



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

López Herrero, Luis-Salvador; González Lucas, María Elena; Linares Álvarez, Laura

A propósito de los trastornos límite

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 271-283

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651003>

- ▶ 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

RESUMEN: A p
los trastornos lí
orientación que p
neurosis y la psic
PALABRAS CL
sentido, sin sentido

Hace má
con los trast
trastorno lími
miento.

La inten
nica desde la
que podemos
cia límite, co
mina circunst
nir a estos pa
nótese cómo r
soy?, ¿qué de
se captan sien
otro lado digo
de estos pacie
mejorando esp
la vida y su e
cando este tip
niendo.

Ahora bi
sujetos, es po
te no es para r
los clínicos de
pacientes.

No obsta
Porque lo más
dro y como si
quedar verdad
búsqueda de r
nos alimentar

inserción en lo social). De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar, en la medida de lo posible, el rigor de todas las secuelas que puedan surgir en esa búsqueda de respuestas ante la vida.

Sin embargo, es preciso interrogar en esta nosología lo que bajo el término límite nos alumbra en estos casos, siempre complicados en la clínica, porque, a mi modo de ver, la vivencia límite de estos pacientes –que hay que entender como el encuentro traumático con lo real, esto es, con lo imposible de decir, que es también lo insoportable– y su errancia circunstancial en la vida tienen un punto de sumo interés para todos nosotros. De ahí la necesidad de poner palabras a ese encuentro del paciente con lo imposible, para así poder limitar esa vivencia traumática. Y éste es uno de los cometidos del tratamiento psicoanalítico.

Pero además la vivencia límite en estos sujetos nos permite captar siempre un vacío o agujero, que desencadena angustia, y que facilita, en ocasiones, la irrupción de un acto –la impulsividad– como modo de calmar ese vacío o de atemperar ese agujero sin nombre. Ya veremos la diferencia que planteo entre vacío y agujero en función de los diferentes tipos de pacientes que empañañan el denominado trastorno límite.

Ahora bien, ¿a qué se refiere este límite? Dicho de otra manera, ¿por qué aparece el término límite para etiquetar este tipo de sufrimiento? (Y digo sufrimiento porque no hay que olvidar que la clínica es siempre lo imposible de soportar, pues tiene siempre una dimensión trágica tanto para el paciente que la vive como para el profesional que la soporta, como también, se podría añadir, para la familia que la padece, sostiene y se desespera con ella).

No obstante, hay que plantear que es cierto que el trastorno límite nos acerca a un límite, pero de qué tipo de límite se trata. Dicho de otra manera: cuando aludimos a un trastorno límite, ¿con respecto a qué se orienta ese límite?

Vamos a distinguir a lo largo del trabajo tres aspectos acerca de este límite; por un lado, el límite con el que se encuentra el profesional en el diagnóstico de este tipo de pacientes; por otro, la dimensión límite de su clínica; y, finalmente, la vivencia límite que se infiltra en el paciente.

Sus comienzos

¿Cómo surge el trastorno límite en la literatura psiquiátrica? La aparición del trastorno límite en la nosología psiquiátrica se produce a causa de una sorpresa clínica o de una dificultad diagnóstica, esto es, a partir de una rareza en la clínica. Son, podríamos decir, los casos raros de la clínica. Por eso, como bien se comprenderá, el trastorno límite siempre ha caminado, en cierta forma, en tierra de nadie.

El trastorno límite, como concepto o idea –aun cuando su interés comience a perfilarse a partir de los años treinta–, surge a mediados de los años cincuenta para

tipificar un tipo de sufrimiento que tampoco se conoce bien, comienza ya a aparecer en la literatura psiquiátrica, ni psicoanalítica, o bien es nombrado pero no se explica bien.

Hay que recordar que el psicoanálisis ya trabajaba en la clínica de la neurosis y la neurosis no es lo mismo que el trastorno límite. El trastorno límite no es una neurosis ni una neurosis es un trastorno límite. La neurosis es una enfermedad que comienza ya a aparecer en la clínica, pero no se explica bien. La neurosis es una enfermedad que comienza ya a aparecer en la clínica, pero no se explica bien.

En este sentido, el trastorno límite es una enfermedad que comienza ya a aparecer en la clínica, pero no se explica bien.

Si la neurosis es una enfermedad que comienza ya a aparecer en la clínica, pero no se explica bien, el trastorno límite es una enfermedad que comienza ya a aparecer en la clínica, pero no se explica bien.

