

**El problema de la clasificación de lo Límite en Psiquiatría y Psicoanálisis: Trastorno
de Personalidad Límite y Estados Límite.**

Ps. Rodrigo Bilbao Ramírez

Psicoanalista, Doctor U. Complutense de Madrid

Facultad Ciencias Sociales, Escuela de Psicología

U. Andres Bello, Sede Concepción, Chile

Autopista Concepción-Talcahuano 7100, Concepción.

+56 41 2662044

rbilbaor@yahoo.com rbilbao@unab.cl

ORIGINALES / REVISIONES

TITULO: El problema de la clasificación de lo Límite en Psiquiatría y Psicoanálisis: Trastorno de Personalidad Límite y Estados Límite.

TITLE: The classification problem of the Limit in psychiatry and psychoanalysis: Borderline personality disorder and Borderline states.

Resumen:

El presente trabajo busca dar cuenta del problema de aprensión de lo límite en el ejercicio de la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Salud Mental en general en los últimos años. Esta problemática se desarrolla a partir de una abordaje confuso es su clasificación y tratamiento, que pone en tensión las respuestas clínicas que se ofrecen frente al surgimiento de una nueva clasificación que cuestiona las comprensiones clásicas de la Psiquiatría y el Psicoanálisis. En este sentido, el campo de lo *borderline* con sus expresiones variadas, cambiantes y extremas, complica el ejercicio profesional e interroga fuertemente las nosologías clásicas. En este contexto, se mostrará las principales dificultades en la clasificación de estos pacientes en la Psiquiatría para luego ilustrar las variadas propuestas de comprensión al interior del Psicoanálisis que evidencia una clínica contemporánea compleja y diversa.

Abstract:

The current study intends to show the limit apprehension problem in the execution of the Psychiatry, the Psychoanalysis and of the Mental Health in general in the last years. These problems arise when their vague classification and treatment complicate the clinical answers offered against a new classification that questions the classical understanding of

the Psychiatry and Psychoanalysis. On that sense, the *borderline* field with its radical, changing and varied expressions, complicate the professional exercise and strongly question the classical nosologies. On this context, the main difficulties in the classification of those patients in Psychiatry are shown, and later the different comprehension proposals in the Psychoanalysis that demonstrate a diverse and complex contemporary clinic

Palabras Claves: Psiquiatría, Psicoanálisis, Trastorno de Personalidad, Estado Limite, clasificación

Key words: Psychiatry, Psychoanalysis, Borderline personality disorder, Limit state, classification, Borderline

Introducción: el problema de lo *Borderline*.

Desde hace treinta años, tanto psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas se preguntan respecto a una clínica peculiar. La emergencia de una psicopatología especial 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.

Surge al encuentro de nuestra clínica un tipo de paciente que es más bien un espectro amplio de expresiones, 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. Todos estos síntomas destacan por lo agudo de su expresión y por la suma de todas estas manifestaciones a veces en una misma persona. Estos pacientes confrontan a todo el modelo de atención sanitaria con policonsulta médica, generando una sobrecarga de los servicios de atención primaria y una sobreexigencia al área psiquiátrica; la ayuda farmacológica que alivie suficientemente su angustia y un tratamiento que convenza al saber médico y aborde esta clínica de un modo contundente, no se aprecia con frecuencia.

A su vez afectan a los psicoterapeutas que no logran enmarcar nosológicamente el cuadro, ni pueden 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, con dudas diagnósticas y nosológicas, que conllevan preguntas respecto al lugar atribuible al fenómeno. Dentro de la concepción psicoanalítica se generan conflictos y discusiones a propósito de este “cuadro clínico”, particularmente en torno a su estatuto (¿es una psicosis?, ¿una neurosis grave?, ¿perversión?).

