



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Aceituno M., Roberto; Bornhauser, Niklas  
Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea  
Revista de Psicología, vol. XIV, núm. 2, 2005, pp. 111-122  
Universidad de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414208>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Discurso Psicopatológico y Subjetividad Contemporánea

### Psychopathological Discourse and Contemporary Subjectivity

Roberto Aceituno M.\*, Niklas Bornhauser\*\*

#### Resumen

En este trabajo se discuten algunas hipótesis acerca de la relación entre *discurso de la clínica psicológica* (psicología, psiquiatría, psicoterapia) y *subjetividad contemporánea*. Se entiende por *discurso clínico* al conjunto de prácticas y de saberes aplicados a los trastornos psíquicos o, más ampliamente, al ámbito de la salud mental. La noción de *discurso* sugiere que estas prácticas se constituyen en el marco histórico y sociocultural que define sus condiciones de conocimiento y de aplicación. Por otra parte, entendemos por *subjetividad contemporánea* a aquellas dinámicas y estructuras subjetivas propias a la época actual, en el marco de las condiciones socioculturales de la llamada modernidad tardía o *posmodernidad*. El análisis se centra en los trastornos "límites" como expresión discursiva de la subjetividad contemporánea.

**Palabras claves:** *Discurso, Psicopatología, Subjetividad*

#### Summary

In this paper we present a discussion about the relation between the discourse of clinical psychology (psychology, psychiatry, psychotherapy) and *contemporary subjectivity*. We could define *clinical discourse* as a set of practices and knowledge applied to psychic disorders or, in a broader sense, to the area of mental health. The term *discourse* suggests that these practices are formed in the historical and sociocultural framework that defines its knowledge and application conditions. On the other hand, *contemporary subjectivity* is understood as the dynamics and subjective structures which are typical of these current times, in the framework of the sociocultural conditions of the so called late modernity or *postmodernity*. The analysis is focused on borderline disorders as a discursive expression of the contemporary subjectivity.

**Key words:** *Psychopathology, Subjectivity, Discourse*

---

\* Académico Departamento de Psicología, Fac. de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Email: [raceitun@uchile.cl](mailto:raceitun@uchile.cl)

\*\* Docente, psicólogo clínico, doctor en Filosofía. Email: [niklas.bornhauser@gmail.com](mailto:niklas.bornhauser@gmail.com)

### Introducción

En el presente trabajo proponemos discutir de manera introductoria la relación entre algunos aspectos del discurso psicopatológico contemporáneo y las condiciones sociales e históricas que lo han hecho posible. En su condición de ensayo histórico-crítico, no pretende definir de manera cerrada y unitaria la complejidad de los problemas clínicos y antropológicos que esta relación sugiere, sino de abrir perspectivas de reflexión en torno a la historicidad de la práctica clínica, historicidad que es necesario considerar no sólo como el “pasado” de los discursos que examinamos, sino en la dialéctica presente-pasado que opera en la relación entre problemas “actuales” (la subjetividad contemporánea, sus transformaciones, sus características) y aquellos posibles de ser reconstruidos históricamente. Desde esta perspectiva, la noción de discurso, tal como ha sido desarrollada por Michel Foucault (Foucault, M., 1999, 2004), nos ayuda a situar nuestro propósito en el cruce de análisis *epistemológicos* (el discurso como *episteme*), *históricos* (el discurso en su condición de archivo, de discontinuidad, de acontecimiento) y *políticos* (el discurso en tanto juego de fuerzas al interior de una sociedad dada).

Un primer aspecto concierne a la clínica psicológica, entendida tanto en sus enunciados y sus intervenciones como en los “objetos” sobre los cuales opera (las “patologías” o “trastornos” llamados mentales), como discurso que pone en evidencia características y dinámicas propias a la subjetividad actual. En este sentido, opera como un “revelador antropológico”, es decir como expresión de la cultura que la hace posible y necesaria. La noción de “revelador antropológico” está tomada de las reflexiones de Gladys Swain y Marcel Gauchet acerca del nacimiento y desarrollo de la psiquiatría a principios del siglo XIX, perspectiva desde la cual el discurso psiquiátrico –para estos autores– sería expresión de un giro revolucionario acerca

de la alienación que constituye al sujeto moderno y que puede, para nuestros fines, aplicarse al discurso psicopatológico en general (psicología clínica, psicoterapia, psicoanálisis) (Swain, G., Gauchet, M., 1997). De este modo, es posible considerar a dicho discurso tanto en su especificidad epistémica como en función del contexto en el que se inscribe socio-históricamente.

Es en este dominio que se sitúa la pregunta por la “actualidad”, es decir la especificidad de la clínica contemporánea en lo que se refiere a las transformaciones de la subjetividad en el tiempo. De estas transformaciones, que le darían a las prácticas psicológico-clínicas su estatuto histórico y actual a la vez, las sintomatologías o los padecimientos “psíquicos” del sujeto de hoy serían expresiones susceptibles de ser estudiadas al interior de dichas disciplinas. Estas modalidades de las “patologías actuales” son consideradas aquí bajo la noción de trastornos “límites”, designando con ella el dominio “mixto” de las alteraciones psicopatológicas actuales, entre los cuales los llamados “borderlines” serían una de sus manifestaciones más referidas (Bergeret, J. y Reid, W., 1999; Kernberg, O., 1967, 1975, 1993).

