

La perspectiva lacaniana frente a la polémica de los límites

RAFAEL POZO GOWLAND*

RESUMEN

El presente trabajo realiza un recorrido histórico sobre algunos aportes realizados desde el psicoanálisis y la psiquiatría en relación a la categoría diagnóstica *borderline*. Se hace particular hincapié en diferentes propuestas realizadas por autores de orientación lacaniana, analizando los puntos de convergencia y divergencia, así como las consecuencias clínicas que se extraen de las diferentes conceptualizaciones. PALABRAS CLAVE: limítrofe, personalidad, estructura, locura, psicosis.

ABSTRACT

THE LACANIAN PERSPECTIVE AGAINST THE POLEMIC OF THE LIMITS. This work makes a historical tour of some contributions made from psychoanalysis and psychiatry in relation to the diagnostic category *borderline*. Particular emphasis is placed on different proposals made by authors of Lacanian orientation, analyzing the points of convergence and divergence, as well as the clinical consequences extracted from the different conceptualizations. KEY WORDS *borderline*, personality, structure, madness, psychosis.

RESUM

LA PERSPECTIVA LACANIANA ENFRONT LA POLÈMICA DELS LÍMITS. El present treball realitza un recorregut històric sobre algunes aportacions des de la psicoanàlisi i la psiquiatria en relació amb la categoria diagnòstica *borderline*. Es fa un èmfasi particular en diferents propostes realitzades per autors d'orientació lacaniana, analitzant els punts de convergència i divergència, així com les conseqüències clíniques que s'extremen de les diferents conceptualitzacions. PARAULES CLAU: límit, personalitat, estructura, bogeria, psicosi.

Introducción

Los intentos de categorización de la psicopatología siempre han sido complejos, sin importar la disciplina o la orientación teórica. De Freud al DSM, la revisión constante de las categorías remite, por un lado, a cierta imposibilidad frente a los esfuerzos por establecer límites inamovibles y, por otro, a cómo la clínica funciona como cuestionador constante de estos intentos.

La problemática de las estructuras clínicas, a su vez, ha provocado siempre mucha polémica dentro del psicoanálisis, generando diferencias y divisiones y dando lugar a propuestas teóricas tan diversas que cuesta por

momentos ubicar un denominador común entre diferentes autores. De ahí la clásica distinción entre “el psicoanálisis” y “los psicoanálisis”.

Aquellos pacientes coloquialmente denominados como *borders*, que no son fácilmente ubicables dentro de las categorías más clásicas, han sido objeto de un amplio interés por parte de prácticamente todas las líneas psicoanalíticas. El presente artículo pretende realizar una revisión sobre esta problemática, haciendo hincapié en propuestas realizadas por autores de orientación lacaniana. Por un lado, debe aclararse que la misma representa un claro recorte que no pretende ser exhaustivo y, por otro, que no es lo mismo aclarar

*Licenciado en Psicología. Psicólogo residente en el Hospital Ramos Mejía (Buenos Aires, Argentina)
Contacto: rafael_pg@hotmail.com

Recibido: 28/4/17 - Aceptado: 7/6/17

“desde Lacan” que “desde una orientación lacaniana”, siendo esta última más amplia, ya que incluye la variedad de propuestas realizadas por los seguidores de Lacan, algunas de ellas con diferencias significativas.

Recorrido histórico

Pocos conceptos han resultado tan problemáticos dentro del campo de la psicopatología como ocurre con el de *borderline*. Más allá incluso de su uso vulgarizado en el lenguaje popular, parece existir poco consenso alrededor del mismo dentro del campo de la Salud Mental. Según Gabbard (2002), el diagnóstico de Borderline en sentido amplio o como organización de la personalidad engloba una amplia variedad de casos, incluyendo a los diferentes Trastornos de la Personalidad del Grupo A y B, al punto de que se ha convertido en un “tacho de basura psiquiátrico, sobreutilizado y mal utilizado” (p. 447). Cabe realizar entonces una primera distinción del término: como trastorno de la personalidad, en tanto diagnóstico sintomático propuesto por el DSM (1994) y como estructura psíquica u organización de la personalidad propuesta por el psicoanálisis. Si bien existen puntos de intersección (tanto históricos como clínicos) entre ambos constructos, pertenecen no solo a nosografías distintas sino que parten también de paradigmas y fundamentos diversos. Su homologación, ya sea por falta de rigurosidad o intentos de simplificación, puede resultar no sólo confuso sino también problemático, ya que quedan desdibujadas las implicancias clínicas que se desprenden de las diferentes conceptualizaciones.

