

Limites en el psicoanálisis.

Estevez, Analia.

Cita:

Estevez, Analia (2025). *Limites en el psicoanálisis. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/324>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/cgN>

LIMITES EN EL PSICOANALISIS

Estevez, Analia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Este trabajo esta enmarcado en el UBACyT que lleva por título “Operacionalizaciones de lo social en el Psicoanálisis y sus consecuencias en la conceptualización del sujeto (Azaretto, Ros, 2023) Me propongo recorrer aquí los trazos del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad o trastorno borderline desde su surgimiento en las escuelas americana e inglesa y las resonancias en el campo del psicoanálisis lacaniano. Por ultimo intentare esbozar la pregunta en torno a que obstáculos es posible situar dentro del psicoanálisis lacaniano para poder abordar este diagnóstico, haciendo uso del concepto de Modelo de Alain Badiou. Motivan estas inquietudes la practica clínica en el dispositivo de salud mental PRISMA que funciona en el Complejo Penitenciario Federal I en Ezeiza. Se trata de un hospital psiquiátrico civil emplazado en el ámbito carcelario y surcado por la ley de salud mental 26.657. Allí se encuentran alojadas personas privadas de su libertad que están atravesando malestar psíquico grave. Esto supone una población que en un gran numero podría enmarcarse en lo que se conoce como trastorno límite de la personalidad.

Palabras clave

Psicoanalisis - Borderline - Modelo - Nosografia

ABSTRACT

LIMITS IN PSYCHOANALYSIS

This work is part of the UBACyT program entitled “Operationalizations of the Social in Psychoanalysis and Their Consequences for the Conceptualization of the Subject” (Azaretto, Ros, 2023). I propose to explore the traces of the diagnosis of borderline personality disorder since its emergence in the American and English schools and its implications in the field of Lacanian psychoanalysis. Finally, I will attempt to outline the question of what obstacles can be placed within Lacanian psychoanalysis to address this diagnosis, using Alain Badiou’s concept of the Model. These concerns are motivated by clinical practice at the PRISMA mental health facility operating at the Federal Penitentiary Complex I in Ezeiza. This is a civilian psychiatric hospital located within a prison and governed by Mental Health Law 26,657. It houses inmates experiencing serious psychological distress. This represents a population that, in large numbers, could be classified as borderline personality disorder.

Keywords

Psychoanalysis - Borderline - Model - Nosography

Este trabajo esta enmarcado en el UBACyT que lleva por título “Operacionalizaciones de lo social en el Psicoanálisis y sus consecuencias en la conceptualización del sujeto (Azaretto, Ros, 2023) Me propongo recorrer aquí los trazos del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad o trastorno borderline desde su surgimiento en las escuelas americana e inglesa y las resonancias en el campo del psicoanálisis lacaniano. Por ultimo intentare esbozar la pregunta en torno a que obstáculos es posible situar dentro del psicoanálisis lacaniano para poder abordar este diagnóstico, haciendo uso del concepto de Modelo de Alain Badiou. Motivan estas inquietudes la practica clínica en el dispositivo de salud mental PRISMA que funciona en el Complejo Penitenciario Federal I en Ezeiza. Se trata de un hospital psiquiátrico civil emplazado en el ámbito carcelario y surcado por la ley de salud mental 26.657. Allí se encuentran alojadas personas privadas de su libertad que están atravesando malestar psíquico grave. Esto supone una población que en un gran numero podría enmarcarse en lo que se conoce como trastorno límite de la personalidad: en este tipo de presentaciones clínicas el conflicto con la ley penal es de altísima frecuencia, en ocasiones combinado con consumo problemático de sustancias.

Para quienes trabajamos en instituciones es habitual el encuentro en la clínica con pacientes de los cuales es posible ubicar una intensa inestabilidad emocional, labilidad yoica, identidad difusa y un endeble grupo de mecanismos de defensa primitivos. Aunque ninguna de estas características pueda ser ubicadas inicialmente en la noción psicoanalítica de síntoma, su innegable presencia y demanda de tratamiento hace que resulte una cuestión relevante al interior mismo del campo del psicoanálisis.

