

# Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso en el bebé

F. PALACIO ESPASA\*

## RESUMEN

En este artículo el autor propone un recorrido por los trastornos de la personalidad desde el niño pequeño hasta el adolescente. Va describiendo cada uno de ellos, destacando, a su vez, las principales características desde diferentes ángulos: relaciones con el examinador, funciones del yo, concepto del self e identificaciones. Termina con descripción de elementos clínicos y terapéuticos a tener presente en los trastornos del humor del bebé y del niño pequeño. PALABRAS CLAVE: trastornos de la personalidad, funciones del yo, self, trastornos del humor.

## ABSTRACT

PERSONALITY DISORDERS IN ADOLESCENTS, CHILDREN AND EVEN IN BABIES. In this paper the author proposes a journey through personality disorders from the smaller child up to the adolescent. To achieve this, the author describes each of them and highlights their main characteristics from different angles: relationship with the interviewer, ego functions, self concept and identifications. The paper finally ends with an account of clinical and therapeutic elements to be considered in affective disorders of the baby and toddler. KEY WORDS: personality disorders, ego functions, self, affective disorders.

## RESUM

ELS TRASTORNS DE LA PERSONALITAT EN L'ADOLESCENT, EL NEN I FINS I TOT EN EL BEBÈ. En aquest article l'autor proposa un recorregut pels trastorns de la personalitat des del nen petit fins a l'adolescent. Per això descriu cadascun d'ells y destacant, a la vegada, les principals característiques des de diferents angles: relacions amb l'examinador, funcions del jo, concepte del *self* i identifications. Acaba amb la descripció d'elements clínics i terapèutics que s'han de tenir present en els trastorns de l'humor del bebè i del nen petit. PARAULES CLAU: trastorns de la personalitat, funcions del jo, *self*, trastorns de l'humor.

Me han encargado la paradójica tarea de describir los trastornos de la personalidad desde el bebé hasta el adolescente mientras que las clasificaciones psiquiátricas actuales (DSM IV y ICD 10) con una visión esencialmente sintomática no aceptan la noción de trastornos de la personalidad antes de la edad adulta. Con esta visión del punto de vista clínico, la descripción de trastorno de personalidad se basa exclusivamente en "el rasgo de carácter más "relevante" y "caricaturesco" del individuo, tal como ocurría en las antiguas descripciones de las personalidades perturbadas de Kurt Schneider (1923). Se trata de una visión clínica ineludi-

ble que tomaremos sin embargo del "conjunto de la organización de la vida psíquica" siguiendo la línea de Otto y sobre todo de Paulina Kernberg, la cual se ha ocupado más particularmente de los trastornos de la personalidad del niño y del adolescente, así como de la Clasificación Francesa presidida por R. Misès y de la cual forman parte amigos aquí presentes. Igual que lo han hecho otras personas deseo rendir homenaje a Paulina Kernberg, no solamente por su enorme aportación a la psiquiatría y al psicoanálisis infanto-juvenil, en los trastornos de personalidad que nos ocupan y en prácticamente la mayor parte de los campos de nuestra

\*Médico psiquiatra. Profesor de psiquiatría del niño y del adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra. Correspondencia: francisco.palacio@medicine.unige.ch

disciplina, sino también a la persona exquisita y a la muy, muy querida amiga que fue Paulina.

En el libro *Personality Disorders in Children and Adolescents*, P. Kernberg, Weiner A. S. y Bardenstein K. K. (2000) describen tres organizaciones psíquicas de base psicótica, estados límites y neurótica que corresponden respectivamente a los tres grupos de trastornos de la personalidad: grupo A, grupo B y grupo C de las clasificaciones actuales. A pesar de la gran coincidencia en líneas generales con la visión de estos autores, subrayaremos algunas perspectivas estructurales y evolutivas un algo diferentes, basadas en nuestra experiencia clínica, nuestros estudios prospectivos y catamnésicos y en las evoluciones terapéuticas a largo plazo de los bebés y los niños pequeños: autistas, psicóticos, trastornos multisistémicos del desarrollo, trastornos del afecto y problemas del comportamiento, experiencias todas ellas realizadas en colaboraciones diversas con J. Manzano, D. Knauer, R. Dufour, B. Cramer, S. Eliez y S. Rusconi-Serpa, sin citar la mayoría de colegas del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (HUG) y del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra.

P. Kernberg y otros hablan de *organización psicótica* en la base del grupo A constituido por el:

1. Trastorno de la personalidad (TP) paranoide. Poco frecuente en el adolescente pero entre el 0,5 y el 2,5% de la población general adulta.

2. El TP esquizotípico (presente en el adolescente) como forma de evolución poco favorable de las psicosis infantiles y que aparece en el 3% de la población adulta.

3. El TP esquizoide (más frecuente en el adolescente): a) con un componente deficitario debido a la evolución poco favorable de las psicosis infantiles y b), sin alteración cognitiva procedente de la evolución de organizaciones *borderline* graves del niño. Los TP esquizoideos constituyen el 7% de la población general adulta.

Estas organizaciones de personalidad psicótica presentan un trastorno grave de la identidad con confusiones de tipo simbiótico (Mahler) entre la representación del Yo... y la del Otro... y/o de objetos fastasmáticos diversos. Estos sujetos presentan también mecanismos de defensa muy arcaicos, tales como: la regresión autística, el desánimo y la desvitalización de las personas y de los seres del mundo animado. En otras palabras, estos son mecanismos de defensa más regresivos que los de la posición esquizoparanoide que se encuentran a menudo en las organizaciones de tipo estado límite, en

la base de los TP del grupo B, según P. Kernberg y otros.

