




Vol. 1 No. 1
Enero / 2010
ISSN 2145-6569



El Efecto Westermarck y El Complejo de Edipo:
Una Perspectiva Evolucionista

Carlos Andrés Naranjo

Esculpiendo Nuestra Mejor Obra

Virginia Modarelli

Duelo y Melancolía, Complemento del Narcisismo

Iván Alexis Alcaide Troncoso

Organización Limítrofe de la Personalidad

Pablo Fossa Arcila

Que las Hermanas Sean Unidas... ¿Por el Homicidio?

Adriana Savio Corvino

Sentido Vital en Construcción, Invención,
Descubrimiento, Recuperación y Decisión

Mariana Garavito Posada

Revisión Histórica-Conceptual de los Estados
Límites de la Personalidad desde una Perspectiva
Psicoanalítica: Encuentros y Desencuentros

Rodrigo Bilbao Ramírez

Revista de Psicología
GEPU



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 1 No. 1 – 2010
ISSN 2145-6569

Editor
Andrey Velásquez Fernández

Comité Editorial

Yuranny Helena Rojas Garzón
Corporación Juan Bosco

Carolina Araque Rojas
Universidad del Valle

Cristian David Llanos
Universidad del Valle

Marlon Muñoz Méndez
Universidad del Valle

Diego Alejandro López Gonzales
Universidad del Valle

Katherine Roa Medina
Universidad del Valle

Argeli Arango Vásquez
Universidad del Valle

Consultores Nacionales

Tatiana Giraldo
Universidad Nacional de Colombia

William Alejandro Jiménez Jiménez
Universidad Católica de Colombia

Pablo Cesar Ojeda Lopeda
Universidad Cooperativa de Colombia

Johana Andrea Gómez Saldarriaga
Universidad Manuela Beltrán

Andrés De Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza Cardona
Universidad Católica Popular del Risaralda

Claudia Patricia Carvajal Parra
Universidad Santiago de Cali

Luisa Ruiz Hurtado
Universidad de la Sabana

Javier Mauricio Gonzáles Arias
Universidad del Valle

Oskar Gutiérrez Garay
Pontificia Universidad Javeriana

Sandra Edith Gallegos García
Fundación Universitaria San Martín

Yuli Lorena Ardila Romero
Pontificia Universidad Javeriana

Sirley Vanessa Tenorio Quiñonez
Universidad Metropolitana

Michelle Calderón Rojas
Universidad Externado

Consultores Internacionales

Martha Córdova Osnaya
Universidad Nacional Autónoma de México

Aldo Pastor Reyes Flores
Universidad de las Américas

Petry Rodríguez
Universidad Arturo Michelena

Marco Peña
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Gonzalo Eduardo Salas Contreras
Universidad de la Serena

Neli Isabel Carolina Escandón Nagel
Universidad del Desarrollo

Georgina Lira
Escuela de Psicología Social de la Patagonia

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República Oriental del Uruguay

Jonathan Fernando Ayala Ayo
Universidad Central

Agradecimientos especiales en este número a los asistentes editoriales Didier Molina, Jose Fernando García, Cindy Carolina Valencia, Estefany Velásquez Fernández, Diana Patricia Ortiz, Stephanie Alegría y Laura Vallejo.

La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia.
gepu@univalle.edu.co
www.revistadepsicologiagepu.es.tl

Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle – GEPU -.
Hecho en Colombia – Sudamérica

Revisión Histórica-Conceptual de los Estados Límites de la Personalidad desde una Perspectiva Psicoanalítica: Encuentros y Desencuentros

Rodrigo Bilbao Ramírez¹

Recibido: 7 de Julio de 2009

Aprobado: 14 de Octubre de 2009

Referencia Recomendada: Bilbao, R. (2010). Revisión histórica-conceptual de los estados límites de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica: encuentros y desencuentros. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 62 – 99.

¹ Psicólogo Clínico (2002) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Máster (2008) en Psicoanálisis y Filosofía de la Cultura de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Candidato a Doctor (2010) de la misma universidad. Ha trabajado en la Unidad de Psicoterapia del Instituto Psiquiátrico DR. J. Horwitz B., ha dirigido el programa de tratamiento de adicciones de la Comuna de Quilicura y Psicólogo Clínico en el Centro Cumplimiento Penitenciario Colina I. en Santiago de Chile.

Contacto:

Mail: rodrigobilbaoramirez@yahoo.com

Fono: (0034) 915229608

Dirección: C/ Pizarro 11, 2ª-19. Madrid, España. CP 28004

Resumen: El presente trabajo busca dar cuenta del fenómeno de *estado límite o borderline* desde una mirada psicoanalítica, revisando la evolución, importancia y características del concepto. De esta manera se observará el surgimiento del fenómeno en su carácter histórico ligado a la experiencia clínica; luego se revisará la propuesta estructural establecida por Sigmund Freud a lo largo de su obra, quien contempla dos grandes estructuras clínicas (neurosis y psicosis) y deja esbozada una tercera (perversión). A continuación se intentará definir las dos grandes estructuras neurosis y psicosis, y revisar lo propuesto para el funcionamiento *límite (borderline)*; a propósito de este último punto, haremos un breve recorrido por el psicoanálisis para observar lo problemático en la aprehensión de esta experiencia clínica novedosa, la cual plantea dudas y dificultades, siendo esquivada su definición. Reconociendo la importancia de la psiquiatría en el desarrollo del concepto, veremos que ha ocurrido al interior de esta disciplina, sus equívocos y desarrollos; para, en el siguiente punto intentar proponer una definición de *lo límite* que oriente nuestra comprensión a partir de establecer los ejes fundamentales existentes en esta problemática. En este contexto, se pondrá en juego las distintas visiones del fenómeno al interior del psicoanálisis, identificando los puntos problemáticos en donde se logran aunar posturas o separar posiciones; para terminar con algunas consideraciones finales que ligan al fenómeno con el estado actual de la sociedad.

Palabras Clave: Estados límites, Borderline, Psicoanálisis, Lazo Social.

I. INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes.

Todo ejercicio clínico constata una diversidad de fenómenos al momento de acercarse al sufrimiento de un paciente. En este contexto un grupo de pacientes llama enormemente la atención, pacientes de algún modo conflictivos en el sentido de poner a prueba el conocimiento tradicional que tenemos de la psicopatología clásica, y también cuestionar el campo de posibilidades de intervención con que contamos desde el psicoanálisis.

Surge al encuentro de nuestra clínica un tipo de paciente que es más bien un espectro amplio de padeceres, que confrontan nuestros conocimientos y respuestas ante ellos. Sujetos de sufrimiento extremo, en el campo de sus manifestaciones, con cortes y flagelaciones, síntomas en el cuerpo, abuso de drogas, ideación e intentos suicidas, angustia extrema; los que destacan por lo agudo de su expresión y por la suma de todas estas manifestaciones en una misma persona.

En un primer lugar confrontan a todo el modelo de atención sanitaria, con policonsulta médica, sobrecargando los servicios de atención primaria, generando una sobreexigencia al área psiquiátrica; sin poder encontrar ayuda farmacológica que alivie

momentáneamente su angustia. Pero a su vez afectan a los psicoterapeutas que no logran enmarcar nosológicamente el cuadro, ni poder prestar una respuesta efectiva al sufrimiento existente. Esto último, llama enormemente la atención, porque pese a acudir solicitando una ayuda, al parecer la ayuda ofrecida no responde a lo pedido, nuestro lugar como psicoterapeuta está constantemente cuestionado, devaluado por momentos e idealizado en otros. Continuamente se oscila en un movimiento pendular que confunde a los psicoterapeutas, por más entrenados que estos estén, generando una constante frustración.

Frente a estos pacientes rápidamente surgen resistencias en el medio psicoterapéutico, como dudas diagnósticas y nosológicas, que conllevan preguntas respecto al estatuto atribuible al fenómeno. Dentro de la concepción psicoanalítica se generan conflictos y discusiones a propósito de este “cuadro clínico”, en torno a su estatuto (¿es una psicosis?, ¿una neurosis grave?, ¿una perversión?).

Uno como terapeuta se enfrenta a situaciones límites de exigencias inmensurables, distorsiones y quiebres en los límites transferenciales, acting de todo tipo, interpretaciones e intervenciones finalmente iatrogénicas, o cambios y mejoras inesperadas, siendo desconocida la causa por el analista.

La literatura psicoanalítica en el último tiempo es variada y prolifera en estos temas. Los últimos treinta años han surgido numerosas propuestas y acercamientos, destacando eso sí, la diversidad de estas proposiciones, las cuales se presentan con contradicciones abiertas de un autor a otro, desde la aceptación o rechazo del fenómeno. En este contexto, en uno como psicoterapeuta surge la pregunta respecto a lo que nos enfrentamos, qué estatuto darle, qué implicancias comporta el lugar que tomemos respecto al problema. Estas preguntas giran en torno a cómo se ha abordado la problemática dentro del psicoanálisis, qué plantea la psiquiatría, cómo entender el surgimiento de este fenómeno, siempre con el fin último de ofrecer al paciente una respuesta a su padecer.

El enfrentar la atención de pacientes con toda la riqueza y dificultades que esto significa, debe poner siempre en duda nuestros saberes, debe cuestionar nuestra posición subjetiva, llama a interrogar constantemente nuestro lugar, en tanto, si podemos dar cuenta de la experiencia clínica a partir de los conocimientos que tenemos. Implica de algún modo, estar abiertos al saber incompleto nunca absoluto; a contemplar que el saber en la clínica sirve si responde a la realidad en la experiencia psicoanalítica. Es el deber ético de todo analista esforzarse por responder a esa pregunta, si el saber dará cuenta en algo de la

verdad del sujeto.

2. Presentación del Problema: Los Pacientes *Borderline*.

Los últimos treinta años, tanto psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas han empezado a preguntarse respecto a la clínica que los convoca. La emergencia de una psicopatología peculiar y particular - distinta a la presentada por los pacientes de principio de siglo, con los cuales surgió el psicoanálisis, se desarrolló la psicología clínica y se unificaron diagnósticos en la psiquiatría, - ha generado una amplia discusión y trabajo.

Surge un tipo de paciente que no encaja con la nosología clásica del psicoanálisis. Cuadros de manifestación ambigua, que no enlazan con las grandes estructuras desarrollada por Freud y continuada por sus sucesores. Los límites entre la psicosis y la neurosis se difuminan, se presentan pacientes con sintomatología diversa, generando una serie de dudas respecto a la estructura de base y su diagnóstico, con las consecuencias clínicas y teóricas que esto conlleva. Como señala Haydeé Heinrich (1999):

Nos referimos a aquellos sujetos que no logran situarse fácilmente en el dispositivo analítico, que no

terminan de creer que decir cualquier cosa que se les ocurra puede querer decir algo, pacientes que transitan de acting en acting, aquejados por enfermedades psicosomáticas, padeciendo anorexia, bulimia, adicciones; pacientes en los que la represión y el retorno de lo reprimido no parecen ser el recurso disponible, pero que tampoco pueden ser ubicados en el campo de la perversión o la psicosis; pacientes que no siempre han encontrado un lugar en las curas psicoanalíticas, habiendo sido, a menudo, calificados de *inanalizables* (Pág. 7)

Es en este contexto surge la pregunta por estos estados, llamados **Límites, Borderline, Limítrofes, Fronterizos, etc.** Como señala Jean-Jacques Rassial (2001):

Esta figura clínica que nos propusieron primero la psiquiatría y el psicoanálisis anglosajón bajo el nombre de *Borderline*, vale al menos por su exactitud descriptiva del sujeto moderno, sustraído tanto a las clasificaciones clásicas de la semiología psicopatológica tradicional como a una clínica estructural psicoanalítica (Pág. 9).