La historia del término *Borderline* como categoría diagnóstica es extensa y sus avatares responden a diferentes problemáticas, tanto clínicas como teóricas, que han ido surgiendo a lo largo de la historia de la psiquiatría y el psicoanálisis. Un modo de sintetizar la gran polémica entre autores es plantear si se trata de una estructura en sí misma, un estado, o un episodio dentro de una neurosis o una psicosis. Pero incluso tomando partido por alguna de estas posturas, surge un nuevo debate en relación a cómo se entiende el concepto de estructura o qué estatuto darle a estos estados o episodios.

Si bien el primer autor que parece haber utilizado el término límite en la descripción clínica de pacientes fue Hughes en 1984 al referirse a “personas que pasaron toda su vida a uno u otro lado de la línea” (citado en Conti y Stagnaro, 2004, p. 271), Matusevich, Ruiz,

y Vairo (2010) señalan varios antecedentes del mismo dentro de la psiquiatría clásica: *La Locura Histérica* de Falret, Prichard y su *Locura Moral*, Rosse y su cuestionamiento al límite entre normalidad y enfermedad mental, entre otros.

Dentro del ámbito del psicoanálisis, Freud ya mostró interés por aquellos pacientes en los que no resultaba sencillo determinar si se trataba de casos de neurosis o de psicosis. En uno de sus primeros textos, afirma que “no es raro que una psicosis de defensa interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta” (1894, p. 61). Este punto seguirá siendo una preocupación en sus desarrollos y, en 1924, se preguntará por los mecanismos subyacentes a estos casos en sus textos *Neurosis y psicosis* (1924a) y *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924b). Allí aclara que, tanto en la neurosis como en la psicosis, hay un “aflojamiento del nexo con la realidad” (1924b, p. 191) y, por lo tanto, “el tajante distingo entre neurosis y psicosis debe amenguarse, pues tampoco en la neurosis faltan intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo” (1924b, p. 196).

Como ocurre con muchos de los problemas abordados por Freud, la verdadera polémica surgió luego de su muerte, frente al creciente número de psicoanalistas que teorizaban sobre sus pacientes, el aumento y variedad de experiencias clínicas que comenzaron a acumularse, así como las diferencias institucionales que empezaron a originarse. Porque si hay un punto que no puede dejarse de lado para un análisis serio sobre la temática es que las diferencias no son nunca solo teórico-clínicas, sino que se encuentran atravesadas a su vez por una dimensión política.

En la historia del psicoanálisis ha habido numerosos aportes en relación a este tipo de pacientes. Diferentes autores han hecho referencias clínicas o teóricas, ya sea sobre las etapas del desarrollo evolutivo cuya perturbación puede dar lugar a este tipo de cuadros, las modalidades particulares de transferencia con estos pacientes y los posibles objetivos del tratamiento psicoanalítico (cuando el mismo se considera viable). A los fines del presente trabajo serán desarrollados brevemente algunos aportes realizados por autores en relación a esta temática.

Stern (1938, citado en Conti y Stagnaro, 2004) fue el primero de ellos en realizar una descripción sobre estos “estados límite”, caracterizados por una sensibilidad extrema hacia los estímulos interpersonales,

una intolerable vivencia de dolor subjetivo y ansiedad, pudiendo incluso verse afectado el criterio de realidad. Helen Deutsch publica en 1942 un importante artículo sobre lo que ella denomina las “personalidades como si”. Allí describe pacientes *normales* en apariencia pero con una actitud extremadamente pasiva y de naturaleza imitativa frente al medio, particular tendencia a la identificación, fácilmente sugestionables; con escasas respuestas afectivas aunque presenten intentos de simular una experiencia afectiva, falta de individualidad y carácter. La autora hace hincapié sobre las diferencias entre este tipo de pacientes y las descripciones más clásicas de neurosis y psicosis. Los desarrollos de Deutsch han sido retomados y reformulados por numerosos autores. Desde la perspectiva lacaniana, han sido particularmente trabajados en relación al problema de las psicosis no desencadenadas y sus modos de compensación imaginaria (Lacan, 1955-56; Maleval, 1996).