Es en este contexto surge la pregunta por estos estados de la personalidad llamados Límite, conocidos por una amplia gama de definiciones, Borderline, Limítrofes, Fronterizos, etc. Hablamos de pacientes con manifestaciones polisintomáticas poco precisas, estados depresivos difusos, expresiones tanto psicóticas como neuróticas, cuadros de impulsividad, trastornos en la alimentación, toxicomanías, sensaciones crónicas de vacío, falta de representación psíquica. Una expresión novedosa de la problemática psíquica, que de algún modo rompe con las orientaciones tradicionales del psicoanálisis y la psiquiatría, confundiendo y dificultando su aprehensión; como señala Pereña (1), un fenómeno clínico tan confuso que se resiste a la clasificación misma. Las demarcaciones entre un cuadro y otro, siempre difíciles en el diagnóstico de nosología de salud mental, 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 la clínica contemporánea debe escuchar; pero lo que ha escuchado el clínico no logra ser capturado con facilidad. Esta dificultad de definición se ve reflejada amplia gama de nombres que tiene; como muestra Green (2) existen numerosas denominaciones en la literatura psicoanalítica para esta expresión clínica, *trastornos de identidad, personalidades como si, estados y desordenes fronterizos* entre otros; por su parte Bergeret (3) reconoce más de cuarenta

denominaciones nosológicas en la Psiquiatría para definir estos estados. En este contexto el presente trabajo busca dar cuenta de la dificultad de aprensión de un fenómeno clínico que se ha tomado el ejercicio de la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Salud Mental en general en los últimos años, a partir de una abordaje confuso es su clasificación y tratamiento, dificultad establecida diríamos de entrada especialmente por las características del fenómeno en cuestión.

Resistencia en la Psiquiatría.

La clasificación de los fenómenos límite se enmarca en el ejercicio de la psiquiatría dentro de los Trastornos de Personalidad, en este campo el más emblemático y representativo de la psicopatología límite es el Trastorno de Personalidad Límite, el cual es el más diagnosticado como señala Gunderson (4). Pero pese a esa alta tasa de clasificación, curiosamente goza de una importante imprecisión en el diagnóstico y su tratamiento como lo indica Lopez y colaboradores (5); sumando a esta dificultad encontramos que los trastornos de personalidad del campo limítrofe ocasionan el mayor costo para los servicios de salud públicos (6), en función de su imprecisión clasificatoria en el tratamiento como veremos. Esta imprecisión que caracteriza la clínica de lo límite está sumamente influenciada por dos fenómenos que determinan el ejercicio de esta rama de la medicina, el fármaco y la clasificación.

El papel de la psiquiatría desde la segunda mitad del siglo XX, necesariamente está 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 (7), el ejercicio de la psiquiatría en todo el siglo XIX y buena parte del XX consistía en la visita y el interrogatorio para clasificar, con una modalidad de tratamiento bastante reducida. Este hecho 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. Como constatan algunas investigaciones (8,9) la combinación de los manuales de psiquiatría y la farmacoterapia a significado un aumento de los diagnósticos de estos cuadros (ansiosos, afectivos y psicóticos) de manera desproporcionada, lo que de entrada pone en cuestión la independencia de la evaluación y tratamiento en salud mental con las variables económicas de la industria farmacológica.

Ahora bien, la aplicación de la farmacoterapia en los pacientes límites, ha tenido una historia bastante irregular, como señala Gunderson (4) siendo el tratamiento farmacológico para estos cuadros irrelevante durante la década de 1960-1970, período donde predominaba la perspectiva psicoanalítica. A finales de 1970, 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 comenzando estudios de la utilidad de estos fármacos a principios de 1980.

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 genera, podríamos homologar a la sintomatología en cuadros psicóticos y neuróticos-; se logra aplacar en un comienzo significativamente los síntomas, los cuales se apaciguan y callan, efecto deseado y buscado por esta clínica. Podemos fechar este comienzo con los neurolépticos en 1952, los primeros antidepresivos en 1957 y los ansiolíticos modernos (benzodiazepinas) en 1960. Pero del mismo modo que algunas afecciones responden al tratamiento, surge un cuadro clínico

que no reacciona a las nuevas herramientas, demostrando los primeros proyectos de investigación demostraron que ni los antipsicóticos tradicionales ni los antidepresivos podían responder a la pregunta sobre el lugar de lo límite. Como diría Foucault (7) el fármaco opera como diagnóstico diferencial en estos cuadros, en el sentido de aplacar una sintomatología y dejar más o menos intacta esta expresión de la clínica.