Estamos hablando de pacientes con manifestaciones polisintomáticas poco precisas, estados depresivos difusos, expresiones tanto psicóticas como neuróticas, cuadros de impulsividad, trastornos en la alimentación, toxicomanías, etc. Una expresión novedosa de la problemática psíquica, que de algún modo rompe con

las orientaciones tradicionales del psicoanálisis, confundiendo y dificultando su aprehensión. Las demarcaciones entre un cuadro y otro, siempre difíciles en el ámbito del psicoanálisis, tienden a difuminarse. Nuevamente, como fue desde sus orígenes con los casos de histeria en Freud, es el paciente quien se toma la palabra y habla con su cuerpo, para decirnos que algo distinto está ocurriendo y que el psicoanálisis debe escuchar, no solo por razones clínicas y psicopatológicas, ni tan solo por cuestiones relativas a la eficacia de la cura psicoanalítica, sino para contribuir desde su campo de experiencia a la tarea más general de las ciencias humanas de comprender la subjetividad humana en la historia.

II. DESARROLLO

1. Surgimiento del Fenómeno.

Los orígenes del psicoanálisis están ligados necesariamente a la histeria, presentándose este discurso ante Sigmund Freud como una intriga a resolver. De esta manera el psicoanálisis se impone como una respuesta a esta incógnita y al mismo tiempo una respuesta al saber médico de ese entonces.

Es el paciente quien se toma la palabra para mostrar algo del quehacer clínico que no responde a su pregunta, a su problemática, su padecer. El modelo de

la asociación libre se lo impone a Freud su paciente, pero a su vez toda la construcción teórica desarrollada por el fundador del psicoanálisis responde al esfuerzo de dar cuenta de sus conflictos y resistencias en la experiencia clínica. De esta manera, es la escucha analítica la que deberá abrirse camino en este fenómeno nuevo que implica el inconsciente.

De igual modo, es algo propio de la experiencia clínica la que despierta una nueva problemática en el análisis de los pacientes, buscando un nuevo saber que responda de alguna forma al padecer del sujeto. Es en este contexto, donde empieza a surgir en el último tiempo una nueva problemática, la cual una vez más, llama a la puerta de los psicoanalistas.

Una de las primeras noticias de este nuevo fenómeno se comienza a constatar ya en el año 1938 cuando el psicoanalista Adolf Stern (citado por Gunderson, 2002) *“identificó un subgrupo de pacientes que no encajaban en los límites habituales de la psicoterapia ni en el sistema clasificatorio de la época, un sistema centrado básicamente en la división entre psicosis y neurosis”* (Pág. 1). La nosología de esa época lograba de alguna manera realizar dos grandes grupos clínicos, Freud en el legado de su obra deja enmarcado una división estructural entre neurosis y psicosis que responde a la problemática existente en ese entonces en la clínica. Pero como señala Stern, empieza a

sentirse en el trabajo clínico una cierta variación, una emergencia de algo novedoso, distinto, a lo que llevaban habituados los psicoanalistas (y por que no decir la psiquiatría) hasta ese momento.

Es en este contexto donde surge el cuadro *Límite*, precisamente fue Robert Knight, a través de sus trabajos de 1953 (*“Psychoanalytic Psychiatry and Psychology”*) y de 1954 (*“Psiquiatría psicoanalítica, Psicoterapia y psicología médica”*), el que *“amplió el término límite al considerar que esta entidad nosológica lindaba no sólo con la frontera de la neurosis, sino también con la psicosis”* (Gunderson, 2002, Pág. 1). Esta propuesta es la primera reconocida por la comunidad psicoanalítica, que plantea la existencia de este acontecimiento y la enmarca en la frontera de la neurosis y la psicosis.

Podemos agregar que Knight no amplía únicamente el término “límite”, sino además constata que se trata de un estado permanente del sujeto, que no varía en el tiempo mayormente y que presenta una sintomatología diversa que –como señalamos– linda entre la psicosis y la neurosis, aludiendo de algún modo al surgimiento de una nueva categoría clínica, distinta a las ya existentes. Esto llevará a decir a André Green (1990) en la década de los 70 que, *“si el histérico era el paciente típico de la época de Freud, el fronterizo es el paciente problema de nuestro tiempo, según observo Knight*

(1953) *hace mas de veinte años*” (Pág. 88). Es así como se instala tanto en los servicios de salud públicos, como en las consultas privadas un tipo de paciente particular, que no respondería a los tratamientos clásicos del psicoanálisis para las grandes estructuras, ni tampoco a las clasificaciones psiquiátricas del momento. Lo presentado por Knight en la década de los cincuenta, ya en los setenta – ochenta es una realidad.

Vemos como se empieza a constituir en el psicoanálisis (y la psiquiatría) un cuadro que se posiciona entre la neurosis y la psicosis, y como veremos más adelante, dependiendo de distintos factores se situará como nosología independiente o como una variación de las grandes estructuras.

2. Las Estructuras Freudianas.

Revisemos lo propuesto por Freud, para comprender el fenómeno. En uno de sus primeros textos “*Neuropsicosis de defensa*” de 1894, ya advertía la diferencia de mecanismos propios en la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, como así también de la psicosis. En ese momento une los tres funcionamientos señalando:

Tuve oportunidad de intelegir algo sobre el mecanismo psicológico de una forma de afección

indudablemente psíquica, y a raíz de ello descubrí que el modo de abordaje por mi intentado establece un enlace inteligiblemente entre estas psicosis y las dos neurosis (Pág. 47).

De esta manera, considera un mecanismo común en la producción del síntoma, uniendo a través de ese mecanismo propio, la neurosis obsesiva, la fobia y la histeria:

La tarea que el yo defensor se impone, trata como *<non arrivé>* {<no acontecida>} la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se les puede separar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará plantear totalmente exigencias de trabajo asociativo; *empero la suma de exitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo* (Freud, 1984, Pág. 50).

Para la histeria, esa excitación se convertirá en conversión, en la neurosis obsesiva en representaciones obsesivas y en la fobia temor al objeto fóbico. Ahora bien, del mismo modo en la psicosis, el yo intenta evadir la representación intolerable, en estos momentos, Freud (1984) alude a la defensa, como eje ordenador de las estructuras

clínicas:

El yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva. Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a la representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria (Pág. 60).

En 1896, en su texto “*Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa*”, amplía lo expuesto dos años antes. Sintetiza su trabajo anterior de la siguiente manera:

He reunido la histeria, las representaciones obsesivas, así como ciertos casos de confusión alucinatoria aguda, bajo el título de <neuropsicosis de defensa>, porque se había obtenido para estas afecciones un punto de vista común, a saber: ellas nacían mediante el mecanismo psíquico de la *defensa* (inconsciente), es decir, a raíz del intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo (Pág. 163).

En este punto, distingue la histeria y la neurosis obsesiva, a partir de la posición pasiva o activa con que se vivió la escena traumática de origen sexual:

En la etiología de la neurosis obsesiva, unas vivencias sexuales de la primera infancia poseen la misma

significatividad que en la histeria; empero, ya no se trata aquí de una pasividad sexual, sino de agresiones ejecutadas con placer y de una participación, que se sintió placentera, en actos sexuales; vale decir, se trata de actividad sexual (Freud, 1896, Pág. 169).

Para Freud, el surgimiento de la afección tiene que ver con el fracaso de la defensa a partir del retorno de los recuerdos reprimidos, los cuales generarán la sintomatología característica con las defensas secundarias y las formaciones de compromiso. En la psicosis (paranoia) el mecanismo distintivo de las formaciones será la proyección, siendo el articulador del cuadro:

En la paranoia, el reproche es reprimido por un camino que se puede designar como *proyección*, puesto que se erige el síntoma defensivo de la *desconfianza hacia los otros*; con ello se le quita reconocimiento al reproche, y, como compensación de esto, falta luego una protección contra los reproches que retornan dentro de las ideas delirantes (Freud, 1896, Pág. 183).

Notamos que en este momento de la teoría, si bien, distingue entre neurosis y psicosis, las sigue aunando en una misma nosología a propósito de la defensa del conflicto. Será en sus textos de 1924, “*Neurosis y psicosis*” y “*La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*”, donde articulara de manera más acabada

y definitiva estas manifestaciones clínicas; distinguiéndolas y encuadrándolas cada una a partir del funcionamiento del yo en estas afecciones.

En estos momentos, ya ha introducido nuevos conceptos que generaron variaciones importantes en la teoría psicoanalítica; el paso del trauma real al trauma psíquico ya está operando y se ha instalado la segunda tópica con la división del aparato psíquico en tres instancias *Yo*, *Ello* y *Superyo*, cada una con sus características y funciones. Estas instancias le permiten esclarecer puntos que aun quedaban oscuros en su construcción teórica. En *“Neurosis y psicosis”* (Freud, 1924), señala: *“La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior”* (Pág. 155).

Si bien considera una etiología común para el desencadenamiento, establece mecanismos de defensa distintos en la neurosis *–represión–* y en la psicosis *–denegación–* que permiten pensar funcionamientos diferentes, más allá de la etiología común:

La etiología común para el estallido de una psiconeurosis o de una psicosis sigue siendo la frustración, el no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia, eternamente indómitos, que tan

profundas raíces tiene en nuestra organización comandada filogenéticamente. La frustración es, en su último fundamento, una frustración externa... Ahora bien, el efecto patógeno depende de lo que haga el yo en semejante tensión conflictiva: si permanece fiel a su vasallaje hacia el mundo exterior y procura sujetar al ello, o si es avasallado por el ello y así se deja arrancar de la realidad (Freud, 1924, Pág. 157).

En su texto *“La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis”*, diferencia claramente entre la neurosis y la psicosis a propósito de la evasión de la realidad, en la neurosis a través del uso de la fantasía y en la psicosis con la creación del delirio:

En la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se le reconstruye. Dicho de otro modo: en la psicosis, a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción... la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis la desmiente y procura sustituirla (Freud, 1924, Pág. 195).

En estos momentos, apunta a la distinción de la neurosis y la psicosis tanto por el mecanismo de defensa, como de la restitución que se realiza. Ahora bien, aclara que se debe ser cauto en esta diferencia: *“El tajante distingo entre neurosis y psicosis debe amenguarse, pues tampoco en la neurosis faltan*

intentos de sustituir la realidad indeseada por otra acorde al deseo. La posibilidad de ello la da la existencia de un mundo de fantasía” (Freud, 1924, Pág. 196).

A su vez, ya a finales del texto *“Neurosis y psicosis”* alude a la posibilidad del yo para acomodarse, buscando salidas intermedias, particulares y peculiares en cada sujeto. Esta situación será contemplada con mayor profundidad en sus textos de 1927 *“Fetichismo”* y 1938 *“Escisión del yo en el proceso de defensivo”*, que contemplarán una salida intermedia entre neurosis y psicosis, pero la cual será distinta a ellas en su producción propia, la perversión.

En esta breve síntesis, podemos reconocer la evolución de Freud a partir de sus textos de 1894, hasta 1924 donde establece una diferencia más clara entre la neurosis y la psicosis. Con su texto de 1938, pretende dar una importancia a la función del yo, en su posibilidad de escisión ante la angustia, hecho fundamental para poder pensar las nuevas patologías.

