

LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LOS DESORDENES DE PERSONALIDAD: DESDE LAS INFANCIAS INFELICES A LOS DESORDENES DE LAS RELACIONES DE PAREJA Y LA PARENTALIDAD¹

THE INTERGENERATIONAL TRANSMISSION OF PERSONALITY DISORDERS: FROM UNHAPPY CHILDHOODS TO DISORDERS OF COUPLE RELATIONSHIPS AND PARENTALITY

LUIGI CANCRINI,

Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale
studiocancrinidegregorio@gmail.com

FRANCESCA ROMANA DE GREGORIO

Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale
degregorio.francesca@gmail.com

RESUMEN

Partiendo de las observaciones a niños y adultos que viven o han vivido “infancias infelices”, los autores hipotetizan el surgimiento de los trastornos de personalidad como resultado de una transmisión intergeneracional y no genética.

Palabras claves: Trastornos de personalidad, trastorno narcisista, trastorno histriónico, transmisión intergeneracional, infancias infelices.

ABSTRACT

Based on observations of children and adults living or having lived “unhappy childhoods”, the authors argue the thesis that personality disorders are the result of a generational transmission and not Genetics.

Keywords: Personality disorders, narcissist disorder, histrionic disorder, intergenerational transmission, unhappy childhood.

Premisa

LA POSIBILIDAD DE TIPIFICAR LAS INFANCIAS INFELICES está basada en dos ejes fundamentales de observación: el primero y más consolidado es aquel ligado a la literatura de los trastornos de personalidad, y la reconstrucción de la infancia vivida por los sujetos que son portadores de estos trastornos. La referencia fundamental desde este punto de vista, es el texto de Lorna Smith Benjamin (1), basado en la clasificación de los trastornos de personalidad propuesta en el DSM IV, que abunda en observaciones clínicas puntuales, como también en indicaciones bibliográficas muy relevantes. El límite de este tipo de fuentes, está obviamente ligado a la fidelidad de los recuerdos que emergen en un proceso de psicoterapia, que se realiza a muchos años de distancia en que la infancia fue vivida realmente. Su relevancia, radica en dotar de sentido las manifestaciones sintomáticas y la historia de los trastornos que se desarrollan en tiempos más amplios que aquellos permitidos a la observación directa del terapeuta.

¹ Este artículo fue traducido desde el idioma italiano por la psicóloga y terapeuta sistémica Patricia Bravo Millas, agradecemos profundamente su excelente trabajo.

Siguiendo así las huellas de aquellas reconstrucciones biográficas que gustan a los psiquiatras de inspiración antropológica-existencial².

El segundo eje, más reciente y empírico, es aquel ligado a la observación directa de los niños infelices, conocidos en el proceso de trabajo desarrollado en estos últimos 20 años en el Centro Aiuto al Bambino Maltrattato y la Famiglia, en Domus de Luna y las otras estructuras destinadas a menores, en las cuales hemos trabajado. El uso de conceptos relativos a las situaciones infantiles que favorecen el desarrollo de diversos tipos de trastornos de la personalidad ha sido extremadamente útil, para dar sentido a “síntomas” particulares de estos niños en el momento en que la utilización del concepto “relación interpersonal interiorizada”, estudiado particularmente en Kernberg permite encontrar una relación simple y convincente entre situación y síntoma, entre contextos de vida y la tipología del trastorno que muestra el niño.

El resultado más importante de este conjunto de observaciones clínicas se relaciona con su convergencia. Los estudios de Lorna Smith Benjamin sobre los graves trastornos de personalidad y aquellos desarrollados por nosotros sobre las “infancias infelices” han permitido en los hechos, verificar una relación significativa entre tipos distintos de comportamientos sintomáticos del adulto y reacciones del niño expuesto a circunstancias de vida muy desfavorables. La tesis desarrollada sobre la base de estas observaciones se puede sintetizar de la siguiente forma:

- trastornos graves de personalidad se desarrollan en personas que han estado expuestas a temprana edad y por largo tiempo, a situaciones traumáticas importantes;
- los distintos tipos de trastornos de personalidad tienen su origen en circunstancias desfavorables muy distintas entre ellas, porque la infancia infeliz de la persona que sufre algún tipo de trastorno de personalidad, es distinta a la vivida por el que sufre otro tipo de trastorno de personalidad.
- Vivir una infancia particularmente infeliz determina en el niño reacciones muy similares a comportamientos sintomáticos del adulto portador del trastorno de personalidad.

Nos ocuparemos ahora en este estudio, del problema posterior, constituido por la facilidad y frecuencia con que las dinámicas interpersonales de las personas que padecen un trastorno de la personalidad recrean con sus hijos, la repetición de aquellas vividas en su propia infancia.

Comenzaremos con las tablas en las cuales vienen ilustradas las coincidencias significativas entre los comportamientos sintomáticos de los adultos que sufren de los distintos tipos de trastorno de personalidad y las situaciones infantiles reconstruidas con ellos por Benjamin y verificadas por nosotros con los niños que viven infancias infelices. Lo haremos sucesivamente, sobre la base de observaciones clínicas tomadas de nuestro trabajo con la familia, las situaciones típicas que se presentan en las dinámicas familiares de estos pacientes con sus parejas e hijos.

Basados en el estudio sobre las “infancias infelices” con el que frecuentemente se nos confronta en las estructuras que se ocupan de maltrato y abuso de menores y terapia familiar, este trabajo no tomará aún todos los trastornos de personalidad descritos en el DSM IV, sólo lo hará con los recorridos de vida típicos de 4 trastornos (borderline, antisocial, paranoide y esquizotípico) donde el maltrato es común y evidente

²En el enfoque de bienestar antropológico de Binswanger, la investigación del clínico se refiere “al alivio y la comprensión de esas modificaciones de la existencia en las que debemos ver las condiciones de la posibilidad de que el clínico aísle los síntomas, las características de diagnóstico, en general, de la existencia humana y reducirlos en términos de conocimiento psiquiátrico”

y de los dos otros tipos de trastorno (histriónico y narcisista) donde el niño vive condiciones de maltrato psicológico más sutiles: evidenciables, sólo dentro del contexto de terapia.

La Infancia Borderline y el Trastorno de Personalidad del Adulto

Este tipo de situación estudiada ya desde hace mucho tiempo, es la que se encuentra comúnmente en los orígenes de Trastorno Borderline de Personalidad (borderline personality disorder -BDP). En la descripción de Benjamin (1)³ los 4 elementos que la caracterizan son:

1. El caos que prevalece al interior de la familia, con luchas, choques, infidelidad, cambios de pareja, de casa y figuras de apego, violencia como consecuencia del consumo de alcohol, intentos de suicidio que se suceden “como en una teleserie” sobre un escenario sobre el cual el futuro (posible) BDP está obligado a oír y a menudo a intervenir;
2. una historia evolutiva que incluye momentos o épocas de cuidado afectuoso seguidos de experiencias repetidas de abandono ligados al cambio de figuras de referencia (el ejemplo clásico puede ser aquel del niño que se debe relacionar con los diferentes hombres de la madre y/o con las diferentes mujeres del padre con el que vive), el aislamiento y soledad determinados por el hecho que una o más de las figuras de referencia desaparecen, por horas o días, sin que el niño esté en condiciones de entender el porqué o prever el tiempo de su ausencia y por otra parte, sin que el adulto explique o justifique (el niño de muchas formas puede llegar a sentirse culpable) sin que nadie se ponga en su lugar, a su favor, con medidas de protección suficientes para evitar abusos o maltratos;
3. una historia evolutiva donde el niño ha sido objeto de un afecto intermitente pero auténtico y donde ha aprendido a estar de todas formas apegado a un personaje fundamental (la madre abandonada por los amigos, el padre que bebe) o parte de un grupo familiar que se siente traicionado en su (búsqueda de) autonomía y sobretodo en la tendencia a apoyarse en figuras externas a la familia: atacando duramente, por ejemplo el vínculo que establece con los operadores de su comunidad, con una profesora que se preocupa demasiado de él, o con los padres de una familia de acogida;
4. una historia evolutiva (en este punto difiere de aquella en que el niño arriesga un futuro trastorno antisocial) en la cual el niño aprende que la infelicidad y la enfermedad llaman al amor y la preocupación. (1, p. 150): un aprendizaje peligroso porque, sucesivamente de niño, adolescente o ya de adulto tenderá a esperar que a quien él cuida (amante, terapeuta o educador) deba tender a ocuparse más de él y dar más si no está bien o sufre.