En 1968, Grinker publica un análisis estadístico sobre este tipo de pacientes, a partir del cual intenta delimitar el ya en ese entonces polémico término *Borderline*. Lo destaca como un síndrome específico con consistencia interna y estabilidad, pero identifica, a su vez, cuatro subgrupos dentro del mismo. Dentro de un continuum, ubica en los extremos al *Borderline* psicótico y neurótico y entre éstos a las personalidades *como si* y al fronterizo central (Matusevich et al., 2010; Gabbard, 2002).

Uno de los autores psicoanalíticos que más en profundidad se ha abocado al problema de los pacientes *Borderline*, tanto en relación al diagnóstico como al tratamiento, ha sido Otto Kernberg. Su concepto de organización *Borderline* no remite a un Trastorno de la Personalidad específico, ya que aclara que la misma incluye pacientes con trastornos narcisista, antisocial, paranoide, esquizoide, etc. (Gabbard, 2002). Si bien no descarta el valor clínico de un diagnóstico descriptivo (y realiza una revisión detallada de los síntomas principales), destaca las limitaciones del mismo y hace hincapié en la importancia del diagnóstico estructural a la hora de pensar el pronóstico y el tratamiento. Kernberg (1987) propone la existencia de tres organizaciones estructurales (neurótica, psicótica y límite) que difieren en el grado de integración de la identidad, el tipo de operaciones defensivas que predominan y el juicio de realidad. Kernberg señala a su vez que las modalidades de funcionamiento pueden variar en un paciente con un diagnóstico determinado. Señala, por ejemplo,

que pacientes esquizofrénicos pueden presentar en determinados momentos de remisión una organización neurótica o límite de la personalidad.

Otro autor que resulta pertinente destacar es Jean Bergeret. Siguiendo su razonamiento, para la gran mayoría de los autores es evidente la existencia de pacientes con funcionamientos que no responden a los dos grandes marcos estructurales, pero los desacuerdos radican en la posición nosológica que se les debe acordar. Destaca que, en estos casos, de lo que se trata es de una falla en la posibilidad de estructuración, motivo por el cual propone el concepto de una “a-estructura”, la cual podría orientarse en el desarrollo hacia una neurosis o una psicosis. Bergeret (1974), a su vez, hace mucho hincapié en los síntomas depresivos, vinculados al temor por la pérdida del objeto, que caracterizan a estos pacientes. Se trata un planteamiento que tiene importantes implicaciones a nivel clínico, particularmente a la hora de pensar el trabajo con adolescentes. Sobre este punto y en relación a la posibilidad de transición entre estructuras sostenida por diferentes autores, Bergeret aclara que su conceptualización “no implica esas transiciones sino en el momento de la adolescencia, o en algunos momentos posteriores que puedan corresponder a retardos de adolescencia” (1974, p. 184).

Otro psicoanalista francés que ha trabajado extensamente este tema a lo largo de su obra es André Green. Sus trabajos tienen una marcada dimensión clínica y un cuestionamiento constante de las diferentes propuestas (incluidas las suyas). Considera a los estados límites como el funcionamiento propio de esta época, dada su predominancia, y asegura que “definen el campo psicoanalítico contemporáneo” (2011). Su concepción al respecto se fue modificando a lo largo de los años, desde una visión más estructuralista, hacia un cuestionamiento de las categorías estancas y una complejización de las relaciones y entrecruzamientos que existen entre las mismas (Lanza Castelli, 2016). Según Green (1991), el concepto de caso límite se encuentra, debido a su multiplicidad polimorfa, mal circunscrito. Opta entonces por un enfoque clínico en vez de una aproximación psicopatológica, motivo por el cual desarrolla la idea de “estados en los límites de la analizabilidad” para referirse a aquellos “funcionamientos no neuróticos”. Hace hincapié en los afectos, los trastornos del pensamiento, las relaciones de objeto, la destructividad, y el narcisismo. Sus desarrollos son complejos, y entran en diálogo con diferentes autores: Freud, Winnicott, Bion, Piera

Aulagnier, entre otros. Si bien toma muchos elementos propuestos por Lacan (con quien se formó durante años), asegura que éste “niega o sencillamente ignora la especificidad de los funcionamientos limítrofes” (2011, parr. 5).

