad de ánimo, se marchen sin permiso y deserten, aunque la mayoría de estos delitos tengan que interpretarse de otra manera. (p. 163)

En la psicopatología escandinava este tipo de carácter ha recibido el nombre, de ixtímico o ixoide, emparentado con la epilepsia y con el biotipo atlético de Kretschmer (Cf. Bohm, 1973, pp. 218 y ss.). Un síndrome cultu-

ralmente específico, que guarda gran semejanza con la secuencia de explosión-bloqueo, es el *amok* reportado por exploradores en la zona de Indochina y considerado de tipo psicótico (Cf. Ionescu, 1994):

Por lo general el paciente no presenta ningún signo de trastorno mental. Tras alguna frustración menor que no produce ninguna reacción (aparte de entregarse a la melancolía durante un tiempo), el paciente se pone a atacar a todas las personas que encuentra. Este ataque es perpetrado por el sujeto a riesgo de su propia vida, a veces hasta con los ojos cerrados y utilizando generalmente una espada corta llamada Kris. (p. 173)

Según mi descripción, la personalidad explosivo-bloqueada comparte con la personalidad fóbica la secuencia de acumulación y descarga (fobia-contrafobia) - paralela a la oscilación de la autoimagen -, si bien la problemática se muestra especialmente en el control de la agresión y no en el emparejamiento.

Un hombre de 22 años acudió a consulta por su malestar al ser abandonado por su novia, a la que, por razones laborales, seguía viendo todos los días, junto con el joven que era su pareja actual. Se sentía frustrado y agresivo y les había amenazado varias veces de muerte.

No aparece en la segunda entrevista y, tras unos meses, su hermano nos solicita un informe para el proceso judicial que se sigue contra el sujeto por haber asesinado a la pareja. Años después atiendo a otro paciente en una situación similar, aunque su antigua novia no tenía nueva pareja también la había amenazado de muerte. La intensa sensación de frustración se descargaba a menudo con exceso de consumo alcohólico, conducción "casi" suicida y destrucción de objetos, con ingresos hospitalarios frecuentes solicitados por el propio paciente. La petición de ayuda y el malestar por su estado de descontrol diferencia esta reacción de la frialdad propia del psicópata agresivo. La elaboración de la culpa es escasa, frente a la personalidad rígida, y lo que destaca es el sentimiento de vergüenza por los actos realizados, por no haber sido capaz de cumplir el papel grandioso que le viene asignado, el ideal del yo.

Otro paciente, alcohólico, recordaba la reacción agresiva, con tempestad de movimientos, que experimentó contra su familia, tras el fallecimiento del padre en un hospital, padre a quien había atendido sin recibir apoyo de los demás. La reacción tuvo como consecuencia lesiones importantes en un puño tras golpear una ventana.

Otras veces, en cambio, la explosión agresiva se dirige más claramente a los demás. El sujeto siente remordimientos por su conducta pero con frecuencia se justifica aduciendo circunstancias externas: "lo que hice no estuvo bien pero con lo que pasó no fui capaz de reaccionar de otra manera".

Recurren a menudo expresiones del estilo "fue la gota que colmó el vaso", lo que explicaría esa agresividad desproporcionada con respecto al estresante que menciona el DSM. Es desproporcionada si no tenemos en cuenta, desde la historia personal, la pauta de acumulación y descarga. A veces los comportamientos agresivos deben ser inferidos a partir del relato de los rechazos sucesivos de que ha sido objeto, pues ante nosotros aparece como una persona casi sumisa.

Las relaciones con los demás son muy cambiantes, se producen conflictos con frecuencia y, tras la explosión agresiva, la solución asequible es la huida. No son desconocidos tampoco los cambios numerosos de domicilio, de ciudad o, incluso, de país.

La necesidad de contacto y aceptación por parte del otro es muy intensa, mostrándose adherentes, o viscosos. La viscosidad tiene que ver con una producción verbal abundante cuya ordenación lógica es algo imprecisa pero, a diferencia del paciente fóbico, la vivencia de la ansiedad se halla mucho menos presente, aunque puede ser más intensa y asociada con la vergüenza.