Sin embargo, esta aproximación debe asimismo considerar que la clínica psicológica se sitúa en una *genealogía discursiva* a partir de la cual es posible reconocer en su propio origen disciplinario – durante el siglo XIX– los fundamentos de su expresión actual, de modo que es preciso interrogar cuál es el grado de “novedad” de estas expresiones de la subjetividad y del malestar psicológico.

Nos interesa en este trabajo articular teóricamente ambos supuestos, es decir la idea de una transformación de las expresiones psicopatológicas actuales –con respecto a aquellas definidas por el discurso clínico “clásico”–, por una parte, y la relativa continuidad entre los enunciados que constituyeron el discurso psicopatológico “de Pinel a Freud” y los actuales, por otra.

Sobre la base de las premisas indicadas introductoriamente, proponemos las siguientes hipótesis de trabajo:

- 1.- La primera concierne a una lectura crítica sobre las “novedades” de la clínica actual. Ello se evidencia en la descripción e interpretación teórica acerca de los trastornos “límites” o “borderlines”, tal como son recurrentemente invocados para señalar los impases y los desafíos de la psiquiatría, el psicoanálisis o la práctica psicoterapéutica. Si bien ellas designan dinámicas cognitivas, afectivas e interpersonales propias a la configuración del aparato psíquico y de sus manifestaciones sintomáticas en la época actual, es posible proponer que al mismo tiempo recogen toda una tradición epistémica y profesional que constituyó a las disciplinas “psi” durante el siglo XIX, es decir: “De Pinel a Freud”. Desde esta perspectiva, es posible proponer que nuestra época, al menos que lo que se refiere a la psicopatología del “paciente de hoy” (Narot, F., 1990), profundiza ciertos rasgos de la subjetividad –es decir, de la relación sujeto/cultura- propios a la modernidad decimonónica y encuentra un denominador común en la problemáticas de la *identidad* que enmarcaron el desarrollo de estas prácticas y saberes durante dicho periodo.
- 2.- La segunda sugiere que, en el marco de esta historicidad de la clínica psicológica, las patologías “actuales” requieren ser interrogadas a la luz de las modificaciones epocales producidas bajo el trasfondo de la modernidad tardía, para algunos llamada posmodernidad. Ello implica repensar los criterios “estructurales” mediante los cuales esa misma subjetividad fue concebida durante el nacimiento y desarrollo de las disciplinas durante el siglo antepasado. Esto significa analizar la eventual especificidad de las categorías nosológicas para orientar los desafíos que nos plantea nuestro tiempo.

## Antecedentes

### *Acerca de los trastornos “límites” y su dimensión antropológica*

El problema de los trastornos “límites” en psicología clínica, psiquiatría y psicoanálisis es tan antiguo como estas mismas disciplinas. Así, es posible reconocer en la antesala del nacimiento de la psiquiatría y de la psicología clínica –a principios y fines del siglo XIX, respectivamente- la descripción de patologías mentales caracterizadas por su estatuto “mixto”, es decir a medio camino entre la “locura” y la “normalidad” psíquica. Es de hecho en este dominio de problemas nosológicos que se sitúa el advenimiento de la psiquiatría “científica”, la cual, desde la noción de *alienación mental* propuesta por Philippe Pinel, formuló un conjunto de categorías diagnósticas de las alteraciones mentales caracterizadas por ese doble estatuto de patología y normalidad: *monomanías, alienaciones parciales, locuras lúcidas, manías sin delirio, psicosis histéricas, locuras razonantes*, entre otras. Este desarrollo del discurso psicopatológico se perfiló entonces, a lo largo del siglo XIX europeo, como un campo de experticia profesional abocado a tratar tanto las alteraciones más graves (las psicosis, fundamentalmente) como aquellas que aquejaban *parcialmente* al sujeto en sus funciones psíquicas, dejando indemnes las restantes (voluntad, atención, memoria, etc.). Estas últimas alteraciones anímicas adquirieron un peso teórico, nosológico e incluso cultural mucho más evidente con el nacimiento del psicoanálisis freudiano, aplicado especialmente a las afecciones neuróticas. Progresivamente, bajo la influencia del propio psicoanálisis –pero cuyos antecedentes venían ya preparados por la psicopatología dinámica de fines del siglo XIX (Janet, Charcot, Bernheim, entre otros)- así como del desarrollo de la psicología clínica y de la psicoterapia durante el siglo XX, la mirada y la escucha clínica se fue centrando cada vez más en las afecciones del sujeto mismo, y no exclu-

sivamente en los síntomas o en los fenómenos psicopatológicos descritos por la psiquiatría clásica. Es en este contexto que se sitúa desde entonces el problema ya no sólo de la enfermedad sino de la *salud mental* o del *desarrollo psicológico*.