3. Las Grandes Estructuras.

Si acudimos al *Diccionario de psicoanálisis* establecido por Laplanche y Portalis (1996) nos encontramos con que neurosis se define como una *“afección psicógena cuyos síntomas son la expresión*

simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromiso entre el deseo y la defensa” (Pág. 236); por su parte el diccionario dirigido por Ronald Chemama (2002) estipula la neurosis como un *“modo de defensa contra la castración por fijación de un escenario edípico... en ella la represión se ejerce sobre representaciones de orden sexual que son inconciliables con el yo, y determinan los síntomas neuróticos”* (Pág. 279).

A partir de ambas definiciones se puede establecer un sustento claro respecto a la neurosis, que a lo largo de la teoría psicoanalítica tomara distintos puntuaciones dependiendo de la corriente, el autor y lo que se quiera inscribir dentro de la misma estructura. Pero pese a las variaciones, se contempla un conflicto desencadenante de carácter edípico, que generara un tipo de defensas y a su vez una cierta sintomatología más o menos común de manera estable y permanente.

El psicoanálisis, al configurar la propuesta freudiana de las instancias psíquicas de su segunda tópica, con el *Complejo de Edipo*², concibe la neurosis como una

² Concepto central en la teoría psicoanalítica sobre el cual se ordenan los demás conceptos. Alude al encuentro entre el deseo y la sexualidad, se podría entender como el “conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres” (Laplanche, Pág. 61) en la fase fálica, contemplando una forma positiva de amor y deseo sexual hacia el progenitor del sexo opuesto y deseo de muerte al rival del

respuesta o salida (siempre inconclusa) a la problemática edípica, lo cual implicará defensas a nivel del yo ante el conflicto y síntomas como formaciones de compromiso.

Ahora bien, en lo que se refiere a psicosis, Laplanche y Pontalis (1996) la definen como una *“perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad... siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo social”* (Pág. 231), agrega más adelante que:

mismo sexo, y una fase negativa con amor y deseo sexual hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. El complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano, determinándose a partir de éste, el funcionamiento psíquico en términos de estructura de personalidad y la relación al deseo que se desprende de tal. Sigmund Freud le atribuye tres funciones: elección del objeto de amor en términos de la identificación que promueve y la prohibición del incesto que establece; acceso a la genitalidad; y efectos sobre la estructura de personalidad a partir de la relación y constitución de las distintas instancias psíquicas *yo, ello y superyo*. “El complejo de Edipo no puede reducirse a una situación real, a la influencia ejercida efectivamente sobre el niño por la pareja parental. Su eficacia prohibitiva (prohibición del incesto) que cierra las puertas a la satisfacción natural buscada, une de un modo inseparable el deseo y la ley” (Laplanche, Pág. 65), situación que pondrá énfasis Jacques Lacan más adelante. Producto de la fase fálica, el complejo de Edipo será destruido por el complejo de castración, el cual logra a partir de sus efectos simbólicos poner fin al deseo incestuoso en el varón y en la niña abre la vía de esta resolución en tanto existe la constatación de la diferencia de los sexos.

En la psicosis se produce al principio una ruptura entre el yo y la realidad, que deja al yo bajo el dominio del ello; en un segundo tiempo, el del delirio, el yo reconstruirá una nueva realidad, conforme con los deseos del ello (Pág. 323).

Chemama (2002) la define como una *“organización de la subjetividad en la que Freud ve una forma específica de pérdida de la realidad con regresión de la libido sobre el yo y con, eventualmente, la constitución de un delirio como tentativa de curación”* (Pág. 351).

De estas dos definiciones, nos podemos hacer una idea de lo comprendido en la psicosis, en el centro de su conflictiva un quiebre con la realidad y sus manifestación sintomática como un esfuerzo de reconstituir el lazo perdido, aunque de manera delirante en algunos casos y parcial en otros. El psicótico no podrá entrar en la dinámica edípica, la angustia es intolerable, estableciéndose una realidad propia de manera delirante como modo de evadir el conflicto.

Por su parte, en el diccionario dirigido por Alain Mijolla (2007) encontramos que:

Las neurosis corresponden a conflictos internos del sujeto cuyo sentido originario se le escapa, que remiten a conflictos de la primera infancia,

reprimidos, pero accesibles en general en una relación transferencial y susceptibles por tanto a una cura psicoanalítica, mientras que las psicosis están en relación con conflictos entre el sujeto y el mundo, muy poco accesibles o inaccesibles a una relación transferencial y contraindican por eso mismo una cura psicoanalítica, incluso aunque los relatos de los enfermos psicóticos planteen en ciertos momentos y de golpe aspectos del inconsciente que no aparecen en los neuróticos sino después de muchas sesiones (Pág. 1055).

Pero ¿qué ocurre cuando buscamos una definición del cuadro que atañe a este trabajo?:

Caso límite, expresión utilizada generalmente para designar afecciones psicopatológicas en el límite entre la neurosis y la psicosis... el término caso límite no posee una significación nosográfica rigurosa, sus variaciones reflejan las propias incertidumbres existentes en el campo al que se aplica (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 49).

En el diccionario dirigido por Alain Mijolla, editado en Francia el año 2002, señala que:

La noción nosográfica de estados límites apareció en la esfera de la influencia de lo que, en la literatura anglosajona, se definía como *borderline*, para reagrupar a un importante número de pacientes cuyas manifestaciones clínicas no encontraban su explicación ni en la neurosis ni en la psicosis (Pág.

452).

Se destaca eso sí, que se debe evitar tres escollos para comprender la dinámica:

Ψ Considerarlos como una transición entre neurosis y psicosis, pues no se trata de una prepsicosis ni de una neurosis grave.

Ψ No se debe concebir como <estados> pasajeros, en el sentido de la variabilidad de un mismo individuo, siendo un estado inestable de un funcionamiento estable.

Ψ A propósito de su variabilidad clínica, se debe renunciar a definir lo esencial de la psicodinámica que los aglutina, ya que “*la aparente variabilidad clínica se unifica, de hecho, en una misma razón narcisista, una misma reacción arcaica y una manera parecida de establecer las defensas necesaria en el exterior*” (Mijolla, 2007, Pág. 453).

Se destacan además, tres aspectos de su funcionamiento:

Ψ Desafío narcisista donde el conflicto no supera su impacto traumático.

Ψ Se trataría la realidad, más que en negociar la

pulsión ante la imposibilidad de disociar afecto y representación, lo cual permitiría la represión y el desplazamiento.

Ψ La omnipotencia, “*bajo apariencia neurótica, caracteriza el trastorno más profundo que va de la inestabilidad del comportamiento a las reacciones antisociales*” (Mijolla, 2007, Pág. 453).

Se plantea en definitiva en este diccionario que:

El estado límite en resumidas cuentas sigue siendo un esfuerzo volcado al exterior, por la incapacidad de vivir en sí mismo la ambivalencia y que se ahorra tanto la depresión por dentro, como el delirio por fuera (Pág. 453).

La ambigua definición encontrada en Laplanche y Pontalis y la ausente referencia en Chemama, nos habla de la dificultad del concepto, como de su concepción clínica, nosológica y psicopatológica; en la cual sólo se dan referencia vagas a un estado intermedio, sin poder definir el cuadro desde aspectos propios e internos, estableciendo de entrada una discusión respecto a la nosología existente y el lugar que estos estados ocuparían. Sólo a partir del texto del año 2002, se establece una definición más acabada, la cual contempla la relación con la nosología de EE.UU. de *borderline* y nos advierte de dificultades para

comprender el fenómeno, haciendo hincapié en el narcisismo, la omnipotencia y las dificultades en la representación de estos pacientes.

Para John G. Gunderson (2002), después de Knigh, el término *límite* paso a designar “*a pacientes problemáticos que no podían considerarse ni neuróticos ni psicóticos*” (Pág. 2), como así también “*pacientes iracundos y manipuladores que suponían un problema*” (Pág. 6), ampliando la definición a un funcionamiento nuevo que a su vez significaba problemas en su atención y abordaje terapéutico.

4. Una Definición Esquiva.

En la literatura del psicoanálisis, este campo toma denominaciones diversas a lo largo de los años:

Estados fronterizos, personalidades esquizoides - Farbairn, 1940-, personalidades <como si> -H. Deutsch, 1942-, trastornos de identidad -Erikson, 1959-, déficit específicos del yo -Gitelson, 1958-, personalidades falsas -Winnicott, 1959-, falta básica -Balint, 1960-, ...estructuras pregenitales -Bouvet, 1956-, desordenes fronterizos y personalidades narcisistas -Kernberg, 1970, 1974; Kohut, 1971- (Green, 1990, Pág. 51).

A la anterior lista habría que agregar las denominaciones de la escuela francesa, a-estructuras

(Bergeret, 1974), estados límites (Rassial, 1999; Lebrun, 1997) y psicosis ordinaria (Miller, 1999). Rápidamente podemos hacernos una imagen respecto a la dificultad de establecer un lugar a estas manifestación, como así la sorprendente variedad de nombres que ocupa dentro de los psicoanalistas a la hora de rotular la manifestación clínica que confirman en su experiencia.

Del mismo modo, Jean Bergeret (1996) reconoce en la psiquiatría mas de cuarenta denominaciones nosológicas para definir estos estados intermedios, esquizofrenias latentes, esquizofrenias simples, esquizotimia, esquizofrenias pseudo-neuróticas, organizaciones esquizoides de la personalidad, etc. Como confirma Jean-Pierre Lebrun (2003), “*desde hace unos decenios, se menciona regularmente la existencia de nuevas patologías: pacientes narcisistas, borderlines, falsos yo, personalidades múltiples, estados-límites, anti-analizantes, y cada vez somos invitados a observar allí un rasgo común, precisamente una <dificultad en la representación psíquica>*” (Pág. 130). Es importante destacar que Lebrun pese a registrar una diversidad de definiciones, reconoce la existencia de un denominador común, un rasgo distintivo que de algún modo las aúna.

A lo anterior, aclara Rassial (2001), que:

De este modo, primero en Estados Unidos y desde hace algún tiempo Francia, el diagnóstico de estado límite vino a cubrir una realidad patológica en otro tiempo variada que abarca de la psicopatía a las *perversiones sociales*, de las *preesquizofrenias* a las neurosis narcisistas (Pág. 16).

Cubriendo un espectro psicopatológico amplio. Este inicio en EE.UU. surge fuertemente asociado a la corriente dinámica de la psiquiatría, quienes ven nacer una nueva categoría clínica en sus manuales psiquiátricos que respondería a estos cuadros, podemos pensar que esto expresa la manera en que el psicoanálisis se fue implantando en la sociedad norteamericana.

Como vemos, estos estados son un punto de atención para el psicoanálisis desde hace cincuenta años. Ya en la década de los setenta Green (1990) se preguntaba si esta proliferación de diagnósticos se debían únicamente a un aumento de la frecuencia de estos casos o más bien a un cambio establecido, proponiendo más adelante, que el aumento de este diagnóstico tenía relación con la consolidación de un cuadro nuevo, que si bien, se podría encontrar presencia aislada en décadas anteriores, viene a decantar como un funcionamiento particular de la subjetividad en la segunda mitad del siglo veinte. Sin duda, que esta consolidación planteará dudas respecto al origen, movilizandando una serie de hipótesis -

especialmente en la escuela francesa- que anticipo, giran en torno a las transformaciones sociales existen en el siglo veinte.

La psicoanalista Julia Kristeva (1993) al hacerse la pregunta respecto a la existencia de nuevos pacientes, plantea que *“la experiencia cotidiana parece demostrar una reducción espectacular de la vida interior”* (Pág. 15). Describe a estos pacientes como el hombre moderno narcisista, que lleva su sufrimiento al cuerpo, pero *“cuando se queja, es para complacerse mejor en la queja que desea sin salida”* (Pág. 15); y completa su descripción al señalar que *“sin identidad sexual, subjetiva o moral, este anfibio en un ser fronterizo, un <borderline> o un <self falso>”* (Pág. 15).