Iniciaré esta interrogación realizando un recorrido sucinto por el surgimiento del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad para luego poder arribar a las trazas que deja dentro del psicoanálisis lacaniano

EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD: HABITANDO TIERRAS LIMITE

Decido recortar en este apartado aquellos mojones que dentro de la historia de la descripción de este diagnóstico resultan más cercanos a la lógica del psicoanálisis, confesando las omisiones que necesariamente todo recorte histórico supone.

Es de destacar en cada uno de los autores los rastros de la idea freudiana de las neurosis narcisistas. La referencia a algo fallido a nivel de la constitución del narcisismo parece ser una constante en estas descripciones.

Para ubicar un comienzo es Rosse quien comienza en 1890 a hablar de locura límite para referirse a casos de inestabilidad emocional que habitaban el límite entre la razón y la desesperación. En 1938 Stern utiliza el término "borderline" denominando el "Grupo Límite de las neurosis" a aquellos casos que no puede encuadrar en las categorías de neurosis o psicosis y que padecían de un sentimiento difuso de inseguridad, hiperestesia afectiva y desfallecimiento de la estima de sí mismos, vinculado a una falla narcisista originaria. Para Stern la «neurosis borderline» incluye síntomas, rasgos del carácter y «formaciones reactivas», como narcisismo, hipersensibilidad desordenada, dificultad para evaluar la realidad, rigidez psíquica, intensa ansiedad somática, hemorragia psíquica (imposibilidad de control), sentimientos de inferioridad, mecanismos de proyección. Afirma que impresionan como sintiendo permanentemente estar heridos o ser lastimados.

Se plantea ya tempranamente la dificultad terapéutica que suponen este tipo de pacientes.

En 1942 Helene Deutsch conceptualiza la noción de "como si" afirmando que este tipo de pacientes son incapaces de desarrollar reales identificaciones yoicas y superyoicas pero que actúan como si las tuvieran. A diferencia de la histeria, en la que se trataría de la represión del afecto, ella ubica en la personalidad borderline una deficiencia del afecto.

Posteriormente Melitta Schmideberg en 1947 recorta el profundo trastorno de personalidad que subyace a los casos límite y que afecta a casi todas las áreas de su vida y describe que las relaciones de objeto se dan de modo superficial y débil. Para ella el término borderline supone la combinación de diversos rasgos y síntomas y podían subdividirse en subgrupos paranoide, esquizoide y depresivo. Ella los considera como organizaciones estables en su inestabilidad.

En la escuela inglesa el acento estuvo puesto en los mecanismos de defensa, en la medida en que establece una gradación entre la personalidad neurótica y psicótica y no un límite estructural entre ambas.

En 1954, Donald Winnicott propone la noción de "falso self" haciendo referencia a la estructura defensiva del niño para proteger a su verdadero self de lo que considera amenazas de su entorno, implicando una existencia desprovista de vitalidad y entusiasmo. En Realidad y juego (1971) la definición de fronterizo (borderline) va a consistir en un núcleo psicótico perturbado dentro de una organización psiconeurótica.

En esta misma línea en 1957, Wilfred Bion sostiene la idea de una "parte psicótica" y una "parte no psicótica" de la personalidad coexistiendo en el ser humano.

Así, es posible recordar en la escuela americana el énfasis en la labilidad yoica o del self y en la difusión de la identidad mientras que en la lógica de la escuela inglesa prima la ansiedad psicótica y los mecanismos caracterológicos neuróticos para maniobrar con ella, más el modo singular de relación de objeto. Desde la perspectiva de esta escuela no es posible encontrar la

experiencia transicional del objeto en los pacientes borderline, o si se la encuentra está francamente perturbada.