Con la ayuda de nuestra tabla diagnóstica clínico-dinámica (desarrollada con B. Cramer y J. Manzano para el diagnóstico estructural) describiré el perfil del TP esquizoide el cual nos parece el modo de organización, llamada psicótica por Kernberg y otros (2000), más difundido en el niño y el adolescente, al mismo tiempo que señalamos los rasgos que se acercan al TP esquizotípico y al TP paranoide, esta última forma poco frecuente antes de la edad adulta. Debemos precisar que existen varios niveles de gravedad del TP esquizoide que, como veremos más adelante, se encuentra también en las organizaciones *borderline*.

### *Impresión general*

TP esquizoide. Son niños o adolescentes con relaciones pobres y muy poco expresivos emocionalmente.

TP esquizotípico. Dan la impresión de "raros", "desorganizados" o "extravagantes".

TP paranoides. Sobre todo "desconfiados".

### *Relaciones con el examinador*

TP esquizoide. La regresión y la distancia emocional hacen que la relación sea difícil, la cual les parece inquietante cuando el examinador fuerza un poco la relación.

TP paranoide. Muestran abiertamente inquietud y desconfianza hacia cualquier acercamiento.

TP esquizotípico. Difícil de tratar, con un sentimiento de extrañeza o inadecuación.

### *Función del Yo*

- Motricidad. Sin problemas pero con poca gesticulación.

TP paranoide. Replegados sobre sí mismos. TP esquizoide: conductas o gestos extraños.

- Lenguaje. Desarmonico con dificultades o retrasos. Lenguaje lacónico, muy descriptivo y racional cuando en niño o el adolescente es inteligente.

TP paranoide. Reticente además de lacónico.

TP esquizotípico. A menudo sin hacerlo a propósito, puede ser incoherente.

- Inteligencia. Hay una gradación de formas.

A. Procedentes de las organizaciones psicóticas infantiles. A menudo hay un "déficit intelectual" ligero o medio.

B. Con una inteligencia normal o incluso elevada, procedente de las organizaciones *borderline*.

TP paranoides. Tienen en general un buen potencial.

TP esquizotípico. Aunque posean un buen potencial a menudo no lo utilizan correctamente.

- Test de realidad. A menudo desfalleciente o muy desfalleciente (sobre todo en los TP paranoide y en el TP esquizotípico).

- Curso del pensamiento. A pesar de los esfuerzos de coherencia existen desorganizaciones regulares en el curso del pensamiento (sobre todo en el TP esquizotípico que a menudo es incoherente, menos que en el TP paranoide).

- Afectos. Expresión de afecto muy pobre para apartar la angustia y/o la tristeza.

TP paranoide. La angustia y el miedo se hacen a menudo evidentes a pesar de los esfuerzos de apartarlas.

TP esquizotípico. Algunas veces excitación eufórica a menudo forzada o bien angustias de la coherencia y de la integridad del Yo (angustias del *self*).

-Mecanismos de defensa. La defensa primordial es la regresión de tipo autístico, con la desanimación y la desvitalización de las personas y de los seres del mundo animado basado en las separaciones anárquicas y la negación masiva. Identificaciones proyectivas que anejan objetos diversos idealizados que provocan fantasmas simbióticos y algunas veces sincréticos (confusiones entre el Yo y los objetos del mundo no-humanos o inanimados).

TP paranoide. Identificación proyectiva de tipo expulsivo de los aspectos destructivos o muy agresivos del sujeto.

TP esquizotípico. Lo mismo que las defensas anteriores, puntualmente tendencia a la fragmentación (*minute splitting*) y a la desorganización del pensamiento y del Yo.

- Pulsiones y fantasmas. Predominio de las pulsiones agresivas en sus formas más arcaicas hechas de desinvestimento y destructividad de la vida psíquica tanto de los afectos como de las representaciones, las cuales se ven simplificadas y empobrecidas. Los fantasmas de la persecución son el resultado de las identificaciones proyectivas "expulsivas" masivas y, en general, están muy denegadas.

En los TP paranoide los fantasmas persecutorios son evidentes. Los fantasmas simbióticos son la consecuencia de identificaciones proyectivas "anexantes" de objetos idealizados poco precisos e indiferenciados.

En el TP esquizotípico, puntualmente identificación proyectiva con objetos inanimados idealizados (fantasmas sincréticos). En los momentos más organizados los

fantasmas y aspectos simbióticos se convierten en la "búsqueda del objeto continente", de los aspectos infantiles del Yo vividos en situación de peligro (típico de las organizaciones *borderline*). En estos momentos pueden surgir también fantasmas orales muy voraces y destructivos o anales y fállico-uretrales, sobre todo expulsivos, generando una culpabilidad tan intolerable que se convierten enseguida en fantasmas de persecución (como en las organizaciones *borderline*).

- Superego. Manifestaciones suryoicas muy persecutorias y arcaicas cuando se consigue hacerlas evidentes.

TP paranoide. Los inicios del Superego se convierten fácilmente en puros sentimientos persecutorios.

TP esquizotípico. La desorganización dificulta a menudo la puesta en evidencia de los elementos Superyoicos arcaicos.

- Concepto del *Self* e Identificaciones

Graves trastornos del sentimiento de identidad (difusión de la identidad). En la forma esquizoide el precio de la identidad más preservada es de una gran pobreza.

TP paranoide. El sentimiento de identidad se simplifica por la identificación proyectiva evacuativa.