Hay al menos dos datos que permiten considerar a los niños borderline como distintos a otros niños maltratados. La discontinuidad caótica de los afectos y de los cuidados entregados por las figuras de referencia, en efecto no está excluida la autenticidad y determina a modo de espejo una alternancia entre rabia y búsqueda hacia ellos. Bruno y Michelle están preocupados por el encuentro con el padre; si él no viene lo buscan y cuando él no se encuentra bien, frente a ellos, lo consuelan, descargan la rabia, y están mejor. Nicola, llora y busca a su madre que no está, y Luna persiste en acercarse a la madre que hoy la rechaza. Los operadores y terapeutas relatan estas situaciones, es presentado como un conflicto de lealtades que dificultan la inserción o la posibilidad de ser adoptados, ya que el niño se siente culpable en relación

³ Las descripciones propuestas de aquí en adelante se sustentan en aquellas ofrecidas retrospectivamente de Smith Benjamin (1);L.C. (3) las ha interpretado, aún, sobre la base de las observaciones clínicas hechas directamente sobre la situación del niño, dando cuenta de esta integración sólo en los pocos casos donde éstas fueron realmente relevantes.

a aquellos que no están presentes al momento en que él establece relaciones positivas con figuras de referencia percibidas como alternativas.

Podremos, más adelante ver cómo este tipo de conflicto abierto de lealtades será menos evidente en las historias donde hay maltrato. Si es necesario subrayar, la facilidad con que los niños borderline buscan y establecen relaciones afectivas fuertes con el terapeuta, los educadores y cuidadores, sólo complicadas por el miedo al abandono, por la historia de relaciones vividas en modo discontinuado. Insertos en un contexto comunitario o en una familia, estos niños están inmediatamente mejor, buscando y encontrando la protección que necesitan; sólo después de un tiempo el sentirse mal los lleva a tener sentimientos de culpa y entonces se manifiesta el conflicto de lealtades.

Una complicación frecuente en la infancia borderline se relaciona con el abuso. Ésta es confirmada por las investigaciones en retrospectiva (1 p.148) por la experiencia clínica de quienes trabajan con adultos borderline (4-6), y se explica dado el abandono en que habitualmente estos niños se encuentran y, por otra parte, la persistente y a veces, imprudente búsqueda de afecto en los adultos que pueden ser considerados elementos facilitadores (como también factores de riesgo). El abuso, cuando se basa en la seducción al niño, refuerza la internalización de relaciones basadas en movimientos extremos de afecto y abandonos inesperados. Es importante considerar las reflexiones pioneras de Ferenczy quien analiza con profundidad el doble movimiento del abusador, quien habla inicialmente con el niño el lenguaje del amor, la ternura y la idealización, pasando bruscamente a su necesidad individual de placer, el desapego y la amenaza⁴ su reflexión principalmente da cuenta de la significativa frecuencia en personas con diagnóstico de TPB y el abuso sexual en la infancia.

Observamos un poco más adentrados en su desarrollo, en la etapa de la adolescencia, los jóvenes que han vivido y continúan viviendo las situaciones características del futuro trastorno borderline presentan, en efecto, un cuadro clínico cada vez más similar a aquel del trastorno borderline del adulto. Habitualmente se presenta a primera vista, la impulsividad en el comportamiento, la tendencia a establecer rápidamente vínculos fuertes cuya estabilidad, sin embargo, ellos mismos complican con ataques inesperados difíciles de comprender si no tenemos en mente el concepto de conflicto de lealtades.

Una serie de correlaciones desde la más simple a la más probada requiere de precisiones fundamentales. (Tabla 1) . La experiencia relacionada a la discontinuidad de los afectos y la frecuente alternancia de movimientos afectivos fuertes y alejamientos imprevisibles por parte de las figuras de referencia se observa, por decirlo de alguna forma, en estado puro en toda una serie de infancias infelices (de las cuales se hablará más adelante) que se caracterizan además por otras características: Desde el punto de vista de las vivencias infantiles, se podría decir, que la discontinuidad de los referentes afectivos y las experiencias vividas como experiencias de abandono, caracterizan la infancia de una gran mayoría de aquellas más infelices. Desde el punto de vista clínico; por otra parte, esto se corresponde de hecho, con la presencia

⁴La vida y la obra de Sandor Ferenczi ha sido eficazmente representada por Martin Stanton en Sandor Ferenczi: Reconsidering Active Intervention (Jason Bronson Inc.Publishers,1991). Según el pensamiento de este autor, que se mantiene fiel a la teoría de la seducción de Freud, el abuso sufrido en la infancia está a la base de todas las neurosis más graves, como también de las perversiones ("El niño no abusado con el objeto de amor desde la ternura, el niño abusado lo hace desde la pasión"). Una convicción no compartida por Freud, que desde octubre de 1897, comienza a pensar que no siempre el trauma infantil se ha verificado y en modo incierto se mueve en la construcción de su teoría del Edipo. Sobre esta fascinante historia reflexiona Peter Gay (8)

casi ubicua, con distintos niveles de intensidad y omnipresencia de rasgos borderline en la mayoría de los trastornos de personalidad del adolescente y el adulto.

La relación entre experiencias traumáticas de la infancia y el trastorno del adulto no debiese ser entendida como automática. El niño que vive este tipo de situaciones puede ser tratado antes que el trastorno del adolescente y el adulto se desarrolle. Sin embargo, es importante señalar que el tratamiento debe desarrollarse en dos planos: el de la intervención capaz de modificar su situación contextual y el de la escucha terapéutica que permite la elaboración de lo vivido. Uno de nosotros ha propuesto en un libro reciente, más de una historia que demuestra lo antes dicho. Lo importante es subrayar aquí la importancia de la posibilidad concreta de evitar que la situación traumática del niño evolucione en una patología del adulto.

Relaciones Afectivas y Personalidad

Las relaciones de amor de las personas que sufren de TPB son habitualmente intensas, apasionadas y atormentadas. La impulsividad se relaciona con la rapidez con la que él/ella paciente invierte afectivamente en otro del que se enamora siempre “perdidamente” cuando ese otro por alguna razón le hace sentir interés o simplemente lo imagina. Superada la primera fase, habitualmente intensa y a veces feliz de la “luna de miel”, el terror al abandono, real o imaginario, viene rápidamente evocado desde la percepción de inconsistencia de las relaciones y el sentimiento de no ser del todo acogido(a) se transforma rápidamente en una forma particularmente dramática de celopatía: peleas furiosas y comportamientos de auto-agresión (cortes, fugas, e intentos de suicidio) son el corolario doloroso y traumático de la separación.

Los hijos nacidos en relaciones de este tipo son con cierta facilidad destinados a revivir las situaciones típicas de la infancia borderline, especialmente si ambos padres sufren de este trastorno (como sucede a menudo, en las parejas tóxico dependientes que viven en comunidades), pero más frecuentemente es la madre quien sufre TPB y se apega a los hijos de la misma manera que lo hace con sus parejas de un modo impulsivo y totalizante y puede desapegarse con la misma rapidez, impulsividad y violencia en la etapa en la cual los hijos crecen y se vuelven más autónomos de la madre. Enamorarse perdidamente por una segunda y después una tercera vez de hombres (y padres) distintos lleva al desarrollo de historias, conocidas bien a nivel de los servicios sociales, de madres que han entregado a sus hijos amor, natural y auténtico el que necesitaban en las primeras etapas de su vida; regresando donde estos hijos siempre, y volviendo a fallar en la tarea de darles continuidad y estabilidad que necesitan. La madre borderline es una madre capaz habitualmente de hacerse cargo de una manera adecuada de su niño, mientras la relación es exclusiva, la discontinuidad se hace evidente más tarde en la fase en la cual el niño entra en el mundo de las relaciones más significativas.

La situación es muy distinta cuando el que sufre el TPB es sólo el padre: Un hombre puede desaparecer por largo tiempo de la vida de la madre y el hijo, o puede transformarse con el tiempo en un persecutor más o menos violento de la mujer que ya no quiere estar con él, y que influye negativamente con su presencia o ausencia en el desarrollo del niño, y no es capaz de reconstruir para él las condiciones de su infancia. Se demuestra, una vez más que la transmisión transgeneracional de los trastornos de personalidad poco o nada tiene que ver con la genética, y mucho en cambio, con la organización de las situaciones donde el niño crece.