Perspectivas lacanianas

Tal como ocurre con muchos temas, las referencias explícitas al concepto de *Borderline* no abundan en la obra de Lacan. Esto, sin embargo, no implica que no puedan extraerse diferentes conclusiones sobre el tema a partir de sus teorizaciones. Si hay algo que caracterizaba a Lacan era su constante diálogo con diversas disciplinas y autores, dentro de los cuales incluía frecuentemente autores psicoanalíticos contemporáneos o previos. No dudaba en marcar sus diferencias, pero demostrando siempre haberse detenido en una lectura precisa de las otras propuestas, algo que parece haberse perdido actualmente entre sus seguidores. Tal como señala Muñoz (2011), si Lacan “adoptó esa postura de respeto y cuidado por sus colegas es porque entendió que había un núcleo de verdad en sus desarrollos en torno de los llamados *núcleos psicóticos de la personalidad* o casos fronterizos” (p. 48). A esto, además, se le suman varios desarrollos o propuestas realizadas posteriormente por autores que parten de la enseñanza de Lacan.

Lacan utiliza el término *Borderline* una única vez como categoría clínica, en el Seminario 10 (1962-1963), para referirse al caso del Hombre de los Lobos. El término fue llamativamente eliminado de la versión oficial de dicho seminario (Soria, 2016). En dicho seminario, también trabaja algunos casos presentados como *borderlines* por la psicoanalista Margaret Little, a quienes Lacan, en cambio, entiende como estructuras psicóticas. Destaca, a su vez, la importancia de diferenciar estructura psicótica y psicosis clínica o sintomática. Ya había señalado este punto en otras oportunidades, por ejemplo en el Seminario 3 (1955-56), cuando realiza la tan citada aclaración: “nada se asemeja tanto a una sintomatología neurótica como una sintomatología prepsicótica” (p. 273).

Muñoz (2010a) destaca que, desde la perspectiva lacaniana, las estructuras planteadas por Freud “no intersectan y no son combinables” (p. 350), motivo por el cual no puede hablarse de desencadenamientos o núcleos psicóticos dentro de una estructura neurótica.

A su vez, el autor argentino (2009) aclara que tampoco se hace uso del concepto de *Borderline*: los casos habitualmente incluidos por otros autores en esta categoría son entendidos como neuróticos desestabilizados y con un grado importante de desorganización o como pacientes psicóticos que logran mantenerse estables en situaciones frente a las cuales otros se desestabilizarían. Llama a su vez la atención sobre la proliferación de trabajos sobre psicosis no tan evidentes y que pueden pasar desapercibidas, lo cual contrasta con la poca producción en relación a los casos inversos, aquellos que por su presentación parecen claros casos de psicosis pero el tratamiento demuestra luego que se trataba de una neurosis (Muñoz, 2011). Aclara, sin embargo, que, en la actualidad, la extensión de nuevos conceptos como el de “psicosis ordinaria” vuelve a plantear el problema de las fronteras entre estructuras, al punto de “configurar una nueva categoría *border* pero de orientación lacaniana” (Muñoz, 2010a, p. 350).

Locura

Dada la posición de los autores lacanianos con respecto al concepto de *Borderline*, el término “locura” resulta útil (e incluso necesario) a la hora de describir y teorizar sobre aquellos casos complejos en lo que hace al diagnóstico estructural. El mismo permite nombrar ciertos fenómenos o episodios que fácilmente pueden confundirse con una psicosis pero que se presentan en el marco de una neurosis (Muñoz, 2009). Se trata así de establecer una clara diferencia entre el fenómeno y la estructura: la locura atraviesa y puede ser articulada a las tres estructuras: psicosis, neurosis y perversión (Muñoz, 2010b).

Dicha articulación entre neurosis y locura ha sido trabajada por diferentes autores lacanianos, con diversas propuestas conceptuales que intentan dar cuenta de los mecanismos en juego. Jean-Claude Maleval es uno de los autores que, además de haber sido quien reintrodujo el debate, más ha trabajado este tema en diferentes momentos y con distintas elaboraciones al respecto. Sus desarrollos sobre el mecanismo de forclusión intentan ubicarlo en relación a la neurosis y la psicosis, llegando a postular la idea de “forclusión restringida”, que se diferencia de la forclusión del Nombre-del-Padre (en tanto significante fundamental) propia de las psicosis. De este modo, siguiendo las ideas de Maleval, de lo que se trata en las locuras histéricas es de “una

forclusión parcial sobre un significante que no acarrea la perturbación del conjunto del lenguaje para un sujeto” (Muñoz, 2009, p. 128).