De estas consideraciones históricas y teóricas resumidas muy sucintamente, es posible desprender un cuestionamiento al menos relativo de la eventual novedad o actualidad que evidenciarían las patologías “límites” de hoy. Como sabemos, ellas son descritas en función de las dificultades para ser integradas a la nomenclatura clínica tradicional: psicosis, neurosis, perversiones, psicopatías, trastornos del ánimo o del carácter. Asimismo, evidencian los *límites* de una concepción estructural de la psicopatología, bajo el modelo de los mecanismos “defensivos” que el psicoanálisis ha definido a su manera: represión, forclusión, desmentida. En fin, dichas “patologías” o “trastornos” expresarían dinámicas propias al lazo social contemporáneo; entre ellos, cabe destacar: el *debilitamiento de los soportes identificadorios* provistos por los referentes parentales o “simbólicos” de la modernidad “clásica” (la función paterna, el decaimiento del *nomos* instituido por la estructura familiar, el “desencantamiento del mundo” y sus desfallecimientos religiosos o normativos en general); el imperio de la *imagen* como moneda de cambio de las relaciones intersubjetivas; y el creciente peso del *consumo* en la economía –a la vez subjetiva y social– de las sociedades posmodernas. Todo ello haría necesario concebir de otro modo tanto los criterios para definir la sintomatología como la dinámica, estructura y economía psíquica del sujeto –y del “paciente”– de hoy.

Sin embargo –y en esto consiste la aproximación crítica que estamos proponiendo– es posible sugerir que lejos de consistir en genuinas “novedades”, los rasgos referidos para caracterizar las problemáticas subjetivas actuales ya estaban presentes desde la

constitución de las disciplinas “psi” durante el siglo XIX, las cuales se organizaron precisamente –aunque no exclusivamente, por cierto– en función del territorio fronterizo de las patologías mentales de entonces. Estas han subrayado progresivamente la división psíquica que constituye al sujeto, sea éste patológico o no; de modo que se ha ido constituyendo un espacio de conocimiento y de intervención aplicado a modalidades subjetivas donde coexisten las antiguas manifestaciones irracionales o excesivas de las locuras (definidas por la psiquiatría como psicosis) y las alteraciones sintomáticas propias a la vida mental en general (angustia, depresión, trastornos de la personalidad). Es en este contexto que ha surgido y se ha desarrollado desde entonces un creciente esfuerzo disciplinario por relevar el ámbito psíquico donde las nuevas patologías reconocidas desde principios del siglo XIX (las alienaciones parciales de Esquirol, las locuras intermitentes de Trelat, más tarde las psicosis histéricas o la histeria misma con Charcot, Janet y Freud) evidencian sus alteraciones subjetivas, de lo cual las funciones “yoicas” (voluntad, memoria, atención) expresan el territorio psíquico relevado más frecuentemente. Asimismo, la problemática de la *identidad*, luego de la *personalidad*, expresará paradigmáticamente este nuevo territorio de la subjetividad sometido a la mirada y a la escucha clínica de “lo mental”, en la medida que designará el dominio individual de las diferencias psíquicas, sean éstas patológicas o no. Finalmente, las dificultades para hacer ingresar estos “objetos” de la indagación clínica en el dominio nosológico o nosográfico (las clasificaciones psiquiátricas, por ejemplo) (Berner, P., Luccioni, E., 1984; Desruelles et al, 1934), así como los impases que presentaban a las estrategias terapéuticas, señalarán una recurrente característica del discurso clínico desde entonces, alcanzando en nuestra época un renovado auge con las patologías “borderlines” o fronterizas.

Por otra parte, desde un punto de vista teórico, es preciso recordar que los enfoques psicodinámicos desarrollados a fines del siglo XIX, uno de cuyos exponentes principales fue Pierre Janet (Janet, P., 1929, 1889) guardan estrechas analogías con los enfoques actuales implicados en la clínica de los pacientes “límites”. La apelación a las funciones yoicas, la constatación de la alternancia de configuraciones de personalidad o de “estados de conciencia” en un mismo sujeto, la tendencia a la “desagregación de la personalidad”, entre otros criterios, participan hoy en día de similares enunciados, tal como los observamos en la perspectiva de Otto Kernberg, por ejemplo, así como de autores basados en perspectivas análogas.

De ahí que no sea difícil establecer un estrecho paralelo entre el modo como fueron descritas estas “patologías” durante el siglo XIX –especialmente en lo que se refiere a las dificultades de su tratamiento y de su ubicación nosográfica- con los rasgos relevados por los clínicos de hoy.

### Análisis

Ahora bien, más allá de constatar simplemente esta continuidad discursiva, y de utilizarla como herramienta para cuestionar nuestras novedades actuales, nos interesa proponer algunos elementos que nos permitan analizar lo que en dicha continuidad –que habrá que someter a un análisis crítico más adelante- se pone en juego epistemológica o discursivamente.

- Una primera línea de análisis sugiere que la subjetividad contemporánea, de la cual los “trastornos psíquicos” serían una de sus expresiones características, viene a profundizar –más que a reemplazar- las problemáticas individuales y socio-culturales que enmarcaron el desarrollo de las disciplinas durante el siglo XIX.