¿Cómo surge el trastorno límite? El trastorno límite surge a mediados de los años cincuenta para

inserción en lo social). De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar, en la medida de lo posible, el rigor de todas las secuelas que puedan surgir en esa búsqueda de respuestas ante la vida.

Sin embargo, es preciso interrogar en esta nosología lo que bajo el término límite nos alumbra en estos casos, siempre complicados en la clínica, porque, a mi modo de ver, la vivencia límite de estos pacientes –que hay que entender como el encuentro traumático con lo real, esto es, con lo imposible de decir, que es también lo insoportable– y su errancia circunstancial en la vida tienen un punto de sumo interés para todos nosotros. De ahí la necesidad de poner palabras a ese encuentro del paciente con lo imposible, para así poder limitar esa vivencia traumática. Y éste es uno de los cometidos del tratamiento psicoanalítico.

Pero además la vivencia límite en estos sujetos nos permite captar siempre un vacío o agujero, que desencadena angustia, y que facilita, en ocasiones, la irrupción de un acto –la impulsividad– como modo de calmar ese vacío o de atemperar ese agujero sin nombre. Ya veremos la diferencia que planteo entre vacío y agujero en función de los diferentes tipos de pacientes que empañañan el denominado trastorno límite.

Ahora bien, ¿a qué se refiere este límite? Dicho de otra manera, ¿por qué aparece el término límite para etiquetar este tipo de sufrimiento? (Y digo sufrimiento porque no hay que olvidar que la clínica es siempre lo imposible de soportar, pues tiene siempre una dimensión trágica tanto para el paciente que la vive como para el profesional que la soporta, como también, se podría añadir, para la familia que la padece, sostiene y se desespera con ella).

No obstante, hay que plantear que es cierto que el trastorno límite nos acerca a un límite, pero de qué tipo de límite se trata. Dicho de otra manera: cuando aludimos a un trastorno límite, ¿con respecto a qué se orienta ese límite?

Vamos a distinguir a lo largo del trabajo tres aspectos acerca de este límite; por un lado, el límite con el que se encuentra el profesional en el diagnóstico de este tipo de pacientes; por otro, la dimensión límite de su clínica; y, finalmente, la vivencia límite que se infiltra en el paciente.

Sus comienzos

¿Cómo surge el trastorno límite en la literatura psiquiátrica? La aparición del trastorno límite en la nosología psiquiátrica se produce a causa de una sorpresa clínica o de una dificultad diagnóstica, esto es, a partir de una rareza en la clínica. Son, podríamos decir, los casos raros de la clínica. Por eso, como bien se comprenderá, el trastorno límite siempre ha caminado, en cierta forma, en tierra de nadie.

El trastorno límite, como concepto o idea –aun cuando su interés comience a perfilarse a partir de los años treinta–, surge a mediados de los años cincuenta para

tipificar un tipo que tampoco comienza ya cuenta viene a neurosis ni psicótica, o bien es tir ahora su de

Hay que ya trabajaba o drían ser cata clínica es, a n campo de la n en la actualida pectiva nosolo ta asiduidad e porque hay qu rizada por su 3). Porque, a aun cuando la bios rápidos» socio-cultural suficientemen está insertado de límites sien

En este s la eclosión de paterna?

Si la neu como garantía implícito en e nes, etc.)– ¿se cambios rápidamente por esa rosis?

¿Cómo i El trastorno li partir del m adquiriendo e recordar, por el campo de l

Estados Unidos. De este modo, la llegada de «nuevos» pacientes a los servicios públicos, en el albor de una sociedad de consumo de cambios vertiginosos, introduce un tipo de clínica que no se ajusta exactamente ni al canon de las neurosis, ni al baluarte de las grandes psicosis. Eran así, aparentemente, pacientes de un orden clínico distinto.

En este contexto de errancia diagnóstica comenzaron a plantearse diferentes nombres para todos ellos: esquizofrenia ambulatoria (Zilboorg), personalidad *como si* (Helene Deutsche), esquizofrenia seudoneurótica (Hoch y Polatin). Más tarde, Kingt, en la discusión de los estados límites; y Frosh, analizando como «carácter psicótico» esta nueva clínica, plantearon que estos pacientes límite estaban al filo de la psicosis, pero no eran propiamente psicóticos. Me parece muy interesante la apreciación que realizan de «al filo de la psicosis» para encuadrar a todos estos pacientes, porque sitúa claramente su problemática y dificultad diagnóstica. Posteriormente, Schmideberg, en 1959, propondrá ya que el trastorno límite resulta un verdadero trastorno del carácter; y todavía, en 1968, autores como Grinker y colaboradores introducirán la descripción de la personalidad límite dentro de un detallado análisis empírico (4). Finalmente, será Otto Kernberg quien ha intentado estructurar los mecanismos defensivos primitivos y las relaciones objetales interiorizadas patológicas de estos pacientes dentro de su esquema de la organización límite de la personalidad, siguiendo el modelo de M. Klein (5).