Constata en estos nuevos pacientes, importantes dificultades para expresarse, percibiendo el lenguaje como artificial o vacío *“suelen tener la apariencia de los analizados <clásicos>, pero bajo estos aspectos histéricos y obsesivos afloran enseguida <enfermedades del alma> que evocan, sin confundirse con ellas, la imposibilidad de los psicóticos para simbolizar traumas insoportables”* (Kristeva,1993, Pág. 16).

En esta presencia evocadora a la psicosis, pero distinta a su vez *“los analistas tienen que inventar entonces*

nuevas nosografías que tengan en cuenta los <narcisismos> heridos, las <falsas personalidades>, los <estados límite>, los <psicosomáticos>” (Kristeva,1993, Pág. 16), para dar cuenta de lo acontecido en su clínica.

Pero como señala Rassial (2001):

Este estado límite ha de ser pensado en simultaneidad con el estado de la sociedad y con las condiciones de la socialización, afectadas por una decadencia en la función paterna mencionada ya en Freud y estudiada por Jean Bergeret, ...el estado límite es ante todo una respuesta adecuada a esa incertidumbre de los puntos de referencia característicos del lazo social contemporáneo (Pág. 27).

Lo que propone Rassial va a la luz de los efectos de los fenómenos sociales en la constitución del sujeto, como lo estableció Freud a partir del “complejo de Edipo”, eje fundamental del cruce de cada uno con lo social, como así también del énfasis establecido por Jacques Lacan más tarde, a partir de las relaciones al Otro posibles, bajo ciertas condiciones del discurso subjetivo. En este sentido, para el psicoanálisis –desde su fundador y autores posteriores- la subjetividad no es independiente, de ningún modo, a lo social, sino más bien, es desde allí donde nos constituimos, uno y otro son inseparables, son dos caras de una misma moneda, como lo muestra Lacan con su banda de

Moebius.

Concuerda Kristeva (1993) con el análisis propuesto por Rassial en tanto, “*estos nuevos pacientes podrían ser producto de la vida moderna que agrava las condiciones familiares y las dificultades infantiles, transformándola en síntomas de una época*” (Pág. 17); aunque también pueden ser una nueva variante de las carencias narcisistas propias de todos los tiempos. Pero sin lugar de dudas, es el propio analista el que está interpelado en su lugar, en tanto el cambio de estos pacientes generará un movimiento en la escucha del analista, que lo llevaría a afinar sus interpretaciones a nuevos lugares (Kristeva, 1993, Pág. 17).

Ahora bien, en lo que respecta al fenómeno se constata dentro del mismo psicoanálisis y la psiquiatría actual, una cierta concordancia en la existencia de un cuadro que no calza con la neurosis ni la psicosis como vimos anteriormente; en una primera impresión no concuerda con su manifestación sintomática, ni en la relación transferencial que se establece. Como señala Silvia Amigo (1999), “*a diferencia de los psicóticos, su discurso no se ha desamarrado del capitoné que le otorga la direccionalidad significativa que posibilita el lazo social –lazo que a pesar de poder estar afectado– no se ha perdido en ellos*” (Pág. 48). La experiencia clínica va descubriendo una diferencia en el abordaje de estos pacientes, tanto la comprensión diagnóstica

posible se confunde, como las posibilidades de intervención se restringen, en tanto, la escucha dispuesta no logra dar cuenta con la experiencia, ni la intervención responde al lugar requerido.

Pero pese a cierta correspondencia por una amplia gama de psicoanalistas de distintas perspectivas, a partir de las distintas concepciones metapsicológicas, se establecerá en un comienzo divisiones radicales respecto a estos cuadros, que pasarán desde el reconocimiento al desconocimiento del fenómeno, lo que llevará a divergencias teóricas y técnicas importantes. Es así como el mero diagnóstico:

Pone en entredicho nuestros dogmas metapsicológicos en los registros tópico, económico y dinámico, hasta el punto de que el empleo de esta noción marcaría una línea divisoria entre los propios psicoanalistas: por ejemplo, entre lacanianos que la rechazarán y “antilacanianos” [ej: psicología del yo], que la convertirán en instrumento de una polémica clínica (Rassial, 2001, Pág. 9).

Frente a la convergencia entre los psicoanalistas de un fenómeno nuevo, distinto y particular, surge una serie de divergencias respecto al estatuto atribuirle a tal manifestación; estas discrepancias podrán tener que ver con las causas atribuidas a la emergencia del fenómeno, por un lado cierto grupo de la escuela francesa que considerará un cambio en el lazo social; y

por otro, la escuela anglosajona concibiéndolo como un diagnóstico nuevo que no se había reconocido anteriormente. También difieren por el estatuto atribuible al fenómeno, unos le dan carácter de estructura de personalidad al igual que la psicosis y la neurosis (Kernberg), otros niegan la posibilidad de reconocerlos como una estructura de personalidad (Bergeret), también se plantea como una psicopatología psiquiátrica (Gunderson) y por último un estado particular de la estructura (Rassial). Cada una de estas posiciones determinará una concepción clínica peculiar, la escucha ofrecida variará de unos a otros, como así el campo de intervención ofrecido con sus consecuencias al momento del ejercicio clínico y la discusión teórica que surge en torno a estos funcionamientos.

Respecto a lo anterior, Bergeret (1996) explicita que “*los trabajos de diferentes escuelas divergen todavía en cuanto a la posición nosológica precisa que debe acordarse a tales organizaciones*” (Pág. 182-183), en donde para algunos se trata aparentemente de *formas menores de psicosis*, para otros se puede constituir *formas mayores de neurosis*, una tercera posición que defiende la existencia de *formas de transición entre neurosis y psicosis*, y por último un cuarto grupo que considera a los estados límites una *entidad nosológica independiente*.

Pero por sobre todo, como bien señala Kristeva (1993), el surgimiento de una *nueva enfermedad del alma* implica que:

Más allá de las nosografías clásicas y su necesaria reestructuración, las nuevas enfermedades del alma son dificultades o incapacidades de representación psíquicas que llegan a destruir el espacio psíquico, nos situamos en el centro del proyecto analítico (Pág. 17).

Siguiendo a Kristeva, nos ubicamos en el centro del proyecto analítico en el sentido que precisamente a partir de pacientes que no respondían a los tratamientos convencionales, como fue la histeria en su momento, es que surge el psicoanálisis. Freud intenta responder a ésta problemática, ir más allá de la sugestión que trabajó su maestro Charcot y escuchar lo propio de ese padecer. A su vez, es precisamente con ese sujeto afectado en su capacidad psíquica e invalidado por su síntoma, donde el psicoanálisis ha intentado dar una respuesta o proponer un espacio de escucha para ese sufrimiento, y generar cambios en la vida de sus pacientes.

5. Una Mirada por la Psiquiatría.

Es importante en estos momentos hacer un paralelo con lo ocurrido dentro de la psiquiatría, ya que esta especialidad de la medicina ha sido la principal

propulsora de esta noción a partir del diagnóstico de *Trastorno de la personalidad*. Este cuadro marcará, querámoslo o no, el quehacer clínico en salud mental los últimos veinte años, situación a la cual el psicoanálisis no queda ajeno.

El papel de la psiquiatría desde la segunda mitad del siglo XX, necesariamente esta influida por dos hechos de suma relevancia. El primero es el rol de los manuales de clasificación diagnóstica a escala mundial -con sus consecuencias estadísticas y epidemiológicas- liderados por el DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana y su contraparte de la Organización Mundial de la Salud, CIE. El segundo corresponde al efecto de la farmacoterapia, impulsada por los neurolépticos y antidepresivos de la década de 1950.

El cruce de los dos factores mencionados, tendrá efectos sumamente importantes para el ejercicio de la psiquiatría, como bien apunta Foucault (2008), *“¿cuál es la actividad del psiquiatra en un hospital modelo del siglo XIX?; como saben, había dos y sólo dos. En primer lugar la visita; en segundo lugar, el interrogatorio”* (Pág. 317). Hecho que se verá trastocado y transformado por la entrada de fármacos con cierta efectividad para patologías tradicionales que atendía la psiquiatría: Psicosis, Manía, Depresiones y Trastornos Ansiosos.

Ahora bien, la aplicación de la farmacoterapia en los pacientes límites, ha tenido una historia bastante irregular, como señala Gunderson (2002) *“el papel de los psicofármacos en el tratamiento de los pacientes límites fue bastante irrelevante durante la década de 1970, en que predominaban las perspectivas psicoanalíticas”*. De algún modo, la psiquiatría empírica, comienza a desplazar al psicoanálisis como marco de referencia para el ejercicio clínico a partir de la estandarización de criterios diagnósticos y sus respectivas investigaciones empíricas con los nuevos medicamentos:

La utilidad de este tipo de fármacos se comenzó a estudiar a principios de la década de 1980, como consecuencia de la aparición de criterios estandarizados y evaluaciones fiables, de la medicalización de la psiquiatría y el creciente reconocimiento de la eficacia en otros trastornos (Gunderson, 2002, Pág. 129).

En este punto podemos pensar algunas consecuencias importantes. Precisamente con el ingreso de la farmacoterapia moderna en el tratamiento de malestares psicóticos y depresivos ansiosos, que de modo general, podríamos homologar a la sintomatología en cuadros psicóticos y neuróticos, se logra aplacar en un comienzo significativamente los síntomas, estos se apaciguan y callan, efecto deseado y buscado por esta clínica. Pero del mismo modo, que

algunas afecciones responden al tratamiento, surge un cuadro clínico que no responde a las nuevas herramientas, *“los primeros proyectos demostraron que ni los antipsicóticos tradicionales ni los antidepressivos podían responder a la pregunta <límite con qué>”* (Gunderson, 2002, Pág. 129).

De esta manera podemos suponer que el surgimiento de este diagnóstico y la preocupación por este nuevo paciente, esta íntimamente ligada a los inicios de la farmacoterapia. Esta nosología se escapa a las intervenciones posibles, al parecer comparte sintomatología con los cuadros conocidos, pero no se “resuelven” con el medicamento, a diferencia de lo que ocurre con la producción psicótica y la sintomatología depresiva en la neurosis.

Ahora bien, *“los Trastornos de Personalidad fueron incluidos en el DSM desde su primera edición en 1952, reflejando el interés de los psiquiatras de corriente psicoanalítica por el tratamiento de estos trastornos”* (First, 2004, Pág. 123). Es así como en 1980 en el manual de psiquiatría DSM III se incorpora el Trastorno de Personalidad Límite a la clasificación a partir de la creación de un eje independiente (eje II), quizás el diagnóstico más emblemático del espectro que corresponde a los estados límites; y doce años más tarde, es adaptado para la versión del CIE10. Es importante destacar que *“de todos los trastornos de la*

personalidad, es probablemente el más diagnosticado en la práctica clínica moderna” (Loranger, 1990; Loranger y cols. 1997). Compartiendo criterios basales de este diagnóstico y que podemos entender dentro del espectro Límite, se encuentran los Trastornos Narcisistas, Trastorno Histriónicos y Trastorno Antisocial.

Qué es lo que entiende la psiquiatría a partir de este diagnóstico. Para el DSM IV, en su manifestación clínica se encuentra que:

Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad que se manifiesta en incertidumbre ante temas trascendentales, como orientación sexual y objetivos biográficos a largo plazo, lo que conduce a una sensación de vacío y aburrimiento... ausencia del control de impulso con autolesiones y explosiones de violencia, ...afecciones de la imagen corporal, ...relaciones intensas e inestables con intentos y amenazas suicidas. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el uso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida... descompensación de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración (Riquelme &

Oksenberg, 2003, Pág. 60).