TP esquizotípico. La identidad está muy desorganizada a causa del uso de la fragmentación y las identificaciones proyectivas masivas.

En resumen, desde nuestro punto de vista, en este grupo A encontramos formas de evolución relativamente favorables de las psicosis infantiles (desarmonías psicóticas) y de los trastornos multisistémicos del desarrollo (A y B) del niño pequeño que, durante la edad escolar, evolucionan hacia estados límites graves: desorganizados, muy esquizoides, etc., tal como hemos podido constatar en la catamnesis en la edad adulta y en los de niños de nuestra "Guardería Terapéutica", realizada por D. Knauer.

Estos casos presentan mecanismos de defensa muy regresivos acompañados de una importante negatividad y de dificultades de separación, momentos de fragmentación y dispersión psíquica (*minute splitting* de Bion) que dejan fuera enormes parcelas de sensaciones y percepciones (del mundo externo y del propio) que son desinvestidas, "desobjetalizadas" (Green). En consecuencia, el conjunto de los afectos y de las representaciones se ve muy empobrecido por lo cual la vida psíquica, en general, queda muy afectada (Bion). Esta destructividad de la vida psíquica (Manzano y Palacio Espasa, 1983, 2005) característica del funcionamiento narcisista perse-

## Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso en el bebé

cutorio –para poder separar cualquier vivencia de separación o pérdida– es responsable, tanto de los funcionamientos psicóticos arcaicos (autista, simbiótico y deficitario) como más tarde, de las desarmonías más o menos graves de desarrollo de los niños pequeños. En la adolescencia (o en la edad adulta) esta simplificación mutiladora de la vida psíquica se encuentra en forma de retrasos cognitivos, pero sobre todo en una gran pobreza de la vida afectiva y mental, la cual caracteriza las graves personalidades esquizoides o esquizotípicas (con un componente deficitario más o menos importante) debido a la evolución de las psicosis infantiles o de trastornos multisistémicos del desarrollo.

Las organizaciones de los estados límites del grupo B presentan en algunos momentos un funcionamiento psíquico y mecanismos de defensa esencialmente de tipo esquizoparanoide con separaciones más "fisiológicas" y organizadas, para dar lugar a objetos tan persecutorios como idealizados, más diferenciados y de mejor representación. La negación es menos masiva y, por tanto, menos empobrecedora de la vida psíquica. En la base de cualquier panoplia de las personalidades narcisistas más o menos graves existe también el control todopoderoso y las identificaciones proyectivas "expulsivas" (que dan lugar, diferentemente a los TP paranoides, a las ansiedades persecutorias más sistemáticas) y "anexionantes" (de objetos idealizados por sus características más bien persecutorias o bien maníacas).

La menor amplitud de la negación y de la dispersión, fruto de las separaciones y de las identificaciones proyectivas, hacen que la destructividad de la vida psíquica sea menos empobrecedora y mutiladora. Entonces, en su lugar, surge una agresividad muy violenta resultado de las identificaciones proyectivas "anexionantes" con aspectos persecutorios de los objetos idealizados. Este funcionamiento narcisista persecutorio utilizado por el Yo de estos sujetos para apartar y negar los sentimientos de acercamiento o de dependencia de otro, se encuentra en la base de graves personalidades narcisistas (el 1% de la población general adulta) y de las personalidades antisociales, sobre todo a partir de la adolescencia (5% de la población en edad adulta). La amplitud de las defensas narcisistas en estas organizaciones nos ha hecho dudar en calificarlas como narcisistas en lugar de estados límite.

Esta organización límite da lugar sobre todo a los trastornos de la personalidad *borderline* (TP *border*) –2%

de la población general adulta; 10% de las consultas y 30 a 60% de las hospitalizaciones en psiquiatría–. En estas personas la destructividad psíquica se manifiesta a través de dificultades de mentalización que dejan espacio a la impulsividad y a la tendencia "a pasar al acto" auto o heteroagresivos.

Kernberg y otros (2000) subrayan en el niño la presencia de dificultades de separación, retrasos en el juego problemas graves de identidad. También señalan la presencia de trastornos límites en el 10% de los de familiares de primer grado, exactamente como los antecedentes anamnésticos de pérdidas precoces y de largas separaciones o como las negligencias, abusos sexuales o maltratos (Zanarini et al., 1997) que hacen que algunos autores consideren estos estados límite como estrés postraumático (Famularo).

Por nuestra parte vemos aparecer la organización límite en el niño y más tarde en el adolescente, a partir de trastornos graves del apego de los bebés a las personas significativas del entorno parental. Trastornos del apego relacionados por lo menos con la psicopatología de la personalidad de los padres y/o con importantes conflictos de la parentalidad (depresivo-masquista grave y especialmente narcisista-disociado). Estos trastornos graves del apego (bebés descritos como "los que se van con todo el mundo") o de los de híperapego compensatorio (de tipo simbiótico) generan trastornos del humor en el bebé, algunas veces de naturaleza depresiva pero, lo más frecuente son de tipo hipomaniaco, Trastornos mixtos de la expresión emocional o Trastornos multisistémicos del desarrollo del tipo C (clasificación 0 a 3 años).

Los trastornos del humor del bebé comportan grandes restricciones de los intercambios afectivos positivos y, a partir de este hecho, se generan limitaciones en las incorporaciones del bebé y problemas de desarrollo desarmónico que Misès (2004) llamaba "desarmonías evolutivas" tipo estados límite (y que la clasificación 0 a 3 años los designa como Trastornos multisistémicos del desarrollo -Tipo C).