De esta manera podemos suponer que el surgimiento de este diagnóstico y la preocupación por este nuevo paciente, está íntimamente ligada a los inicios de la farmacoterapia. La nosología límite a momentos 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, si bien es cierto 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; es en 1980 que el manual de psiquiatría DSM III 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 límite; y doce años más tarde, es adaptado para la versión del CIE10.

Este diagnóstico que es el más usado –como señalábamos- comparte criterios basales con un campo más amplio donde se encuentran los Trastornos Narcisistas, Trastorno Histriónicos y Trastorno Antisocial. El manual de Psiquiatra DSM IV (10) describe para el Trastorno Límite un paciente actuador, de ánimo inestable, dificultades en la propia imagen y las relaciones interpersonales, alteración de la identidad, con una sensación de vacío y aburrimiento, ausencia del control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, distorsiones y afecciones en la imagen corporal; idealizaciones y devaluaciones, intentos y amenazas de suicidio, uso de sustancias como mecanismo de

huida y descompensación de tipo psicótico de corta duración y presentación atípica, entre otras características.

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. En este contexto la clasificación de los trastornos de personalidad en general se constituye un área problemática en la nosología psiquiátrica como señala Livesley (11) a pesar de los estudios e investigaciones en el tema, aún más Rodríguez y colaboradores (12) destaca la resistencia a la terapéutica biomédica de los pacientes límites; es decir, ni el diagnóstico opera claramente ni los tratamientos propuestos responden a la demanda. Siguiendo este punto Gunderson (4) señala al revisar diferentes estudios y muestras de investigación, cómo los supuestos beneficios de los fármacos difieren en la valoración entre el paciente y el profesional, en el sentido que los fármacos preferidos de los pacientes, a evaluación del Psiquiatra parecieran empeorarlos.

Quizás el problema radica en el diagnóstico, pues 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, junto con una respuesta ambigua y disímiles en los pacientes. A propósito de este problema Foucault (7) plantea un punto interesante al momento de revisar la historia de la Psiquiatría, al señalar la necesidad para esta disciplina de reconocer una sintomatología estable a la hora de construir un diagnóstico; ejemplo paradigmático es lo que ocurre con la histeria, cuadro que significó problemas en los orígenes de la psiquiatría problemas por su presentación, pues con el fin de poder estar en el marco de verdadera enfermedad y así el médico pudiera tomar el estatuto que buscaba, debía contar con una estabilidad, signos regulares, una constancia en su presentación. En este sentido podemos preguntarnos por las consecuencias de la inestabilidad general que caracteriza

a lo límite, inestabilidad en su manifestación y expresión, la cual ofrece una resistencia más en su aprensión clasificatoria.

Siguiendo lo revisado anteriormente, Gunderson (4) nos advierte frente 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, es decir si obtenemos una respuesta muy positiva con el tratamiento, la conclusión es que estuvo mal hecho el diagnóstico y no estamos frente a un paciente límite, por paradójico que esto suene.

Como señalan las investigaciones (11), “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”. De esta manera, el hecho de la existencia del diagnóstico definitivamente no implica una claridad respecto al tratamiento de los pacientes. En este sentido Múzquiz (13) plantea la dificultad que ha tenido la Psiquiatría a lo largo de los años en la constitución de su semiología y psicopatología descriptiva de modo general y que al ver lo ocurrido con los Trastornos de personalidad y en especial con lo límite, no escapa de este problema, especialmente a propósito del factor social y psíquico en juego de esta rama de la medicina que no logra constituir clases naturales para esta nosología. Ahora bien, la farmacoterapia moderna resuelve la problemática en la psiquiatría de la psicosis, depresiones y otros trastornos en el sentido de aplacar síntomas con el tratamiento farmacológico, pero esto no se traduce necesariamente en un ejercicio claro sobre el cuadro límite. 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 (6).