La escuela francesa en cambio destaca los síntomas depresivos, y el trastorno mismo consiste en una falla de la estructuración neurótica o psicótica según se oriente hacia alguno de estos polos

Kernberg (1979) define la «organización de la personalidad límite» como con ciertas características estructurales comunes, estables y duraderas, con una organización patológica de la personalidad, intermedias entre la organización psicótica y neurótica y de particular debilidad del yo. A partir de sus desarrollos comienza a hablarse de una estructura de personalidad borderline como una organización estable y definida, diferenciada de la neurosis y de la psicosis.

A partir de 1980 este diagnóstico pasa a formar parte de Manual DSM. Son muchas las críticas y cuestionamientos que se han realizado de la conceptualización y el uso de este manual. Por su profusión y por considerar que desviaría los objetivos del presente, decidí cercenar aquí esas referencias que ameritarían un trabajo en sí mismo.

LO QUE MARGARET LITTLE NOS ENSEÑA

La dificultad clínica que suponen estas presentaciones clínicas está enfatizada en todos los abordajes.

En un libro tan exquisito como fecundo en sus enseñanzas, Margaret Little relata su experiencia como analizante con diversos analistas, a la luz de su último análisis que realiza con Winnicott. El libro se titula "Relato de mi análisis con Winnicott. Ansiedad psicótica y contención" y en él se presenta como un caso que podríamos encuadrar dentro del diagnóstico de borderline que se viene planteando en estas páginas.

Relata las internaciones que hubo de sufrir en diversos momentos de su historia vital, plagada de coyunturas de máxima inestabilidad emocional. Refiere previamente dos tratamientos con analistas, previos a su encuentro con Winnicott que es lo que constituye el centro de su relato.

De estos tratamientos breves con analistas realiza una descripción que dice suficientemente del punto donde se supo no leída. Interesa particularmente en este sentido el relato de una experiencia que se produce desde el lugar de analizante, de quien posteriormente se erigiera en analista.

El segundo de estos análisis es con Ella Sharpe entre los años 1940/1947. En su primera sesión refiere el silencio que guarda Sharpe y que provoca en Margaret Little un pánico cuya intensidad no pudo explicarse su analista, a pesar de haber interpretado ese miedo como relativo a la castración y en clave edípica. "En esa primera sesión mi terror, terror de una aniquilación total, no provenía de una neurosis de transferencia, sino –como pude averiguar más tarde– de una psicosis de transferencia cuyos orígenes se remontaban a mi infancia y a experiencias reales de mi niñez" [i].

Mas adelante se adentra en la dinámica que se construye en ese periodo con Ella Sharpe:

“El panorama general de mi análisis con la señora Sharpe es el de una lucha constante entre las dos. Ella insistía en interpretar lo que le decía en términos de un conflicto intrapsíquico relacionado con la sexualidad infantil, mientras que yo trataba de darle a entender que mis verdaderos problemas tenían que ver con mi existencia y mi identidad: no sabía que significaba ser yo misma. La sexualidad (aun siendo totalmente conocida) era totalmente irrelevante y sin sentido, a menos que la existencia y la supervivencia pudiera darse por sentada y que me fuese posible establecer mi identidad”^[ii]

Ese análisis perdura hasta 1947 en el que Ella Sharpe lo da por terminado, falleciendo unos meses después. Es a partir de su fallecimiento y lo que genera en Margaret Little que realiza una nueva consulta que finalmente la conduce al consultorio de Winnicott.