En síntesis, para algunos de estos autores el trastorno límite acabaría incluyendo un tipo de pacientes que, bajo un ropaje de corte neurótico, hacen de la hostilidad básica (ira inapropiada o manifestaciones de mal genio), la presencia de alteraciones de la identidad (auto-imagen distorsionada, identidad sexual confusa, objetivos a largo plazo indefinidos, errancia en la vida), la sensación de vacío y el aburrimiento constante, así como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva y agresiva y la transferencia inestable, un nuevo modo de clínica que alude a un marco que no encaja completamente ni en la neurosis ni en la psicosis.

Modos de mirar, modos de escuchar

Vemos, así, cómo en ciertos ambientes clasificatorios el trastorno límite podría ser concebido como una entidad clínica claramente diferenciada, aunque situada entre la neurosis y la psicosis. Dicho de otra manera: el trastorno límite vendría a ser como un trastorno que, bajo un perfil clínico diferencial, se mostraría independiente entre el modo de funcionar neurótico (conversiones y somatizaciones, angustias, fobias, obsesiones o rituales –que, dicho sea de paso, también configura la supuesta normalidad–) y el modo de funcionamiento psicótico (fenómenos elementales y tramas delirantes).

Ahora bien, ¿qué sucede con el sujeto? Dicho de otra forma, ¿qué es lo que causa de la problemática conflictiva entre los sujetos?

A mi me preocupa la problemática ese tipo de pacientes que presentan una sintomatología que no se comprende en la hora de atenderlos, allá de sus síntomas de diagnóstico, ni en la terapia psicoanalítica.

En este sentido, la clínica y tratamientos de los trastornos inclasificables y neurosis en su mayoría no serán entendidos, pero también pueden ser comprendidos si escuchas expectante y recibimos al paciente. Los trastornos inclasificables por su naturaleza y las reacciones que generan las situaciones son de tipo psicosomático. En el segundo momento de la terapia, nos debemos a la existencia de un problema psicosomático en un marco estructurado y establecido por el paciente, que es el de la relación con su progenitor.

Entonces
nueva estructura
o bien son similares
modo de pensar
carácter elástico

¹ «Porque si

Estados Unidos. De este modo, la llegada de «nuevos» pacientes a los servicios públicos, en el albor de una sociedad de consumo de cambios vertiginosos, introduce un tipo de clínica que no se ajusta exactamente ni al canon de las neurosis, ni al baluarte de las grandes psicosis. Eran así, aparentemente, pacientes de un orden clínico distinto.

En este contexto de errancia diagnóstica comenzaron a plantearse diferentes nombres para todos ellos: esquizofrenia ambulatoria (Zilboorg), personalidad *como si* (Helene Deutsche), esquizofrenia seudoneurótica (Hoch y Polatin). Más tarde, Kingt, en la discusión de los estados límites; y Frosh, analizando como «carácter psicótico» esta nueva clínica, plantearon que estos pacientes límite estaban al filo de la psicosis, pero no eran propiamente psicóticos. Me parece muy interesante la apreciación que realizan de «al filo de la psicosis» para encuadrar a todos estos pacientes, porque sitúa claramente su problemática y dificultad diagnóstica. Posteriormente, Schmideberg, en 1959, propondrá ya que el trastorno límite resulta un verdadero trastorno del carácter; y todavía, en 1968, autores como Grinker y colaboradores introducirán la descripción de la personalidad límite dentro de un detallado análisis empírico (4). Finalmente, será Otto Kernberg quien ha intentado estructurar los mecanismos defensivos primitivos y las relaciones objetales interiorizadas patológicas de estos pacientes dentro de su esquema de la organización límite de la personalidad, siguiendo el modelo de M. Klein (5).

En síntesis, para algunos de estos autores el trastorno límite acabaría incluyendo un tipo de pacientes que, bajo un ropaje de corte neurótico, hacen de la hostilidad básica (ira inapropiada o manifestaciones de mal genio), la presencia de alteraciones de la identidad (auto-imagen distorsionada, identidad sexual confusa, objetivos a largo plazo indefinidos, errancia en la vida), la sensación de vacío y el aburrimiento constante, así como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva y agresiva y la transferencia inestable, un nuevo modo de clínica que alude a un marco que no encaja completamente ni en la neurosis ni en la psicosis.