Otro autor que realiza un desarrollo similar es Juan David Nasio, al postular la idea de “forclusión local o parcial”, la cual tampoco recae sobre el significante del Nombre-del-Padre. Este autor critica la idea de una única realidad psíquica, planteando la existencia de multiplicidad de espacios psíquicos, independientes y coexistentes. Se trata así de “realidades locales”, algunas producidas por represión y otras por forclusión (Nasio, 1987, 2001).

Otra propuesta que cabe destacar por su precisión conceptual e interés clínico son los desarrollos de Jean-Jacques Rassial (1999). A diferencia de la mayoría, este psicoanalista de orientación lacaniana no descarta el término *Borderline*, al cual le otorga la categoría de estado. Según este autor, se trata de un diagnóstico que describe con gran claridad al sujeto moderno, que escapa de las descripciones semiológicas clásicas y dogmas psicopatológicos. Sus descripciones parten de los últimos desarrollos de Lacan (principalmente en relación al *sinthome* y los modos de anudamiento de la estructura), en diálogo con ideas de André Green y con una perspectiva que hace mucho hincapié en la dimensión social y cultural: “el estado límite es ante todo una respuesta adecuada a esa incertidumbre de los puntos de referencia característica del lazo social contemporáneo” (p. 27). Al entenderlo justamente como estado y no como estructura, se pregunta sobre la temporalidad y el cambio, así como por las condiciones que pueden dar lugar a una detención en este estado. En este punto, realiza a su vez un paralelismo entre la idea de estado límite y la adolescencia, en tanto operación psíquica fundamental y testimonio ejemplar de la civilización.

Psicosis ordinarias

La posición de Lacan frente a la problemática de las estructuras varía a lo largo de su obra, ya que la misma se articula conceptualmente con otros desarrollos teóricos también reformulados. En un principio, el planteamiento respondía a una lógica más lineal y asociada a un “todo o nada” (Fernández, 2009, p. 181). Más hacia el final de su obra, se puede ubicar lo que algunos autores han denominado como una “segunda clínica lacaniana” (Fernández, 2009, p. 181), continuista, más elástica, que permitiría reconocer matices diferenciales, en términos

de anudamientos y desanudamientos de la estructura. Esto, a su vez, ha dado lugar a una línea de desarrollos teóricos que se centra más en las diferentes manifestaciones clínicas, en la posibilidad de trazar una lógica detrás de ciertos “casos raros” donde tanto las manifestaciones clínicas como el desarrollo de las mismas no responden a un modelo clásico. Belucci (2013) destaca que “lo que la última enseñanza de Lacan aporta es, entre otras cosas, la idea de que hay distintos modos en los que la estructura se anuda y desanuda y distintos soportes que le permiten al sujeto hacer con su condición estructural”.

Siguiendo esta perspectiva, algunos autores (Miller et al., 2003) proponen en el marco de una línea de investigación el término “psicosis ordinaria” (aludiendo así a psicosis compensadas, no desencadenadas, en análisis, en terapia, medicadas, etc.) como un modo de dar cuenta de una variedad de casos clínicos y sus posibilidades de tratamiento. La propuesta de las psicosis ordinarias dio lugar a importantes debates dentro del ámbito lacaniano, ya que parecía ser una respuesta interesante para todos aquellos casos “difíciles de ubicar” en los términos más clásicos. Sin embargo, comenzó a observarse una extensión excesiva del término aplicable a todo aquello que no era fácilmente identificable, justamente una de las críticas dirigidas más frecuentemente al concepto de estructura u organización *borderline* (y en otro ámbito, también a los Trastornos de la Personalidad).

Estos autores señalan como operativo para la dirección de la cura la posibilidad de ubicar el desenganche de un sujeto en relación al otro, lo cual hace referencia, retroactivamente, al elemento que hacía de enganche, dirigiendo así el tratamiento a un posible reenganche. Proponen, a su vez, la idea de “neodesencadenamiento”, como un intento de actualización del más clásico concepto de desencadenamiento (vinculado muchas veces a las formas más típicas), aludiendo a su vez a un *aggiornamento* de la elaboración teórica de la clínica.