Tabla 1 Resumen Interpersonal del Trastorno de Personalidad Borderline

Historia de la infancia (y la adolescencia)	Síntomas del adulto
Estilo de vida caótico, variabilidad permanente e inconsistencia en los referentes afectivos y de contención.	Inconsistencia en las relaciones afectivas, comportamiento impulsivo.
Experiencias repetidas de abandono.	Miedo al abandono que se manifiesta con actitudes intensas y a menudo desmedidas, control, celos, que pueden llevar a conductas violentas, y escenas sobre abandono real o imaginado, ataques de rabia y conductas de autocastigo.
La discontinuidad y el caos no excluyen la autenticidad del afecto que viene entregado al niño por adultos que lo necesitan, el vínculo con personas externas a la familia es atacado y castigado y da origen a un conflicto de lealtades.	El "saboteador interno" aparece en los buenos momentos, en los que ha construido algo positivo sobre la base de relaciones estables y positivas con personas ajenas a la familia.
El no estar bien requiere cuidados de parte del adulto en la fase en la cual el niño sufre abandono.	Exagera (dramatiza) el malestar para ser visto, frecuentemente conductas autodestructivas e intentos de suicidio.

La Infancia Antisocial y el Trastorno Antisocial del Adulto

La Infancia de las personas que desarrollarán (o pueden desarrollar) un trastorno antisocial de la personalidad es una infancia particularmente difícil y dura. Sus principales características, son (1, pp 238-245):

1. El niño se encuentra expuesto a una alternancia de situaciones en las que es ignorado y atacado por aquellos que deberían ser sus figuras de referencia efectiva: es frecuente la experiencia de padres que pelean violentamente entre ellos, una madre golpeada y humillada, y/o una madre que se prostituye; padres que aparentemente no ven al niño, no consideran su presencia, hacen (si son ambos) como si no estuviese, volviéndose violentos con él si intenta rebelarse o si no sale del medio en forma rápida;
2. ignorado en todas estas situaciones, está expuesto aunque esporádicamente a un control rudo, severo y a veces, humillante; de parte de un padre alcohólico por ejemplo, que por días puede desentenderse del hijo y se puede volverse severo y exigente (pero no afectivo como en la infancia borderline) en los días en que no bebe;
3. el niño no recibe los cuidados que vienen dados a otros niños; el descuido es evidente en su vestimenta, las vacunas, los cuidados médicos, la escuela, evidenciándose más claramente en la adolescencia, sobretudo en términos de desinterés por los riesgos ligados a su comportamiento transgresor: desde el abuso de drogas a la prostitución infantil,
4. inmerso en un ambiente que los expone a todo lo anterior el niño que desarrolla un trastorno antisocial de personalidad puede ser un niño al que se le ha pedido ser rápidamente un adulto, entregándole tareas ligadas al control en relación a sus hermanos pequeños, de los cuales él se hace

cargo, pero a falta de adecuados modelos de referencia; de manera inapropiada y tendencialmente coercitivo.

De manera frecuente, este conjunto de condiciones se ve al interior de familias que hemos denominado “familias multiproblemáticas”⁵ Caracterizadas por la presencia de un sinnúmero de patologías que implican a dos o más miembros de la familia y a la desorganización profunda de su estructura, comportándose como sistemas recursivos en la medida en que reaccionan a la dificultad produciendo situaciones de mayor dificultad. Focalizándonos en el cuidado de los niños podemos decir que:

- a) Volviendo problemáticos los cuidados fundamentales (desde la higiene a las vacunaciones, de la alimentación a su vestimenta) en niños concebidos casi por casualidad en un número excesivo uno tras otro en situación de graves dificultades de orden social y económico;
- b) volviendo particularmente problemáticos el desarrollo de vínculos que ofrezcan al niño la necesaria carga afectiva por la inestabilidad de sus vínculos continuamente en crisis, por la continua variación de las figuras de referencia y por la incapacidad constante de los adultos (diferencia fundamental con los niños borderline) de entregar cuidado y afecto sintonizado con el sufrimiento y exigencias emocionales del niño;
- c) desarrollando una relación de dependencia de las instituciones que intervienen en un modo más o menos sustitutiva en relación a ellos, y favoreciendo a través de esta manera el desarrollo de contradicciones emocionales profundas en el niño que se siente dividido entre la necesidad de protección y la desconfianza en que alguien pueda de verdad hacerse cargo de él.

La frialdad y el descuido con que han sido tratados estos niños los vuelve mucho menos apegados al pasado que los niños borderline. La inserción en nuevas situaciones es difícil porque no está habituado a buscar protección y afecto, “no sabe de que se trata eso” e ingresa inmediatamente en la esfera del desafío: poniendo a prueba a los adultos que lo cuidan de comportamientos agresivos o encerrándose obstinadamente en si mismo o preparándose (si es más grande) a un rechazo más estratégico de las reglas que le puedan proponer. El ser firmes es indispensable en esta situación, como también importante, para estos niños, más aún que en otros, por una razón muy simple: porque el adulto que lo contenga (si es muy pequeño) le de reglas y verifique su cumplimiento es un adulto, que a diferencia de aquellos con los que se ha relacionado antes; es un adulto que se da cuenta de su existencia, no lo invisibiliza, saliendo del descuido y abandono en el cual están habituados a vivir. Es necesaria una firmeza afectuosa y no la rigidez asustada que a veces ellos provocan. Como se sabe habitualmente las figuras a quienes están especialmente ligados son aquellas que los tratan con mayor firmeza, poniendo límites precisos que deben aprender antes que sea posible iniciar un real recorrido psicoterapéutico.

Asociar este tipo de infancia infeliz a condiciones de marginalidad es extremadamente común. Es importante ver que la asociación de variables sociales o comportamentales simples como pobreza, ausencia del padre, alcoholismo, o condiciones miserables de la casa, no corresponden necesariamente al desarrollo de estas situaciones. Factores protectores simples (un adulto que se hace cargo afectivamente del niño) pueden estar presentes en muchas situaciones caracterizadas por este tipo de variables. Clekley, quien estudió a estos pacientes de una forma muy cuidadosa(11), señala que este tipo de situaciones (y patologías) puede encontrarse también tras “una apariencia convencional sin defectos” y quizás determinadas por influencias personales y ambientales más sutiles. Como sucede a menudo. en las familias en las que sus recursos y su posición social hacen difícil la intervención de los servicios sociales o dentro

⁵ Un estudio en profundidad sobre las familias multiproblemáticas y sobre el modo de definir las haciendo referencia al concepto de homeostasis está en Cancrini (9,10)

de esas familias “burguesas” que cuidan con desesperación (sus “disfunciones o dolores psicológicos”) tras una fachada de normalidad.

Las Relaciones

El modo en que estas 4 tipos de experiencias infantiles se reproducen en el comportamiento paciente adulto está resumido en la tabla 2, que retoma, modificando ligeramente aquella propuesta por Smith Benjamin (1, p.239).

La condición del niño que se hace (o podría volverse) antisocial puede ser modificada, evidentemente, sólo a través de intervenciones muy decididas en la situación contextual. Equivocada y contraproducente puede ser en estas situaciones, la idea de tratar al niño a través de una intervención que se base en la colaboración de sus padres cuyo comportamiento en relación a él; se encuentra en la fase del comportamiento de paciente psiquiátrico grave o la del adulto antisocial; será la de un adulto que no aceptará nunca voluntariamente el inicio de un tratamiento sentido por él como una forma, más refinada y menos violenta pero no por eso menos peligrosa de control.

Relaciones Afectivas y Parentalidad

Las relaciones afectivas de una persona que sufre de un desorden antisocial de personalidad se caracterizan por la aleatoriedad e inconstancia. El otro es percibido y tratado, a los ojos de la percepción externa, de una forma instrumental, como una fuente de beneficios inmediatos o estratégicos. Los resultados son bastante habituales.

Un primer tipo de relaciones, bastante frecuente, es aquella constituida por un hombre “antisocial” con una mujer que no lo es y que se enamora de su aparente seguridad de sí mismo. El niño que nace no es siquiera reconocido, a menudo, y conocerá a su padre en el momento en el que él decida acercarse: casualmente o para solicitarle algo a la madre. Las situaciones más o menos protegidas o patológicas en las cuales el niño va a crecer dependerán en estos casos, de los recursos personales y del contexto (las ayudas, el nivel de la familia y de las instituciones) a las que la madre pueda recurrir. La figura del padre quedará en su imaginario, habitualmente como la del protagonista negativo de un mito familiar al cual, de diferentes modos, el joven o la joven se interesará especialmente durante la adolescencia.

El segundo tipo de relación, menos común, es aquel donde la persona “antisocial” se apega a su partner involucrándose e involucrándolo en un proceso de idealización casi alucinatoria. Es conocido, en los centros que se ocupan de mujeres maltratadas, que estas parejas se caracterizan por una frecuencia alta de conflictos y una dificultad importante para terminar las relaciones. Personas frágiles, antisociales y al mismo tiempo histriónicas y dependientes, las “víctimas”, tienen a menudo una dificultad importante para denunciar y una fuerte tendencia a volver a vivir situaciones con su pareja “antisocial” como objeto de posesión sobre el cual no hay ninguna responsabilidad o deber, pero del cual no se puede aceptar la distancia o la pérdida: hasta que se presentan situaciones de violencia graves al momento del rechazo o abandono. Víctimas, al mismo tiempo de la violencia, directa o asistida, los niños que crecen en estas situaciones familiares son niños que viven a menudo, con carencias de intervenciones eficaces de los servicios o tribunales, las “infancias infelices” caracterizadas por el descuido y la violencia vivida por parte de sus padres.