Modos de mirar, modos de escuchar

Vemos, así, cómo en ciertos ambientes clasificatorios el trastorno límite podría ser concebido como una entidad clínica claramente diferenciada, aunque situada entre la neurosis y la psicosis. Dicho de otra manera: el trastorno límite vendría a ser como un trastorno que, bajo un perfil clínico diferencial, se mostraría independiente entre el modo de funcionar neurótico (conversiones y somatizaciones, angustias, fobias, obsesiones o rituales –que, dicho sea de paso, también configura la supuesta normalidad–) y el modo de funcionamiento psicótico (fenómenos elementales y tramas delirantes).

Ahora bien, ¿qué sucede con el sujeto? Dicho de otra forma, ¿qué es lo que causa de la problemática conflictiva entre los sujetos?

A mi me preocupa la problemática ese tipo de pacientes que presentan una sintomatología que no se comprende en la hora de atenderlos, allá de sus síntomas de diagnóstico, ni en la terapia psicoanalítica.

En este sección se tratan las clínicas y tratamientos de los casos inclasificables. La neurosis de la neurosis en su forma más clásica no puede ser entendida, pero en su forma más sencilla, también pueden ser comprendidas. La escucha expectante, la paciencia con la que recibimos al paciente, la comprensión de que lo que no es clasificable por la psiquiatría, las emociones que se manifiestan en las reacciones son las que nos llevan a la comprensión del segundo momento de la neurosis, las que nos llevan a la existencia de la neurosis en su forma más sencilla. Un marco estructural que nos permite comprender la neurosis en su forma más sencilla es el marco estructural que nos permite comprender la neurosis en su forma más sencilla.

Entonces
nueva estructura
o bien son similares
modo de pensar
carácter elástico

¹ «Porque si

En este sentido también podríamos pensar el trastorno límite como un modo muy particular de anudamiento o funcionamiento de la estructura, bien con respecto a la neurosis, bien con respecto a las psicosis², en donde aquí el límite estaría del lado del profesional en su capacidad y sutileza diagnóstica. Y modo particular de anudamiento cuya vivencia límite y errancia en la vida nos podría marcar y señalar una peculiaridad en la propia estructura. De este modo, el trastorno límite no sería propiamente una estructura distinta, sino simplemente una clínica del síntoma (8) cuyo diagnóstico requeriría una sutileza ínfima del detalle clínico (9). Aquí lo que se pondría en relevancia sería poder acechar y pensar los signos, a veces, ínfimos de la forclusión como mecanismo estructural de la psicosis. Podríamos pensar, por ejemplo, en una excesiva pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante insuficiente, o bien en una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo (10); pero, también, en una fijación y dialectización imposible con respecto a un entramado conflicto supuestamente edípico, o en el ejercicio desenfrenado y compulsivo de la pulsión, aunque desconectado ya de toda captura en la dialéctica del discurso (11).

Sin embargo, habría también casos en los que podríamos concebir una falta de captura esencial por lo simbólico, que nos transmitiría un sujeto caracterizado por un cierto tipo de flotamiento o inconsistencia esencial. Términos como ausencia de personalidad, debilidad de su inscripción en lo simbólico, extravío de un imaginario sin yo o identificaciones erráticas sin cristalización posible, vendrían a ser como formas de definir un modo de funcionar o de estar en la vida caracterizado por su escasa consistencia o entereza. Y todo ello sin olvidar, en algunos de estos casos denominados como límite, la variabilidad en el funcionamiento de la represión –que no es otra sino más que las peculiaridades variables en el funcionamiento del nombre del padre–, y que igualmente podría crear dificultades en el diagnóstico³.

Resuena, aquí y ahora, toda la problemática siempre interesante entre histeria y psicosis, que nos obliga a distinguir entre queja histérica acerca de la vida y sus desgracias o vivencia de muerte del psicótico.

No son éstos, en fin, más que diferentes aspectos que nos indicarían, en los denominados trastornos límites, una falla relevante, aunque a veces muy sutil, en la constitución del sujeto. De ahí que, a mi modo de ver, no sólo se requiera cautela y paciencia clínica en la atención de este tipo de pacientes, sino también un

exquisito rigor clínica. Y toda la estructura de la constitución de la cura

Un faro de orientación

Por eso es que nos planteamos la pregunta. Podríamos pensar en el encuentro con el misterio o en el

Y es que bien en la clínica a plazo, en el momento y la impulsión, agujero que lo que está siendo suceder con el hecho de la alusión a la autoridad

Precisamente el síntoma opacifica el encuentro con el psicoanalítico en las entrevistas preclínicas

Porque, justamente, esta temática es la que «pregunta» que es lo contrario, que es lo que es. Y es que como se pregunta. Los que hacen la pregunta; es decir, la impensable» (13).