El deterioro de la autoimagen es también menos evidente que en el fóbico pues aquí, a pesar de que la necesidad de contacto sigue siendo grande, la expresión directa de la afectividad positiva o tierna es sentida como una debilidad. Más acorde con el estereotipo que se asigna al varón en nuestra cultura, esta personalidad es característica de sujetos que exhiben una conducta hipermasculina, de autosuficiencia impostada.

Un joven de veinte años, al que realizamos entrevistas diagnósticas en prisión, había sido encarcelado por asesinar al hombre que le quitó a su antigua novia, pero no reconocía en absoluto que esa pérdida afectiva hubiera tenido ninguna relación con su reacción violenta.

Otro argumento para sustentar la entidad del trastorno explosivo intermitente está tomado de la patofisiología. Se ha visto que la irritabilidad, las conductas agresivas y la criminalidad se asociaban con la fisiología de la serotonina, más en concreto con niveles reducidos de 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en el fluido cerebral espinal.

Pues bien, según un estudio que cita S. L. McElroy (1999, p. 13), se dividió a un grupo de sujetos con conducta agresiva en un subgrupo de impulsivos y otro de no impulsivos y se encontró que sólo los primeros tenían niveles reducidos de 5-HIAA.

La conclusión que alcanzan es que el nivel reducido de este metabolito está asociado con la impulsividad más que con la agresividad. Los sujetos con trastorno explosivo intermitente pueden responder bien a la medicación con antidepresivos (tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina), así como con estabilizadores del estado de ánimo (litio y otros).

ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL TRATAMIENTO

Como la personalidad explosivo-bloqueada no es una categoría incluida en los sistemas oficiales de clasificación, y el trastorno explosivo intermitente ocupa un lugar marginal en las últimas versiones del DSM, pocas indicaciones y consejos psicoterapéuticos podemos encontrar en la literatura.

Si ampliamos el espectro para abarcar a los pacientes "límite", recogéremos con provecho las recomendaciones de Otto Kernberg, por ejemplo cuando al tratar de la neurosis de transferencia dice:

La neurosis ordinaria de transferencia se caracteriza por la activación del sí-mismo infantil del paciente. El paciente revive los conflictos emocionales de este sí-mismo infantil con los objetos paternos según su experiencia en la infancia y niñez.

En contraste, las representaciones objetales y del sí-mismo de los pacientes límite se activan en la transferencia en formas que no permiten la reconstrucción de los conflictos infantiles con los objetos paternos según se perciben en la realidad.

Con estos pacientes la transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados o escindidos del sí mismo con representaciones objetales disociadas o escindidas de una naturaleza altamente fantástica y distorsionada (1984, pág. 98).

Ingrediente típico en la transferencia de todos los pacientes de organización límite baja, incluyendo al explosivo-bloqueado, es la activación de la identificación proyectiva.

Por ejemplo, el paciente racionaliza su propia "contraagresión" como motivada por la agresión del otro contra él.

En la transferencia se puede mostrar una desconfianza intensa y temor al terapeuta. Se pueden provocar, a su vez, sentimientos y tendencias contraagresivas en el terapeuta (Kernberg, 1984, pág. 100) o – tomando prestado el término de León Grinberg (1978) – en el terapeuta puede surgir la contraidentificación proyectiva.

En mi experiencia, sin embargo, las actitudes agresivas hacia el terapeuta son más habituales en pacientes narcisistas (de piel dura) y en los claramente psicopáticos.

El explosivo-bloqueado, suele adoptar una postura sumisa y avergonzada por sus controles fracasados. La atención se dirige a ayudarle en la identificación y control de sus impulsos. Las reacciones explosivas se ven facilitadas por el estado casi permanente de estrés emocional, con sensaciones de vergüenza intensa y ridículo.