Las desarmonías evolutivas psicóticas tienen tendencia a evolucionar hacia los TP esquizoides o TP *border* graves y desorganizados. Por el contrario, los bebés más hipomaniacos o con Trastornos mixtos del desarrollo emocional (0 a 3 años) presentan a menudo problemas de comportamiento o Trastornos de ansiedad con dificultades de separación. En las catamnesis de la edad

adulta realizadas con D. Knauer en nuestra "Guardería Terapéutica", estos niños con Trastornos afectivos tienen tendencia a evolucionar hacia los TP *border* de tipo esquizoparanoide más grave (TP *border* de O. Kernberg) y más raramente hacia los TP leves del Grupo C.

Debemos señalar que según Bernstein (1966) el 43% de los niños *borderline* no persisten en la adolescencia. Además, los estudios longitudinales de los *borderlines* adultos muestran que el 3,7% remiten cada año y el 52% después de 10 años (Perry, 1993). Esto prueba, si hiciera falta hacerlo para convencer a ciertos recalcitrantes, que las estructuras psíquicas son móviles aunque estén bastante perturbadas.

### Trastorno de personalidad grave

Al igual que P. Kernberg et al. (2000) y Horowitz (1997) consideramos el TP histriónico como una forma grave de personalidad histérica, de manera que describiremos el TP narcisista tanto para el niño como para el adolescente señalando las particularidades de los TP límite grave y el TP disocial en la adolescencia.

#### *Impresión general y relación con el examinador*

El TP narcisista (y el TP disocial) manifiestan fácilmente la arrogancia y el desprecio hacia los otros con una necesidad de admiración incondicional hacia ellos, para mantener la idea de ser los más poderosos y más perfectos. En el adolescente se convierte en inestabilidad en las relaciones interpersonales y van desde la idealización a la desvalorización del otro para mantenerse idealizado uno mismo.

TP límite del niño. De tipo *hipomaniaco*. Sorprende por la hiperactividad y la inestabilidad muy marcadas que en la adolescencia afecta sobre todo a las relaciones interpersonales y se convierte en impulsividad imprevisible y en labilidad afectiva con crisis de rabia inapropiada o dificultades para controlarla, eventuales abusos de alcohol o de sustancias y conductas auto y/o heteroagresivas.

TP límite: *Hipomaniaco*. El niño manifestará una familiaridad excesiva pudiendo ser arrogante e incluso muy despreciativo.

El TP límite: *Depresivo anaclítico*. El niño puede mostrarse muy inhibido, algunas veces con una tristeza o incluso desesperado o muy inquieto, que en el caso del adolescente tiene una tendencia a gestos o amenazas de automutilación o de suicidio e inestabilidad afectiva (pasando del abatimiento a la euforia) con abuso de

alcohol o de sustancias.

En algunos casos, en el niño, este trastorno puede tener una actitud de sumisión inhibida, incluso postración que en la adolescencia se convierte en labilidad en las relaciones interpersonales con sentimiento de vacío.

#### *Función del Yo*

- Motricidad. O muy hiperactivo o muy lento e inhibido.

- Lenguaje. Dificultades, o bien retrasos solamente en los niños pequeños desarmónicos y desorganizados.

- Inteligencia. Potencial normal pero mal utilizado ya sea por la hiperactividad o por la inhibición. En consecuencia a menudo existen dificultades o incluso fracasos escolares.

- Test de realidad. A menudo muy desfalleciente, sobre todo en las formas más disociadas o desorganizadas.

- Curso del pensamiento. En el TP narcisista, las dificultades de secundarización en el proceso del pensamiento y los trastornos de la mentalización son menos ostensibles que las formas límite. En el TP antisocial, las dificultades de pensamiento y de mentalización son evidentes.

TP límite. *Hipomaniaco*. Trastornos característicos del proceso del pensamiento con "fugas de ideas", donde el proceso primario, con irrupciones fantasmáticas poco secundarizadas, surgen más o menos puntualmente. Esto obstaculiza de manera más o menos grave la expresión y la elaboración de conflictos y de fantasmas inconscientes a través del simbolismo y la mentalización, las cuales dan lugar al "paso al acto".

TP límite. *Depresivo-anaclítico*. Encontramos las mismas dificultades de simbolización y mentalización, incluso aunque el curso del pensamiento esté inhibido o ralentizado.

- Afectos. El TP narcisista hace alarde a una autocomplacencia cercana a la euforia que puede convertirse en rabia en caso de frustración u ofensa de la autoestima, incluso con un derrumbamiento.

En el TP límite. *Hipomaniaco* del niño, la inquietud y la angustia se transforman en excitación que se convierte en euforia forzada y algo contagiosa, que puede llegar a ser rabia –a veces violenta–.

- Mecanismos de defensa. Tentativas de organizar defensas maniaco-narcisistas y en algunos momentos defensas de tipo neurótico: represión, desplazamientos, formaciones reactivas, etc. que en los TP narcisistas

## Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso en el bebé

reactivas graves dan lugar fácilmente a defensas arcaicas (clivage, negación, identificación proyectiva, idealización, etc.). Pero de hecho estos mecanismos regresivos surgen porque su conflictualidad depresiva se vuelve fácilmente muy agobiante (CD Parapsicótico).

El TP narcisista recurre a las defensas maníacas *stricto sensu* por la vía de la identificación proyectiva con los objetos idealizados dando lugar al "funcionamiento narcisista persecutorio" (como le llamamos con Manzano) o "narcisismo destructor" (Rosenferls, Kenberg, etc.) cuando esta identificación proyectiva se realiza con un Objeto Idealizado Persecutorio. O bien, en el funcionamiento narcisista maníaco cuando el objeto idealizado posee características grandiosas: fuerza, potencia, riqueza, etc. y, por tanto, la agresividad y la destructividad física empleadas son menos importantes. (El TP antisocial se establece esencialmente sobre el funcionamiento narcisista persecutorio de identificación con un objeto idealizado perseguidor).

