

figura/fondo

ESTILOS DE PERSONALIDAD Y POLARIDADES. LA TEORÍA DE T. MILLON APLICADA A LA TERAPIA GESTÁLTICA.

Carlos A. Vinacour (*)

Este artículo es un resumen de los principales conceptos que Theodor Millon presenta en *“Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV”*. Algunas ideas han sido tomadas textualmente del libro. Otras han sido modificadas parcialmente y adaptadas a un modelo de pensamiento gestáltico.

LA NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO

Toda psicoterapia supone en los primeros encuentros el logro de dos metas fundamentales:

1. La construcción de un vínculo entre el consultante y el consultado.
2. La elaboración de un diagnóstico.

En Psicoterapia Gestáltica la construcción del vínculo remite a lo que Martin Buber llamó **encuentro**, diálogo Yo-Tú, o **diálogo existencial**. (Buber, 1956). Tan fundamental es este tipo de relacionamiento, que Gary Yontef ha llegado a afirmar que “el diálogo Yo-Tú es a la terapia gestáltica lo que la Neurosis de Transferencia es para el psicoanálisis”. (Yontef, 1995, pag191)

Sólo cuando los dos procesos mencionados han podido llevarse adelante, estamos en condiciones de iniciar una tarea orientada al cambio¹ psicoterapéutico. Sin embargo, si bien el **diálogo Yo-Tú** ha sido históricamente central en la tradición gestáltica, la elaboración de un diagnóstico, ha sido siempre un tema conflictivo.

Millon recuerda una frase de Sartre, “cada vez que me pones una etiqueta, me derrotas” (Millon, 1998, pag.6). Sartre denuncia desde el existencialismo la forma en que se exaltan los esquemas diagnósticos, destaca la idea de que un diagnóstico es una forma de privilegiar la

¹ Utilizo la palabra cambio en un sentido amplio, consciente de las distintas acepciones que para cada terapeuta pueda tener (modificación de determinadas conductas, crecimiento personal, o al decir de A. Beisser la tarea de convertirse en lo que uno es.)

(*) Carlos A. Vinacour. Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta Gestáltico. Argentina

homogeneidad del grupo a expensas del individuo. Es una forma de derrotar al individuo a través del reduccionismo.

Acorde con esta línea ideológica, la gestalt durante años ha privilegiado la descripción fenomenológica por sobre los rótulos, como una forma de resaltar que los individuos no pueden ser comparados y contrastados entre sí. Cada individuo es el resultado de una historia única, donde se imbrican factores contextuales y constitucionales. Esa persona nunca ha existido antes ni volverá a existir en el futuro. Reducirla a un diagnóstico, etiquetarla, es una forma de derrotarla. Es también, un modo de negar el valor fundamental del diálogo existencial, del reconocimiento del otro como un otro, con sus complejidades y sus singularidades.

El problema, sin embargo es que los individuos, a pesar de su singularidad “no pueden hacerse tan individuales que se conviertan en inefables” (Millon, 1998, pag.8.). Nuestra tarea requiere la necesidad de plantear generalizaciones que orienten nuestros pasos.

Citando nuevamente a Millon, “no podemos permitirnos el lujo de limitarnos al descubrimiento y la explicación de leyes de comportamiento específicas para una persona o para un grupo muy reducido de personas” (Millon, 1998, pag. 9). Esto haría extenuante y azaroso nuestro quehacer. Si bien nuestra tarea, con cada consultante, es una aventura única y apasionante, cada proceso terapéutico no puede transformarse, en un eterno empezar, sin brújulas ni hojas de ruta, sin orientaciones que ordenen nuestra tarea.

En general debemos coincidir en que las líneas del pensamiento psicológico, basadas en la descripción de “estructuras psíquicas”, “mecanismos”, “motivaciones”, etc., “plantean modelos que tienden a ser muy consistentes, pero que son a su vez limitados y muchas veces difíciles de aplicar con precisión” (Millon, 1998, pag 8)

“Las etiquetas diagnósticas son construcciones, meras superficialidades que van superándose en la medida en que avanza el conocimiento, y al hablar en un sentido abstracto, dicen poco o nada de la persona como persona”. (Millon, 1998, pag 6)

“Sin embargo si nos permitimos usar los diagnósticos de manera heurística, como guías que se reformulan y se cambian cuando la necesidad lo impone, son una ayuda extremadamente valiosa para orientar de manera ordenada y coherente un tratamiento”. (Millon, 1998, pag 8)

Aplicados sin actitudes fundamentalistas y con una visión operativa y

figura/fondo

elástica, ofrecen una visión útil y una forma de obviar caminos vagos e imprecisos que a veces alargan innecesariamente los tiempos de una terapia.