En este sentido, dicho periodo muestra probablemente el fundamento antropológico

e histórico de lo que en nuestra época tiende a concebirse como un tiempo nuevo. Desde este punto de vista, lo que parece asociar las problemáticas subjetivas de aquella época con nuestras “nuevas patologías del alma” (Kristeva, J., 1993), sería una crisis de referencias “simbólicas” mediante las cuales el sujeto inscribe su posición en la cultura y en sus vínculos sociales. Dicha problemática, a la vez subjetiva y social, clínica y metapsicológica, puede definirse como una “crisis de identidad”, y no parece casual que sea la cuestión identitaria la que haya cobrado tanto relieve en ambas épocas a propósito de los trastornos psíquicos.

Con el nacimiento y desarrollo del discurso psicopatológico, desde Pinel a Freud, dicha crisis se estableció en función de las transformaciones políticas que enmarcaron las promesas ciudadanas de la cultura “democrática”, cuyo emblema más reconocido fue la Revolución Francesa en función de la cual se instituyó el giro antropológico radical en la época de Pinel (cerca de 1800) con el concepto de *alienación mental*. El sujeto –o el “espíritu humano”, por aventurar una noción filosófica- se encontró desprovisto de sus antiguas referencias que lo ligaban al *nomos* clásico, encontrando la religión su relevo en las promesas de la Razón y de la Ciencia. Ello implicó un “desamparo dejado por la ausencia de los dioses”, fuente de las angustias del sujeto moderno confrontado a la “evidencia de su finitud” (Foucault, M. 1997) y a un conflicto que ya no residía en las incertidumbres frente a los destinos de la otra vida, sino en las contradicciones que podía experimentar *en si mismo*, sede de su propio *malestar*. La noción del *alienación mental* vino a designar ese conflicto constituyente al sujeto mismo (reemplazando la clásica y radical oposición entre locura y razón) y tuvo su correlato en la concepción dinámica del inconsciente con la revolución freudiana a principios del siglo XX. Los trastornos “límites” que caracterizaron todo ese desarrollo subjetivo y disciplinario, teniendo al psicoanálisis como su

momento paradigmático y particularmente sintomático, son los signos que esa crisis dejó archivadas en la conciencia de la racionalidad occidental.

Por otra parte, con “nuestra época”, la que estaría marcada por otras transformaciones y otros “desencantamientos” (el debilitamiento de los ideales políticos, el menoscabo de la función del diálogo y de la palabra), la subjetividad se encontraría marcada por otros signos de las crisis de la modernidad. Esta vez son las promesas de la Razón, el *nomos* emancipatorio de los ideales ciudadanos, lo que se encuentra sometido a renovados impases. Y no parece casual esta vez que los hijos de la ciencia y de la técnica, como de una economía a la vez subjetiva y social marcada por el sello del consumo y de la imagen, sean los que evidencien su malestar o sus patologías psíquicas en nuevas crisis de identidad: desde el narcisismo patológico y los conflictos de la adolescencia, hasta los “trastornos graves de la personalidad” y las patologías del consumo (adicciones, anorexia, bulimia).

Si existe una constante entre la época que dio lugar al nacimiento de la psicología clínica y de la psicoterapia, por una parte, y nuestro tiempo marcado por la constatación en las disciplinas de una transformación radical de los vínculos intersubjetivos y socioculturales (de lo cual la *era de la información* o la *sociedad globalizada* serían algunos de sus rótulos más recurrentes) por otra, ello obedece probablemente más a los estertores de la modernidad “tardía” y a la revitalización de su prehistoria discursiva que a una subjetividad transformada completamente.

- Una segunda línea de análisis pone el acento ya no sólo en las vicisitudes de la subjetividad en el tiempo –sea en un sentido individual o social– sino en la historicidad de los discursos encargados de definirla.

En este contexto, interesa considerar que la ampliación de la cobertura que la mirada

clínica fue estableciendo durante el siglo XIX, y que desde el punto de vista de Michel Foucault señalaría el despliegue de lo que llama la “sociedad de la normalización” (Foucault, M., 1997), supone una “patologización” creciente de la vida cotidiana, correlativa al auge de la experticia disciplinaria. Desde este punto de vista, la continuidad que se puede observar entre los discursos psicopatológicos de la era del nacimiento de las disciplinas “psi” y aquéllos que hoy en día se dirigen a caracterizar al sujeto –o al paciente– “actual”, obedece a rasgos que son comunes a estas mismas disciplinas en su ubicación social. Si la mirada psicopatológica –o psicopatologizante– de la subjetividad durante el siglo XIX tuvo su expresión en una cobertura creciente del poder normalizador, ello implicó cubrir con su intención experta asuntos cada vez más diversos de la vida cotidiana en el hombre común. Esto ha traído consigo la necesidad de postular territorios híbridos –entre salud y enfermedad, entre normalidad y patología– que puedan ser definidos como problemas “nosológicos” o “nosográficos” que las antiguas nomenclaturas no podían ni debían incorporar en sus codificaciones (por ejemplo, diversificándose progresivamente las clasificaciones psiquiátricas), como también abarcar los síntomas en la “normalidad” misma. Esta doble articulación del discurso psicopatológico ha evidenciado en él mismo –y ya no sólo en los “objetos” sobre los que se ha aplicado– el carácter fronterizo de las propias disciplinas psicopatológicas. Su estatuto discursivo, a medio camino entre una búsqueda científicidad y las descripciones “morales” de la vida anímica, quedó establecido en el siglo XIX como un territorio híbrido, ahí donde se situarían como objetos de conocimiento y de intervención las crecientes demandas por recibir de la mirada clínica su sanción disciplinaria y, en cierto modo, normalizadora. De ahí que no haya sido casual, nuevamente, que las disciplinas psiquiátricas hayan buscado definir su “identidad” en función de criterios aparentemente