Un tercer tipo de situación con la que nos encontramos bastante frecuentemente en los servicios de menores, es aquella donde una madre que sufre un desorden antisocial de personalidad que vive en una

condición de marginalidad más o menos grave (por motivos de pobreza, cultural, y/o porque está involucrada, sólo o con su pareja en situaciones de tóxico dependencia o explotación) trae al mundo uno o más niños de los cuales se hace cargo sucesivamente pero en forma intermitente de un modo inapropiado, que no cuida, y ocasionalmente es violento. El cuadro clínico que presentan estos niños, si los servicios no intervienen a tiempo y por un tiempo, es el del “pequeño salvaje”, del que hemos hablado antes. Su desarrollo va a depender especialmente de la calidad de los cuidados entregados y de las figuras que se harán cargo de ellos. Inicialmente impredecibles, los márgenes de contención de estos niños pueden ser muy altos, de hecho, los casos recientemente estudiados por uno de nosotros, vemos que si se llega a ofrecer a ellos una protección adecuada sumado a un contexto psicoterapéutico, llegando a través de éste a un inicio de relación con la madre (la fase de la que hemos hablado “madre mar” ”madre playa”) habiendo recibido de parte de ella cuidados efectivos.

Hemos recordado muchas veces en el transcurso de nuestro trabajo en relación a la psicoterapia de las infancias infelices que las situaciones traumáticas vividas por los niños que desarrollan un trastorno de personalidad surgen habitualmente en una fase del desarrollo emotivo en la cual el niño ha enfrentado la primera de sus tareas evolutivas: diferenciar adecuadamente el si mismo; las representaciones provenientes del mundo externo.

La recurrencia o reaparición intergeneracional se podría hipotetizar, obviamente al ser trasmitidas de madre a hijo, pero no son sólo los comportamientos menos adecuados para el niño que nace, aún tenemos mucho que investigar sobre puntos delicados y decisivos como éste.

Tabla 2. Resumen Interpersonal del Trastorno de Personalidad Antisocial

Historia de la infancia (y la adolescencia)	Síntomas del adulto
Los padres y otros adultos significativos se comportan de un modo negligente (no lo ve, hacen como si no existiese) y ocasionalmente violentos (o frecuentemente); la experiencia subjetiva del niño es de miedo y se expresa mediante conductas pasivas con tendencia al aislamiento.	El adulto antisocial ignora, no ve el sufrimiento del otro, puede reaccionar en un modo desproporcionado en relación a la situación, y sólo en presencia de su pandilla o banda podrá tener una conducta atenuada, más relacionada con la ironía.
El control de los padres sobre el comportamiento de rechazo, molestia y rebelión del niño no es predecible pero si muy enérgico, se expresa fácilmente con la culpa y la violencia; el niño es humillado y forzado.	El adulto antisocial protege ferozmente su autonomía de cualquier institución, regla o ley que no sea aquella con la que se identifica (la ley del grupo o el medio al que pertenece), culpa fácilmente a los otros que tiende a controlar e ignorar.
El niño crece con figuras parentelas que no son capaces de entregarle los cuidados adecuados.	El abuso de drogas, la prostitución y la tendencia a un comportamiento ilegal e imprudente y a veces, muy poco remunerativo demuestran claramente la tendencia (a continuar) a trasgredirse y descuidar a los otros.
El niño tiende a controlar a los otros niños, especialmente si son más pequeños que él cuando los ve en dificultad; ésto por el descuido con que él es tratado (se volverá a este punto más adelante).	El adulto antisocial tiende a controlar y dirigir a los que percibe más débiles que él sin que se lo soliciten. (se volverá sobre este punto más adelante)

La Infancia Paranoide y el Trastorno Parental de Personalidad

Cuatro son, también en este caso, las características fundamentales de la situación vivida por el niño que desarrollará (o podría desarrollar) un trastorno de personalidad paranoide [1, p. 368-372]:

1. El control sádico, degradante y a menudo cruel de un progenitor dominante que transmite al niño una hostilidad “sobria y fría como una piedra y que viene aplicada además, con indignación virtuosa”: con referencias explícitas, a un sistema de creencias que la justifican; los castigos proporcionan golpes con cinturón, palos y puños pero de una manera siempre apropiada, razonable y repetitiva, a un niño “malo” que los merece y que no debe absolutamente hablar de esto fuera de la familia;
 - a-. en una variante no contemplada por Lorna Smith Benjamin, el puesto de la indignación virtuosa con la que el progenitor maltratador (por ejemplo el padre) , justifica su comportamiento violento puede ser asumido, a veces, en el plano psicológico, con la identificación del niño con un personaje débil muy amado (por ejemplo la madre), sometida al mismo tipo de tratamiento y que el niño sueña con salvar, rescatar y liberar si logra ser el más fuerte;
2. este tipo de abuso y violencia que se inicia temprano en la infancia (cuando el lactante puede ser golpeado si llora y no duerme) proporciona castigos severos para el niño que aprende a no llorar, a no pedir ayuda a no estar en el medio;
3. la comparación con otros, mejores que él (hermanos, padres o el niño que fue y ya no es) es constante, molesto e insidioso, y puede empujarlo al rol del chivo expiatorio cuando las acusaciones que se hacen sobre él se basan en el prejuicio de su culpabilidad;
4. para evitar abusos y violencia, el niño aprende a “no estar en el medio”, y a obedecer escrupulosamente las órdenes de los padres quienes le piden dedicarse a tareas subordinadas (por ejemplo cuidar a los más pequeños, o mantener limpia la casa) o en actividades importantes de estudio o trabajo : la espera del reconocimiento por su labor es sistemáticamente decepcionada y este comportamiento sólo lo ayuda a evitar castigos.

El clima que viven estos niños es de terror que no cede rápidamente al cambio de contexto. Crecidos en la idea de un mundo externo hostil y peligroso que agobia a su familia, estos niños transfieren su miedo (sienten la amenaza) también en el lugar que los acoge y tienden con fuerza a rechazarlos teniendo contra ellos conductas pasivas si las figuras de autoridad están presentes y tonos rabiosos e imperativos o de queja en su ausencia. Lenta y trabajosa , es la construcción de una relación de confianza con ellos, se debe enfrentar su costumbre a no protestar si se les critica, a no llorar, a no pedir y a esconderse del otro del cual sienten desconfianza y miedo si lo que tienen a su lado no es la familia, que sienten como su único refugio posible en el mundo hostil que los rodea.

Las correlaciones posibles de hacer entre este tipo de situaciones vividas por el niño y el cuadro clínico del desorden paranoide de personalidad que pueden desarrollar son una vez más muy simples. La Tabla toma con algunas modificaciones relacionadas con la observación de los niños, la propuesta por Smith Benjamin (1,p.369).

Desde del punto de vista psiquiátrico, el trastorno paranoia de personalidad es, después del antisocial, el más peligroso y el más difícil de tratar. El riesgo más común del terapeuta en esta situación, es el de ser involucrado (inmediatamente o luego de un tiempo corto de confianza condicionada) en las fantasías persecutorias de su paciente que llega enviado por su familia o por la autoridad judicial: en el caso del paciente que podría cometer o que ya ha cometido un delito o en aquellos más frecuentes para nosotros en

el Centro, el niño expuesto a maltrato de parte de un progenitor que tiene una visión delirante del mundo y de la educación. Las medidas judiciales necesarias en el primer caso, y la limitación de potestad de los padres con el alejamiento del niño en el segundo son a menudo, necesarias en estos casos para proponer bases realistas de trabajo terapéutico con el paciente o con el progenitor: teniendo en cuenta la dificultad que se encuentra al hacerlo, aceptando hasta que un pequeño espacio se abra; lo que sucede a veces, ligado a la profundidad del dolor y la dureza de la soledad vivida por el niño que lleva adentro.

La historia de la psiquiatría y la relación entre experiencias infantiles y el trastorno paranoide de personalidad del adulto sienta un precedente ilustre: Analizada por Freud en uno de sus más famosos “casos clínicos”, la autobiografía del presidente Schreber ilustra extraordinariamente “desde adentro” la forma en que lo vivió el paciente paranoide. Lo que Freud no sabía entonces, era las verdaderas y reales torturas que de niño Schreiber fue sometido por parte de su padre, quien había experimentado con él métodos pedagógicos basados en una serie de restricciones físicas y mentales alucinantes sin lamentos ni protestas, porque se trataba de intervenciones educativas útiles para reforzar su voluntad y su capacidad intelectual⁶.