Planteada esta toma de posición la pregunta que surge inmediatamente es: ¿qué modelo diagnóstico es el más útil en nuestra tarea psicoterapéutica?

Me he permitido diferenciar tres grandes formas diagnósticas

- El diagnóstico situacional
- El diagnóstico clínico
- El diagnóstico de estilo o trastorno de personalidad

El *diagnóstico situacional* plantea que, por ejemplo, el paciente “A” está aquejado por un **problema de pareja** que perturba otros ámbitos de su vida, lo que hace necesario requerir una intervención terapéutica que ayude a resolver este problema interaccional. Esta categoría diagnóstica está emparentada con el Eje IV del DSM-IV y constituye un tipo de diagnóstico muy utilizado en las terapias breves. En verdad es el diagnóstico de elección en las llamadas terapias para resolver problemas.

Otra posibilidad diagnóstica, no excluyente con la primera, es realizar un *diagnóstico clínico*. Podemos plantear que el mismo paciente, posiblemente como consecuencia o derivado de sus dificultades de pareja y a la vista de una serie de parámetros clínicos, padece un **trastorno depresivo** que requiere complementar las intervenciones vinculares con otras más precisas y específicas a su cuadro clínico. Esta categoría corresponde específicamente al Eje I del DSM-IV y es el diagnóstico de elección en psiquiatría. Nos dice si nuestro paciente posee o no algún trastorno psíquico y si es necesario que, por ejemplo, sea medicado.

La tercera posibilidad, también complementaria y no excluyente con las anteriores, es agregar un *diagnóstico de estilo o trastorno de personalidad*. Esta categoría se relaciona con el Eje II del DSM-IV y es a mi entender el diagnóstico por excelencia en psicoterapia. Este diagnóstico nos orienta sobre la estructura-proceso en la que está apoyada la problemática que aqueja a nuestro consultante.

Creo importante no descuidar los dos primeros diagnósticos. Pero a su vez veo como prioritario basar las intervenciones terapéuticas y la profundización de nuestra tarea, en la guía orientativa que nos da la tercera posibilidad diagnóstica. Tener claridad sobre el estilo y características de personalidad del paciente, hace a un proceso terapéutico

decididamente más consistente. Sin embargo es importante aclarar que al hablar de diagnósticos de personalidad no estamos refiriéndonos a cuestiones de índole médica, a enfermedades diagnosticables, aislables y que pueden ser eliminadas o revertidas. Hablar de personalidad es hacerlo en términos funcionales. Los trastornos y por supuesto los estilos están más ligados al fondo que a la forma.

“Aunque los nombremos como síndromes diagnósticos por problemas lingüísticos, son en realidad contextos en los que las entidades más parecidas a enfermedades, obtienen una significación única para cada caso individual”. (Millon, 1998, pag 145)

“No existe, ni ha nacido, ni nacerá persona alguna con un trastorno de personalidad. Estos giros sintácticos son útiles para la comunicación clínica, pero la naturaleza del constructo excluye que sean verdaderos”. (Millon, 1998, pag 143)

Por lo tanto, el diagnóstico de personalidad, no consiste, como en el modelo médico, en la determinación de la presencia o ausencia de un proceso de enfermedad. Por el contrario, debe ser enfocado con un criterio más pragmático que ontológico.

Los estilos o los trastornos de personalidad “comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse del individuo” (Millon, 1998, pag 4), son el fondo en el que se apoyan entidades o “cosas” más parecidas a lo que podríamos llamar enfermedades, “el sustrato y el contexto en el que podemos comprender mejor las variadas formas de la psicopatología” (Millon, 1998, pag 145).

La única distinción importante que cabe hacer es que, cuando nos referimos a estilos de personalidad, hablamos de la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento plástico² de un individuo. Según esta formulación los trastornos representarían entonces, estilos particulares de funcionamiento rígido debidos a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad del individuo para relacionarse con su entorno.

“Esto no supone considerar a los trastornos como enfermedades sino sólo como patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamientos estables en el tiempo y que comportan malestares y perjuicios para el sujeto” (Millon, 1998, pag 11).