El TP límite. *Hipomaniaco*. Predominan las defensas maníacas que toman algunas veces tal amplitud que se aproximan a las de la manía clínica. Frente a las angustias depresivas catastróficas la tentativa de dispersión del conflicto, y de "disolución" de la angustia, se realiza por medio de desplazamientos repetidos y rápidos de pulsiones y fantasmas conflictivos sobre diversas representaciones de destrucción y de persecución a fin de alejarlas de los objetos primitivos del investimento libidinal. La consecuencia es un trastorno importante de la simbolización (y de la secundarización) patognomónica de los niños *borderline*. Los vínculos relativamente fijos entre el objeto simbolizante y el objeto simbolizado disminuyen y se pierden por momentos. Estos trastornos de la simbolización y de la mentalización de los conflictos son la base de las tendencias "a pasar al acto" y de los abusos de sustancias en la adolescencia.

El TP límite. Depresivo *anaclítico*. Presenta estos mismos trastornos de la simbolización y de la mentalización secundarizada pero surgen en primer plano las defensas melancólico-masoquistas (con ataques a los objetos en el Yo o en el propio cuerpo) en forma de diversas automutilaciones o autoagresiones, o incluso amenazas o tentativas de suicidio o abuso de sustancias. Como las defensas maníacas, las defensas melancólico-masoquistas sirven para recuperar la autoestima esencialmente por la vía de la expiación de la culpabilidad o omnipotente.

- Pulsiones y fantasmas

*TP narcisista*. Presenta fantasmas de sí mismo grandiosos y/u objetos idealizados con los cuales el sujeto tienen una relación privilegiada. La vida pulsional y fantasmática de estos niños o adolescentes puede manifestarse de manera simbólica y mentalizada pero con fallos que algunas veces contribuyen a "pasar al acto" con manifestaciones más crudas de fantasmas, sobre todo agresivos.

*TP límite*. No observamos fijación en una zona erógena particular de lo que Widlocher había calificado de "caos libidinal" y encontramos toda la gama de fantasmas especialmente orales canibalísticos o anales expulsivos pero también fálico-uretrales o edípicos. La oralidad no les sirve como modo de expresión simbolizable de los fantasmas de pérdida y/o destrucción de los objetos del investimento libidinal. A partir de ahí hay una profusión de fantasmas diversos cargados sobre todo de agresividad o de angustias depresivas y de persecución, poco o mal organizados de manera simbólica.

-Superego e ideal del Ego

*TP narcisista*. Pueden existir manifestaciones de un Superego edípico pero muy severo que toma fácilmente formas regresivas pregenitales y persecutorias de un modelo arcaico. Estas manifestaciones suryoicas aparecen en los casos graves difíciles de distinguir de las manifestaciones de persecución.

El ideal de Ego está en una posición elevada, es tirano y muestra así la dimensión gravemente narcisista de estas personalidades. Mejor sistematizados, a pesar de las enormes exigencias, en los TP narcisistas y con ideales muy persecutorios en el TP antisocial que, a su vez, están mal organizados en el TP límites.

- Concepto del *Self* e Identificaciones

En los *TP narcisistas* predominan los fantasmas narcisistas persecutorios o maníacos con identificaciones de objetos idealizados y una imagen de sí mismo grandiosa que actúa a menudo con el "pasar al acto". Junto a ellos se encuentran las identificaciones melancólicas o melancoliformes que aparecen en la base de las tendencias a los accidentes infantiles, las somatizaciones, etc.

En el *TP límite* debido a la utilización de identificaciones proyectivas diversas encontramos diferentes modalidades de fantasmas narcisistas con grandes dificultades para organizar una identidad coherente (difusión de la identidad); en las formas mejor organizadas están los "fantasmas de búsqueda de un objeto continente" que

recoja y dé forma a las partes infantiles mal integradas. En el TP *antisocial* hay un predominio de los fantasmas narcisistas persecutorios.

Nuestra mayor divergencia con P. Kernberg y otros (2000) está en la noción de organización neurótica que ella describe como base de los trastornos de personalidad neurótica del grupo C. Según nuestro punto de vista, en las estructuras psiconeuróticas las angustias depresivas predominantes son las de pérdida de amor del objeto de investimento libidinal. Esto supone un predominio de las pulsiones libidinales del sujeto sobre las pulsiones agresivas que le permiten guardar sus conflictos internamente, con la ayuda de defensas y síntomas neuróticos, aunque sea al precio de un sufrimiento considerable. Esto explica la rareza de los trastornos psiconeuróticos en las consultas de psiquiatría infantil (10 a 12% según dijo ya Anna Freud) y que los trastornos de personalidad constituyen más de una tercera parte de estas consultas.

De este modo, en nuestra investigación realizada con R. Dufour sobre el diagnóstico estructural de 144 casos de niños en edad preescolar, hemos encontrado junto a organizaciones *borderline*, los llamados "trastornos leves de la personalidad" que hemos calificado como "organizaciones para-depresivas". En ellas la problemática central es la conflictividad "para-depresiva" donde predominan los fantasmas de muerte o de daños graves, de los objetos del investimento libidinal, conflictualidad depresiva más grave que la de tipo "para-neurótico" donde predominan los fantasmas de pérdida del amor del objeto del investimento libidinal característico de las organizaciones psiconeuróticas.