Relaciones Afectivas y Parentalidad

La soledad y la tendencia a no establecer relaciones de pareja son muy frecuentes en las personas que sufren de un trastorno paranoide de personalidad. Los amores se viven en secreto, desde lejos, sin llegar a comprometerse con el otro. Cuando las circunstancias de la vida lo permiten, igualmente, las relaciones que se establecen presentan un desarrollo típico en contraste con una dolorosa incompatibilidad de caracteres y hábitos, que se evidencia con celos injustificados, generalmente o una restricción enérgica del cónyuge que a veces, sufre una patología análoga pero con características relacionadas con el trastorno dependiente o evitativo de personalidad y lentamente llega a compartir sin tener la capacidad de tomar una distancia suficiente.

Cuando esto sucede, la situación vivida por el hijo puede ser aquella típica de la infancia infeliz de tipo paranoide caracterizada por rigidez extrema del clima educativo, donde la obediencia viene asegurada por la violencia sádica de los castigos como también castigadas todas las manifestaciones de debilidad y los atisbos de una posibilidad de rebelión o disidencia. Junto a la percepción de un mundo externo hostil y peligroso, la prescripción del secreto sobre todo aquello que ocurre dentro de la familia cierra el cerco a estas situaciones dolorosas que inciden fuertemente en el equilibrio psíquico de un niño que podría desarrollarse, si la demanda de sus padres se relacionara a sus talentos naturales, competencias importantes en el campo del estudio o la producción artística.

⁶ Moston Schatzman ha estudiado y documentado, después de más de un siglo, la vida (y la locura) del padre de Schreber, un ilustre pedagogo del siglo XIX [12].

Tabla 3. Resumen Interpersonal del Trastorno de Personalidad Paranoide

Historia de la infancia (y la adolescencia)	Síntomas del Adulto
Control sádico, degradante de parte de los padres, castigos muy duros y frecuente de parte de los padres quienes lo hacen apoyados en poderosas razones y son percibidos por el hijo como fundamentalmente hostiles y muy recelosos de la privacidad por lo que el hijo no puede develar su sufrimiento.	Siempre en espera de la agresión hipotetizando las razones, asumiendo posiciones complementarias de defensa cargadas de odio; puede ejercer sobre los otros que están subordinados a él, el mismo tipo de control, humillante y violento. No confía espontáneamente en nadie.
El niño, si se queja, si es incapaz de controlar sus reacciones, o intenta tener un funcionamiento más autónomo, recibe castigos severos.	Evita la intimidad y tiende a mostrarse independiente del otro.
El niño es expuesto a duras confrontaciones con otros superiores a él, que le provocan sentimientos de envidia resentimiento.	Se siente permanentemente excluido e injustamente descalificado; vive un estado de rencor silencioso en relación a los otros más afortunados.
Obtiene reconocimiento a competencias relativas al mundo de los adultos, así como, por su capacidad de no crear problemas, esforzándose en ello.	Mantiene una independencia relativa, que se basa especialmente en ámbitos muy definidos (especialmente sus competencias profesionales), demostrando una tendencia a la soledad.

La Infancia Esquizotípica y el Trastorno Esquizotípico de Personalidad del Adulto

Las características de las vivencias del niño que podría desarrollar un trastorno esquizotípico de personalidad son esencialmente cuatro (1,pp.406-408):

1. El niño es castigado o inculcado si se mueve dentro de una línea de autonomía de los padres, quienes están poco presentes, y a su vez actúan de una manera totalmente autónoma del niño y sus necesidades;
2. el niño está obligado moralmente a asumir tareas (desde mantener el orden de la casa, hasta reafirmar sus dichos en tribunales) a lo cual, los padres entregan un valor y significado extremadamente importante para su propio bienestar y para su vida;
3. existirán abusos graves de orden físico y psicológico con invasión a los límites personales, pero el niño aprende (debe aprender) a contener su rabia;
4. la soledad del niño está acompañada de una fuerte prohibición de alejarse de la casa o un ambiente familiar en el cual él no se siente bien y se aísla en su habitación, sus pensamientos o en sus juegos electrónicos.

El pensamiento mágico, basado en la idea que cada gesto ejecutado por él puede tener efectos, sobre la idea que el otro aunque esté lejos puede “controlar todo aquello que hago” es el elemento más evidente de la situación vivida por estos niños que han sido abusados principalmente desde el plano psicológico más que el físico. Aquello que más impacta en ellos, es la dificultad de desapegarse físicamente y luego emocionalmente de un padre que vigila del cual no se puede huir si no es refugiándose en un mundo

fantástico que puede recordarnos el de Reverie de Minkowski⁷: mientras lo real, su vida real, está plagada de figuras parentales de las cuales su vida y equilibrio son dependientes de aquello que dicen y no dicen en su presencia o ausencia. Es desde aquí desde donde debemos partir cuando nos acercamos a ellos con intentos terapéuticos, sin quedarnos con la normalidad exterior de alguno de sus comportamientos.

El desarrollo psicopatológico posible del niño que vive estas situaciones se resume en la tabla 4 que retoma, con algunas modificaciones relacionadas a la observación de niños, a la propuesta por Smith Benjamin (1,p.407).

La diferencia más importante entre esta situación y la del niño que vive una infancia más paranoidea es la que se origina con el origen de las vivencias de omnipotencia que se relacionan en este caso a la verificación cotidiana de un poder excesivo que el niño tiene, y por otra parte, a vivencias fantásticas de venganza en relación con un persecutor percibido como omnipotente. El elemento en común entre las dos situaciones es el que está ligado a la falta de respeto de parte de los adultos de los límites del sí mismo de un niño sentido y visto como una prolongación del de los genitores (si mismo).

Otros estudios más acuciosos son necesarios en este punto. A nosotros nos parece importante subrayar que es una situación de maltrato psicológico importante, complicada por la desconfirmación habitual de las vivencias del niño, hace que sea plausible la idea de que la sintomatología del trastorno de personalidad que se podría derivar si no se interviene a tiempo, desde nuestra perspectiva, tiene puntos encuentro, no sustanciales, con algunos síntomas típicos del trastorno esquizofrénico.

Una profunda discusión de los criterios relativos a la clasificación de este trastorno de personalidad no puede soslayar la historia infantil de estos pacientes. Reenviando a otras profesionales una discusión sobre el problema complejo entre la relación de los trastornos de personalidad y las manifestaciones de un desorden esquizofrénico⁸. A nosotros nos parece importante subrayar sobre la base de una experiencia común limitada, que algunos niños maltratados y abusados que han requerido nuestra ayuda corresponden a la descripción de este último tipo de infancias infelices:

⁷ El ensueño, dice Minkowski, es parte de nuestra vida. No se compone solo de actividades, sino también de concentración y abandono. Arrullarnos en sueños, acariciar nuestras esperanzas en nuestra imaginación no es menos necesario que perseguir nuestros esfuerzos. Un elemento de compensación y paz arroja luz en estos estados. Para ellos vivimos nuestras experiencias en privado, fuera de cualquier obligación y las leyes obligatorias de la realidad. "El ser humano está hecho para reflexionar, para meditar. Al hacerlo, aparentemente se separa de la realidad, abstrae de ella; pero sin embargo no desaparece. La reflexión no compromete el contacto con la realidad en ningún momento. El hombre reflexiona, medita en vista de ... y esto en vista de ..., si se le llama en el futuro a fluir a la realidad y alcanzarla directamente, también garantiza en el presente un vínculo virtual, de hecho más real que virtual, que lo une a esta misma realidad en marcha "[13, pp. 91-92].

⁸ *Schizofrenia: dalla personalità alla malattia* [13] se remonta a 1968 y destaca claramente la fascinación de que el concepto de esquizofrenia como el desarrollo de un trastorno (problema) previo de la personalidad siempre ha estado en el centro del intento de L.C. de comprender qué sucede en este capítulo fundamental de la psicopatología. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, como se argumenta ampliamente en ese libro en esta forma de razonamiento, no todos los casos de trastorno esquizofrénico encajan, sino solo los menos graves (tipo 2 de Langfeldt), de los cuales hoy es posible hablar como trastornos de la personalidad, pasando por resbalones psicóticos (episodios).