Es muy frecuente que estos pacientes hayan contado con modelos de conducta poco eficaces en el control de la agresión, para ser más exactos, a menudo describen conductas de descontrol en el padre, quien, a su vez, mantiene una actitud de menosprecio hacia el sujeto “a ver cuándo eres un hombre”. Una actitud de aceptación por parte del terapeuta, que se ofrezca como referente fijo y guía en las situaciones de confusión, es habitualmente muy útil. Los ejercicios de relajación y respiratorios suponen una ayuda adicional imprescindible, por no hablar del uso prudente de los fármacos.

Las recomendaciones terapéuticas que proporciona Kernberg, para nosotros – por otra parte – muy apreciables, pensamos que logran mayor justificación al ser aplicadas a las estructuras límite y narcisistas más graves. Echamos en falta, no obstante, instrumentos más genéricos, aplicables trastornos de la personalidad límites no tan extremos. El paciente explosivo-bloqueado, tal como lo hemos conocido, se presenta sumiso en la sesión y necesitado recibir un reconocimiento afectivo y comprensión, y la agresividad hacia el terapeuta se expresa sólo de forma moderada y circunscrita o no se expresa en absoluto (Cf. Ávila Espada y Rodríguez Sutil, 2004).

Como era de esperar, Kernberg sugiere una serie de modificaciones técnicas, entre otras, la necesidad de elaborar la transferencia negativa sin intentar su reconstrucción e igualmente el centramiento en el análisis de las relaciones del paciente con los demás.

También aconseja estructurar la situación terapéutica para que pueda contener el *acting-out*, planteando límites estrictos para la agresión física, y la utilización de los factores ambientales que permitan una mejor organización de la vida del paciente.

La mayoría de los autores revisados se muestran contrarios al uso del diván. Estar acostado fuera del contacto ocular con el terapeuta normalmente aumenta las dificultades del paciente primitivo para reconocer el afecto y también impide el uso del analista como interlocutor simbólico para el reconocimiento potencial y la contención de diversos aspectos de su mente.

La asociación libre puede ser más desorganizadora que reveladora, dado que la asociación en las personalidades primitivas suele ser centrífuga y no deseada, más que centrípeta, como en el neurótico mejor integrado. El contenido relevante es, la mayoría de las veces, somatizado y actuado, no tanto inconsciente como poco representado mentalmente.

La alternativa es establecer un diálogo en espejo, activo y atento, que pueda llevar a la representación mental consciente de las puestas en acto; un equivalente lúdico adulto del juego de los garabatos de Winnicott (cf. Robbins, 1996).

Se puede utilizar la *interpretación*, pero no olvidando indagar cómo interpreta el paciente la interpretación del terapeuta, como tal. La *clarificación* desempeña un papel preponderante, mayor que en el psicoanálisis convencional (Kernberg, 1984, pág. 89). La interpretación debe incluir la evaluación continua de la capacidad del paciente para la autoobservación, y nunca justificar los temores del paciente de una relación mágica con un terapeuta omnipotente, es decir, conviene señalar en qué contenidos expresados por el paciente se apoya la interpretación (id. pág. 104).

La *neutralidad técnica* depende de que el terapeuta sea capaz de mantener su actitud empática o de sostén (Winnicott) o contención (Bion). La empatía debe ayudar también a que el terapeuta descubra los elementos escindidos en el psiquismo del paciente, y su integración.

Sopesemos las palabras de Brandchaft y Stolorow (1984) cuando sugerían que un paciente que presenta una organización primitiva, tratado según las recomendaciones de Kernberg, desplegará con rapidez todas las características que este autor adscribe a las personalidades de organización límite.

Por otra parte, cuando al mismo paciente se le trata siguiendo las recomendaciones de Kohut, pronto manifestará las características que éste atribuye al trastorno narcisista de la personalidad. Ante tal confusión diagnóstica como la que se ha descrito, no debe sorprendernos que las recomendaciones técnicas para situarse frente al paciente narcisista, dicho de forma genérica, se desplieguen en un amplio abanico, desde la posición de Kohut (1971, 1977) que destaca la importancia de una buena sintonización empática, a la que defiende Kernberg (1975, 1996) interesado en confrontar al paciente con sus defensas y reacciones emocionales de envidia y odio.