Sobre su análisis con Ella Sharpe dirá “Sabía que nunca habíamos tocado mis verdaderos problemas: en lugar de empatía había habido una confusión de lenguas”^[iii]

Si este relato nos deja un rédito esta justamente en este punto en el que nos proporciona la resonancia que resulta en Margaret Little respecto de las intervenciones de un analista que está demasiado dispuesta a leer el conflicto edípico neurótico, aun allí cuando todo muestra que –todavía- no es eso lo conflictuado. Enfatizo en este punto el todavía, en la medida en que hay algo de lo que Margaret Little acusa no haber atravesado –la referencia a la confusión de lenguas ferenziana lo dice suficientemente- que parece surcar toda esta descripción. El relato enseña el encuentro con una dialéctica de lo aun no acontecido en términos estructurales; y el desencuentro que eso supone a nivel transferencial. Finalmente es con Winnicott con quien logra contener y elaborar lo que ubica como aquello que la excede en términos de angustia psicótica.

LO BORDERLINE EN EL PSICOANÁLISIS LACANIANO

Elijo deliberadamente el uso de la expresión “Lo Borderline” en la medida en que remite a un campo de la clínica que -de sustancia frágil- requiere en este punto de alguna sustantivación. Existen en la obra de Lacan apenas dos referencias a lo borderline mencionadas en su seminario. La primera de ellas está referida al caso del Hombre de los Lobos a la altura de El seminario Libro 10. El término borderline se mantiene en el texto establecido por Rodríguez Ponte mientras que en el editado por JAM desaparece.

“el papel que los lobos desempeñan para ese caso borderline que es el Hombre de los Lobos”^[iv]

La segunda de ellas es a la altura del Seminario 12 en referencia al caso de Pearl King

“Pero hoy, quiero decirles cómo, en un analista seguramente sensible a su experiencia, el objeto a se le aparece; poco importa

aquí que el caso con el cual ella promueve sus reflexiones sea un caso borderline, con cosas que se han hasta etiquetado: pequeño mal, a menos que eso no sea crisis de despersonalización.

....

Que se lo llame esquizoide, por el momento que a ustedes importa, que él sufra en el modo de ese sujeto que ponemos sobre el borde del campo psicótico, de esta especie de falsedad resentida de su self, de su sí-mismo, de esta puesta en suspeso, hasta de esa vacilación de todas sus identificaciones, todo eso, para nosotros, por el momento, es secundario. Lo que importa es eso: que ese paciente es psicoanalizado por la analista en cuestión con una corta interrupción, durante diez años”^[v].

Salvo esas dos apariciones (más su desaparición) no hay referencias en la obra de Lacan de este diagnóstico.

Desde su muerte, diversos analistas se han dedicado a conceptualizar estas presentaciones clínicas que de alguna manera ponían en cuestión la tripartición Neurosis – Psicosis – Perversion. En muchos de ellos los recorridos están destinados a pensar donde ubicar lo que se ha llamado “Trastorno límite de la personalidad” dentro de la nosografía clásica del psicoanálisis.

En 1989 Diana Rabinovich publica “Una clínica de la pulsión: las impulsiones” en el que ubica las diversas presentaciones clínicas cuya impulsividad surca el cuadro.

Posteriormente en 1993 Haydee Heinrich en su libro Borde(R)s de la neurosis y Silvia Amigo en 1999 con Clínica de los Fracassos del fantasma retoman la pregunta en torno a esta clínica.

Ambas aportan una perspectiva estructural para poder pensar estas presentaciones clínicas, ubicándolas en lo que llaman el borde real de las neurosis.

Haydee Heinrich se ocupa de describir la falla que es posible situar en este tipo de estructuración psíquica. Con el modelo del juego del fort-da y haciendo hincapié en la función del Juicio del Otro, puntualiza en el tercer tiempo de Edipo la particularidad, que ella vincula a lo que denomina “la falta de confianza en el significante”.

En Silvia Amigo quedan descriptos como casos de fracasos estables del fantasma, -lo que recuerda a la estable inestabilidad a la que Melita Schmideberg hacia referencia a la hora de pensar en los trastornos límite de la personalidad-, pero en los que no se encuentran índices de forclusion del significante del nombre del padre. Así, es posible pensar desde esta autora la falla a nivel de la estructuración del fantasma como respuesta del sujeto al desde del Otro.