- Deben enfrentar además de la violencia y la transgresión de los adultos a su cuidado, también las actitudes de desconfirmación características de los procesos de comunicación psicótica⁹;
- que en algunas situaciones el aislamiento del niño maltratado y el abuso puede ser tan grave y generalizado que podría llevarlo a una forma de “retiro autista” asumiendo la forma de un trastorno del desarrollo; el retraso cognitivo puede llegar a constituir a veces, el primer motivo de consulta y puede ser descartado solo al final de una exploración muy acuciosa del contexto y la historia, además de la instauración de un trabajo terapéutico profundo y cuidadoso.

Relaciones Afectivas y Parentalidad

Las relaciones de pareja establecidas por las personas que sufren de un trastorno esquizotípico de personalidad son más bien escasas, breves y superficiales porque los límites entre las personas que componen su núcleo familiar de origen se mantienen inciertos también en la adultez. El destino de los hijos que nacen de estas relaciones dependen sobretodo de la reacción del cónyuge que puede, como sucede a menudo, reaccionar a las manifestaciones de teología del paciente esquizotípico abriendo un conflicto que ni provoca ni agudiza la descompensación: separándose de él/ella y ofreciendo las ocasiones necesarias para el desarrollo sano de un hijo que está en conocimiento de tener un progenitor que no está bien, con el cual se pueden mantener contactos importantes desde el punto de vista afectivo pero que no puede hacerse cargo de él. En los casos en los que el cónyuge se demuestra incapaz por una dificultad importante de índole personal o social, de reaccionar luchando para tener el hijo consigo, puede desencadenar en la familia esquizotípica una trampa similar a aquella que se ha puesto en marcha por el progenitor más débil.

Termina aquí, con la infancia del trastorno esquizotípico, las infancias infelices de las cuales habitualmente se habla cuando nos ocupamos del maltrato o abuso de menores y en las cuales se observa frecuentemente un funcionamiento borderline de los mismos menores. Ahora nos ocuparemos, en cambio, de las infancia que son a la vista menos infelices, a la base de trastornos de personalidad descritos en el DSM IV.

Tabla 4. Resumen Interpersonal del Trastorno de Personalidad Esquizotípico

Historia de la infancia (y la adolescencia)	Síntomas del adulto
El niño es acusado o castigado si tiene conductas de autonomía en relación a sus padres, quienes saben todo de él, aún cuando no se encuentre presente.	Desde lejos, “telepáticamente” es controlado, y algunas veces siente que también él puede hacerlo.
El niño está obligado moralmente a asumir tareas a las cuales los padres dan un significado extremadamente importante para su bienestar, o para su vida.	Con rituales más o menos simbólicos o mágicos el paciente señala su fidelidad y la conciencia de sus actos, como también la dependencia a éstos.
Hay conductas de abuso o traspaso de límites personales, pero el niño aprende (debe aprender) a controlar la propia rabia.	El desapego paranoide se asocia al autocontrol que contiene la identificación con el agresor.

⁹ Para el proceso de desconfirmación, véase Cancrini [14]; para las conjeturas posibles hoy en la infancia de pacientes psicóticos, compare Cancrini [15].

La soledad el niño se asocia a una severa prohibición de alejarse de una relación (o de una casa) donde él se siente mal y se aísla: en su pieza, en sus pensamientos o sus juegos electrónicos.	El desapego social se encuentra muy marcado, llegando a veces, a aparecer como un autismo intenso en su tendencia a sumergirse de manera total en su mundo interno.
--	---

La Infancia del Narcisista y el Trastorno Narcisista de Personalidad

La infancia del narcisista presenta un cuadro muy distinto a lo descrito hasta ahora en relación a los niños maltratados. Lo que vemos a primera vista, es una familia donde todo transcurre más o menos bien, y a veces, realmente muy bien; en el recuerdo del paciente como en la actualidad del niño; el relato o descripción de los primeros años de vida es en general descrito con cuidado y admiración, lo cual el narcisista experimenta (vive) por todo aquello que lo atañe.

Estos son según Lorna Benjamin, los elementos constitutivos de la experiencia vivida por los niños que se preparan para el desarrollo (posible) de un trastorno narcisista de personalidad (1.p.178):

1. La adoración que uno o más adultos significativos demuestran por el niño, en tanto niño o más a menudo, por una particular cualidad, don o habilidad; una admiración no acompañada sin embargo, de una comprensión de lo que se relaciona con sus necesidades, o sus puntos de vista o deseos; como si la razón fundamental (única) del interés en relación al niño fuese su particular capacidad de adherirse a las expectativas y (a los sueños)del adulto y el acontecimiento que eventualmente de estos derive y no tanto del niño;
2. la adoración va acompañada por un comportamiento “deferente” de la persona que se somete a la (las) cualidad del niño, comportamiento que puede transformarse en la vida adulta en una “expectativa arrogante” hacia el otro (o los otros), entrefinos de comportamiento;
3. la conciencia precisa y omnipresente de que la adoración pueden en cualquier momento dejar su lugar a la rabia de la persona defraudada, si el comportamiento del niño, el adolescente o adulto no es acorde a lo que espera el “admirador deferente”; el fracaso, la imperfección determinan, de hecho una desilusión insoportable y, con ésta, la rabia y la pérdida de cualquier interés por el niño que ya no cuenta con la admiración, sino es duramente culpabilizado.

El tercer punto de esta descripción es, obviamente el decisivo. Admirar y tratar en modo deferente al niño es cada vez más frecuente en una sociedad en la cual el “rey niño” está en el centro de todas las atenciones, en la incapacidad de acoger con afecto y permanecer cerca sus momentos de dificultad, la manifestación más evidente de el defecto de empatía que posee el narcisista y del cual sufre como niño y con el cual hará sufrir a los otros en la adultez. Lo que se evidencia con claridad es que la simple falta de empatía puede ser considerada la experiencia a la base del trastorno narcisista menos grave (el que Lemberg estudia y describe como “narcisismo normal”¹⁰ mientras que la posibilidad del fracaso del niño determine rabia y culpa expresado eventualmente con conductas sádicas y violentas corresponde probablemente al desarrollo de trastornos narcisistas progresivamente más cargados de agresividad, integrando en los casos más graves, el cuadro que el mismo Kemberg define “narcisismo maligno”, es decir, un narcisismo altamente impregnado de agresividad (16) en el que están representados tanto en las situaciones infantiles como en la psicopatología adulta como tipo antisocial y paranoide.

¹⁰ El narcisista tiene un encanto natural (como el gato decía Freud) que lo mantiene a salvo de un juicio negativo

Considerar esta situación como una en la que el niño es expuesto a una particular e importante forma de maltrato psicológico, es en nuestra opinión, absolutamente correcto. De hecho, es una forma particular y decididamente insidiosa de negligencia aquella que se relaciona con el defecto, por parte de los padres y en general de los adultos significativos de esa la cercanía empática que es absolutamente necesaria para el crecimiento sano. Sobrevalorados y muy amados en relación a sus competencias (desde la belleza a la inteligencia) o a sus rendimientos (en la escuela, el deporte o actividad artística) niños de este tipo son castigados o duramente ignorados en el momento en que tropiezan con un fracaso y, de esta forma aprenden a guardar para sí mismos (o sofocar dentro de sí mismos) las dificultades, siendo muy evidente el malestar que les provoca su falta de seguridad en las figuras de referencia afectiva. Construyen alrededor de sí mismos aprendiendo a negar (a los otros primero y luego a sí mismo a medida que se vuelve más fuerte el mecanismo de negación) es una organización defensiva que en algunos de ellos llegará a asumir, a veces desde la adolescencia, la forma de una verdadera corte narcisista y que en otros casos, marcados pronto por el fracaso, concluirá en el desarrollo de rasgos más bien borderline relacionados con la discontinuidad de sus referentes afectivos.

El elemento común de esta situación es obviamente el que está ligado a la negación de los sentimientos, del sufrimiento provocadas en el hijo en su intento más o menos consciente, de responder a las expectativas de los padres (o del padre), a la admiración deferente que deriva en amenaza y que lo lleva a caer en desgracia si no cumple. Es importante reflexionar, que en un importante número de casos el niño narcisista no llega a consultar terapeutas o servicios especializados porque la organización de su comportamiento se mantiene estable hasta la edad adulta¹¹, cuando asumirá la forma del trastorno narcisista de personalidad (tabla 5, sólo ligeramente modificada en relación a la original de Smith Benjamin(1.p.176))

Tres observaciones son importantes, a propósito de este segundo tipo de infancia infeliz. Lo primero es que una terapia familiar, bien conducida debería poder obtener resultados importantes para la prevención del desarrollo narcisista del adulto, en muchas de las situaciones narradas precedentemente como ejemplo de manifestación narcisista de la infancia o aquello relacionado con la desmistificación de los mitos familiares y al desarrollo de una comunicación empática entre los miembros de la familia. Muy difícil en estas situaciones puede ser la tarea del psicoanalista que atiende en terapia al niño o al adolescente o a uno de los progenitores porque el setting propuesto puede adaptarse a perpetuar las defensas narcisistas si la distancia entre analista y analizado no cuestiona la falta de empatía con lo cual se debería especialmente trabajar.