La idea de *neodesencadenamiento* no solo remite al desencadenamiento psicótico, sino que también interroga el modo en que el sujeto se desengancha del lazo social. Plantean la idea del desenganche asociado a una clínica del funcionamiento, partiendo de la base de que no toda psicosis implica un desencadenamiento irreversible al estilo de Schreber. Señalan que en muchos casos el mismo puede ser discreto o incluso difícil de localizar. En relación a estas formas de presentación, también

destacan que “el trabajo delirante es un *work in progress* que puede durar toda una vida” (Miller et al., 2003, p. 73), con sus diferentes avatares. Laurent (2007) señala que, en las psicosis extraordinarias, solían encontrarse trastornos del comportamiento masivos, pero que estas presentaciones se modificaban frente al desarrollo de la psicofarmacología y ciertos deslizamientos socioculturales. En los casos agrupados como ordinarios, se trata más bien de rarezas, estilos particulares de vida, invenciones, fenómenos difíciles de asignar. Laurent aclara que se trata de un campo que debe ser clínicamente explorado, pero manteniendo la distinción de neurosis y psicosis como polos fundamentales.

Según Miller (2008), es una categoría más epistémica que objetiva, abierta a discusión, que surgió, en principio, frente a la necesidad de replantear la rigidez de una clínica binaria (neurosis o psicosis). Señala, a su vez, que se trata de una clínica delicada, orientada por pequeños detalles o en términos de intensidad. Partiendo de una referencia de Lacan (1957-58), quien habla de “un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto” (p. 540), Miller destaca la idea de desorden, diferenciándolo del término trastorno y lo ubica en relación a una triple externalidad.

Por un lado, en cuanto a la identificación social, puede tratarse de una relación negativa (marcado por la dificultad en asumir alguna función o rol social, primando la desconexión o el desamparo) o positiva (cuando se evidencia una identificación demasiado intensa). También se observa un desorden en relación al cuerpo, donde el sujeto necesita crear lazos artificiales para reapropiarse de un cuerpo que se descompone (como podrían ser los piercings o tatuajes). Como último registro, Miller (2008) ubica la externalidad subjetiva. En este punto señala como propio de las psicosis ordinarias una experiencia de vacío o vacuidad, que, a diferencia de lo que ocurre en las neurosis, resulta indialectizable. Junto a estos indicios, Miller también destaca como frecuente cierta identificación a un lugar de “desecho”, que no es de carácter simbólico, y que se evidencia, por ejemplo, en descuidos de la propia persona que pueden llegar a ser muy graves.

Si bien Miller (2008), en su aclaración entre desorden y trastorno, intenta distinguir claramente su propuesta de las descripciones psiquiátricas y las conceptualizaciones de otros autores psicoanalíticos, resulta inevitable el paralelismo entre sus ideas y los “sentimientos de vacío” o la “difusión de la identidad”, entre otros.

Gustavo Dessal (2008) ubica en las psicosis ordinarias, además de las particularidades del desencadenamiento, una fenomenología muy variada, que puede acercarse a un exceso de normalidad o a una caracteropatía grave, pero en la que nunca falta un núcleo delirante, muchas veces encapsulado. A esto agrega un discurso fabricado que puede funcionar a modo de nominación, cierta pobreza en relación a la historia personal, con poca implicación subjetiva, y un vínculo social atravesado muchas veces por componentes agresivos o de desconfianza. Destaca, a su vez, que el término psicosis ordinaria da cuenta de una estructura psicótica más extendida de lo que se supuso durante años, algo que, sin embargo, muchos autores de psiquiatría clásica ya parecían haber vislumbrado. En cuanto a las clasificaciones psiquiátricas más actuales concluye lo siguiente: los redactores del DSM han atomizado la psicosis ordinaria en una multiplicidad de síndromes y trastornos de la personalidad. Sin duda, no les falta la experiencia, en el sentido de la observación de un sinnúmero de fenómenos clínicos. El problema es cómo leerlos, cómo descifrarlos; cuál es el paradigma teórico a partir del cual se ordenan (p. 3).

Conclusiones

A partir del recorte realizado resulta evidente que la polémica en relación a los pacientes llamados *Borderline*, remite a un problema mucho más amplio que tiene que ver con el lugar del diagnóstico en psicoanálisis. En relación a esto, pueden ubicarse tres cuestiones centrales que surgen a partir del recorrido por diferentes aportes en relación a este tipo de casos.

Por un lado, se evidencia la multiplicidad y amplia variedad (llegando incluso a puntos de contradicción) que existe entre propuestas de autores de orientación psicoanalítica. Incluso cabe aclarar que, en muchos casos, la utilización de un mismo término puede crear la ilusión de que se está hablando de lo mismo, cuando en realidad remiten a concepciones diversas, como también ocurre claramente con el concepto de estructura. Sumado a esto, resulta un excelente exponente de la complejidad y particularidades del entrecruzamiento entre el psicoanálisis y la psiquiatría.