² Millon utiliza el término adaptativo. Razones ideológicas me llevan a preferir una palabra con otras connotaciones.

figura/fondo

En ese sentido los estilos representan características más flexibles y en principio no generadoras de malestares. Los trastornos ni son entidades médicas, ni perversidades humanas. Son estilos problemáticos de personalidad que generan malestar. Por lo tanto, el propósito último de esta forma diagnóstica no es ni etiquetar ni *patologizar*. Se trata sólo de describir las distintas formas de “estar en el mundo”, y reducir así “el número de hipótesis que en la clínica necesitamos manejar. Si hemos realizado una buena evaluación, lo que se conoce ayuda a acotar lo que hay que hacer”. (Millon, 1998, pag 145)

“Un trastorno de ansiedad en una persona con un estilo dependiente de personalidad es distinto a un trastorno de ansiedad en una persona con un estilo negativista”. “Por lo tanto tratar un trastorno del Eje I del DSMIV sin tratar el trastorno de personalidad o prestarle atención al estilo es lo mismo que neutralizar los síntomas sin tratar la enfermedad”. (Millon, 1998, pag 144)

LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Existen en la actualidad muchas escuelas que plantean diagnósticos de estilos de personalidad, el psicoanálisis, la bioenergética y hasta la astrología, para nombrar solo unos pocos. Sin embargo de las muchas posibilidades he elegido la que ofrece el DSM-IV, por dos motivos principales.

- 1) Está basado en una lectura fenomenológica y no interpretativa de las conductas. Lo cual es coherente con una visión gestáltica de la psicoterapia.
- 2) Utilizar el DSM-IV en nuestro trabajo clínico es una manera de homogeneizar lenguajes entre las distintas corrientes psicopatológicas y ayudar de este modo a un intercambio científico eficaz y fluido.

El DSM-IV reconoce diez categorías diagnósticas de trastornos de personalidad, Millon agrega cuatro categorías más, todas ellas son compatibles dentro de un *continuum* con catorce estilos diferentes de personalidad, a su vez, Millon las agrupa en cuatro grupos bien diferenciados.

Quiero dejar aclarado que estas categorías no son rígidas. Es posible que ninguna persona real se adapte íntegramente al prototipo teórico, o diferentes personas se aproximen en distinto grado, o que en una misma persona encontremos más de una categoría.

- **Grupo I:** personalidades con dificultades para el placer:
Los estilos esquizoide, evitativo y depresivo de la personalidad.
- **Grupo II:** personalidades con problemas interpersonales:
Los estilos dependiente, histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad.
- **Grupo III:** personalidades con conflictos intrapsíquicos:
Los estilos obsesivo-compulsivo, sádico, negativista y masoquista de la personalidad.
- **Grupo IV:** personalidades con déficit estructurales:
Los estilos paranoide, esquizotípico y límite de la personalidad.

Las personas incluidas en el **Grupo I**, corresponden a tres estilos que tienden a un **aislamiento** o desvinculación de sistemas de apoyo externo. Suelen tener pocos canales para sublimar y pocas fuentes interpersonales de apoyo y tienden a las preocupaciones autistas.

Las personas incluidas en el **Grupo II**, son personas que están más orientadas en su estilo de personalidad, tanto hacia las relaciones con los demás, como hacia el logro de sus propias necesidades. Si existen en ellos desequilibrios están orientados hacia la **exagerada independencia** como hacia la **exagerada dependencia**.

Las personas incluidas en el **Grupo III**, son personas que presentan un desdoblamiento entre sus relaciones interpersonales y sus estructuras psíquicas; en otras palabras, son incapaces de mantener una dirección consistente o coherente que les permita orientar sus relaciones personales y sus sistemas de defensa. Se encuentran en permanente conflicto entre, por ejemplo, asumir una actitud dependiente o independiente, se suelen sentir intrapsíquicamente divididos, los acompaña **la duda**.