Es importante recordar en segundo lugar, que el desarrollo narcisista es un elemento importante de aquellos trastornos “vencedores” de personalidad, de los cuales Luigi Cancrini se ha ocupado especialmente en el Océano Borderline, capítulo V (18). De manera análoga el Rey Mida, que transformando en oro todo lo que tocaba, no podía tener comida para alimentarse, el narcisista vencedor se encuentra a menudo en la terrible situación de quien, construyendo solo relaciones no empáticas y basadas en el culto de (su) sí mismo se transforma en alguien inaccesible a relaciones más empáticas y a un tratamiento terapéutico efectivo.

La última observación se relaciona con el modo en que la caída de las defensas narcisistas, abre para un cierto número de pacientes, en terapia o no, una fase en que el cuadro sintomático de eje I es dominado por una depresión amarga, reivindicativa y fácilmente auto y hetero destructiva donde los comportamientos

¹¹ El modo como el desarrollo narcisista puede escapar del trabajo del psicoanalista ha sido señalado en particular por Gabbard y Lester (17); L. C. lo discutió en The borderline ocean [18, p. 250 y segg]

asemejan más a aquellos impulsivos y abandonadores de los pacientes borderline. Todo se desarrolla en estas situaciones, como si el darse cuenta de la falta de afectos dedicados a ellos en cuanto personas, corresponde a la percepción del rechazo y del abandono al cual han sido expuestos en el transcurso de la vida, donde ser aceptado era sólo una imagen de si mismo en la cual ellos mismos no pueden creer más.

Relaciones Afectivas y Parentales

Mucho se ha dicho y escrito acerca de las relaciones de pareja del paciente con un trastorno narcisista de personalidad y la semejanza, subrayada en particular por Kemberg, entre las relaciones interpersonales en general por el narcisista y el antisocial. Aquella sobre la cual hay menos estudios realizados, en cambio, es la influencia ejercida sobre los hijos de los cuales a menudo como está centrado en si mismo, el narcisista tiende a ocuparse poco pero con los cuales y sobre los cuales, puede revivir en momentos particulares de la depresión ligada a la crisis de la edad media, las situaciones características de su infancia: aquello que sucede típicamente al narcisista patológico, de hecho, lo lleva a vivir como desafíos dramáticos los momentos en los que se confronta con el paso del tiempo y la certeza de los límites naturales que con ello se relacionan: la posibilidad de identificarse con el hijo y su particular talento puede llevarlo en esta fase, a idealizar sus posibilidades y a iniciar una especie de “narcisismo por poder” intentando negar a través suyo sus victorias, los desafíos a los cuales la vida lo obliga volviéndose frío y negador como lo fueron con él en su familia. También es fundamental, el rol del otro progenitor que puede asociarse o no a la posición del cónyuge narcisista: funcionando refuerza o compensa en contra del hijo, porque como recordaremos el elemento crucial en la infancia narcisista está en la imposibilidad de buscar comprensión y apoyo afectivo en el momento de la desilusión y la dificultad, por tanto, una alianza importante se podría establecer entre el hijo y el progenitor que vive la misma dificultad en relación a una persona que se comporta con ambos de la misma forma.

Tabla 5. Resumen Interpersonal del Trastorno de Personalidad Narcisista

Historia de la infancia (y la adolescencia)	síntomas del adulto
Admiración incondicional y devota por el niño, o por alguna de sus cualidades, o “gracias”: pero, sin comprensión de sus necesidades afectivas, y con ausencia de empatía	Admiración incondicional, dependiente de la imagen de él construida en el tiempo, falta de empatía, intolerancia a la crítica y a las diferencias.
Muestra de respeto y sumisión al niño	Expectativas arrogantes de respeto de los otros, crisis de rabia si no son satisfechas
Desprecio, castigo, y rabia si el comportamiento del niño es imperfecto o desilusionante.	Desprecio, castigo y rabia por la imperfección real o sospechada del otro, colapso depresivo con castigo y desesperanza (no vale la pena vivir, un mundo así no merece mi presencia) cuando la realidad demuestra lo insostenible de su imagen.

La Infancia Histriónica y el Trastorno Histriónico de Personalidad

La infancia vivida por las personas que desarrollarán (podrían desarrollar) un trastorno histriónico de personalidad presenta, según Lorna Smith Benjamin, cuatro características fundamentales [1, pp. 206-211]. En este esquema mío las reduzco a tres, porque la cuarta es presentada como una variante de la primera, y en parte, de la segunda:

1. La capacidad fundamental de estos niños es la de hacerse amar (y preferir) por el padre del otro sexo utilizando:
 - a. su aspecto exterior y sus formas agradables (más a menudo, pero no exclusivamente, las niñas);
 - b. su salud enfermiza, la fragilidad y necesidad de ayuda (más a menudo pero no exclusivamente, los niños);
2. el juego relacional resultante de esta predilección prevé una particular asimetría del triángulo edípico, en el que el progenitor del mismo sexo es puesto en el ángulo o es alejado a una posición periférica; este juego tiene matices evidentemente eróticos cuando una niña bonita flirtea con un padre seguro de sí mismo tomando el puesto de una madre que se descuida o retira con un aspecto más regresivo; distinto en el caso del niño tímido y enfermizo o muy sensible y demasiado cercano a la madre;
3. el rol de la niña agradable o fascinante y el del niño sensible, enfermizo y por ello necesitado de atenciones especiales tiende a transformarse en un rol obligado; la imagen de él o ella en el clima familiar se concreta en alrededor o tras este discurso constante que es que la persona tiene ideas pero recursos limitados: (ella era bella pero..., él es un niño débil y sin “cojones”) (tabla 6).

La variedad de los comportamientos sintomáticos con los que este tipo de trastornos se puede manifestar es amplia. Hablando de síntomas histéricos, decían los viejos psiquiatras que pueden imitar cualquier síntoma de enfermedad psíquica o física. Los niños que viven este tipo de situación (problema, obstrucción) relacional, pueden igualmente presentar comportamiento sintomáticos muy distintos entre ellos. Una vez encontrado y elegido, el síntoma tiende a mantenerse porque cumple una función fundamental que es mantener la atención sobre sí, la cual necesita. El poder del síntoma, teorizado eficazmente por Jay Haley, en estas situaciones (19). Aquello que se observa es como el cuidado y el afecto, asegurados por la belleza o como ser agradable o por la fragilidad, son generalmente espontáneas al interior de una relación que es placentera incluso para el adulto, quien la sostiene sólo hasta el momento en que la llegada de la adolescencia lo pone en crisis. En tanto, el cuidado y el afecto asegurados por el síntoma se acompañan, después de un cierto tiempo, de una sensación desagradable de presión que naturalmente se relaciona con la percepción del poder (o la utilidad) del síntoma al que se debe responder. La paciente que se apega (o intenta) así con sus síntomas (desde la crisis nerviosa a la crisis de pánico, del vaginismo al intento de suicidio) al hombre que ama, y el paciente que se apega (intenta) con sus síntomas (desde el bloqueo en sus exámenes de impotencia, del desorden psicósomático de fobia social), a su mujer, proponen situaciones de pareja poco eficaces y menos resueltas (más angustiosas) que las vividas en la infancia entre el niño y padre del otro sexo en el momento en que el síntoma se tomaba el centro de la escena.

Más adelante, discutiremos la idea según la cual la organización defensiva del paciente borderline y del narcisista se basa en la escisión y/o la negación. En el caso de los pacientes más histriónicos, sin embargo, la organización defensiva que está en primer plano, tanto en las fases de equilibrio como en el tiempo de síntomas, está basada en la represión. De hecho la regresión a un nivel borderline de funcionamiento de la mente se determina sólo cuando el poder del síntoma no es suficiente para seguir asegurando el control de la relación: en el momento del abandono o la traición, es decir, en el momento

en que el paciente se confronta con el sentimiento de vacío que se esconde detrás de su capacidad (habilidad) de control. En modo análogo al narcisista, el conjunto de los comportamientos sintomáticos evidenciados por el paciente histriónico se asemeja al paciente borderline.