A propósito de la problemática de los llamados *Trastornos de Personalidad* y en especial, el Trastorno Límite, Foucault (14) plantea la dificultad de la Psiquiatría de distinguir lo normal y lo patológico en el esfuerzo de objetivar, al aplicar conceptos y estándares de la medicina somática. Como le explica bien Rodríguez y colaboradores (12) no existe una línea tan clara de separación entre la personalidad y los llamados trastornos, es más bien un continuo sobre el cual podemos pensar la clasificación, situación que en lo límite se ve doblemente cuestionado dado la inestabilidad característica del cuadro descrito. Podemos agregar el análisis de García-Valdecasas y colaboradores (9) quienes muestran cómo el modelo médico se basa en la enfermedad anátomo clínica desde el siglo XIX y la psicopatología se adscribe a ese modelo, por lo tanto la definición de enfermedad en el campo de la Psiquiatría se complejiza más aún en el área de los trastornos de personalidad, pues el continuo personalidad y trastorno de personalidad dificulta contemplar el rango normal del que se desprende el campo patológico. Los síntomas en Psiquiatría (13) son tomados como variables cuantificables que parecieran encerrar en si misma propiedades al modo de clases naturales, sin atender a las causas relacionales, punto sumamente delicado en el área de la personalidad, particularmente los trastornos y en especial lo límite.

En este sentido, 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. Se presenta una dificultad al distinguir por ejemplo la salud o el estado de compensación en estos trastornos, ya que la remisión sintomática, no opera en estos cuadros, criterio indispensable para caer en el espectro de sano dentro de la medicina. Como muy bien aclara First (15) las investigaciones en el tema de los trastornos de Personalidad no han sido capaces de distinguir de modo

cualitativo las características normales de la personalidad y los aspectos específicos de un trastorno. Rodriguez y colaboradores (12) son más categóricos y señalan que lo límite puede entenderse como una dimensión de gravedad cualquiera sea el trastorno de personalidad independiente de la estructura, inclusive la estructura neurótica, no existiendo para ellos un Trastorno Límite puro.

Esta complicación, también se reconoce en la psiquiatría dinámica, por ejemplo para Kernberg, 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 permitiera vislumbrar un funcionamiento que no sea “trastornado”. Ahora bien la problemática de la clasificación se agudiza en el espectro límite, pero es generalizado en el diagnóstico en Psiquiatría en general como señala Múzquiz (13) al tener una fiabilidad muy baja en estudios comparados de diagnósticos.

Por último, en función de lo referido a la psiquiatría y sus dificultades en el tema de la personalidad y sus “disfunciones”, Laplantine (16) 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 aparejadas con modos de curación. Estas distintas concepciones que van desde modelos de representación naturalista, causalidad exógeno, endógena, etc, dependiendo de la concepción del origen o causa de la enfermedad y la posibilidad de tratamiento, las cuales 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. Como plantea Lopez y colaboradores (5) la fenomenología no da cuenta de la problemática esencial del sujeto.

Divergencias Psicoanalíticas.

El problema de lo límite dentro del Psicoanálisis cobra ribetes diferentes a lo acontecido en Psiquiatría, principalmente a partir de las muy variadas posiciones y concepciones teóricas encontradas en función del marco teórico conceptual y las escuelas que lo representan. Estas posiciones tendrán consecuencias diferentes en la clasificación y tratamiento que se desprenden, en definitiva significarán variadas implicancias clínicas; lo anterior pese a reconocerse importantes convergencias y puntos en común desde donde parten en términos de la problemática narcisista en juego que antecede y determina la entrada al complejo de Edipo fallido (17).