Las personas incluidas en el **Grupo IV**, son tres personalidades con serias dificultades de relación y a menudo aislados, hostiles o confusos. El estilo esquizotípico y el límite tienen una clara rotura en la cohesión de la organización de la personalidad, con un Yo con capacidades diluidas y difusas; por el contrario en el estilo paranoide se muestra una rigidez estructural exageradamente marcada y falta de flexibilidad

C. T. MILLON Y SU TEORÍA SOBRE LAS POLARIDADES

Al estudiar estilos y trastornos de personalidad T. Millon concibe una teoría basada en el aprendizaje biosocial, con un modelo evolutivo subyacente. Uno de los aspectos fundamentales es que la personalidad y la psicopatología se

figura/fondo

desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y organísmicas. Estas interacciones empiezan en el mismo momento de la concepción y se mantienen a lo largo de toda la vida. En esta teoría se propone un grupo de tres dimensiones que de hecho se utilizaron como base, una y otra vez, para la construcción de la personalidad. Se trata de las polaridades actividad-pasividad, sujeto-objeto y placer-dolor.

La dimensión actividad-pasividad se refiere al amplio abanico de los comportamientos en los que puede verse involucrada una persona. De lo que habla específicamente es de si el individuo toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean, o si su comportamiento es básicamente reactivo a ellos. Se refiere a los modos de adaptación, es decir a la acomodación ecológica en el medio ambiente. El individuo puede tender hacia una modificación activa, interviniendo o alterando el propio entorno o puede adoptar una acomodación pasiva. La polaridad sería entonces acomodación-modificación o lo que es lo mismo polaridad activa-pasiva. Lo que prima en esta polaridad es la confianza en sí mismo. Lo que determina las acciones no es sólo lo que pueden hacer, sino cómo se sienten frente a lo que pueden hacer.

El problema no es solamente si una persona posee realmente habilidades para manejar los acontecimientos. Se trata de ver si le falta confianza para probar, aventurarse o competir; o por el contrario, posee una excesiva confianza en el otro polo. Así, o cree que sus esfuerzos tendrán poca o ninguna eficacia y adopta una actitud pasiva de esperar o en el polo opuesto actúa modificando el ambiente de forma activa.

La distinción placer-dolor reconoce que, en último término, las motivaciones apuntan necesariamente hacia una de las dos direcciones: tendencia hacia los acontecimientos que son atractivos o que refuerzan positivamente, frente a la tendencia a centrar las conductas en alejarse de los estímulos que son aversivos o que refuerzan negativamente.

No significa esto que las personas ubicadas en este punto de la polaridad busquen activamente conectarse con el dolor, el problema es que conciben el mundo con una óptica donde el dolor y el displacer tienen una fuerte presencia y la mirada está puesta, muchas veces sin éxito, en intentar alejarse de ese estímulo o de esa fantasía aversiva.

La actitud básica que acompaña a la fijación dentro de esta polaridad es la confianza en los demás, es decir el sentimiento de que uno puede fiarse del afecto y apoyo de los demás. La confianza y la desconfianza representan facetas de la polaridad placer-dolor. El individuo desarrolla una actitud optimista y confiada hacia los demás o tiende a aislarse y evitar a las

personas por temor a que éstas le provoquen malestar y angustia. Esta polaridad, entonces, tiene que ver con la potenciación y preservación de la vida, y se traduce en la tendencia hacia la búsqueda existencial de una mejor calidad de vida y una tendencia contra las acciones o entornos que disminuyen o ponen en peligro la propia existencia. Dichos mecanismos constituyen la polaridad placer-dolor. Muchos individuos tienen ambos procesos: búsqueda del placer, evitación del dolor, otros tienen un déficit en tales objetivos (esquizoides).

De forma parecida, la distinción sujeto-objeto (o sí mismo-otro) reconoce que entre todos los objetos de nuestro entorno existen dos que destacan de entre los demás por su poder para afectarnos: nosotros mismos y los otros. Esta polaridad tiene que ver en un extremo con las acciones individuales que los demás perciben como egoístas, insensibles, desconsideradas y descuidadas y en el polo opuesto, acciones que tienden al contacto con los otros desde actitudes afiliativas, íntimas, protectoras y solícitas. Es la polaridad “sí mismo- otros”. Lo central en esta polaridad tiene que ver con la asimilación de los papeles sexuales. Se encuentra seguridad en las relaciones con los iguales o por el contrario el sentimiento es de inseguridad en la relación con los pares. El placer por lo tanto, está en el contacto con los otros o el placer está en el contacto consigo mismo.

En otras palabras, estas polaridades reflejan **el tipo** de refuerzo, que las personas aprenden a perseguir o evitar (placer-dolor), **dónde** intentan obtenerlo (en sí mismos o los otros) y **cómo** han aprendido a comportarse para conseguirlo o escapar de él (actividad-pasividad).