En los niños pequeños podemos ver que, frente a la intensidad de la conflictividad depresiva, surgen defensas maníacas y melancólico-masoquistas menos extremas y perjudiciales para las capacidades mentales y simbólicas del sujeto, de manera que llegan a dar una expresión simbólica a los fantasmas de muerte (o de daños graves) y de pérdida de los objetos investidos libidinalmente. A pesar de la gran cantidad de fantasmas agresivos de estos sujetos, sus recursos y potencialidades libidinales limitan la destructividad psíquica de manera que su capacidad de representación y simbolización se ven limitadas solamente por la represión. Este rechazo es a veces tan grande que se acerca a la negación. Así empiezan a aparecer rasgos de carácter defensivos de tipo maníaco-narcisista, o bien pasivo-agresi-

vos, de oposición o de sumisión, de dependencia, etc., derivados de las defensas melancólico-masoquistas moderadas así como los rasgos evitativos-huidizos o controladores obsesivo-compulsivos más cercanos a las neurosis sintomáticas. Estos rasgos de carácter les permiten exteriorizar y de mantener en vida la conflictividad depresiva de las personas de su entorno. Sería la noción de "caracterial" (de los años 70 y 80) que describía de manera elocuente estos trastornos del carácter "deprimentes" para sus interlocutores o compañeros, sin poder soportar la menor baja o daño de la autoestima.

En este grupo C vamos a describir la organización "para-depresiva inhibida" a partir del TP evitativo puesto que se acerca mucho a las descripciones longitudinales realizadas por Kagan y otros (1991) entre 10 meses y 10 años de niños muy tímidos con "inhibición comportamental", ya que la inhibición es el rasgo clínico más relevante en estos niños. Al mismo tiempo, tal como lo hemos hecho anteriormente, apuntaremos los elementos diferenciales de los TP obsesivo-compulsivo y TP masoquistas. Los TP histéricos derivan más de la organización paraneurótica hipomaniaca del niño pequeño.

#### *Impresión general*

TP evitativo. Son los niños o adolescentes que llaman la atención por sus mímicas y gesticulaciones huidizas y pobres con una gran inhibición a nivel de sus actividades.

El TP obsesivo-compulsivo se muestra muy detallista y controlado mientras que los TP masoquistas son más bien quejumbrosos.

#### *Relación con el examinador*

TP evitativo. Evita activamente la relación y se muestran poco atrayentes. De todos modos la distancia emocional parece más evitar la crítica o la desvalorización que el repliegue frente a las vivencias de persecución de los TP esquizoides.

Los TP obsesivo-compulsivos son controladores si bien complacientes y nada despreciativos como el TP narcisista. El TP masoquista: se muestran sumisos y tranquilos.

#### *Funciones del Yo*

TP evitativo. Motricidad. Disminución motora con evitación de los riesgos físicos.

El TP obsesivo. Meticuloso y puntilloso. El TP masoquista: patoso con tendencia a lastimarse o tendencia a los accidentes.

## Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso en el bebé

- Lenguaje

TP evitativo Correcto pero lacónico por miedo a exponerse demasiado.

El TP obsesivo: más bien amanerado o incluso algo pedante. El TP masoquista: con tonalidad triste y de auto-lamentación.

- Inteligencia

TP evitativo. Buena pero parece limitada por su actitud miedosa.

El TP obsesivo-compulsivo por su amaneramiento y perfeccionismo parecen más inteligentes.

- Test de realidad. TP evitativo. Bueno.

- Curso del pensamiento

El TP evitativo. Sin problemas pero con tendencia a la "suspensión" angustiosa del desarrollo del pensamiento.

TP obsesivo. Muy lógico y con pocas expresiones afectivas o pulsionales.

TP masoquista. El curso del pensamiento puede ralentizarse.

- Afectos

EL TP evitativo. Expresión de ansiedad sobre un fondo muy serio incluso sombrío o triste. La culpabilidad se torna culpabilidad persecutoria con miedo a sentirse acusado.

TP obsesivo. Poca expresión afectiva y rigidez lógica para negar los afectos de tristeza y culpabilidad.

TP masoquista. Ostentación de la tristeza y de la culpabilidad.

- Mecanismos de defensa

El TP evitativo. El mecanismo de defensa predominante es el desplazamiento, la represión masiva de las pulsiones agresivas, el cual se transforma fácilmente en negación de las mismas al emplear defensas melancólico-masoquistas con identificación proyectiva en los objetos muertos o muy lastimados, responsables de la gran vulnerabilidad y de los descensos importantes de la autoestima.

El TP obsesivo-compulsivo. Recurre también a las defensas maniacas matizadas con el control omnipotente y la idealización.

El TP masoquista o con los rasgos defensivos masoquistas: la sumisión, el apaciguamiento, etc.

- Pulsiones y fantasmas

El TP evitativo. Puede manifestar abiertamente fantasías depresivas de muerte o de abandono o fantasmas angustiosos de castración y de miedos diversos en parti-

cular de críticas, rechazos, desaprobación o ridículo, que bajan la autoestima del sujeto.

El TP masoquista muestra toda una gama de sentimientos de insuficiencia, incapacidad, autodesvalorización, autoreproches, etc. Por tanto, de manera subyacente y a pesar de la presión de la reparación, se encuentran fantasías de muerte o de daños graves de los objetos significativos que encuentran posibilidades de expresión mental y simbólica.