contradictorios: por una parte, intentando fundarse en la racionalidad científica y metódica del análisis de los fenómenos, y por otra, incorporando en sus estrategias clínicas y sociales un afán higiénico de los desarreglos morales del espíritu.

Si, desde esta perspectiva, el siglo XIX es “síntoma” de esta conciencia *limítrofe* de la subjetividad –entre las promesas de la razón y el creciente poder de nuevas ideologías- no parece trivial asociar ese carácter fronterizo a los sujetos “patológicos” sobre los cuales posa su escucha o su mirada. Con “nuestra época” –y de ahí la continuidad discursiva que estamos explorando- este estatuto del discurso clínico viene a desarrollar y profundizar los “rasgos” que definieron sus antecedentes durante el siglo antepasado: hoy en día, el discurso clínico deviene una práctica normalizadora que requiere ya no sólo posar su mirada sobre las alteraciones psíquicas “clásicas”, sino que debe administrar una demanda de “salud mental” que es fronteriza en sus expresiones psicopatológicas y en el contexto institucional donde se formulan. Todo esto acarrea, por otra parte, un desfallecimiento de la teoría misma, la cual es incapaz de responder a las exigencias del paciente de hoy sin acudir a lo que constituyó su prehistoria como disciplina “científica”.

#### *El difícil trabajo con el presente*

Si hasta aquí hemos querido proponer un cuestionamiento acerca de las novedades del paciente actual, en un segundo momento se nos hace necesario detenernos menos críticamente –o con una perspectiva crítica orientada de otro modo- en el problema de la especificidad de la clínica psicológica contemporánea. Ello en función de una de nuestras premisas iniciales, esto es, la historicidad inevitable de la subjetividad, entendida tanto individual como socioculturalmente. Ello implica no retroceder frente a los desafíos de nuestro presente, aun cuando, tal como lo hemos sugerido, toda actualidad –la del su-

jeto, de sus malestares o sus “patologías” psíquicas- es difícil de concebir sin recurrir a las condiciones históricas que la han hecho posible, y aun cuando dicha historicidad es tanto más un aspecto de los discursos que han formulado esa subjetividad, como de sus expresiones subjetivas mismas.

Desde esta perspectiva, otro análisis se hace necesario. Este aborda las exigencias, evidentemente “actuales”, que la subjetividad le presenta a los discursos –los saberes y las prácticas- consagradas a definirla o a “tratarla”. En este contexto, es necesario definir con mayor precisión cuáles serían los rasgos, las dinámicas, los impases subjetivos de la clínica de hoy. Estas definiciones descansan en los siguientes elementos:

- Desde un punto de vista “metapsicológico”, resulta obligado reconocer que el “aparato psíquico”, por utilizar la expresión de Freud, ya no puede ser definido del todo mediante los criterios teóricos que enmarcaron el desarrollo de la psicología clínica y de la psiquiatría durante el siglo XIX, alcanzando al propio psicoanálisis en la necesaria reformulación de sus aproximaciones teórico-clínicas. Este aparato psíquico –o subjetivo- pareciera organizarse mediante economías y dinámicas que no responden del todo al campo representacional y de afectos que son integrados en la estructura “yoica”. Al menos en los casos “límites”, los aspectos pulsionales de la vida anímica parecen desanudados de sus correlatos representacionales o “cognitivos”, tal como prevalecen en los trastornos del ánimo, de la imagen o de los impulsos en la subjetividad actual.
- Por otra parte, estas dificultades que encuentran las aproximaciones teóricas de la clínica psicológica para definir las dinámicas del sujeto “límite”, se evidencian en sintomatologías que, si bien han sido constatadas por los clínicos desde hace

mucho tiempo, toman un peso relativo mayor en las patologías actuales (Aceituno, R., 2005). Entre ellas cabe consignar:

- a) La predominancia del fenómeno de la *angustia* (un temor sin objeto, en términos clásicos) desprovisto de su función de *señal* de un conflicto psíquico (tal como había sido propuesto por Freud). Se trata de un desborde “afectivo” (o “pulsional”, para decirlo en términos psicoanalíticos) que *excede* la capacidad del aparato psíquico de ligarlos a representaciones o palabras y donde prevalece un monto energético desligado del *trabajo de pensamiento* que podría tramitarlo psíquicamente. Este aspecto sintomático reconocido en la clínica actual toma una de sus manifestaciones más recurrentes en las “crisis de pánico” y tiene su correlato médico en el auge del tratamiento medicamentoso.
- b) Fenómenos *depresivos* que, análogamente a lo observado en la clínica de la angustia, implican alteraciones anímicas o afectivas cuya relación a fantasías, defensas o representaciones se encuentra debilitada. Siguiendo la clásica distinción de Freud propuesta en *Duelo y Melancolía*, se trata de una economía subjetiva donde “la sombra del objeto ha caído sobre el yo”, lo que quiere decir para nuestros propósitos que no se asiste a un trabajo de duelo o de metaforización que permita integrar los afectos en juego a las representaciones asociadas al “objeto” (al “otro”, para decirlo en términos intersubjetivos), manteniéndose el sujeto en un territorio de “sombras” que lo aqueja existencialmente a partir de la pérdida ya no de un objeto cargado libidinalmente, sino una “pérdida de sí mismo”. Aquí, no es difícil reconocer como su correlato médico más recurrente en el explosivo auge de los diagnósticos de depresión en la clínica actual, aún cuando un análisis más fino de tales diagnósticos evidenciaría probablemente problemáticas nosológicas asociadas a la oferta farmacológica.
- c) Desde el punto de vista de la configuración del “Yo”, las *patologías de la imagen* parecieran verse incrementadas en su magnitud y frecuencia. De ellas, el “narcisismo patológico”, vinculado además al debilitamiento de soportes identificatorios estables, pareciera ser un signo propio a los pacientes de hoy. Nuevamente, es la función del “objeto” la que encuentra aquí una característica diferente a la observada en el narcisismo “normal” o incluso en aquel prevaleciente en las afecciones neuróticas, tal como fue descrito por Freud en *Introducción al narcisismo* (Freud, S., 1992). Si en este artículo Freud discutía metapsicológicamente la estructura narcisística asociada a la organización psíquica “normal”, dependiente por lo demás de vínculos objetales provistos por las primeras experiencias de relación al otro (vínculos de apego, de palabra y de afectos), en el narcisismo patológico prevalecería en cambio una hipertrofia imaginaria que debilita la configuración de un Yo estable y auténtico –fuente, además, de la posibilidad de constituir vínculos de reconocimiento intersubjetivo.
- d) Un último aspecto “sintomático” a destacar de la clínica contemporánea –aun cuando la lista podría ser evidentemente más extensa– se expresa en las *afecciones psicosomáticas* o, en términos más generales, aquellas que ponen en juego la dimensión corporal del funcionamiento anímico. En ellas es posible detectar rasgos comunes a los señalados en los puntos anteriores (pobreza del trabajo de pensamiento, hipertrofia imaginaria en la relación al cuerpo propio y al otro, desborde pulsional expresado en investiduras excesivas del funcionamiento orgánico, etc.) y ponen de manifiesto el carácter mixto,

a medio camino de afecciones somáticas y psíquicas, de su sintomatología subjetiva. Ello incide, por lo demás, en una recurrente necesidad de cuestionar los límites disciplinarios y terapéuticos de medicina y psicología, implicando a su vez nuevas exigencias diagnósticas. No es difícil, por lo tanto, encontrar en las patologías psicosomáticas una particular expresión de la antigua historia *limitrofe* de los discursos sobre la enfermedad mental, esta vez en un tiempo marcado por la técnica, la imagen y el consumo. Cabe agregar en este punto que, si bien no corresponden a las patologías psicosomáticas en estricto sentido, aquí se sitúa la recurrente aparición de fenómenos vinculados a la alimentación y a la imagen corporal, así como la relación de consumo a sustancias (anorexia, bulimia, adicciones).

Si bien estos son sólo algunos de los fenómenos y problemáticas asociadas a la clínica de hoy, nos sirven como ilustración de los impases históricos- y por lo tanto actuales- del discurso psicopatológico contemporáneo. Ellos ponen en evidencia la necesaria actualización de los criterios, tanto teóricos como nosológicos e institucionales, a partir de los cuales se desarrolla la clínica actual.

Para finalizar, interesa precisar algunas líneas de reflexión que permitan avanzar en este sentido. Estas se organizan en dos dimensiones.

- La primera, releva la necesidad de concebir de otro modo la posición del sujeto en relación a los criterios clásicos con los cuales se definió el aparato psíquico con Freud, los cuales venían precedidos, como hemos visto, de sus antecedentes teóricos en el tiempo inmediatamente anterior (el siglo XIX). Si “clásicamente” fue la oposición mente-cuerpo, es decir el problema llamado “psicofísico” el que comandó dicha estructuración subjetiva