TIPO DE REFUERZO	POLO DEL PLACER	POLO DEL DOLOR	CONFIANZA EN LOS DEMÁS
COMO OBTENERLO	POLO DE LA PASIVIDAD	POLO ACTIVO	CONFIANZA EN SÍ MISMO
DÓNDE OBTENERLO	POLO DEL SÍ MISMO	POLO DE LOS OTROS	ASIMILACIÓN DEL PAPEL SEXUAL

En los distintos estilos de personalidad estas polaridades tienen una dimensión que Millon cuantifica en débil, media y fuerte. Los estilos o los

figura/fondo

trastornos, entonces, podría representarse por un esquema particular, donde cada uno de los seis polos tendrían distintos grados de prevalencia. Algunos con una presencia fuerte, otros con una dimensión mediana o débil. Habla de los prototipos, para referirse al cuadro de polaridades que sintetiza el modelo categorial y dimensional de cada estilo o trastorno.

Incluso, Millon identifica estilos donde, más allá del desequilibrio de polaridades, se dan conflictos entre las mismas (una situación crónica de tensión entre las dos orientaciones de la polaridad), y además, otras situaciones a las que denomina como inversión de polaridades (habla de comportamientos discordantes con los objetivos de la polaridad).

Según surge de este esquema, (si bien no es ésta estrictamente la propuesta de Millon), es posible desde el modelo gestáltico, realizar, previo diagnóstico de la personalidad, una planificación coherente y simple de objetivos terapéuticos basada en tres puntos fundamentales:

- 1) Qué polaridades es necesario equilibrar.
- 2) En qué pares polares existen conflictos que son necesarios trabajar.
- 3) En qué pares polares hay inversión de polaridades.

Este modelo no implica que la terapia se reduzca a la tarea de trabajar las polaridades, éste es sólo un aspecto de nuestra intervención. El objetivo es orientar al terapeuta en esta área para lograr claridad y precisión y por ende, un mayor nivel de eficacia y eficiencia.

A continuación se exponen dos ejemplos clínicos. Por razones de espacio omito realizar un estudio detallado de cada estilo. A su vez para un diagnóstico preciso de estilo remito al lector a consultar el Eje II del DSM-IV.

GRUPO I: PERSONALIDADES CON DIFICULTADES PARA EL PLACER

Estilo depresivo de la personalidad. El patrón de rendición

Ejemplo clínico

Elvira es una muchacha de 30 años, soltera, desocupada, estudiante de teatro. Vive sola, en una casa antigua de un barrio de clase media y es mantenida económicamente por los padres que son gente de muy buen nivel económico. Acude a consulta porque se encuentra pasando un momento de crisis importante, comenzó el año y no tiene proyectos, ni sabe qué hacer, nada le entusiasma y cualquier cosa en la que piensa la

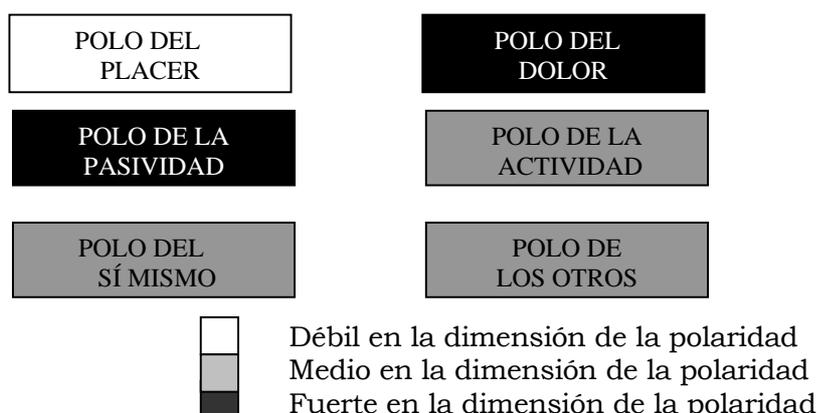
descarta porque asegura que será algo en lo que le va a ir mal. Tiene un aspecto sombrío, triste, se viste en forma desaliñada, es bonita pero no es cuidadosa con su persona. Estos sentimientos y esta situación no son nuevos para ella, ya los pasó muchas veces. Muchas veces inició estudios universitarios sin éxito y con el convencimiento de que no le iba a ir bien, muchas veces también se empleó y abandonó porque no se sentía apta. Si bien Elvira no se lleva bien con los padres, los visita seguido por temor a que se cansen y dejen de protegerla. Una frase que repite a menudo es “Soy muy sensible a la aprobación de los demás”, y de hecho en los pocos sitios donde se mueve está muy pendiente de ser aceptada. Se queda mucho en la casa, sale poco, puede pasarse tardes enteras viendo televisión. Sin embargo vive culpándose a sí misma, sintiéndose “muy poca cosa” y pensando que en verdad ésta es la vida que le tocó vivir.