Desde el psicoanálisis los distintos autores tomarán posiciones muy diferentes, tanto por su concepción teórica, como en sus implicancias clínicas. Para Kernberg (18) 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”, 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, Bergeret (3) 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.

Entre los dos polos anteriores, encontraremos posturas como la de la psiquiatría dinámica norteamericana representada por Gunderson (4), que sólo considera el

Trastorno Límite de la personalidad como el cuadro representativo de estos estados. Esta postura critica 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 Winnicott (19) 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 (20) 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 *borderline*.

En la misma línea que el autor anterior, Kohut (21) 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 del *estado límite*, allí el *sí mismo* se sentiría discontinuo habiendo fallado el período de narcisismo constitutivo con el *objeto del sí*

mismo. Ha fracasado la respuesta especular que lo autoafirma y le permite idealizaciones sanas, no pudiendo formarse el *sí mismo* nuclear que da sensación de continuidad en la personalidad. La causa de lo anterior para Kohut, 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 que estructure, dadas las fallas previas en la constitución.

Por otra parte para Balint (22) los pacientes límite 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* está 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 generarían 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.

Todas las propuestas que van desde la escuela inglesa hasta la psicología del yo, contemplan lo borderline como un funcionamiento mixto entre neurosis y psicosis; en este sentido, lo borderline sería esta mezcla de elementos neuróticos y psicóticos, siendo su lugar conceptual un punto intermedio.

Por su parte, las orientaciones lacanianas buscarán darle un lugar conceptual propio, en el sentido de un lugar lógico en la estructura. Aunque tienen un objetivo

distinto, que podemos ubicar en el concepto de estado límite, este esfuerzo no trae menos dificultades. Así encontramos divergencia en la propia orientación 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 otras perspectivas (Lebrun, Rassial, Amigo, Cancina, Heinrich) que reconocen 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.

En este sentido un punto aparte merece las propuestas de los analistas de orientación lacaniana, quienes se manifiestan con una posición propia recién a mediados de la década de 1990. Quizá como deudores de la teoría de Jacques Lacan -quien se refiere al fenómeno sólo de forma tangencial y en un esfuerzo por desmarcarse de la *psicología del yo*, más que en revisar desde dentro el problema-, los seguidores de su obra por muchos años no se abren a la posibilidad de la existencia del fenómeno y se remiten a dejar a la psiquiatría y la *psicología del yo* abordar libremente el tema. No se pronuncian al respecto más que para señalar el problema como variaciones dentro de las ecuaciones clásicas de las tres grandes estructuras. Como bien señala Heinrich (23) al parecer un exceso de respeto por Lacan supuso una demora mayor que psicólogos y Psicoanalistas de otras orientaciones al momento de reconocer el fenómeno.

Las principales propuestas de la orientación lacaniana, se desarrollan temporalmente en la misma década (a mediados de la década de 1990), ofreciendo tres respuestas distintas –aunque no excluyentes necesariamente- dependiendo de la asociación psicoanalítica que pertenecen.

Jacques-Alain Miller y los miembros de su asociación AMP (Asociación Mundial Psicoanálisis) desarrollan el concepto de *Psicosis Ordinaria* como un modo de dar

respuesta al problema, ubicando los fenómenos raros y peculiares dentro de una manifestación especial y nueva del funcionamiento psicótico.

Entre los años 1996 y 1998 se desarrolla una investigación en torno a los casos sorpresas o casos raros que se han tornado casos frecuentes, los cuales caen dentro de "*Los Inclasificables de la clínica psicoanalítica*". La idea central de esta propuesta es pensar estos fenómenos como una variación de la psicosis en términos de ampliar la concepción clásica de psicosis propuesta por Lacan en su seminario "*La psicosis*" de 1955-1956 y su artículo en sus "*Escritos*" titulado "*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*" del mismo año, integrando los desarrollos posteriores de su obra con la clínica *borromea* de sus seminarios "*RSI*" (1974-1975) y "*El sinthôme*" (1975-1976). Se intentará avanzar "más allá de la clínica estructural, que distingue neurosis y psicosis en función de la presencia o ausencia de ese operador que es el Nombre del Padre" (24).