Pese a los criterios claros y estandarizados del trastorno en los manuales, el uso de este diagnóstico en psiquiatría siempre ha generado una enorme dificultad, causando problemas desde el sobrediagnóstico en el cual se incurre; hasta la dificultad en el tratamiento. Como señala W. John Livesley (2005) *“la clasificación de los Trastornos de la Personalidad sigue constituyendo un área problemática dentro de la nosología psiquiátrica, a pesar de los avances llevados a cabo en el DSM II y las siguientes ediciones”* (Pág. 151). En el diagnóstico se superponen criterios que son de algún modo contradictorios para la psiquiatría (síntomas depresivos, somáticos, psicóticos, impulsivos, etc), generando confusión y dudas sobre el tratamiento farmacológico, frente a las respuestas ambiguas y disímiles en los pacientes:

Una tercera observación descubrió que la valoración que hacen los pacientes *límites* sobre los beneficios de un determinado fármaco puede diferir bastante de la valoración que hacen los profesionales. Los fármacos preferidos por los pacientes *límites* parecían hacerles empeorar, a juicio de los demás, mientras que el tipo de medicación que más desagradaba era el que los demás consideraban más beneficiosa (Cowdry y Gardner, 1988, citados por Gunderson, 2002, Pág. 130).

Siguiendo lo revisado anteriormente, Gunderson (2002) nos advierte respecto a las mejorías de estos pacientes con la farmacoterapia, recalcando los efectos ambiguos del medicamento, y poniendo énfasis en que aún no se ha desarrollado una medicación específica para curar el trastorno límite de la personalidad *“en caso de que un paciente límite presente una respuesta magnífica a la medicación y pueda decirse que le ha vuelto no límite, es probable que el diagnóstico fuera erróneo”* (Pág. 131).

Como señalan los investigadores *“los tratamientos farmacológicos tienden a apuntar hacia dimensiones específicas como la inestabilidad emocional, la impulsividad, la desorganización cognoscitiva y la ansiedad, más que hacia los diagnósticos globales”* (Soloff, 1995, citado en Livesley, 2005, Pág. 153). De esta manera, el hecho de la existencia del diagnóstico definitivamente no implica una claridad respecto al tratamiento con los pacientes. Si bien es cierto, resuelve la problemática en la psiquiatría de “falsas” psicosis, depresiones y otros trastornos; esto no se traduce necesariamente en un ejercicio claro sobre el cuadro.

Lo que constata la psiquiatría, es la emergencia de algo distinto a otras patologías, que no responde al tratamiento de otros trastornos, y que clama por un acercamiento propio y particular, lo que dificulta

enormemente el ejercicio clínico para el médico psiquiatra. A lo anterior, se debe agregar que este cuadro es uno de los motivos más altos de la consulta psiquiátrica, y es uno de los pacientes que utiliza mayores recursos dentro de la sanidad estadísticamente (Ramon Florenzano en Riquelme 2003).

A propósito de la problemática de los llamados *Trastornos de Personalidad* y en especial, el Trastorno límite, señala Foucault (2006) que “*en psiquiatría la noción de personalidad hace singularmente difícil la distinción entre normal y patológico*” (Pág. 22), en el esfuerzo de objetivar y estandarizar fenómenos subjetivos:

Podemos preguntarnos si acaso la dificultad proviene del hecho de que damos el mismo sentido a las nociones de enfermedad, síntoma y etiología en patología mental y en patología orgánica. Si definir enfermedad y salud psicológica resulta tan difícil, ¿no será porque nos esforzamos en vano aplicarles masivamente los conceptos destinados a la medicina somática? (Foucault, 2006, Pág. 9).

El conflicto que ha generado esta denominación clínica, también se puede comprender ya que en psiquiatría se confunde y superpone, la personalidad, el trastorno de personalidad y la enfermedad, no pudiendo distinguir por ejemplo la salud o el estado de compensación en estos trastornos, ya que la remisión

sintomática, como vimos no opera en estos cuadros, criterio indispensable para caer en el espectro de sano dentro de la medicina:

Los investigadores no han sido capaces de identificar una distinción cualitativa entre las características normales de la personalidad y los trastornos de la personalidad -p.ej: Kass et al, 1985; Livesley et al, 1992; Nestadt et al, 1990; Zimmerman y Coryell, 1990. (First, 2004, Pág. 125).

Esta complicación, también se reconoce en la psiquiatría dinámica, por ejemplo en Kernberg, donde la estructura limítrofe, la cual coincide en gran parte con el T. Límite, no logra dar cuenta de un estado compensado de la estructura, que permita vislumbrar un funcionamiento que no sea “trastornado”.

Por último, en función de lo referido a la psiquiatría y sus dificultades en el tema de la personalidad y sus “disfunciones”, François Laplantine (1999) plantea que a lo largo de la historia han existido en medicina distintas maneras de concebir la enfermedad, situación a la que no se escapa la nosología psiquiátrica, las cuales irán aparejados con modos de curación. Estas distintas concepciones que van desde modelos de representación naturalista, causalidad exógena, endógena, etc, no siempre son excluyentes en una misma enfermedad. De esta manera se podría entender la problemática que implica el diagnóstico desde la

personalidad “alterada”, en donde el modelo de cura (farmacológico) no responde a la concepción del trastorno, produciendo una incoherencia interna.

6. Intentos de Definición.

En este contexto, intentar aunar una definición para los estados límites desde el psicoanálisis, parece una tarea imposible, pero con el objetivo de tener una mayor claridad respecto a este trabajo, presentaré una visión muy general de tipo descriptiva a partir de la integración de distintos autores.

Lo primero a señalar, es que la noción de *borderline* o *estado límite*, surge en la práctica clínica por “*el descubrimiento de obstáculos mayores en la cura de sujetos que a primera vista parecían neuróticos*” (Rassial, 2001, Pág. 19), como señala Otto Kernberg (1997), “*presentaban al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica*” (Pág. 23), es decir en la experiencia analítica con pacientes que en un primer momento parecían funcionamientos neuróticos, se establece una duda.

Destaca en un primer lugar la presentación del paciente dentro de lo concebido generalmente por una neurosis, pero a medida que se avanza en el tratamiento o el diagnóstico se reconocen peculiaridades. Como plantea

Kernberg (1997), frente a una cura psicoanalítica clásica desarrollan una psicosis de transferencia, pudiendo sufrir episodios psicóticos pasajeros, además en su vida exhiben una alta impulsividad, polisintomatología neurótica y una identidad del yo difusa (*síndrome de difusión de identidad*). Se reconocen episodios depresivos atípicos, donde la depresión no es simplemente reactiva y pasajera como en la neurosis, ni consustancial a la existencia, con un temor general ante el derrumbe y un estado de angustia generalizada.

En otras ocasiones, aunque de menor frecuencia, casos que se presentaban como psicosis desde sus manifestaciones sintomáticas, a lo largo del proceso se estabilizan en funcionamientos de otro orden, distinto a una psicosis subclínica por ejemplo (las cuales aun no se desencadenan) o cuadros psicóticos declarados. Lo que se pensaba como una psicosis en función de su desorganización psíquica inicial y su discurso a momentos disgregados, tiende a otra cosa. Ahora bien, como bien señala Green (1990), de estos tipos de pacientes que parten por la línea psicótica para decantar en estados límites, es más difícil su comprensión y trabajo debido a su gravedad sintomática, por lo que la experiencia psicoanalítica ha aprendido menos.

Para Rassial (2001) destacan tres aspectos

semiológicos en los estados límites, por un lado una peculiar combinación de angustia y depresión, generando un estado ansioso-depresivo, en la cual la depresión no es ni reactiva ni melancólica; segundo, conductas de tipo perversas en lo sexual como en lo social; y tercero, ataques conjuntos a la imagen del cuerpo y al proceso de pensamiento, no homologables a las “neurosis narcisistas” propuestas por Freud; estableciendo de esta manera diferencias clínicamente constatable en las entrevistas de evaluación.

Así se configura un cuadro particular, que llama la atención inicialmente por la ambigüedad de su manifestación, donde se pueden presentar elementos de tipo psicótico y neurótico, pero presentados no de un modo neurótico o psicótico. Se podría comprender como:

Un termino descriptivo que designa a un grupo de condiciones que manifiestan fenómenos tanto neuróticos como psicóticos sin entrar de manera inequívoca en ninguna de esas dos categorías diagnósticas, [en donde] ni los síntomas neuróticos ni los psicóticos se corresponden con la concepción de neurosis o psicosis (Green, 1990).

Las expresiones sintomáticas difieren de lo comúnmente conocido, cortes en el cuerpo para calmar la angustia, intentos de suicidio recurrentes como manera de buscar un reconocimiento del Otro,

trastornos alimenticios variados, toxicomanías frecuentes, en un uso particular de las sustancias que no entran en el intercambio social, entre otras.

7. Distintos Acercamientos.

Dentro del psicoanálisis los distintos autores tomarán posiciones muy diferentes, tanto desde una concepción teórica, como en sus implicancias clínicas. Lo anterior, pese a poseer –como vimos anteriormente- algunas nociones y puntos en común respecto a la problemática de lo *límite*.

Para Otto Kernberg (1997), la *organización fronteriza de la personalidad*, como él la denomina, describe a “*pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable y no un estado transitorio que fluctúa entre neurosis y psicosis*” (Pág. 19), constituiría una estructura de personalidad, distinta a la estructura neurótica y psicótica, denominándola *estructura limítrofe*. Este funcionamiento ampararía una serie de patologías descritas en la nosología psiquiátrica compilado en los manuales de psiquiatría (DSM IV y CIE10) tales como *Trastornos Límite de la personalidad, T. Histriónico, T. Narcisista, T. Antisocial y T. Esquizoide*. En el otro extremo, Jean Bergeret (1996) plantea que no se puede denominar estructura de personalidad a estos estados, ya que no cuentan con mecanismos estables y

permanentes defensivos, ni una identidad propia, si bien reconoce la existencia del cuadro, se resiste a denominarla como estructura de personalidad y las designa como *a-estructuras*, en donde destaca un funcionamiento inestable marcado por una pseudo-normalidad.

Dentro de los dos polos anteriores, encontraremos posturas como la de la psiquiatría dinámica norteamericana representada por John Gunderson (2002), que sólo considera el Trastorno Límite de la personalidad como el cuadro representativo de estos estados, criticando la propuesta de Kernberg por ser demasiado amplia y superponer diagnósticos, lo anterior lo hace a partir y principalmente de estudios empíricos formulados luego de la estandarización de diagnósticos psiquiátricos con los manuales DSM en la década de 1980.

En la escuela inglesa de psicoanálisis, encontramos los trabajos de Donald Winnicott (1960) con su concepto de *falso self* los considera un funcionamiento propio e independiente de las estructuras psicóticas y neuróticas. Si bien, lo que el autor describe estrictamente como estados límites serían pacientes con nódulos psicóticos con una presentación neurótica, el concepto de *falso self* logra dar cuenta del espectro de funcionamiento no neurótico ni psicótico que se ha descrito anteriormente.

Para Winnicott (1962) el rol del ambiente es preponderante, en donde madres insuficientemente buenas en el sentido de impredecibles y que imponen sus necesidades en vez de acomodarse al niño, no lograrían sostener el desarrollo normal del niño, provocando una constitución falsa sobre la base de la sumisión y la defensa del verdadero self. Esta coraza falsa será tratada como la verdadera, siendo esta constitución el eje fundamental de la patología de *falso self*, que no contaría con un yo integrado a partir de esta falla en el sostén inicial ejecutado por la omnipotencia materna primera. Esta constitución implica una ineficacia simbólica, una rigidez defensiva y la ausencia del conflicto psíquico interno, ya que estarían ubicados en una posición anterior a esto, todo lo señalado lo podemos ubicar en un funcionamiento como los descritos en los *estados límites*.