El narcisista y el histriónico tienen problemas sólo aparentemente análogos con la imagen de si mismos. El narcisista no representa una parte de si mismo y cree, tanto de niño como de adulto, en la imagen inflada por la admiración de los otros, imagen con la que tiende a identificarse. El sentimiento de vacío que esta escondido, puede hacerse presente cuando el miedo a fallar le hace sentir el rechazo y la soledad, pero este miedo es habitualmente objeto de una negación intensa. Por su parte, el histriónico sabe perfectamente dentro de si mismo, que su imagen es sólo una parte y que el personaje que interpreta tiende (lográndolo habitualmente) a obtener la atención del otro. De esta forma el histriónico reconoce y es consciente de una forma incierta de la precariedad y vacío que esta imagen le produce. Al observar desde esta perspectiva, el funcionamiento histriónico es más realista que el narcisista y se acompaña más difícilmente del éxito y del desarrollo de los trastornos “vencedores” de personalidad antes mencionados.¹²

Una última observación, a propósito del tratamiento de estos pacientes, sobre todo desde pequeños, su modelo relacional no es difícil de cambiar a través de maniobras relativamente simples como la basada en el acercamiento del progenitor periférico y la consiguiente intervención en la pareja (21-22). Más adelante este tipo de pacientes mostrará una discreta capacidad de pedir ayuda y de establecer vínculos con el terapeuta, aunque su seducción y tendencia a buscar afecto y cuidado (demasiado) personal pueden constituir un obstáculo importante en el trabajo terapéutico. (1, pp.224-232)

Relaciones Afectivas y Parentalidad

Basados especialmente en el “como si”, sobre una presentación de si como persona que debe ser sobretodo admirada por su belleza o amada por su fragilidad, las relaciones de amor de las personas que presentan un trastorno histriónico de personalidad son habitualmente relaciones no estables, tormentosas, caracterizadas por la necesidad particularmente fuerte de mantener el control de la relación: utilizando síntomas cuando ya no es suficiente la fragilidad de una pareja a la que se siente apegado por la necesidad de aminorar o salvar al otro. Difícil es para el hijo huir, en esta situación presentará la necesidad de imitar el comportamiento de quien no creyendo en la posibilidad de ser amado por lo que es, busca afecto y cercanía a través de la exhibición de sus dotes físicos, estéticos o suficientes: cómo vemos en las familias psicósomáticas en las que la afectividad es expresada sólo a través del lenguaje corporal y donde los conflictos emergen en torno a los comportamientos sintomáticos, quizás siendo el más típico la anorexia, que paraliza la vida y el desarrollo.

¹² Una excepción interesante puede ser la de algunos santos que exponiendo su malestar (y sus heridas), presentando (o dejando que sea presentado) como un signo de gracia divina. Esto lo he tratado en un estudio sobre el Padre Pio que ha suscitado diversas polémicas: “Pericia Psiquiátrica su Padre Pio”, en Micromega,3,199,pp.194-200

Tabla 6. Resumen interpersonal del Trastorno Histriónico de Personalidad.

Historia Infantil (adolescencia)	Sintomatología adulto
El amor por su aspecto físico y su simpatía, o su delicada sensibilidad / o su mala salud; permiten una relación especial con el padre del sexo opuesto ensombreciendo la figura del mismo género.	Un interés marcado por el aspecto físico y por la capacidad de gustar (seducir), o su fragilidad y sus problemas son fundamentales en la construcción de relaciones interpersonales.
El aspecto físico, la simpatía y/o su delicada sensibilidad le son útiles para controlar la figura paterna del otro género, que es también el principal referente afectivo; retirarse ofendido y culposo es la reacción más habitual si no obtiene el control.	La autoestima está basada en la habilidad de forzar al otro a hacerse cargo de él, y no sobre la base de sus propias capacidades. Usa alternativamente la seducción, demostración de dolor y necesidad. Enojarse y ofenderse con quien no se deja presionar es una reacción habitual.
La necesidad de ser fascinante, o necesitado de cuidados especiales para recibir afecto y atención, hace que lentamente comience a instalarse la convicción de que si no se actúa ese rol se encontrará el rechazo de los referentes afectivos.	La seducción o el mostrar el malestar son fundamentales para obtener la atención y el afecto del otro, el rechazo y el abandono están siempre "detrás de la puerta", si el "otro" descubre que no soy tan bella como él quisiera, y/o me siento tantas veces mal, que el otro puede aparecer cansado; el intento de suicidio, habitualmente más verbal que real, será como una forma extrema de llamar la atención.

Observaciones Finales

Podemos hipotetizar, sobre la base de todas estas observaciones, que existen pruebas convincentes para la que ha sido llamada "transmisión intergeneracional" de los trastornos de personalidad. Contradicha abiertamente por estas mismas observaciones, la hipótesis de la transmisión genética.

Esta interpretación de la investigaciones basadas sólo en datos relativos a la recurrencia, en la misma familia de este tipo de trastornos, tiene o debería tener, consecuencias fundamentales sobre la implementación de las políticas relacionadas al tratamiento y prevención de este tipo, tan común y tan grave, de los trastornos psíquicos. Sustancialmente no es posible para nosotros, intervenir sobre anomalías genéticas, además nunca demostradas, en cambio, las observaciones clínicas sobre la transmisión intergeneracional de la locura demuestran con extraordinarias claridad que:

- La psicoterapia centrada en la elaboración de los traumas vividos del niño que vive una infancia infeliz, asociada a las medidas de protección y cautela, puede evitar el desarrollo en el adolescente y en el adulto de los trastornos de personalidad más comunes y más graves;
- el tratamiento de las personas que sufren de una grave trastorno de personalidad y una intervención en los contextos que ellos mismos contribuyen a determinar pueden tener consecuencias importantes para la prevención de los trastornos psíquicos de los hijos que de ellos nazcan;
- Una ayuda centrada en el intento de ayudar a desarrollar en modo más adecuado sus funciones parentelas puede tener una importancia para su propio equilibrio.

El trabajo con las familias o teniendo en mente a la familia, de origen y de procreación, debiese ser una prioridad absoluta para las estructuras que se ocupan de este tipo de pacientes: en los servicios

psiquiátricos, en las cárceles, en los servicios de toxico-dependencias, en los centros dedicados a trabajar la violencia de género.

En esta misma línea de razonamiento se deben mover, desde nuestra perspectiva, los servicios y las estructuras llamadas a ocuparse las “infancias infelices”; porque para que el trastorno de personalidad correspondiente se desarrolle en toda su grandiosa psicopatología no es suficiente que el niño sea expuesto por un cierto tiempo a las situaciones traumáticas características de las “infancias infelices”, es necesario e indispensable también que el niño no sea protegido de ellas y que no reciba un tratamiento psicoterapéutico que lo ayude a elaborar de manera adecuada los traumas que ha vivido.

Referencias

1. Smith Benjamin L. *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: Editrice LAS, 1999.
2. Binswanger L. *Tre forme di esistenza mancata: esaltazione fissata, stramberia, manierismo*. Trad. it. di E. Filippini. Milano: Il Saggiatore, 1964.
3. Cancrini L. *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013.
4. Carroll J, Schaffer C, Spensley J, Abramowitz S. *Family experiences of self-mutilating patients*. Am J Psychiatry 1980; 137: 852-3.
5. Zanarini M, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry 1998; 155: 1733-9.
6. Perry JC, Herman JL. Il trauma e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità; In: Paris J (a cura di). *Il disturbo borderline di personalità: eziologia e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1993.
7. Stanton M, Ferenczi S. *Reconsidering active intervention*. Lanham, Maryland: Jason Aronson Publishers, 1991.
8. Gay P. Freud, *una vita per i nostri tempi*. Firenze: Bompiani 1988.
9. Cancrini L. *W Palermo viva*. Roma: Nuova Italia Scientifica, 1993.
10. Cancrini L. *La casa del guardamacchine e altre storie*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
11. Cleckley H. *The mask of sanity*. St. Luis: Mosby, 1955.
12. Schatzman M. *La famiglia che uccide*. Milano: Feltrinelli, 1980.
13. Cancrini L, Ciani N. *Schizofrenia: dalla personalità alla malattia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, Editore, 1968.
14. Cancrini L (a cura di). *Verso una teoria della schizofrenia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
15. Cancrini L. *La luna nel pozzo*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
16. Kernberg O. *Mondo interno e realtà esterna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1985.
17. Gabbard GO, Lester E. *Violazione del setting*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
18. Cancrini L. *L'oceano borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1999.
19. Haley J. Symptoms as tactics in Human Relationship. In: *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, 1963; Trad. It., La strategia della psicoterapia, Sansoni, Firenze, 1974.
20. Cancrini L. *Perizia psichiatrica su Padre Pio*. Micromega 1999; 3: 194-200.
21. Minuchin S. *Famiglia e terapia della Famiglia*. Roma: Astrolabio, 1981.
22. Haley J. *Lasciare la famiglia*. Roma: Astrolabio, 1983.