Precisamente parte del tratamiento de las entradas es el hilo de la pregunta, ese andamiaje que labrando a lo largo

² Donde el sujeto neurótico estaría más del lado del amor que del odio, de los síntomas que de los fenómenos, de la represión que de la forclusión.

³ «Pero el padre está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley. Queda, pues, un inmenso margen para las formas y los medios con los que esto se puede realizar, porque es compatible con diversas configuraciones concretas» (12).

En este sentido también podríamos pensar el trastorno límite como un modo muy particular de anudamiento o funcionamiento de la estructura, bien con respecto a la neurosis, bien con respecto a las psicosis², en donde aquí el límite estaría del lado del profesional en su capacidad y sutileza diagnóstica. Y modo particular de anudamiento cuya vivencia límite y errancia en la vida nos podría marcar y señalar una peculiaridad en la propia estructura. De este modo, el trastorno límite no sería propiamente una estructura distinta, sino simplemente una clínica del síntoma (8) cuyo diagnóstico requeriría una sutileza ínfima del detalle clínico (9). Aquí lo que se pondría en relevancia sería poder acechar y pensar los signos, a veces, ínfimos de la forclusión como mecanismo estructural de la psicosis. Podríamos pensar, por ejemplo, en una excesiva pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante insuficiente, o bien en una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo (10); pero, también, en una fijación y dialectización imposible con respecto a un entramado conflicto supuestamente edípico, o en el ejercicio desenfrenado y compulsivo de la pulsión, aunque desconectado ya de toda captura en la dialéctica del discurso (11).

Sin embargo, habría también casos en los que podríamos concebir una falta de captura esencial por lo simbólico, que nos transmitiría un sujeto caracterizado por un cierto tipo de flotamiento o inconsistencia esencial. Términos como ausencia de personalidad, debilidad de su inscripción en lo simbólico, extravío de un imaginario sin yo o identificaciones erráticas sin cristalización posible, vendrían a ser como formas de definir un modo de funcionar o de estar en la vida caracterizado por su escasa consistencia o entereza. Y todo ello sin olvidar, en algunos de estos casos denominados como límite, la variabilidad en el funcionamiento de la represión –que no es otra sino más que las peculiaridades variables en el funcionamiento del nombre del padre–, y que igualmente podría crear dificultades en el diagnóstico³.

Resuena, aquí y ahora, toda la problemática siempre interesante entre histeria y psicosis, que nos obliga a distinguir entre queja histérica acerca de la vida y sus desgracias o vivencia de muerte del psicótico.

No son éstos, en fin, más que diferentes aspectos que nos indicarían, en los denominados trastornos límites, una falla relevante, aunque a veces muy sutil, en la constitución del sujeto. De ahí que, a mi modo de ver, no sólo se requiera cautela y paciencia clínica en la atención de este tipo de pacientes, sino también un

exquisito rigor clínica. Y toda la estructura de la constitución de la cura

Un faro de orientación

Por eso es que nos planteamos la pregunta. Podríamos pensar en el encuentro con el misterio o en el

Y es que bien en la clínica a plazo, en el momento y la impulsión, agujero que lo que está siendo suceder con el hecho de la alusión a la autoridad

Precisamente el síntoma opacifica el encuentro con el psicoanalítico en las entrevistas preclínicas

Porque, justamente, esta temática es la que «pregunta» que es lo contrario, que es lo que es. Y es que como se pregunta. Los que hacen la pregunta; es decir, la impensable» (13).

Precisamente parte del tratamiento de las entradas es el hilo de la pregunta, ese andamiaje que labrando a lo largo

² Donde el sujeto neurótico estaría más del lado del amor que del odio, de los síntomas que de los fenómenos, de la represión que de la forclusión.

³ «Pero el padre está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley. Queda, pues, un inmenso margen para las formas y los medios con los que esto se puede realizar, porque es compatible con diversas configuraciones concretas» (12).

respuesta, y que el tratamiento psicoanalítico debe hacer resonar, en su formulación, en las entrevistas preliminares y en la cura –mediante la construcción fásmática–, es lo que nosotros concebimos como uno de los elementos fundamentales en el desencadenamiento del cuadro tanto por su respuesta insuficiente o inconclusa, como, también, «porque la pregunta viene de allí donde no hay significante» (16).