Dejando aparte el hecho evidente de que, sean cuales sean sus posturas teóricas, no es fácil saber qué es lo que hace un psicoterapeuta detrás de la puerta de su consulta, cada vez nos parece más evidente, dándole la razón a Kohut, que el mejor modo de aproximarse al encuentro terapéutico es la sintonización empática.

Una vez logrado un clima favorable, la confrontación con las defensas, con la consiguiente “desestructuración” que provoca, así como el uso de la interpretación, estará más presente en el trabajo con las personalidades de organización neurótica.

Los pacientes de organización límite – explosivo-bloqueados y otros - que se presentan ya de por sí más o menos desestructurados y con alto nivel

de ansiedad – narcisistas de piel fina -, requerirán un uso más constante de la empatía, junto con clarificación y confrontación.

En conclusión, los estados límite se construyen en un contexto intersubjetivo, como es la misma relación terapeuta-paciente.

En este punto me parece clarificador recurrir a la distinción entre patología de conflicto y patología de déficit.

Killingmo (1989) considera que la tarea del analista, en la patología de conflicto, propia de las neurosis, es apoyar al yo en la aventura de enfrentarse con afectos e impulsos arcaicos, con representaciones objetales internalizadas que son proyectadas en el analista. El trabajo consiste en descubrir significados ocultos.

Sin embargo, ante la patología por déficit el analista no intenta que el paciente descubra significados ocultos sino que experimente el significado mismo: “No se trata de encontrar algo más sino de sentir que algo existe”. Se debe intentar:

- 1) corregir y separar las representaciones sí-mismo-objeto distorsionadas o difusas, y

- 2) producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales que todavía no se han alcanzado en la evolución previa.

Las intervenciones del terapeuta no deben tener una naturaleza tanto interpretativa como afirmativa (p.ej. “lo que usted siente es correcto”, “eso le debió causar a usted una gran perturbación”), que Killingmo (2000) conecta, como hacía Kernberg, con la labor de contención (Bion) o de sostenimiento (Winnicott), pero que ahora nos parece más acorde con su práctica.

Cuando carece de mentalización – dice Fonagy (1991, 2001) -, el paciente analítico enfrentado a la tarea de la autorreflexión, tiende a experimentar sinsentido, caos y terror innominado, puesto que el sentimiento y emociones, propios y ajenos, sólo pueden ser representados en un nivel primario, y no se puede reflexionar o pensar sobre ellos.

La representación de las propias ideas y deseos puede formar el núcleo de una identidad coherente y madura.

Si el paciente utiliza la capacidad de mentalización del terapeuta para mantener su propia identidad, la dependencia hacia el terapeuta puede ser absoluta, con un vínculo adherente hacia el mismo (Fonagy, 1991).

CONCLUSIONES

Espero que las páginas anteriores hayan servido para destacar la importancia de diferenciar estructuras de personalidad diferentes en lo que hasta ahora se ha presentado como una magma difuso: “las personalidades narcisistas y límites”.

Las diferencias de criterio en cuanto al tratamiento del mismo grupo de pacientes deben ser entendidas no sólo derivadas de diferencias teóricas irreconciliables sino provocadas por el hecho de que a menudo se atiende a pacientes de características muy diferentes pero se les aplica un mismo término general clasificatorio. Por ejemplo, cuando se habla sin más narcisismo (de piel dura, de piel fina), o de trastorno límite de la personalidad.