En el TP evitativo y masoquista, la oralidad retorna a una de las zonas erógenas elegidas para la expresión de una avidez mortífera vivida como responsable de la muerte y de los daños graves de los objetos significativos.

En los TP obsesivo-compulsivos la fantasmática anal, especialmente anal retentiva, toma un lugar considerable, pero predominan los fantasmas anales expulsivos proyectados y controlados en las personas del entorno del sujeto.

En los TP evitativo surgen también las zonas erógenas fálico-uretrales que comportan fantasmas omnipotentes muy excitantes que están en la base de los miedos de estos sujetos al igual que la fantasmática edípica directa e inversa, sobre todo ésta última. En efecto, la evitación lo es sobre todo de personas o situaciones que despiertan fantasmas homosexuales.

- Superego Ideal del Yo

TP evitativo. Superego muy severo y crítico especialmente con las expresiones de agresividad. A menudo externalizado y suscitando la evitación por miedo a las críticas o a la desvalorización.

El TP obsesivo-compulsivo se identifica con este Superego riguroso y controla fuera de sí mismo los desbordamientos agresivos temidos que externaliza.

TP masoquista. La presión de la severidad del Superego se traduce por auto-reproches. El Ideal del Yo es muy elevado y exigente. De ahí el temor a la devaluación.

- Identificaciones e imágenes del Yo

TP evitativo. En las imágenes de ellos mismos aparecen sentimientos de desvalorización, insuficiencia, incapacidad o fracaso, con falta de confianza en sí mismo.

TP obsesivo-compulsivo. En algunos momentos pueden manifestar reproches hacia los más cercanos. Algunas veces manifiestan ideas de indignidad o temas hipocondríacos.

Las mayores posibilidades libidinales de estos sujetos



contribuyen no solo a una mejor expresión mental y simbólica de su vida psíquica, sino a posibilidades creativas por medio de defensas maníacas antidepresivas alrededor de la fantasmática de Edipo precoz. Se trata de fantasmas referentes a objetos parciales parentales y especialmente del vientre de la madre y su creatividad, su potencia y sus riquezas: bebés, penes, tesoros, deposiciones, etc. Estos fantasmas a menudo cargados de deseos y de ávida curiosidad dan fácilmente una gran conflictividad a las pulsiones epistemológicas (M. Klein). Esto hace que el deseo de crear se vuelva fácilmente maniaco, compulsivo y prolífico. La ausencia, o la pausa, de creatividad es vivida como un hundimiento depresivo-melancólico de identificación con los objetos parentales atacados y destruidos.

La personalidad creativa comparte con el loco la dificultad en reconocer y aceptar la realidad tal como es; realidad vivida como una imposición muy violenta e invasora por parte del Yo del sujeto. Sin embargo, la diferencia es enorme ya que el "loco" deforma esta realidad de manera todo poderosa mientras que el sujeto creativo la reconoce tal como es –integración depresiva de H. Segal–, sin embargo la transforma en función de sus propias necesidades narcisistas de reparación. Estas transformaciones se encuentran en mayor o menor medida, de manera más o menos oportuna, con las "públicas" (Bion); es decir, de su medio cultural, artístico o científico. Todas estas precauciones no ponen a las personalidades creativas a cubierto de derivas narcisistas y omnipotentes que les llevan a rozar la "locura" de invención y de creación o, en el mejor de los casos, a vivir hundimientos depresivos de "ruina" de su creatividad en alternancia con periodos hipomaniacos de "fertilidad prolífica e inacabable".

El eje principal de estas reflexiones evolutivas presenta de nuevo el papel crucial del nivel de la conflictividad depresiva (predominio de los fantasmas catastróficos y muerte. Pero también de los trastornos del humor del bebé en el desarrollo psíquico, por tanto de la personalidad del niño. No se trata de un factor aislado ya que el humor del bebé es a menudo el reflejo de los conflictos de la parentalidad, de las características particulares del bebé (–temperamento–, etc.) y de los trastornos graves del apego que se derivan de ello:

1. Carencia de apego y de la contingencia de padres con las necesidades e iniciativas del bebé que limitan considerablemente el compartir de los afectos positivos

así como el *input* de experiencias interpersonales que facilitan el desarrollo del Yo y sus funciones.

2. Super-apego de tipo simbiótico que sirve para sobrecompensar y, por tanto, para negar las carencias de apego subyacentes.

*Trastornos del humor del bebé y del niño pequeño*

1. La depresión crónica ligera del bebé se manifiesta esencialmente por la apatía, la escasez de demandas y de respuestas afectivas, la inhibición y falta de iniciativas y actividades de exploración con ligeros retrasos del desarrollo. A menudo éstas se alternan con manifestaciones hipomaniacas del bebé con excitación, tendencia a la euforia triunfante, oposición, turbulencia, inestabilidad e hiperactividad desprovista de una capacidad simbólica organizada. Esta alternancia de inhibición depresiva y de excitación hipomaniaca da lugar a los Trastornos Mixtos de la Expresión Emocional de los cuales hemos visto evolucionar hacia trastornos leves de la personalidad del niño y del adolescente de tipo evitativo y del grupo C o hacia personalidades límites de tipo anaclítico (del grupo B).

2. Cuando la depresión del bebé es más grave, la apatía está acompañada de un "desapego" (Guedeney, 2000) del entorno, especialmente de las personas significativas del entorno familiar. Se ve acompañada de retrasos más importantes que dan lugar a desarmonías evolutivas no psicóticas, en el marco de un trastorno de la personalidad, llamadas actualmente por la clasificación de Mises, "Estados límites" y para la de 0 a 3 años, Trastornos multisistémicos del desarrollo de tipo C.