La idea es comprender los fenómenos de borde en la estructura psicótica, con nuevos elementos teóricos, concibiendo los fenómenos psicóticos existentes, que no implican necesariamente desencadenamientos clásicos y vistosos de la esquizofrenia o la paranoia. Se trataría de fenómenos más sutiles, que hablan de un desenganche al Otro – *neodesencadenamientos*-, más que de un quiebre de lo simbólico, junto con ver elementos en lo imaginario y en el cuerpo, las *neoconversiones* y *neotransferencias*. Serían de esta manera nuevas variantes clínicas, más que una organización nueva o estado particular de la estructura, pero comprendiendo estos fenómenos de borde, desde el lado de la Psicosis.

Lo anterior se comprende a partir de un momento histórico-social, denominado por Miller (25) como la *época del Otro que no existe*, en la cual el padre entra en declive, se fractura el discurso del amo y caen los grandes ideales sociales. Se pierden los S1

(significantes amo) que organizan el entramado social, correlacionándose el síntoma con el estado actual de la civilización.

Desde esta nueva concepción que propone Miller (24), habría que buscar fenómenos psicóticos no directamente vinculados a la palabra –como los fenómenos elementales propuesto por Lacan-, sino más bien vinculados al silencio del goce y sus efectos en el sujeto a modo de desencadenamiento. A su vez, habría que tratar de manera independiente la ausencia del Nombre del Padre (P0 de toda psicosis) con la ausencia del significante fálico $\Phi 0$, efecto de P0. Así la problemática se jugará en esa ausencia del Nombre del Padre que lleva a un goce en lo real de modo particular, cercano a la postura de Joyce más que las manifestaciones extraordinarias de Schreber, en el sentido de una expresión discreta y no florida de la locura.

Como contraparte de la propuesta Milleriana, pero sin ser una respuesta a ella, en la Escuela Freudiana de Buenos Aires (EFBA) se comienza un trabajo colectivo de autores como Silvia Amigo, Pura Cancina, Hydée Heinrich entre otros, que culmina en 1994 en una publicación y colección editorial de *Clínica de los bordes*.

Desde este lugar comprenden dos ejes sobre los cuales se debe entender estos nuevos fenómenos, -ejes que de cierta manera son compartidos por los analistas de orientación lacaniana que trabajan el problema-, y que existe una relación entre el estado actual de la civilización y las patologías de borde estrechamente relacionado con el fin de siglo. Por otra parte, el paso de una concepción rígida de la estructura sostenida bajo el esquema L y esquema R de Lacan, hacia una concepción dinámica o móvil, como señala Cancina “sostenida en las últimas enseñanzas de Lacan a partir del momento que introduce el nudo borromeo y las operaciones incluidas en su lógica (anudamientos, desanudamientos, tejido de un cuarto numero, etc.)” (26).

La propuesta de la EFBA, concibe el problema eso sí, en el borde de la neurosis, son manifestaciones peculiares que no estarían por fuera del campo de la neurosis,

Heinrich propone que está “dentro del terreno de la neurosis, podría definirse una zona de relación particular en la que, al no poder constituirse la transferencia, lo que aparece es el Acting Out, como una mostración del objeto que ha sido rechazado y como un llamado a que el Otro ofrezca una *hiancia* que lo acoja” (23).

Para Amigo (27) la problemática se juega en una falla en la constitución del fantasma, la cual en la lógica neurótica ordena la ley del deseo y limita el goce, goce que vemos en los fenómenos de borde como no coartado (trastornos alimenticios, adicciones a sustancias, manifestaciones somáticas varias, etc.); de esta manera el funcionamiento de borde se queda precisamente al borde de la construcción fantasmática, aquella fantasía estructural que reconocemos en la neurosis sosteniendo el síntoma, pero estando en la cornisa tampoco queda absolutamente ausente como en la Psicosis.