Nuestro intento por clarificar esta, todavía, *terra ignota* se ha centrado en la personalidad explosivo-bloqueada, que posee una antigua carta de naturaleza en la psico(pato)logía vincular pero todavía aguarda ser recogida por los sistemas oficiales de clasificación, aunque sea en su forma patológica, como trastorno explosivo-bloqueado de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-III. Washington
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-III-R. Washington
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV. Washington
- Ávila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C (2004). Psicoterapia Psicodinámica Vincular: Integración de modelos psicoanalíticos. En Alejandro Ávila Espada, Begoña Rojí Menchaca y Luis Ángel Saúl Gutiérrez (comps.) *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos*. Madrid: UNED, cap. 9.
- Balint, M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós, 1993.
- Benjamin, L. (1995). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. En Lorna Benjamin *Like Subjects, Love Objects; Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Bion, W.R. (1962). *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y Ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Brandchaft, B. & Stolorow, R. D. (1984), The borderline concept: Pathological character or iatrogenic myth? En *Empathy II*, ed. J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 333-357.
- Cancrini, L. (2006). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós, 2007.
- Caparrós Sánchez, N. (1985). Los núcleos básicos de la personalidad como resultado de la dialéctica pulsión-deseo. *Clinica y Análisis Grupal*, 9, 38, 541-559.

- Caparrós Sánchez, N. (1993). *Psicopatología Analítico Vincular*. Tomos I y II, Madrid: Quipú.
- Etchegoyen, R.H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fairbairn, W.R.D. (1940 a). Factores esquizoides de la personalidad. En *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- Ferenczi, S. (1932). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En *Obras Completas*, vol IV. Madrid: Espasa-Calpe, 1982.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (2001). The Psychoanalysis of Violence. *Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy* March 15, 2001.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. y Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (comp.) *Attachment Theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: 1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas* (vol. II). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1923). La organización genital infantil. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1927). El Fetichismo. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. Fetischismus. En *Studienausgabe* (vol. III). Frankfurt am Main: S.Fisher, 1975.
- Freud, S. (1938). Escisión del "yo" en el proceso de defensa. En *Obras Completas* (vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. En *Studienausgabe* (vol. III). Frankfurt am Main: S.Fisher, 1975.
- Grinberg, L. (1978). *Culpa y Depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós, 1997.
- Kernberg, O. (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós, 1998.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno, 1987.

- Kernberg, O. (1992). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- Kernberg, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En J.F. Clarkin y M.F. Lenzenweger (comps.). *Major Theories of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Kessler, R., Coccaro, E., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R. Y Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 669-678.
- Khan, M.M.R. (1979). *Alienación en las Perversiones*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Killingmo, B. (2000). Una perspectiva de escucha psicoanalítica en un tiempo de pluralismo. *Intersubjetivo*, 2, 1, 5-22.
- Klein, M. (1957). Envidia y Gratiitud. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Koldobsky, N.M.S. (2005). *Trastorno Borderline de la Personalidad. Un desafío clínico*. Buenos Aires: Polemos.
- Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 14, 243-272.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*. Madison, CT: International Universities Press
- Lacan, J. (1958). La signification du phallus. Die Bedeutung des Phallus. En *Écrits*. París: Seuil (vol. II), 1970.
- McElroy, S.L. (1999). Recognition and treatment of DSM-IV intemitent explosive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 15, 12-15.
- Mahler, M. (1967). On human simbiosis and the vicisitudes of individuation. *Journal of the American Psycho-analitical Association*, 15, 740-763.
- OMS. (2004). CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuacion en atencion primaria (2ª ed.). Madrid: Mediator.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perner, J., Leekam, S.R. y Wimmer, H. (1987). Three-year-olds' difficulty with false belief. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.
- Robbins, M. (1996) The Mental Organization Of Primitive Personalities And Its Treatment Implications. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 44, 755-784.
- Rodríguez Sutil, C. (1991). Diagnóstico de los Prototipos de la Personalidad y de sus Trastornos. *Clinica y Análisis Grupal*, 13, 1, 66-87.