Ambas ubican en esta línea a las impulsiones, adicciones, anorexias, bulimias, toxicomanías.

Todo el campo de las Locuras (en el que se ubican los recorridos de J-C Maleval, Pablo Muñoz, Emilio Vaschetto, etc) habilita también el comenzar a pensar en pacientes graves que no se incluyen en el campo de las Psicosis.

Los recorridos acerca de los Inclasificables de la clínica y de las Psicosis ordinarias de J-A Miller y otros son posibles de situar en este mismo sentido.

Así, los diversos desarrollos de psicoanalistas poslacanianos, -del cual el presente no es mas que un injusto y caprichoso recorte que de ningún modo se quiere exhaustivo- son signo de la necesidad de precisar donde escribir aquello que había quedado por fuera de la nosografía lacaniana.

DE DIAGNÓSTICOS, MODELOS Y DIAGNÓSTICOS MODELO

Desde enfoques descriptivos en los que se enfatiza la idea de trastorno hasta perspectivas estructuralistas en las que se lo menciona como organización límite de la personalidad, Lo Borderline está presente en el universo de la clínica al menos desde 1890, y ha generado los más calurosos desacuerdos y malentendidos.

Si bien en muchas ocasiones se hace referencia a cuestiones epocales, la pregunta en torno de este tipo de variantes clínicas data de fines del siglo XIX. Es probable no obstante, que exista en la actualidad una mayor frecuencia de aparición que sí sea atribuible a coordenadas de la época, cuestión que excede los alcances de la presente exposición.

Dentro del campo del psicoanálisis se han diversos recorridos en los cuales se intenta pensar con los conceptos y nosografía lacaniana este tipo de presentaciones clínicas.

El solo hecho de que cuando se hace referencia a estas modalidades de presentación clínicas se las defina desde lo que no son (“ni neurosis ni psicosis”) o que se transite los límites de las entidades de la nosografía para lograr finalmente ubicarlos en alguna de ellas, quizás diga acerca del punto de dificultad.

Surge entonces la pregunta en relación a como se construye un diagnóstico y que relación es posible pensar que existe entre las distintas denominaciones que un cuadro clínico recibe. ¿Es acaso el mismo cuadro, descripto por uno u otro abordaje? ¿Se trata de una traducción entre diversas lenguas? Y a la inversa: una vez construida una lógica que subyace a una nosografía ¿qué ocurre con lo que queda por fuera?

En la medida en que la nosografía lacaniana implica una estructura de las estructuras clínicas, es dable la interrogación acerca de la ubicación de aquello que no quedó incluido en ese ordenamiento y que sin embargo requiere de nuestra intervención clínica.

¿Es en alguna medida la nosografía freudiana -y luego la lacaniana- un obstáculo para poder pensar los pacientes que responden a esta descripción? Interrogarlo nos obliga a indagar acerca de la lógica de la producción teórica y la transmisión del quehacer en la clínica psicoanalítica.

Los recorridos de Juan Samaja desde una perspectiva dialéctica de la epistemología aportan sustancialmente a esta cuestión. Según este autor es a partir del proceso de modelización que se construye lo que va a ser considerado dato.

La noción de praxis en psicoanálisis supone la tensión irreductible entre el plano conceptual y el plano de lo empírico y la construcción del elemento tercero supone la modelización. El modelo -desde esta perspectiva- es modelo de acción transformadora.

Ahora bien ¿cuales son los límites de ese modelo y como se transitan al interior mismo de un campo dado?

En este punto la idea de Modelo trabajada por Alain Badiou en El Concepto de Modelo (Badiou 2009) sirve de referencia. Allí se distinguen la noción, el concepto y la categoría de modelo. En esta perspectiva, cuando Badiou refiere al modelo como noción remite a unidades del discurso ideológico. El concepto, en cambio, sitúa al discurso científico, y la categoría al discurso filosófico. La categoría de modelo así entendida supone el recubrimiento ideológico de la ciencia donde se combinan el concepto (científico) y las nociones (ideológicas).