En la misma línea que el autor anterior, Heinz Kohut (1980) refiere que los estados fronterizos sufren una fragmentación del self permanente en la línea psicótica, esto podría entenderse como una estructura psicótica no desencadenada. Pero el trastorno Narcisista que él describe, cabe dentro de lo que hemos definido como *estado límite*, allí el *si mismo* se sentiría discontinuo habiendo fallado el período de narcisismo constitutivo con el *objeto del si mismo*; ha fracasado la respuesta especular que lo autoafirma y le permite idealizaciones sanas, no pudiendo formarse el *si mismo*

nuclear que da sensación de continuidad en la personalidad. La causa de lo anterior, se debe en gran parte a la patología del progenitor, quien tiene una incapacidad crónica de respuesta a las necesidades de afirmación del niño en ausencia de empatía; siendo esta respuesta empática de las necesidades, anulada por los padres que no responden. De esta manera, el *complejo de Edipo* no puede ser vivenciado de una manera estructurante, dadas las fallas previas en la constitución.

Para Michael Balint (1989) los pacientes *límites* están más allá del *Edipo*, en un estadio pre-verbal de relación narcisista. No existiría un conflicto de base, sino más bien se está en una posición de *falta básica*, en donde las palabras no tendrían un significado convencional, pero aclara bien que no correspondería a lo psicótico precisamente, aunque de refiera a algo pre-edípico y diádico en algún sentido.

La *falta básica* esta asociada a una falla o descuido que se siente irreparable, no posible de suturar como sería la falta edípica. El origen lo contempla en una discrepancia o desajuste de las necesidades biopsicológicas de los cuidados psíquicos y maternos, de esta manera se generaría pacientes que no han entrado en lo triádico edípico. Esta posición genera transferencias diádicas, no triádicas, en donde no hay estructura de conflicto (que sería lo propio de lo

edípico); con lo que la interpretación genera respuestas paranoides. La falta es un desajuste, siendo eso lo traumático que se debe compensar y cicatrizar en análisis.

Por último, encontramos divergencia en la propia escuela lacaniana, en los cuales una vertiente no reconoce la existencia del fenómeno, aludiendo a distintas variaciones de la propia neurosis, estructuras psicóticas o perversas (J-A. Miller); u otra perspectiva (Lebrun, Rassial, Amigo, Cancina) que reconoce este funcionamiento como un estado particular de la estructura, que no encaja con el funcionamiento de las tres grandes estructuras antes nombradas, por la cual se debe generar una clínica especial, distinta a las tradicionales curas psicoanalíticas.

Desde los seguidores de Lacan se propondrán abiertamente los efectos del Otro y sus vicisitudes en la constitución de los *estados límites*. Si Kernberg se niega a esto poniendo el origen en un exceso de pulsión de muerte constitutiva, dando una etiología intrapsíquica, los demás autores plantea un origen extrapsíquico. Si bien Winnicott, Balint y Kohut le dan un rol a la relación con la madre en la constitución de los *estados límites*, Rassial, Lebrun y Miller irán más allá al concebir la función paterna como algo que falla desde su sostén en lo social.

Algo del lazo social a variado, lo que implica una función paterna y materna que en el último tiempo se verá trastocada o afectada, con consecuencias subjetivas que se constatan en los *estados límites*. Como señala Rastall, en estos estados la castración de la madre persiste, sin poder superarla; el discurso social no favorece la castración en todos sus niveles, incidiendo directamente en la constitución del sujeto.

Pese a las divergencias de las perspectivas dentro del mismo psicoanálisis, al parecer existiría una concordancia entre todas las orientaciones respecto al eje central en la problemática de los pacientes límites, la cual giraría en torno a dificultades en la *castración* y en la constitución del *narcisismo*, con sus posibles efectos.

Ahora bien, veamos como entender estos dos conceptos, el *Complejo de Castración* se puede entender como:

Complejo centrado en la fantasía de castración, la cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos (presencia o ausencia del pene): esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña. La estructura y los efectos del complejo de castración son diferentes en el niño y en la niña. El niño teme la castración como realización de una *amenaza* paterna en respuesta a sus actividades sexuales: lo cual provoca una intensa

angustia de castración. En la niña, la ausencia de pene es sentida como perjuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar. El complejo de castración guarda íntimamente relación con el complejo de Edipo y más especialmente, con su función prohibitiva y normativa (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 58).

De esta manera, este complejo se relaciona con la teoría sexual infantil donde se atribuye tanto al hombre como la mujer un pene, adquiriendo una significación narcisista especial, en este sentido tiene un impacto en el narcisismo:

El falo se considera por el niño como una parte esencial en la imagen del yo, la amenaza que le afecta pone en peligro radical esta imagen, su eficacia procede de la conjunción de los dos elementos siguientes: prevalencia del falo y herida narcisista (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 59).

La castración estará movilizada por la angustia de pérdida o separación de un objeto, la amenaza de castración “*sella la prohibición del incesto, encarnándose la función de la ley como instauradora del orden humano*” (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 61), a su vez pone fin en los dos sexos a la relación dual madre-hijo.

Ahora bien, existe una nueva mirada que aporta Lacan

en la concepción de la castración, en donde se articula a la dinámica del deseo fálico, siendo el paso necesario para la entrada a lo simbólico a través de la interdicción paterna:

La castración no concierne evidentemente al órgano real... recae sobre el falo en tanto es un objeto imaginario. El niño mujer o varón, quiere ser el falo para captar el deseo de su madre (primer tiempo del Edipo), la interdicción de incesto (segundo tiempo) debe desalojarlo de esta posición ideal de falo materno. Esta interdicción corresponde al padre simbólico, es decir, una ley cuya mediación debe ser asegurada por el discurso de la madre. Pero que no se dirige sólo al niño, sino también a la madre. Por tal causa es comprendida por el niño como castrándola. El tercer tiempo interviene el padre real, quien tiene el falo (quien para el niño es supuesto como teniéndolo), quien, usa de él y se hace preferir por la madre. El niño ha de renunciar a ser el falo, va a poder identificarse con el padre teniéndolo entonces... La castración implica por tanto en primer lugar la renuncia a ser el falo, pero también implica además renunciar a tenerlo, es decir, a pretenderse su amo (Chemama, 2002, Pág. 53).

Habría que agregar que:

La castración no recae sólo sobre el sujeto, recae también y en primer lugar sobre el Otro, y así instaura una falta simbólica... En primer término es aprehendida imaginariamente como castración de la

madre. Pero el sujeto debe simbolizar esa falta de la madre, es decir, debe reconocer que no hay en el Otro una garantía a la que pueda engancharse. Fobia, neurosis, perversión, he ahí otras tantas maneras de defenderse de esa falta (Chemama, 2002, Pág. 54).

De esta manera, la castración pone en juego una pérdida imaginaria, pero a su vez un esfuerzo de simbolización de la falta, lo cual estará presente en las dinámicas que establezcan las distintas estructuras.

El *complejo de castración* enlaza la imagen narcisista con el *complejo de Edipo*, deseo - ley, y renuncia pulsional; llevando consigo de algún modo el ascenso a lo simbólico y el lazo social. La unión entre deseo y ley a partir de la interdicción paterna en el *complejo de Edipo*, instaura una pérdida subjetiva que resignificará las pérdidas anteriores, al nivel de posibilitar el deseo subjetivado al interior de la ley cultural.

Por su parte, *Narcisismo* alude al mito de Narciso, en tanto un amor que dirige el sujeto a sí mismo tomado como objeto o amor a la imagen de sí mismo; las pulsiones sexuales toman su cuerpo como objeto. Freud establece inicialmente “*una fase de la evolución sexual intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal. <el sujeto comienza tomándose a sí mismo, a su propio cuerpo, como objeto de amor> lo que permite una primera unificación de las pulsiones sexuales*” (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 228).

Este momento del desarrollo psíquico se ubica como la antesala del *complejo de Edipo* y el *complejo de castración*, siendo necesario, pero no suficiente para la existencia de los complejos.

En este proceso existiría un equilibrio entre la libido del yo y libido de objeto, esto tiene directa relación con el periodo de formación del yo. Para Freud existía un narcisismo primario con el que se “*designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo; y un narcisismo secundario que designa la vuelta sobre el yo de la libido y retirada de sus catexias objetales*” (Laplanche & Pontalis, 1996, Pág. 230).

El primero estaría relacionado con el periodo de omnipotencia del pensamiento ubicado entre el período de autoerotismo y el amor de objeto; el segundo, en tanto regresión total de la libido, estaría ligado a funcionamientos narcisistas como la psicosis:

El narcisismo presenta también una especie de estado subjetivo relativamente frágil y fácilmente amenazante en su equilibrio. Las nociones de los ideales, en particular el *yo ideal* y el *ideal del yo* se edifican sobre esta base (Chemama, 2002, Pág. 277-278).

Para Lacan:

El *infans* –el bebe que no habla todavía y no accede aun al lenguaje- no tiene una imagen unificada de su cuerpo, no hace bien la distinción entre él y el exterior, no tiene una identidad constitutiva, no es todavía un sujeto verdadero (Chemama, 2002, Pág. 278).

En este sentido, en el *estadio del espejo* el sujeto puede identificarse con una imagen global y aproximada unificada de sí mismo. De esta manera logra pensarse el yo como una imagen que el sujeto adquiere de sí mismo basándose en el modelo de otro, el narcisismo sería la captación amorosa del sujeto por esta imagen, pero en este estadio no faltaría toda relación intersubjetiva, sino la interiorización de una relación. “*El narcisismo primario sería el investimiento pulsional, deseante, amoroso que el sujeto realiza sobre sí mismo, o más exactamente, sobre esta imagen de sí mismo con la que se identifica*” (Chemama, 2002, Pág. 278); por su parte el narcisismo secundario:

Sería en cierto modo el resultado de esta operación, en la que el sujeto inviste un objeto exterior a él, pero a pesar de todo, un objeto que se supone que es él mismo, ya que es su propio yo, un objeto que es la imagen por la que se toma, con todo lo que este proceso incluye de engaño, ceguera y alineación (Chemama, 2002, Pág. 279).

Es importante destacar, que tanto para Freud como para Lacan, el narcisismo es un momento fundante de

la subjetividad que estaría ligado al estatuto imaginario por esencia (Lacan), y a la formación del yo. Pero como momento, debe ceder y dejar su lugar a la entrada del Otro en la subjetividad, entrada que sería cristalizada en el Complejo de Edipo por esencia. Al igual que en el mito de Narciso, el repliegue absoluto implicaría la muerte, pero esta vez psíquica, y en su repliegue radical de la libido estaría ligada a estados psicóticos. Por lo cual, *narcisismo, complejo de castración y complejo de Edipo*, estarán íntimamente ligados en el desarrollo psíquico, tanto en la consolidación de la subjetividad, como en la definición de las estructuras clínicas, determinando aspectos identificatorios, su relación con el deseo y el ascenso a lo simbólico en cada sujeto.

En relación con lo anterior, Rassial (2001) reconoce en los estados límites una *“forma patológica nueva que afectan específicamente al narcisismo y a la conducta”* (Pág. 25), en donde para Lebrun (2003):

Se mantendría un juego con el límite precisamente, como si el sujeto permaneciera siempre entre-dos, entre padre y madre, entre Imaginario y Simbólico, o entre Imaginario e Imaginario en vía de simbolización, no siendo en absoluto el problema que él esté en este entre-dos, sino más bien que permanezca allí sin realmente dar su asentimiento a la dimensión de lo Simbólico, es decir, a la castración (Pág. 136).