Debe recordarse ahora en qué consiste la travesía edípica para tratar de interrogar esta «pregunta»⁴ que el análisis debe hacer resonar en el contexto de la cura, siempre y cuando en verdad se haya podido formular previamente.

El Edipo es el modo como un sujeto constituye su identidad yoica⁵, su identidad sexual y su elección de objeto sexual, pero también su modo particular de goce. Dicho de otra manera: el sujeto a lo largo de la travesía edípica va dilucidando y configurando ese fantasma –su forma de ser– que encaminará su futura posición en la vida, la sociedad y la cultura, a la vez que le permite ir estableciendo ese marco necesario de separación del entorno familiar. De este modo, construcción del fantasma, como modo de respuesta al enigmático deseo del Otro, y separación del entorno familiar son elementos fundamentales para poder disfrutar de la vida e insertarse en el ámbito social como sujeto deseante. Es interesante todo este asunto, porque es esto mismo lo que percibimos como alterado y confuso en los denominados trastornos límite. Y es que la dilucidación vital, en el contexto del Edipo, siempre arrastra una cierta sensación de identidad y vitalidad en el sujeto, en tanto que esta cristalización no es más que el entramado imaginario y simbólico que define su modo de ser, estar y funcionar en la vida.

Es muy compleja toda esta cuestión enigmática que representa el encuentro con la vida. Y resulta un enigma cuya respuesta siempre encubre, en realidad, un agujero que a mí, personalmente, me invita a recordar ahora esa forclusión generalizada a la que alude Lacan en su última enseñanza, un agujero que podríamos plantear con relación al propio enigma de la vida.

Por eso, los clínicos han descrito gran variedad de síntomas a la hora de abordar este tipo de sujetos *límite* en su confrontación con lo *real* que aluden, precisamente, a toda esta problemática en la constitución del sujeto (identidad yoica, identidad sexual y elecciones objetuales) a lo largo de su travesía edípica. De esta forma términos como difusión de identidad (vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conductas paradójicas), ansiedad crónica difusa, libre y flotante, neurosis polisintomáticas, tendencias sexuales perversas polimorfas o neurosis y adic-

⁴ Pregunta vital que en la neurosis viene marcada por «soy hombre o mujer», en la histeria, «estoy vivo o muerto», en el obsesivo.

⁵ Precisamente en el argot clínico el término *difusión de identidad* alude a la confusión yoica que padecen estos sujetos límite.

ciones por im-
noide, esquizo-
sonalidades in-
antisocial) (17).
definir este tip-
ble que embar-
más específicos
puros fenóme-
que afecta a la

Por eso no
trastorno lími-
ferentemente
responder ante
sexualidad y
(identidad yoica
labrada en el
frontación con
dejando al des-
bien irrumpie-
des distintas:
succión por el
clínica que co-

Ahondar en la
gunta» que ac-
resurgir ante la
tea en la encru-
sujeto afronta-
se mediante el
fora), para en
modo de res-
aqueja y le in-
preciso que el
le interroga ac-
psicoanálisis se
instrumento que
el sujeto afor-
ta posible, «p-
cante con el s-
en este segun-
que deja en ev-

respuesta, y que el tratamiento psicoanalítico debe hacer resonar, en su formulación, en las entrevistas preliminares y en la cura –mediante la construcción fásmática–, es lo que nosotros concebimos como uno de los elementos fundamentales en el desencadenamiento del cuadro tanto por su respuesta insuficiente o inconclusa, como, también, «porque la pregunta viene de allí donde no hay significante» (16).

Debe recordarse ahora en qué consiste la travesía edípica para tratar de interrogar esta «pregunta»⁴ que el análisis debe hacer resonar en el contexto de la cura, siempre y cuando en verdad se haya podido formular previamente.

El Edipo es el modo como un sujeto constituye su identidad yoica⁵, su identidad sexual y su elección de objeto sexual, pero también su modo particular de goce. Dicho de otra manera: el sujeto a lo largo de la travesía edípica va dilucidando y configurando ese fantasma –su forma de ser– que encaminará su futura posición en la vida, la sociedad y la cultura, a la vez que le permite ir estableciendo ese marco necesario de separación del entorno familiar. De este modo, construcción del fantasma, como modo de respuesta al enigmático deseo del Otro, y separación del entorno familiar son elementos fundamentales para poder disfrutar de la vida e insertarse en el ámbito social como sujeto deseante. Es interesante todo este asunto, porque es esto mismo lo que percibimos como alterado y confuso en los denominados trastornos límite. Y es que la dilucidación vital, en el contexto del Edipo, siempre arrastra una cierta sensación de identidad y vitalidad en el sujeto, en tanto que esta cristalización no es más que el entramado imaginario y simbólico que define su modo de ser, estar y funcionar en la vida.