Antes -o más aca- del modelo como categoría acabada, Badiou hace referencia a su uso ideológico:

(en su uso ideológico) “El modelo se coloca en los alrededores de la práctica científica. No está destinado más que a su propio desmantelamiento. El proceso científico lejos de fijarlo lo destruye. Permanece en los márgenes de la producción de conocimiento... Toda detención sobre el modelo constituye un obstáculo epistemológico”[vi]

Aquí es lícito interrogar: ¿que función cumple en este punto la nosografía lacaniana en términos de la presencia/ausencia del operador Nombre del Padre y la presencia ausencia de la extracción del objeto a?

Solo en el horizonte de la lógica del no-todo es posible pensar en que la estructura de las estructuras clínicas no incluye a todos los sujetos y presentaciones clínicas posibles. Resta en este punto el escabroso asunto de cómo no hacer ideología de un modelo, o cómo estar dispuestos a su desmantelamiento cuando se vuelva necesario.

NOTAS

[i] Little, M. (1990) Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicológica y contención. Buenos Aires. Lugar Editorial. Pag 34-35.

[ii] Ibidem.

[iii] Ibidem pag 39.

[iv] Seminario 10 texto traducido por Rodriguez Ponte, R. clase 6 pag 11 disponible en <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.4.6%20%20CLASE%2006%20S10.pdf>

[v] Lacan, Seminario 12. Clase del 3 de febrero de 1965 disponible en <https://www.psicopsi.com/seminario-12-clase-8-del-3-febrero-1965/>

[vi] Badiou, A. (2009) El concepto de modelo. Buenos Aires Ed. La bestia. Filosofía. pag 51.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). DSM- III, y IV Con los códigos ICE-10. Edit. Masson.

Amigo, S. (1999). Clínica de los fracasos del Fantasma. Buenos Aires. Letra Viva Ediciones.

Aleman, J., Larriera, S., Trias, E. (2004). Filosofía del límite e inconsciente. Conversación con Eugenio Trías. España: Editorial Síntesis.

Badiou, A. (2009). El concepto de modelo, Buenos Aires. Ed. La Bestia. Filosofía.

- Delgado, O. (1999). Los bordes en la clínica. Buenos Aires. JVE Ediciones.
- Donoli, F. (1996). El borderline maníaco, depresivo y esquizoide. Comunicaciones. Nº4. AAP.
- Eidelsztein, A. (2008a). Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. I. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2008b). Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. II. Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. Vol. 19. Amorrortu Editores. 1979.
- Kernberg, O. (1975). "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". Ed. Paidós. Cap. I, II y V.
- Lacan, J.: Seminario 10 La Angustia. Texto establecido por Ricardo Rodríguez Ponte. Disponible en <https://www.LacanteraFreudiana.com.ar/2.1.4.6%20CLASE%2006%20S10.pdf>
- Lacan, J.: Seminario 12 Los problemas cruciales del psicoanálisis. Disponible en <https://www.psicopsi.com/seminario-12-clase-8-del-3-febrero-1965/>
- Little, M. (1990). Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia Psicotica y contención. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Miller, J-A. y otros (1999). Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Buenos Aires. Paidós.
- Miller, J-A. y otros (2023). La psicosis ordinaria. Buenos Aires. Paidós.
- Rabinovich, D. (1989). Una clínica de la pulsión: las impulsiones. Buenos Aires. Ediciones Manantial.
- Samaja, J. (2006). Epistemología y Metodología. Buenos Aires. Eudeba.
- Steiner, J. (1978). Trastornos borderline de la personalidad en Pacientes borderline. Confluencias y Confrontaciones. Revista de APdeBA. Vol. XII. Año 1990. Nº2-3.
- Vaschetto, E. (2018). Estar loco sin estarlo. Buenos Aires. Grama Ediciones.