(ya sea poniendo el énfasis en las determinaciones somáticas de la vida mental o, por el contrario, subrayando el componente “cognitivo” de la misma en su relación “representacional” a la realidad), parece obligado reconocer que la dinámica psíquica ya no descansa del todo en esta oposición “cartesiana”. En cambio, se hace necesario relevar otras articulaciones mediante las cuales la relación de cuerpo y representación, de soma y conciencia, puedan ser concebidas clínicamente. Si la época que marcó el origen de las disciplinas de “lo mental” puso el acento en la relación del sujeto a sus “condiciones materiales” de organización psíquica o, por otra parte, en función del componente ideacional organizado en la estructuración “yoica”, es esta relación misma –entre pulsión y lenguaje– la que merece ser examinada críticamente. Una aproximación de este tipo relevaría probablemente que la economía psíquica en la época actual –de la cual los trastornos “límites” serían expresiones acentuadas– ya no descansa únicamente en el campo fantasmático, es decir representacional, de su organización psíquica, ni tampoco obedece a una determinación funcional dada por sus condiciones fisiológicas. En cambio, es la articulación entre cuerpo y mente, entre pulsión y lenguaje, entre conciencia y corporalidad, la que debe ser examinada con otra lógica. En esta perspectiva, se hace necesario reflexionar acerca de la estructura relacional (entre sujeto y ambiente, entre individuo y cultura) que comanda las organizaciones subjetivas de hoy y sus expresiones “patológicas”. En esta dirección, sería preciso articular diferentemente tanto la economía pulsional como la estructura simbólica que comandan las configuraciones psíquicas “actuales”, lo cual incidiría en una lectura renovada de las operaciones de lenguaje, de pensamiento y “energéticas”

que ahí se ponen en juego. Asimismo, acercándonos al segundo aspecto a relevar a continuación, es preciso resituar la problemática subjetiva más allá de las dimensiones “yoicas” e individuales de su estructura psíquica. En esa línea, es el concepto mismo de sujeto el que se ve cuestionado teórica y clínicamente.

- La segunda, implica un abordaje acerca de la matriz “simbólica” por la cual el sujeto se define en función de su ubicación en la cultura, y a partir de la cual establece una relación al “Otro” en sus vínculos interpersonales, en sus condicionantes identificatorias y en sus procesos de configuración identitaria. Ello se expresa más directamente en una reformulación de los criterios mediante los cuales los procesos de integración normativa en la cultura pueden ser examinados contemporáneamente. Específicamente, estos aspectos tienen sus correlatos subjetivos y socio-culturales en las funciones parentales –o familiares en general- que hoy en día ven debilitados sus soportes identificatorios; en la diversificación de los modelos de asignación de identidad –de género, de clase, étnica- y, más ampliamente, en una reformulación de la necesaria articulación al patrimonio lingüístico en el sujeto actual. De esto último, la economía de los signos, el lugar de la imagen, de los mitos de origen, la función de la palabra y de la escritura, serían algunos de sus correlatos a investigar.

Finalmente, todo esto incide en una reflexión necesaria acerca de los criterios de “desarrollo” en los cuales se inscribe la estructura psíquica del sujeto de hoy. Ello repercute y se expresa en un abordaje renovado acerca de los procesos infantiles (vínculos, desarrollo del cuerpo y del pensamiento, etc.) y de los “tránsitos” clásicamente situados a nivel de la adolescencia o de la pubertad. Es en este nivel que el lugar

del sujeto en la cultura toma la forma específica de una inscripción –o no inscripción- tanto psíquica como social.

### Discusión

Una doble constatación se impone a partir de lo expuesto hasta aquí.

Por una parte, es preciso cuestionar un abuso en la caracterización “actual” de la subjetividad puesta en juego en la clínica contemporánea. Esta descuida, consciente o inconscientemente, y por razones propias probablemente al estatuto de los discursos “posmodernos”, la necesaria historicidad de sus enunciados, la que implica una genealogía discursiva enmarcada en el desarrollo de la Modernidad, que no acaba del todo. En este sentido, si la cuestión de la memoria –a nivel individual y social- pareciera padecer de una contemporánea crisis, ello redundaría en una amnesia disciplinaria que es signo de una identidad difusa, heredera hoy en día de otras crisis de referencias.

Por otra parte, sin embargo, tal continuidad merece a su vez ser examinada críticamente. En efecto, si bien descriptivamente los trastornos “límites” de hoy señalan características relativamente comunes a las observadas durante la época de constitución de las disciplinas psicológicas y psiquiátricas, probablemente sea a nivel de su estructuración subjetiva donde se presentan nuevos desafíos nosológicos –o teóricos en general. En este sentido, sería perfectamente conservador e ingenuo concebirlas simplemente como manifestaciones “tardías” de las “patologías” clásicas. Para abordar su especificidad clínica, sería preciso considerar al menos tres aspectos, íntimamente ligados:

- 1.- *El marco sociocultural donde se inscribe el malestar subjetivo contemporáneo.* En esta línea, interesa considerar de qué manera el lazo social actual incide tanto en las modalidades dinámicas, económicas y tópicos del aparato psíquico, como, en

otro plano, en el modo por el cual las “patologías” no existen sino en función de los discursos encargados de estudiarlas y “tratarlas” terapéuticamente. Así, el padecer contemporáneo se expresa no sólo en las sintomatologías que hemos esbozado sucintamente, sino en el lugar que ocupan al interior de los discursos propios a las disciplinas en su ubicación social, es decir, en el “mercado” de la salud mental entendido como un espacio institucional donde se presentan las demandas de atención y su inscripción técnica (clasificación, diagnóstico, terapia).