Por último, los debates surgidos en relación a este tema demuestran el complejo vínculo que existe entre clínica y teoría y cómo las distintas presentaciones pueden poner

en jaque categorías que, en algún momento, pueden haberse considerado incuestionables, invitando constantemente a repensar el modo en que trabajamos y el lugar desde donde lo hacemos.

Un análisis más profundo sobre las consecuencias clínicas que se desprenden de las diferencias conceptuales, si bien arduo y extenso, resultaría sumamente fructífero.

Bibliografía

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed. texto rev.)*. Washington, DC, EE. UU.: Autor.

BELUCCI, G. (2013). El analista ante el desencadenamiento. *Imago Agenda*, 173. recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1956>

BERGERET, J. (1974). *La personalidad normal y patológica*. España: Gedisa Editorial

CONTI, N. A. Y STAGNARO, J. C. (2004). Personalidad, personalidades patológicas y organización borderline de la personalidad: una aproximación histórico-nosográfica. *Vertex*, 15(58), 267-73

DEUTSCH, H. (1942). Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, XI(3).

DESSAL, G. (2008). Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias. *NODVS*, XXIII

FERNÁNDEZ TUÑÓN, J. (2009). Estructura psicótica no desencadenada. En Fernández, E. (Comp.). *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis* (pp. 181-202). Buenos Aires: Letra Viva

FREUD, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas (Vol. 3)*, Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1924a). Neurosis y psicosis. *Obras completas (Vol. 19)*. Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1924b). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras completas (Vol. 19)*. Buenos Aires: Amorrortu.

GABBARD, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

GREEN, A. Y URRIBARRI, F. (1991). *Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo: conversaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.

GREEN, A. (6 de noviembre de 2011). *Lacan por André Green*. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/libros/subnotas/4464-506-2011-11-06.html>

KERNBERG, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México, D. F.: Manual Moderno.

LACAN, J. (1955-56). *El Seminario. Libro 3: las psicosis*. Barcelona: Paidós.

LACAN, J. (1957-1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2* (pp. 513-564). Buenos Aires: Siglo XXI editores.

LACAN, J. (1962-63). *El Seminario. Libro 10: la angustia*. Barcelona: Paidós.

LANZA CASTELLI, G. (2016). Comparación entre la histeria y los pacientes fronterizos, desde la perspectiva de André Green, ilustrada con el análisis de un caso clínico. *Clínica Contemporánea*, 7 (2), 67-179.

LAURENT, E. (2007). La psicosis ordinaria, entrevista realizada por Jaques Munier. *Virtualia xiv*. Recuperado de <http://virtualia.col.org.ar/016/default.asp?formas/laurent.html>.

MALEVAL, J.-C. (1996). Identificaciones imaginarias y estructura psicótica no desencadenada. *Rev. Ame. Esp. Neuropsiq.*, XVI (60), 629-646.

MATUSEVICH, D., RUIZ, M. Y VAIRO, M. C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro. *Vertex*, 21, 274-285.

MILLER, J. A. Y OTROS (2003). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós ICBA.

MILLER, J. A. (2008). Efecto retorno de la psicosis ordinaria. *Revista El Caldero de la Escuela*, 14.

MUÑOZ, P. D. (2009). Algunas elaboraciones psicoanalíticas en torno del uso del concepto de locura como distinto del concepto de psicosis. *Anuario de investigaciones*, 16, 125-132. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100050&lng=es&tlng=es

MUÑOZ, P. D. (2010a). *Locura histérica o histerias enloquecida*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

MUÑOZ, P. D. (2010b). La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan: I: locura y neurosis. *Anuario de investigaciones*, 17, 103-112. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100054&lng=es&tlng=es

MUÑOZ, P. D. (2011). *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicoanalíticas*. Buenos Aires: Letra Viva.

NASIO, J. D. (1987). *Los ojos de Laura*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

NASIO, J. D. (2001). Reportaje a David Nasio. *Revista Acheronta*, 13. Recuperado de <http://www.acheronta.org/reportajes/nasio.htm>

RASSIAL, J. J. (1999). *El sujeto en estado límite*. Buenos Aires: Nueva Visión.

SORIA, N. (2016). *El hombre de los lobos. Función y límites de una nominación*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.