Es muy compleja toda esta cuestión enigmática que representa el encuentro con la vida. Y resulta un enigma cuya respuesta siempre encubre, en realidad, un agujero que a mí, personalmente, me invita a recordar ahora esa forclusión generalizada a la que alude Lacan en su última enseñanza, un agujero que podríamos plantear con relación al propio enigma de la vida.

Por eso, los clínicos han descrito gran variedad de síntomas a la hora de abordar este tipo de sujetos *límite* en su confrontación con lo *real* que aluden, precisamente, a toda esta problemática en la constitución del sujeto (identidad yoica, identidad sexual y elecciones objetuales) a lo largo de su travesía edípica. De esta forma términos como difusión de identidad (vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conductas paradójicas), ansiedad crónica difusa, libre y flotante, neurosis polisintomáticas, tendencias sexuales perversas polimorfas o neurosis y adic-

⁴ Pregunta vital que en la neurosis viene marcada por «soy hombre o mujer», en la histeria, «estoy vivo o muerto», en el obsesivo.

⁵ Precisamente en el argot clínico el término *difusión de identidad* alude a la confusión yoica que padecen estos sujetos límite.

ciones por im-
noide, esquizo-
sonalidades in-
antisocial) (17).
definir este tip-
ble que embar-
más específicos
puros fenóme-
que afecta a la

Por eso no
trastorno lími-
ferentemente
responder ante
sexualidad y
(identidad yoica
labrada en el
frontación con
dejando al des-
bien irrumpie-
des distintas:
succión por el
clínica que co-

Ahondar en la
gunta» que ac-
resurgir ante la
tea en la encru-
sujeto afronta-
se mediante el
fora), para en
modo de res-
aqueja y le in-
preciso que el
le interroga ac-
psicoanálisis se
instrumento que
el sujeto afor-
ta posible, «p-
cante con el s-
en este segun-
que deja en ev-

esos objetos sustitutos que remedan lo perdido, sino más bien un desierto de significación, una sensación de perplejidad con relación a la «pregunta», que, a veces, es preciso captar en el sujeto mediante signos ínfimos.

Tenemos, así, dos diferentes modos de vivenciar el límite⁶, que aluden ciertamente a estructuras bien distintas. Por un lado, la relación entre una «pregunta» que produce una conmoción fantasmática que quedará integrada en lo simbólico y que precipita en el sujeto una crisis; hay aquí continuidad y no ruptura en la experiencia, por más descalabro fantasmático que se vivencie o se perciba desde el exterior. Y, por el otro, una «pregunta» que, en tanto, agujereada, produce en el sujeto ruptura, caída de lo simbólico y succión por el agujero. Y es que, en este segundo caso, en tanto que la «pregunta» viene de allí donde no hay significante, es más bien el encuentro con un agujero el que precipitará en el sujeto esa sensación de perplejidad que será vivida como certeza.

Vemos así, por una parte, vacío, misterio y «pregunta» del lado de lo simbólico, que precipitarán en el sujeto neurótico una crisis, precisamente por la conmoción que acontece en ese mundo fantasmático que vela lo *real*. Y, por otra parte, agujero, enigma y «pregunta» desde el lado de lo *real*, que precipitan un desencañenamiento psicótico que puede ser, sin embargo, muy puntual. Son ciertamente dos acontecimientos diferentes, pero también dos modos de encuentro con la vivencia límite o lo *real* bien distintos. Y es que mientras que, en el primer caso, se evidencia la presencia de un instrumento, el falo, que puede instrumentalizar el encuentro con lo *real*, en el segundo caso la ausencia del falo deja al sujeto completamente inerme y desamparado en ese encuentro con lo imposible de decir.

Sin embargo, no siempre las cosas se presentan, exactamente, bajo el prisma de la crisis o la ruptura que anuncia esa vivencia límite en ese encuentro con lo real. En ocasiones, no se percibe en el sujeto ninguna crisis o ruptura ostensible; tan solo una vivencia límite difusa –sensación de vacuidad–, que alude a una falla o a una inconsistencia esencial de la propia estructura. Son esos casos en los que tan solo apreciamos una falta de sostén y precariedad, que nosotros podemos interpretar, en realidad, como una falla forclusiva en la propia estructura. Verdaderamente, aquí la pregunta, como tal, permanece informulable. Y pienso que, en estos casos, el capítulo de la psicosis ordinaria, en la órbita lacaniana, nos puede orientar (20).