2.- En segundo lugar, sería necesario considerar la *dinámica psíquica de la clínica actual en su especificidad y en la manera como se organiza en tanto subjetividad (y no sólo en tanto aparato psíquico individual)*. En este ámbito, la epistemología clínica debe complejizar sus criterios de conocimiento y de intervención, los cuales, sin ser abandonados completamente, deberían incorporar un pensamiento clínico diferente. Así, por ejemplo, si es en el dominio de las representaciones, de los afectos y de los vínculos intersubjetivos el que ha comandado las distinciones psicopatológicas clásicas, es su *articulación teórica* la que debe ser reformulada a partir de los desafíos actuales. Este análisis, mostraría probablemente que un énfasis en la dimensión *cognitiva* puesta en juego crecientemente en la psicología contemporánea, descuida los componentes afectivos (o más bien *pulsionales*, en términos psicoanalíticos), así como las complejas relaciones *intersubjetivas* (*identificadorias*, fundamentalmente) que comandan las patologías “límites” de hoy.

3.- En tercer lugar, se hace necesario interrogar cómo los dos aspectos recién mencionados toman su expresión clínica más directa en las vicisitudes del *vínculo terapéutico*, ahí donde el saber-poder del “experto” recibe un lugar definido

culturalmente y donde el “paciente” plantea una demanda de atención profesional, pero también de reconocimiento subjetivo. Es en este dominio donde el lazo intersubjetivo se expresa como *transferencia*, es decir como una estructura relacional comandada por la palabra y el diálogo. Es en este plano donde “experimentalmente” la estructuración subjetiva y el vínculo social se desdoblan clínicamente, y donde el malestar contemporáneo puede ser analizado críticamente. El menoscabo del diálogo, la aplicación abusiva de fórmulas técnicas o doctrinarias sostenidas en cuestiones de método o de “ideología” clínica – más que en un “espíritu científico” –, el rechazo a un trabajo de pensamiento al interior de este espacio transferencial, en fin: la dificultad de desarrollarlas y promover un *estilo* en él, son limitantes que incumben no sólo al “paciente de hoy”, sino a quienes se dedican a “tratarlo”.

### Referencias bibliográficas

- ACEITUNO, R. (1996) “Aproximaciones a la subjetividad actual”, en *Praxis, Revista de Psicología y Ciencias Humanas*, Santiago, Año 1, No1, 199, pp.10-30.
- ACEITUNO, R. (2005): “Qué nos enseñan los pacientes de hoy?”, en *Gradiva*, Revista de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis ICHPA, Vol.6, No1, 2005, pp.9-18.
- BERGERET, J. Y REID, W. (1999): *Narcissisme et états-limites*, Paris: Dunod.
- BERNER, P., LUCCIONI, E., (1984), “Aperçu historique sur les mises en ordre des maladies mentales”, *Confrontations psychiatriques*, 24, 1984, pp. 11-39.
- DESUELLES ET AL (1934), “Contribution à l’histoire des classifications psychiatriques”, *Annales médico-psychologiques*, Paris: 1934, T.1., p. 637 y sigs.

- FOUCAULT, M. (1997), *Naissance de la clinique*, Paris: PUF.
- FOUCAULT, M. (1997): *Il faut défendre la société*. Paris: Hautes Etudes/Gallimard/ Seuil.
- FOUCAULT, M. (1999): *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets eds.
- FOUCAULT, M. (2004): *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- FREUD, S. (1992) : "Introducción al narcisismo". *Obras Completas*, Volumen XIV, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- HABERMAS, J. (1980). Die Moderne – ein unvollendetes Projekt. En: HABERMAS, J. (1981). *Kleine politische Schriften I-IV*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- JAMESON, F. (1991), "El posmodernismo como lógica cultural del capitalismo tardío", en: *Ensayos sobre el posmodernismo*, Buenos Aires: Ed. Imago Mundi.
- JANET, P., (1929), *L'évolution psychologique de la personnalité*, Paris: Ed. Chaine, 1929.
- JANET, P. (1989), *L'état mental des hystériques*, Paris: Alcan.
- KERNBERG, O. (1993): *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, México: Paidós.
- KERNBERG, O. (1967): Borderline personality organization, *J.Amer.Psychanalyt.Assn.*, 15:641-685.
- KERNBERG, O. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York: Aronson.
- KERNBERG, O.: *Relaciones amorosas. Normalidad y patología*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- NAROT, F. (1990) : "Pour une psychopathologie historique, Introduction à une enquête sur les patients d'aujourd'hui", en *Le Debat*, No61.
- SWAIN, G. & GAUCHET, M. (1997), *Le sujet de la folie*, Paris: Ed. Calmann-Levy.
- ZARIFIAN, E. (1986) : "Un diagnostic en psychiatrie: pour quoi faire". En (col.) *La querelle des diagnostics*. Paris: Navarin eds.

**Fecha Recepción Artículo:** 26 de agosto 2006

**Fecha Evaluación Final:** 10 de abril 2006