3. A menudo en lugar de, o siguiendo estas manifestaciones depresivas aparece lo que hemos llamado con J. Manzano, el síndrome "hipomaniaco del niño pequeño tipo *borderline*". Tanto las depresiones con desapego como los síndromes hipomaniacos tienen tendencia a evolucionar hacia el trastorno límite de personalidad del niño y del adolescente (tipo Kernberg) y hacia aquellos del grupo B.

4. Cuando la depresión del bebé se agrava, el "desapego" se transforma en evitación y rechazo sistemático de la relación con las personas del apego. Es lo que hemos visto con S. Maestro y F. Muratori en la investigación sobre las formas clínicas precoces de aparición del autismo a partir de vídeos familiares. Las pruebas de expresión afectivas se embotan y se tornan inaparentes. Estos trastornos graves de la relación se acompañan de trastornos graves del desarrollo y dan lugar a toda una

gama de psicosis infantiles o a Trastornos multisistémicos del desarrollo de tipo A, cuyas evoluciones terapéuticas favorables, pero mediocres, tienen tendencia a presentar en el niño y el adolescente trastornos de personalidad de tipo esquizoide y del grupo A.

Unas palabras para esquematizar nuestra visión del enfoque terapéutico de los trastornos de la personalidad del niño muy pequeño, del niño en edad escolar y del adolescente, sobre todo con trastornos graves: esquizoides, *borderline*, etc. Para nosotros los centros de día constituyen la indicación, sobre todo porque a través de las relaciones privilegiadas con el personal educativo y los docentes puede establecerse una escolaridad especializada limitando así los problemas de aprendizaje que se derivan de las dificultades de inserción de estos pacientes en la escuela ordinaria. Más tarde, es fundamental continuar estos tratamientos con la introducción de la psicoterapia analítica en sus diversas formas.

Este enfoque terapéutico relacional y psicoterapéutico puede necesitar ser complementado con otros tratamientos sintomáticos, particularmente psicofarmacológicos, para atenuar la agresividad, la impulsividad en los trastornos graves de la personalidad con los neurolepticos llamados atípicos tales como la risperidona o la olanzapina, y la fuerte labilidad del humor con los timoreguladores (valproato o lamotrigina). En el niño *borderline* hipomaniaco, en centro de día, el metilfenidato tiene a menudo un efecto muy favorable para aumentar la capacidad de atención y participación en las actividades escolares cuando existe una "relación privilegiada" con el docente.

### Conclusión

El enfoque dinámico estructural, que es el nuestro, en la comprensión de la génesis y de la organización de los trastornos de la personalidad desde el bebé hasta la adolescencia, intenta poner en evidencia las posibles intervenciones terapéuticas precoces, procurando ejercer una acción preventiva muy importante. Un enfoque de este tipo puede beneficiarse sobre todo de cualquier forma de complemento terapéutico sintomático (psicofarmacológico, sistémico, cognitivo-comportamental, etc.), que puede integrarse perfectamente en el enfoque psicopatológico más global.

*Traducción de Montserrat Domingo*

### Bibliografía

- BERNSTEIN, D., COHEN, P., SKODAL, A., BEGIRGAMAIN, S. AND BROOKER, J. (1996). Chilbook and antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 907-913.
- Bion, W R., (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris PUF, 1979.
- GREEN, A. (1993). *Le travail du négatif*, Paris, Minuit.
- GUEDENEY, A. (1999). Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant. Analyse critique de la littérature et propositions. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XLII, 1, 299-331.
- HOROWITZ, M. J., (1997). The core characteristics of hysterical personality. In M.J. Horowitz (ed) *Hysterical Personality*, p. 3-6. New-York Jason Harowson.
- KAGAN, A. ET SNIDMAN, N., (1991). Temperamental factors in human development, *American Psychologist*, 46 (8), 856-862.
- KERNBERG, O. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In *Aggressive o Personality Disorders and Perversions*, P. 52-66. New Haven Yale Univ. Press.
- KERNBERG, P., WEINER, A.S., ET BARDENSTEIN, K K. (2000). Personality Disorders. In *Children and Adolescent*, New-York, Basic Books.
- KLEIN, M., (1953). Quelques considérations théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In *Developpement de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- KNAUER, D. ET PALACIO ESPASA, F., (à paraître). De la parentalité à la personnalité de l'enfant.
- MAESTRO, S., MURATORI, F., CAVALLARO, M.C., PECINI, C., CESARI, A., PAZIENTE, A., STERN, D., GOLSE, B., PALACIO-ESPASA, F. (2005). How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry Hum Dev*, 35, 4, 383-396.
- MAHLER. M. (1962). *Psychose infantile*, Paris, Payot 1973.
- MANZANO, J. ET PALACIO ESPASA, F., (1983). Etude sur la psychose infantile, Lyon, Ed. Simep.
- MANZANO, J. ET PALACIO ESPASA, F., (2005), *La dimension narcissique de la personnalité*, Paris PUF.
- MISES, M. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance*, Paris, PUF.
- MISÈS, R. & QUEMANDA, N. (DIR.) (2004), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*: R-2000. Paris : CTNERHI.

PALACIO ESPASA, F. ET DUFOUR, R., (1995), Le diagnostic structurel chez l'enfant. Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, supplément, 8-85.

SCHNEIDER, K. (1923) *Les personnalités psychopathiques*.

Paris : PUF, 1955.

ZANARINI, MC., GIUNDERSON, J.G., ET MARINO, M.F., CHILDHOOD (1989). Experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.