Se articulan fallas en la identificación y la castración, con un modo de elección de objeto comandada por el narcisismo, en donde la operación de corte a nivel imaginario yoico afectará irremediablemente la constitución final del fantasma. La trama edípica no se desarrolla en términos neuróticos, dejando al sujeto en un lugar de inestabilidad, identificaciones precarias, movilizados por el ideal y sin una ley paterna que ordene el goce. Estas características de los sujetos implicarán una dirección de la cura particular, no al modo clásico neurótico; se tratará de hablar y de escuchar sin esperar que el discurso se reordene en la ley del deseo, lo que es solidario con la lógica de un fantasma no logrado.

Por último, desde la Asociación Lacaniana Internacional surgen las propuestas de Jean-Pierre Lebrun (1997) y Jean-Jacques Rassial (1999), quienes trabajan con el concepto de *Estado Límite*. Para ellos algo del lazo social ha variado, lo que implica una función paterna y materna que en el último tiempo se verá trastocada o afectada, con consecuencias subjetivas que se constata en el *estado límite*. Como señala Rassial (28), 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.

En relación con lo anterior, Rassial reconoce en el estado límite una nueva forma patológica que afectan específicamente al narcisismo y a la conducta, en donde para Lebrun (29) los sujetos en estado límite se mantienen entre-dos un imaginario en vías de simbólico donde no logra asentarse la dimensión simbólica en toda su magnitud a partir de la castración. Para estos autores, el estado actual de la sociedad conlleva un movimiento en la subjetividad representada por los estados límites.

Finalmente, la característica principal que toma para Rassial el estado límite, es precisamente su condición de estado, que no permite definirlo como una estructura nueva, ni una mera manifestación novedosa de las grandes estructuras, sino, una circunstancia del funcionamiento subjetivo susceptible a intervenir y ser reordenada bajo la lógica del *sinthôme* lacaniano, estado provisorio o fijo, un pasaje de una estructura primera a una segunda que queda en detención, por lo que se requeriría una construcción de una invención para resolver este desequilibrio.

Consideraciones finales.

Finalmente como fruto de este breve recorrido por la problemática podemos concluir que el tema sigue abierto tanto en Psiquiatría como en Psicoanálisis, la dificultad en la clasificación y el tratamiento del trabajo psiquiátrico y las diversas maneras de comprender el fenómeno en psicoanálisis, nos hablan de una expresión clínica que se resiste en su aprensión. Es más, podríamos pensar que el cuadro mismo dadas sus características, se resiste a ser capturado desde el modo tradicional en que se aborda la clínica actual. Genera dificultades de definición y delimitación, pero del mismo modo que subvierte el ejercicio clínico contemporáneo mostrando la insuficiencia de respuesta.

El hecho mismo de resistir nos habla de su existir, corrompe los fundamentos clínicos y las capacidades de tratamiento y cuestiona una serie de modelos y paradigmas en su definición. Es decir, el modo de expresión sintomatológico de lo límite bordea el ejercicio mismo de la psiquiatría y el psicoanálisis, para mostrar que no está acabado y aún quedan experiencias humanas que no pueden ser cuadradas por sistemas fijos y rígidos. Es menester de estas disciplinas contorsionar y flexibilizar su ejercicio para dar cabida a lo que ha pasado a ser el cuadro patológico de la década de los ochenta, al modo de subjetividad contemporánea.

Por último, la clínica de lo límite supone un desafío aún abierto, que si bien no se resuelve con una clasificación más precisa, un trabajo sobre ello puede orientar el tratamiento. La variedad de fenómenos, cuadros y nosologías descritas en el campo de lo límite, nos exige una revisión más precisa de la temática, y nos muestra el problema que afronta la Psiquiatría en el abordaje de la personalidad y el Psicoanálisis al salir de las teorías clásicas estructuradas. Queda aún por ver los futuros desarrollos que aborden aquello que partió como una novedad contingente y se ha convertido en un elemento necesario para la clínica actual.