- Rodríguez Sutil, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clinica y Salud*, 6, 161-173.
- Rodríguez Sutil, C. (1998 a). Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular. *Clinica y Análisis Grupal*, 20, 3, 381-399.
- Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un Enfoque Vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez Sutil, C. (2005). El concepto de “carácter” en psicoanálisis. Sobre una patología sin síntomas. *Intersubjetivo*, 7, 1, 5-27.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse e Interpretación*. Madrid: Tecni-publicaciones, 1990.
- Schneider, K. (1943). *Las Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Morata, 1974.
- Target, M. y Fonagy, P. (1996). Playing with reality: 2. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479.
- Trull, T.J., Widiger, T.A., Lynam, D.R. y Costa, P.T. (2003). Borderline Personality Disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 2, 193-202.
- Walton, H.J. (1986). The Relationship between Personality Disorder and Psychiatric Illness. En Millon, T. y Klerman, G.L. (eds.) (1986) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guildford.
- Wellman, H.M. (2002). Understanding the Psychological World: Developing a Theory of Mind. En Usa Goswami (comp.) *Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development*. Oxford: Blackwell, 2002. Capítulo 8.
- Widiger, T.A. y Trull, T.J. (1991). Diagnosis and Clinical Assessment. *Annual Review of Psychology*, 42, 109-133.
- Winnicott, D. W. (1950). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Winnicott, D.W. (1969). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. Capítulo 6 de *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa, 1979, orig. 1971.

Resumen

Habitualmente se considera que la patología límite es un síndrome clínico bien diferenciado – el trastorno límite de la personalidad - no obstante, el concepto de “límite” o “borderline” implica importantes problemas de definición.

En parte estos problemas se derivan de la naturaleza proteica del trastorno – por ejemplo, su “estable inestabilidad” – pero también de la falta de estructuración teórica en los sistemas oficiales de clasificación (DSM, ICD).

En este trabajo intentaré mostrar cómo, partiendo de un sistema clasificatorio propio (Rodríguez Sutil, 2002), se pueden delimitar dos patrones de personalidad diferentes: la personalidad límite, propiamente dicha, y la personalidad explosivo-bloqueada, cada una con sus modos de presentación desde la normalidad a la patología más franca.

Terminamos realizando algunas indicaciones terapéuticas inspiradas en la literatura y en nuestra propia experiencia al respecto.

The explosive-bloqued personality as a nosological entity from the array of the borderline disorders

As it is habitually accepted, the borderline pathology is a clinical syndrome well defined – the borderline personality – notwithstanding, the concept of “borderline” entails huge definition difficulties.

This difficulties stem, at least in part, from the ‘protean’ nature of this disorder – for instance, its stable instability – but also because of the lack of theoretical structure that pervades the official systems of classification (DSM, ICD).

In this paper, following my own classificatory system, I try to show how it is possible to differentiate two patterns of personality: borderline and explosive-bloqued, these two patterns display an array of presentations, from normality to extreme pathology. Some therapeutical recommendations are presented taking inspiration from the specialized literature as well as from my own experience.

La personnalité explosive-bloquée comme entité nosologique dans le cadre de pathologies limites

On considère habituellement que la pathologie limite est un syndrome clinique bien défini – le trouble limite de la personnalité – mais le concept de « limite » (*borderline*) implique cependant d’importants problèmes de définition-. Ces problèmes dérivent en partie de la nature protéique du trouble – par exemple, son « instabilité stable » - et aussi du manque de structuration théorique des systèmes officiels de classification (DSM, ICD).

Dans cet article, m’appuyant sur mon propre système de classification, j’essaierai de démontrer qu’il est possible de définir deux patrons de personnalité différents : la personnalité limite proprement dite, et la personnalité explosive-bloquée, chacune d’entre-elles ayant ses différentes formes de manifestation, de la normalité à la pathologie la plus franche. Quelques conseils thérapeutiques provenant de la littérature et de notre propre expérience terminent l’article.

Palabras clave: personalidad límite, personalidad explosivo-bloqueada, sistema de clasificación

Key words: borderline personality, explosive-bloqued personality, classification system

Mots clés: personnalité limite, personnalité explosive-bloquée, système de classification