De manera convergente con estas afirmaciones, Bergeret (1996) había ya planteado que *“se trata ante todo de una enfermedad del narcisismo”* (Pág. 189), un trauma desorganizador en la primera infancia impide entrar en una relación triangular a partir del *complejo de Edipo*. A su vez, Amigo (1999) señala que:

Es en ellos constatable en forma repetida y regular que hayan configurado el acto psíquico del narcisismo según una frase parental que no guarda un adecuado respeto por la dimensión de engaño amoroso (Pág. 54).

Desde la perspectiva psicoanalítica de las *Relaciones Objetales*³, Kernberg (1997) reconoce en estos pacientes una dificultad en la formación del objeto total y la genitalidad:

³ Teoría Relaciones Objetales: concepción teórica desarrollada por autores post freudianos, entre los que destacan M. Balint y M. Klein. El término relación de objeto se encuentra ocasionalmente en los escritos de Freud, ya que nunca propuso una teoría explícita sobre esto. Esta concepción pone énfasis en la relación de objeto, “término utilizado con frecuencia en el psicoanálisis contemporáneo para designar el modo de relación del sujeto con el mundo,...relación que es el resultado de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de unos tipos de defensas predominantes (Laplanche, Pág. 359)”. Dentro de la concepción de M. Klein, “los objetos (proyectados, introyectados) ejercen literalmente una acción (persecutoria, aseguradora, etc) sobre el sujeto (objeto bueno, objeto malo), (Laplanche, Pág. 360)”; por su parte M. Balint propone un amor de objeto primario en una edad muy precoz. Klein hará énfasis en la dialéctica de los objetos buenos y malos, como objetos parcialmente escindidos que aparecen en la vida fantasmática del niño.

Un déficit de síntesis de imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos... escisión de los objetos externos en totalmente buenos y totalmente malos... y un prematuro desarrollo de tendencia edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetos pregenitales y genitales (Pág. 41 y 52).

Lebrun (2003), pese a estar en una orientación psicoanalítica distinta a la de Kernberg, reconoce un retroceso en la simbolización y dificultad en la capacidad de pensar:

Su organización psíquica no remitiría al modelo genital y edípico... no habrían dispuesto de medios que les eran necesario para elaborar un imaginario que integrara la genitalidad y la triangulación edípica (Pág. 132).

Desde la investigación desarrollada por Peter Fonagy (2002) en EE.UU., encuentra en los pacientes límites una limitada capacidad para representar sentimientos y pensamientos en sí mismo y los demás. En la misma línea Green (1990) ve una formación de un self falso provisto de un narcisismo prestado, en donde no existe distinción clara entre pensamiento, representación y objeto a partir de escisiones que no hacen referencia a un tercero potencial. Esto alude a la ausencia parcial del plano simbólico, en el sentido de salir de la identificación especular (díada imaginaria) y entrar en

la tríada edípica de lo simbólico; que permite al sujeto objetivar sus pensamientos y representaciones, reconociendo sus implicancias en ello. A su vez alude a la existencia psíquica de un tercero regulador de la relación dual, entendida como madre-hijo, que pone orden a la dinámica inconsciente.

Por último, Gunderson observa una “*inconstancia en el objeto*”, que afectaría directamente en la representación. Esta inconstancia implica una dificultad en el reconocimiento y estatuto del objeto, en tanto, sus cualidades como distintas del sujeto, como así también la atribución de características buenas y malas, teniendo la posibilidad de tener acceso a estas representaciones. Ante esta inconstancia, la relación se puede vivir como amenazadora de manera paranoide; vacía ante la ausencia, generando angustia, identificándose con el sujeto impidiendo la representación; dificultando todo lo anterior, enormemente el trabajo simbólico en el sujeto.

Se reconoce desde las distintas perspectivas del psicoanálisis algunos puntos en común. Pese a las divergencias que toma la teoría en cada autor, todos a su modo comprenden en los *estados límites* alguna falla significativa anterior al *complejo de Edipo* que afectaría de mayor o menor medida el paso por este momento estructurador del sujeto. Esto traería efectos en la construcción narcisista, algo que hace hincapié

Kohut, pero como plantea Balint y Bergeret la subjetividad no funciona a modo completamente edípico. La castración como eje fundante, la cual desarticula en una primera instancia el narcisismo, pero que permite el desarrollo subjetivo a partir del *complejo de Edipo*, no funciona a modo neurótico. Casi todos los autores (a excepción de Kernberg) y cada uno a su modo, ponen énfasis en la relación con el Otro que no opera de un modo constituyente, lo que va a implicar en una construcción desde la idealización.

Ahora bien, plantear dificultades que inciden en el *complejo de Edipo*, supone comprender las dos caras de este proceso. Por una parte, lo que podemos llamar interno, en tanto el sujeto con su familia o con quienes ejercen las funciones paternas o maternas; y por otra el modo que esas funciones se integran, posibilitan y relacionan con lo social. El paso de un individuo por el *Edipo*, supone pasar del narcisismo y entrar como sujeto al entramado social; en este sentido, el modo como se ejerzan esas funciones y por su parte, el estado de la sociedad que como señalábamos antes, faciliten o restrinjan ese ejercicio, tendrá efectos subjetivos.

Podemos pensar que existe un ir y venir de ese proceso que entrelaza al sujeto con su deseo y la ley, ley cultural y social como es la prohibición del incesto,

que saca de la endogamia a la familia y lo lanza al intercambio social. Es por esto, que al señalar la importancia de ese paso, se está señalando también la relación inexorable del sujeto con la cultura, el paso de un narcisismo constitutivo de lo imaginario, hacia un ascenso simbólico-social.

Por otra parte, todos los autores de alguna manera van a reconocer en estos estados también, un límite para el analista, en el sentido de poner en jaque las herramientas tradicionales con que contaba el psicoanálisis, proponiendo a su vez formas distintas de orientar la cura.

Así nos encontramos que desde la perspectiva de las *relaciones objetales*, en la constitución del objeto y la identidad, junto con los procesos de pensamientos asociados, existe una dificultad en este tipo de pacientes; situación comprendida a partir de fallas en la castración pre-edípicas, precisamente en el periodo del narcisismo infantil. En la *orientación lacaniana* divergencias al reconocer la existencia o no del cuadro, como funcionamiento independiente de las grandes estructuras, pero quienes reconocen la existencia independiente, lo hacen a partir de ubicar en esos pacientes importantes dificultades en la castración con sus implicancias en el Edipo.

Por último, es importante destacar que para las

distintas posturas dentro del psicoanálisis, existe algo del orden de la estructuración psíquica que esta de algún modo afectado, en suspenso, trastocado o simplemente indeciso. Si pensamos en el complejo de Edipo como momento estructurador, debemos concebir el proceso de subjetivización como un recorrido no necesariamente cronológico (como Lacan lo advirtió a través de los tiempos lógicos del *Edipo*), pero sí como momentos necesarios y suficientes en cada sujeto.

De esta manera, lo que acontezca en cada historia de un individuo –para constituir un sujeto– en el momento del narcisismo, con lo imprescindible de la identificación imaginaria que allí se da y el desarrollo del yo; tendrá implicancias directas al momento del complejo de Edipo. A su vez, la castración operante en sus distintos niveles (imaginaria y simbólica por excelencia), la cual de algún modo desarticulan el narcisismo constitutivo y dan pie para la constitución del sujeto barrado a nivel simbólico, son en Freud y Lacan el paso necesario para la resolución edípica. En este sentido, se debe tener en cuenta estos momentos y sus articulaciones para pensar los estados límites. Los autores revisados, consideran una incidencia fundamental de los momentos señalados, para explicar estos estados, cada uno lo hará –como lo señalamos– desde su concepción teórica; pero todos de algún modo reconocen la existencia de ciertos sucesos en los momentos fundantes de la subjetivización, siendo estos

acontecimientos claves en la concepción de los *estados límites*.

En este sentido, revisar el paso de un sujeto por el *Edipo*, significa observar la relación no solo de un niño con sus padres, sino también observar el entramado sobre el cual se sustenta esa relación y por sobre todo, esa renuncia y pérdida que lanza al sujeto en su búsqueda deseante. Como señala Lacan en su seminario de 1969-1970 “*El reverso del psicoanálisis*”, la prohibición esta articulada en un discurso, discurso que no es de nadie, pero que nadie es ajeno a él, discurso de lo social, sobre el cual se jugaran tanto las identificaciones narcisistas, las búsquedas de goce, el saber inconsciente, la verdad del sujeto y la pérdida irreductible que sostiene el lazo social.

8. Consideraciones Finales.

Freud en su texto de 1930 “*El malestar en la cultura*”, establece un lazo claro, directo e irreductible entre el padecer del sujeto y la su inserción en la cultura. Esta última, quita algo al sujeto, lo restringe, lo limita en pro del lazo social, lo liga en definitiva en sociedad. Para Lacan, el lenguaje soporta el lazo social a través del discurso, pero a su vez el precio de estar en la cultura –como ser hablante– es un límite en nuestro goce.

Lo social y la subjetividad están íntimamente ligadas, lo uno depende de lo otro para su constitución, el sujeto debe perder algo para entrar en lo social, pero a su vez esa pérdida sostiene el lazo social. Por su parte, la cultura se sostiene de ese lazo que establece el discurso sustentado en el sujeto parlante. Para Freud la limitación de cada sujeto, es lo que precisamente soporta el lazo social, es lo que constituye civilización, uniéndolo indisolublemente deseo y ley.

Es en este contexto como deberíamos pensar los efectos de las transformaciones sociales en la subjetividad. Los estados límites como concepto, pero más importante aun como sujetos de una clínica y como pacientes actuales que reclaman un lugar particular de escucha, nos confrontan con las intrincadas relaciones que se establecen entre sujeto y los estados de la sociedad actual. Como bien señala Rassial (2001):

El sujeto en estado límite es el sujeto posmoderno o, podríamos decir, la caricatura del sujeto moderno, confrontado no sólo con un malestar de la cultura que él hace suyo, con una derrota de los valores, sino también con un estado de las ciencias que les está asociado y que señala el fin del sujeto cartesiano, ...En este sentido el sujeto en estado límite ha pasado a ser el nuevo histrión de la medicina o más bien del médico, destronando en parte a la histórica, que instaba un saber al que se resistía, allí donde él se

hace objeto, hasta lo psicosomático, de una técnica a la que interpela en el límite (Pág. 28).

Es importante concebir cómo cada época histórica marca sus efectos en la subjetividad, sabemos por Freud lo que ocurrió a comienzos del siglo XX con la moral victoriana, quizás debamos preguntarnos lo ocurrido con el sujeto a finales del siglo XX comienzos del XXI, considerando sus consecuencias en la clínica y la subjetividad.

La discusión en la clínica psicoanalítica debe tomar en cuenta los efectos, relación e interrelación de lo social con la subjetividad; las mutaciones y transformaciones tanto de uno pueden leerse a partir del otro, el uno no es sin el otro. Tampoco debiéramos caer en la ingenuidad de pensarlo de manera unidireccional o a partir de pasos causales, pero podemos prestar atención al intrincado entramado del sujeto con la cultura. La constatación de los estados límites revelan un movimiento (aun por determinar) de lo social, la emergencia de este fenómeno nuevo en la clínica, fenómeno que afecta directamente el quehacer del psicoanálisis, nos lleva a cuestionar nuestro saber.