Bibliografía.

- (1) Pereña, F. *Denegación y límite. Acerca de los llamados trastornos límites*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXIX, n° 103, 2009.
- (2) Green, A. *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- (3) Bergeret, J. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- (4) Gunderson, J. *Trastorno límite de la personalidad, guía clínica*. Barcelona: Psiquiatría editores, 2002.
- (5) Lopez Herrero, L-S.; Gonzalez, M.; Linares, L. *A propósito de los trastornos límite*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXVIII, n° 102, 2008.
- (6) Florenzano, R., *Epidemiología de los desordenes de la personalidad*. En Riquelme, R.; Oksenberg, A., *Trastornos de personalidad: hacia una mirada integral*. Chile: Sociedad Chilena de salud Mental, 2003, p. 81-91.
- (7) Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: fondo de cultura económica, 2008.
- (8) Rodriguez Olalla, J.; Ruiz, A.; Perez, J.; López, M-A.; Moya, P.; <et al>. *El deseo y el poder: problemas del discurso de la medicina basada en la evidencia aplicado a salud mental*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXXII, n° 114, 2012.
- (9) García-Valdecasas, J.; Vispe, A.; Tobías, C.; Hernández, M. *De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basado en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXIX, n° 104, 2009.
- (10) DSM-IV, Asociación Psiquiátrica Americana, Barcelona: Masson, 2000.
- (11) Livesley, J. *Dilemas diagnósticos en la clasificación de los trastornos de la personalidad*. En Phillips, K.; First, M.; Pincus, H.; *Avances en el DSM dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*, Buenos Aires: Masson, 2005, Cap. 8, p.153.

- (12) Rodríguez Sutil, C.; Avila, A.; Abello, A.; Aburto, M.; Castaño, R.; Espinoza, S.; <et al>. *Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico/histriónico como modelo*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXXIII, n° 120, 2013.
- (13) Múzquiz, A. *Configuración de la psicopatología y práctica psiquiátrica*. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. XXXIII, n° 119, 2013.
- (14) Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- (15) First, M. *Trastornos de personalidad y trastornos de relación*. Barcelona: Masson, 2004.
- (16) Laplantine, F. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol, 1999.
- (17) Bilbao, R. *Revisión Histórico-Conceptual de los Estados Límites de la Personalidad desde una Perspectiva Psicoanalítica: Encuentros y Desencuentros*. Revista de Psicología GEPU, Vol. 1, N°1, 2010, p.62-99.
- (18) Kernberg, O. *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1997, p.18.
- (19) Winnicott, D. *La integración del yo en el desarrollo del niño (1962)*. Barcelona: RBA, 2006.
- (20) Winnicott, D. *Distorsión del yo en términos de self verdadero y falso (1960)*. Barcelona: RBA, 2006.
- (21) Kohut, H. *La restauración del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- (22) Balint, M. *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- (23) Amigo, S.; Cancina, P.; Cluglak, C.; Diaz, G.; Heinrich, H. *Bordes... un límite en la formalización*. Rosario: Homo sapiens Ediciones, 1999, p.10.

- (24) Miller, J-A.; <et al>. *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: ICBA-Paidos, 2006, p.18.
- (25) Miller, J-A. *El Otro que no existe y sus comités de ética / con colaboración de Éric Laurent*, 2006.
- (26) Amigo, S.; Cancina, P.; Cluglak, C.; Diaz, G.; Heinrich, H. *Bordes... un límite en la formalización*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 1999, p.101.
- (27) Amigo, S. *Clínica de los fracasos del fantasma*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 1999.
- (28) Rassial, J-J. *El sujeto en estado límite*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
- (29) Lebrun, J-P. *Un mundo sin límite: Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social*. Barcelona: Serval, 2003.