Elvira **no está clínicamente deprimida**. A pesar de que llora con facilidad y vive su vida con enojo y mal humor, no ha perdido peso, no sufre de insomnio ni duerme demasiado, no tiene lentitud o agitación en sus movimientos corporales, no se siente fatigada o sin energía, no tiene dificultades para concentrarse, no tiene pensamientos de muerte ni ideación suicida.

El DSM-IV define sucintamente el estilo depresivo de la personalidad como un patrón general de abatimiento, caracterizado por actitudes de desánimo, con llanto fácil, triste y arisco, característicamente preocupado y cavilador, con mal humor que rara vez remite. Este cuadro empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos³.

Prototipo depresivo de la personalidad

El patrón de rendición



³ Para más datos ver Millon Trastorno depresivo de la personalidad.

figura/fondo

Como se ve en el esquema, hay una representación fuerte tanto en el polo del dolor como en el de la pasividad. Esto significa, en primer lugar, un exceso de interés en el dolor y la angustia, y en segundo lugar, que la persona se ha rendido, aceptando el inevitable hecho de continuar sufriendo y padeciendo. Pese a las similitudes, esta modalidad es diferente de la evitadora. En ambos lo central está puesto en la reducción del dolor y en ambos se presta poca atención a los placeres y las gratificaciones.

La distinción básica es que el evitador busca activamente minimizar el dolor anticipándose a su aparición y llevando a cabo planes para distanciarse de esa posibilidad o de evitarla. Por el contrario, el depresivo no intenta evitar la angustia o la desesperanza de la vida, sino que la acepta como si fueran hechos inevitables e invencibles. Los depresivos permanecen pasivos y resignados ante las penosas realidades que han sufrido, sin intentar cambiarlas, rindiéndose a ellas.

En el nivel de la tercera polaridad, el papel del sí mismo frente a los otros es de mínima relevancia: ellos son solo factores secundarios en la orientación y motivación de la vida del individuo depresivo.

Intervenciones terapéuticas:

Equilibrar las polaridades Disminuir la desesperanza/dolor Incrementar el placer Estimular el polo de la actividad

Frente a este esquema de situación, la actitud clínica asumida por el terapeuta fue, en primer término, no centrar la atención en el polo sí mismo-otros. Esta polaridad no representa el problema básico de Elvira. El eje de la terapia estuvo puesto en las otras dos polaridades.

Como primer paso se le pidió a Elvira que escribiera una biografía personal sobre los principales hechos positivos y gratificantes que ella pudo llevar adelante en su vida. El resultado fue una historia escueta pero que sirvió de base para trabajar dos personajes centrales en el proceso terapéutico. Por un lado la Elvira “resignada y fatalista” (relacionada con el polo del dolor) y por otro un aspecto débilmente “optimista” que podía reconocer pequeños logros (relacionada con el polo del placer). A partir de aquí no fue difícil estimular en un trabajo de diálogo entre opuestos a la “optimista” para que se animara a llevar adelante pequeñas tareas estimulantes. Si bien Elvira debió luchar contra su pasividad y pesimismo, a medida que profundizó el diálogo de opuestos pudo ir modificando lentamente estas actitudes básicas.