La clínica ha sido desde sus comienzos, un lugar privilegiado para constatar y percibir el malestar del sujeto, cómo la cultura incide en él restringiendo su goce para acceder a lo social. En este dispositivo se

escucha los modos de sufrimiento, pero a su vez, los intentos (siempre desfallecientes) del sujeto por zafarse de esa restricción, de su castración. Como señala Lebrun (2003), lo *“que también debemos tener en cuenta ahora es que el sujeto puede aprovechar lo que le es presentado en lo social para no tener que asumir las consecuencias del hecho de hablar”* (Pág. 158), la castración. El sujeto postmoderno nos confronta directamente con los medios sociales producidos para ese desencuentro, en su cuerpo padece de modo radical, la defensa a la castración.

Habrá que leer este encuentro del sujeto con el estado actual de la sociedad, para entender el sufrimiento en los estados límites, sufrimiento que confronta el lazo social posible y al sujeto mismo en sus posibilidades de constitución. En este contexto es que el psicoanálisis es llevado a los límites de su propia clínica, para dar cuenta de lo real de esta experiencia analítica, la cual en tanto imposible, no deja de existir e insistir.

IV. CONCLUSIONES.

Como primer aspecto a destacar del trabajo presentado, es el surgimiento y constatación de un fenómeno nuevo en la clínica de la segunda mitad del siglo XX. Fenómeno que a primera vista rompe o cuestiona las categorías clínicas imperantes que dividían el

funcionamiento psíquico en dos grandes estructuras, Neurosis y Psicosis. En este sentido, Sigmund Freud a lo largo de su obra, logra dar cuenta de estas dos estructuras y deja apuntes para poder establecer un tercer funcionamiento que sería la Perversión; definiéndolas a partir de nociones y funcionamientos intrínsecos a cada estructura, concepciones que desarrollará a lo largo de su obra por más de cuarenta años.

A partir de las estructuras establecidas por Freud en el psicoanálisis, el concepto de *estados límites*, plantea definiciones poco precisas o ambiguas del funcionamiento. Ahora bien, pese a lo anterior la literatura psicoanalítica y psiquiátrica reconoce numerosas denominaciones para funcionamientos que no serían del orden propiamente neurótico o psicótico, planteándose como algo distinto y novedoso diferente a las grandes estructuras de base.

El concepto habría surgido en la década de 1950 con R. Knigth, tomando fuerza en los siguientes treinta años, siendo ya en la década de 1980 una noción más o menos reconocida dentro de los autores. Su concepción oscilará entre pacientes que no cuadran con los diagnósticos y nomenclaturas del momento, sujetos de difícil manejo terapéutico y curas que no responden a las curas tipo para la neurosis y tratamientos para la psicosis. El fenómeno comienza a percibirse

especialmente en la clínica, surgiendo en esta experiencia una problemática nueva para los analistas.

En sintonía con esta evolución, reconocemos importantes diferencias al momento de definir con claridad el cuadro, se observa esta dificultad tanto en los diccionarios psicoanalíticos, como en la literatura en general, donde se encuentran múltiples denominaciones a lo largo de la historia tanto en psicoanálisis y psiquiatría; las cuales intentan aprehender algo de la experiencia que registran, en donde las denominaciones clásicas de neurosis y psicosis no darían cuenta de estos casos a cabalidad.

De esta manera, se constata la existencia del fenómeno, pero pese a las convergencias en reconocer un funcionamiento peculiar con ciertas características descriptivas, surgen divergencias importantes y significativas en a lo largo de las escuelas y orientaciones al interior del psicoanálisis, al momento de atribuir un estatuto al fenómeno, en tanto estructura de personalidad, estado de una estructura, funcionamiento, trastorno, cuadro clínico, etc, con las consecuencias tanto teóricas, clínicas y técnicas que esto conlleva. Pues, el lugar que ocupa el concepto en cada orientación teórica, implica efectos en la posición analítica, su manera de comprender el cuadro y sus posibles intervenciones clínicas, como así el desarrollo teórico que de allí se desprenda.

En este sentido, se registra un espectro que va desde no reconocer la existencia del cuadro y considerarlo neurosis graves o psicosis no desencadenadas, hasta concebirla como una estructura de personalidad independiente a la neurosis y la psicosis, pasando por concepciones que las postulan como estados o funcionamientos subjetivos que no serían una estructura propiamente tal, pero con características intrínsecas distintas a la neurosis y la psicosis.

Se puede establecer que los *estados límites* coinciden en parte su manifestación sintomática con la neurosis y la psicosis, pero al parecer existirían diferencias cualitativas –según cada autor- para señalar estas manifestaciones sintomáticas y transferenciales como distintas a la neurosis y la psicosis. Así la angustia, los episodios depresivos, síntomas somáticos, episodios psicóticos, entre otros, no se manifestarían de modo neurótico o psicótico.

Si bien las distintas orientaciones dentro del psicoanálisis mayormente reconocen la existencia del fenómeno y divergen en el estatuto atribuible al hecho; eso si coinciden mayormente en reconocer puntos problemáticos previo al complejo de Edipo a nivel de la constitución narcisista y la castración que incidirían directamente en la formación del cuadro. Esto tendría efectos directos en la capacidad de simbolización, representación y su relación al Otro posible;

destacando que si bien están dentro del discurso y el lazo social (funcionamiento no psicótico), están de un modo peculiar (no neurótico).

Generalmente a lo que inicialmente se pensaba como una neurosis, a lo largo de la cura se presentan dificultades mayores, estableciendo una duda razonable en el clínico respecto al diagnóstico y el tratamiento posible. De esta manera, la experiencia analítica es la que no logra dar cuenta de estos estados si los pensamos al modo neurótico o psicótico; como tampoco sus manifestaciones sintomáticas, -las cuales como en toda estructura pueden variar y oscilar no siendo un revelador unidireccional de una estructura- se manifiestan de un modo que confunde al clínico en términos de su intensidad, modo de relación al síntoma y su expresión peculiar.

Como señalábamos anteriormente, estos sujetos estando en el lazo social, es decir, por tanto no siendo psicóticos, su relación al discurso parecería no tener las características neuróticas, con dificultades en la representación y la simbolización; estas características representan el funcionamiento más allá de la polisintomatología variada y difusa que presentan de modo manifiesto. Estas expresiones que impactan al clínico en una primera mirada, recubren dificultades mayores en la relación al Otro, afectando su posición subjetiva cargada por una inestabilidad.

Por su parte la psiquiatría desarrolla el concepto como categoría clínica dentro del cuadro nosológico de *Trastorno de la Personalidad*, siendo el más representativo de los *estados límites* el *Trastorno Límite de la Personalidad*. Existiría una relación entre el surgimiento de la categoría clínica y la irrupción de la farmacoterapia moderna, no pudiendo ésta ofrecer una respuesta o solución al diagnóstico; de esta manera, los investigadores reconocen dificultades con la categoría clínica al no existir un polo compensado o “sano” a obtener, situación que se ve contrastada con las investigaciones empíricas llevadas a cabo por numerosos autores.

Surgen autores ligados principalmente a la corriente francesa del psicoanálisis, que conciben pensar los estados límites en simultaneidad con las características de lo social, siendo imprescindible para su comprensión, articular esa relación existente. Rastier, Lebrun, Kristeva entre otros, proponen una relación posible entre los momentos de la cultura y estados de la sociedad, con este nuevo modo de subjetivar la experiencia.

Podemos reconocer que desde el inicio el psicoanálisis -a partir de Freud y luego desarrollado por Lacan-, establece una relación directa entre sujeto y cultura, en tanto manifestaciones entrelazadas e indisolubles siendo una determinada por la otra. En este sentido,

para algunos autores el surgimiento de los estados límites estaría dando cuenta de un nuevo modo de subjetividad, siendo efecto de las transformaciones sociales que decantan en la segunda mitad del siglo XX. De esta manera, los estados límites pueden ser entendidos como operadores del punto de encuentro entre sujeto y cultura, pudiendo leer este (des)encuentro a partir de lo acontecido en la subjetividad existente en estos estados.

A partir de lo anterior, sería necesario para comprender la complejidad de lo presentado, pensar la relación existente entre las transformaciones sociales y sus efectos posibles en la subjetividad, apuntando a los lazos y lugares de afectación mutua, que den cuenta de esta relación codeterminada. Se podría pensar en función de esta doble afectación, en los efectos psíquicos de las transformaciones sociales en la subjetivización, con el fin de comprender de manera más precisa los *estados límites* y pensar una dirección de la cura posible

Por último, es importante destacar que esta problemática se encuentra en el seno del proyecto psicoanalítico, en tanto, confronta saberes de la teoría, saberes siempre insuficientes para dar cuenta de lo real de cada sujeto. Además, los *estados límites* inciden en la experiencia analítica, al abrir un debate significativo en torno a la nosología, la teoría y la técnica en función

de la dirección de la cura; de esta manera, preguntarse por los *estados límites*, es preguntarse por el saber en psicoanálisis, pero articulado a lo social y las complejidades inherentes a ese encuentro entre el ser hablante y la cultura. Encuentro que como Freud señala desde un comienzo, implica una renuncia subjetiva, la cual no impide los esfuerzos desesperados por mitigar la pérdida irreductible de cada sujeto, que hemos llamado castración. Es así como los *estados límites* y su problemática, ponen en relieve los conceptos claves del psicoanálisis, su articulación y los modos posibles de estar en el lazo social.

V. REFERENCIAS

- Amigo, S.; Cancina, P.; Cluglak, C.; Diaz, G.; & Heinrich, H. (1999). *Bordes... un límite en la formalización*. Rosario: Homo Sapiens.
- Balint, M. (1980). *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bergeret, J. (1996). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- First, M., et al. (2004). *Trastornos de*

- personalidad y trastornos de relación. Capítulo 4 en: Kupfer, D., First, M., Regier, D. (2004). *Agenda de investigación para el DSM V*. Barcelona: Masson.
- Foucault, M. (2006). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
 - Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
 - Fonagy, P. & Target, M. (2002). *Jugando con la realidad – III. La persistencia de la realidad psíquica dual en pacientes fronterizos*. Libro anual de psicoanálisis, XVI. Pp 91-111.
 - Freud, S. (1894). *La neuropsicosis de defensa, Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu [1997].
 - Freud, S. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa, Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu [1997].
 - Freud, S. (1924 [1923]). *Neurosis y psicosis, Vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu [1997].
 - Freud, S. (1924). *Perdida de realidad en la neurosis y psicosis, Vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu [1997].
 - Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad, guía clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
 - Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu [1972].
 - Kernberg, O. (1997). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
 - Kohut, H. (1980). *La restauración del si-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
 - Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra.
 - Lacan, J. (2008). *Seminario XVII, El reverso del psicoanálisis (1969-1970)*. Buenos Aires: Paidós.
 - Laplanche, J.; & Pontalis, J-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
 - Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

- Lebrun, J-P. (2003). *Un mundo sin límite: Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social*. Barcelona: ediciones del Serval.
- Livesley, J. (2005). Dilemas diagnósticos en la clasificación de los trastornos de la personalidad. Capítulo 8 en: Phillips, K., First, M., Pincus, H. (2005). *Avances en el DSM dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Masson.
- Mijolla, A. (2007). *Diccionario internacional de Psicoanálisis*. Madrid: Akal.
- Rassial, J. J. (2001). *El sujeto en estado límite*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Riquelme, R.; & Oksenberg, A. (2003). *Trastornos de personalidad: hacia una mirada integral*. Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Winnicott, D. (1960). *Distorsión del yo en términos de self verdadero y falso*. Barcelona: RBA [2006].
- Winnicott, D. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño*. Barcelona: RBA [2006].