GRUPO III: PERSONALIDADES CON CONFLICTOS INTRAPSÍQUICOS

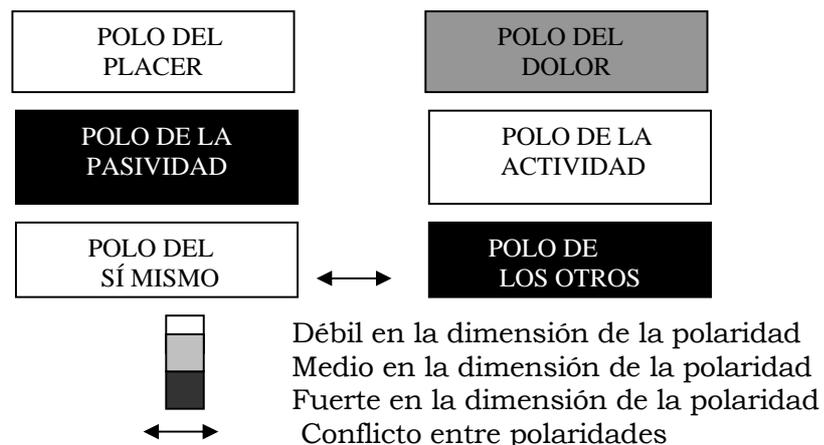
Estilo obsesivo compulsivo de la personalidad: el patrón conformista.

Ejemplo clínico

Inés es una mujer de 32 años, casada, sin hijos, experta en marketing, trabaja en un banco de primera línea desde hace varios años, siendo una empleada reconocida por su eficiencia y su dedicación al trabajo. Su marido, contador, gusta contar cómo Inés se las arregla para tener su casa, tan limpia y ordenada a pesar de trabajar a veces más horas de las que debería.

Sin embargo todo está perfecto, la comida a tiempo y es una cocinera excelente. Pero Inés no disfruta. Consulta por sus dificultades en el ámbito sexual: no desea tener relaciones y cuando las tiene no siente nada. Inés se presenta como una mujer muy pulcra, bien vestida, cuidadosa de los detalles y sumamente respetuosa de los horarios y las normas. Me trata con corrección, se dirige a mí siempre como “Doctor”, y es sumamente respetuosa de su educación religiosa. Inés quiere complacer al marido a quien ama profundamente, pero siente que un impulso más fuerte que ella la lleva evitar todo contacto sexual. El DSM-IV describe al estilo obsesivo compulsivo de la personalidad como un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta⁴.

Prototipo obsesivo compulsivo de la personalidad El patrón conformista



⁴ Para más información ver DSM-IV Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

figura/fondo

Como se ve el esquema de polaridades destaca la dominancia de los extremos polares pasivo y “otros”. Merece hacerse notar también la flecha situada entre los recuadros Sí mismo y Otros, que representa el conflicto experimentado entre estas dos orientaciones. El compulsivo es uno de los dos estilos de personalidad ambivalente; tanto los compulsivos como los negativistas luchan por obedecer las órdenes de los otros o cumplir sus propios mandatos. El compulsivo resuelve este conflicto anulando todas las señales de interés propio y dedicando todos sus esfuerzos a cumplir el deseo de los otros. La débil intensidad que se observa en la polaridad del Sí mismo y por el contrario la fuerte intensidad de la polaridad de los Otros, representa esta resolución. Con el fin de asegurarse de que sus propios deseos no conscientes no se presenten de una manera manifiesta, el compulsivo es extremadamente acomodaticio, sin llegar a tomar nunca la iniciativa, esperando siempre señales de los demás para saber que hacer. En la figura también se destaca la relativa potencia de la polaridad dolor por sobre el placer. Esta diferencia marca el firme objetivo que tienen los compulsivos por autoprotgerse del posible daño y de las críticas y una indiferencia marcada por la búsqueda del placer y la alegría; es aquí donde podemos ver el comportamiento inflexible y triste característico de estas personalidades.

Intervenciones terapéuticas:

Equilibrar las polaridades Identificar y estabilizar el conflicto Sí mismo-Otros Fomentar las acciones decisivas
--

Este es un claro ejemplo de un par polar en conflicto. La tarea con Inés fue un clásico trabajo gestáltico de conexión con su cuerpo (sus necesidades y emociones) y trabajar fuertemente el conflicto entre sus necesidades y la tendencia a cumplir el deseo de los otros.

A medida que este conflicto fue trabajándose las polaridades placer-dolor y pasivo-activo fueron lentamente acomodándose. Inés fue realizando un lento pero importante viraje hacia el reconocimiento de su sí mismo y de la aceptación de su cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

MILLON, Theodore (1998). *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Más allá del DSM-IV*. Editorial Masson. Barcelona (España).

YONTEF, Gary (1995). "Terapia Gestáltica un Método Dialogal", en *PROCESO Y DIÁLOGO EN PSICOTERAPIA GESTÁLTICA*, editado. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.