Ahora bien: a la hora de abordar este vacío o agujero, en función del caso, creo que habría que concebir lo que podríamos definir como una cierta articulación entre la angustia y esa respuesta, tan frecuente, en este tipo de pacientes: la conducta impulsiva. Por un lado, tendríamos la impulsividad y la búsqueda de un objeto que calme la angustia, siguiendo el correlato de un fantasma que vela el

⁶ Entendiendo aquí el límite, como el encuentro con lo *real* o lo imposible de decir (19).

⁷ ¿Cómo disociación fálica, de esa

esos objetos sustitutos que remedan lo perdido, sino más bien un desierto de significación, una sensación de perplejidad con relación a la «pregunta», que, a veces, es preciso captar en el sujeto mediante signos ínfimos.

Tenemos, así, dos diferentes modos de vivenciar el límite⁶, que aluden ciertamente a estructuras bien distintas. Por un lado, la relación entre una «pregunta» que produce una conmoción fantasmática que quedará integrada en lo simbólico y que precipita en el sujeto una crisis; hay aquí continuidad y no ruptura en la experiencia, por más descalabro fantasmático que se vivencie o se perciba desde el exterior. Y, por el otro, una «pregunta» que, en tanto, agujereada, produce en el sujeto ruptura, caída de lo simbólico y succión por el agujero. Y es que, en este segundo caso, en tanto que la «pregunta» viene de allí donde no hay significante, es más bien el encuentro con un agujero el que precipitará en el sujeto esa sensación de perplejidad que será vivida como certeza.

Vemos así, por una parte, vacío, misterio y «pregunta» del lado de lo simbólico, que precipitarán en el sujeto neurótico una crisis, precisamente por la conmoción que acontece en ese mundo fantasmático que vela lo *real*. Y, por otra parte, agujero, enigma y «pregunta» desde el lado de lo *real*, que precipitan un desencañenamiento psicótico que puede ser, sin embargo, muy puntual. Son ciertamente dos acontecimientos diferentes, pero también dos modos de encuentro con la vivencia límite o lo *real* bien distintos. Y es que mientras que, en el primer caso, se evidencia la presencia de un instrumento, el falo, que puede instrumentalizar el encuentro con lo *real*, en el segundo caso la ausencia del falo deja al sujeto completamente inerme y desamparado en ese encuentro con lo imposible de decir.

Sin embargo, no siempre las cosas se presentan, exactamente, bajo el prisma de la crisis o la ruptura que anuncia esa vivencia límite en ese encuentro con lo real. En ocasiones, no se percibe en el sujeto ninguna crisis o ruptura ostensible; tan solo una vivencia límite difusa –sensación de vacuidad–, que alude a una falla o a una inconsistencia esencial de la propia estructura. Son esos casos en los que tan solo apreciamos una falta de sostén y precariedad, que nosotros podemos interpretar, en realidad, como una falla forclusiva en la propia estructura. Verdaderamente, aquí la pregunta, como tal, permanece informulable. Y pienso que, en estos casos, el capítulo de la psicosis ordinaria, en la órbita lacaniana, nos puede orientar (20).

Ahora bien: a la hora de abordar este vacío o agujero, en función del caso, creo que habría que concebir lo que podríamos definir como una cierta articulación entre la angustia y esa respuesta, tan frecuente, en este tipo de pacientes: la conducta impulsiva. Por un lado, tendríamos la impulsividad y la búsqueda de un objeto que calme la angustia, siguiendo el correlato de un fantasma que vela el

⁶ Entendiendo aquí el límite, como el encuentro con lo *real* o lo imposible de decir (19).

⁷ ¿Cómo disociación fálica, de esa

te, un agujero. Pero es ya, sin embargo, un agujero vaciado que no precipita perplejidad, como en el sujeto psicótico, sino simplemente silencio. Por eso mientras que, en el inicio de la cura, el misterio del síntoma en la neurosis está más en relación con un vacío que se trataría de llenar mediante el sentido, el agujero que finalmente se instala en la cura estaría más bien del lado de la no-significación, porque en verdad, «no hay» significante⁸. De ahí que aquello que inicialmente diferencia al neurótico del psicótico en esa vivencia límite que supone el trauma con lo real acaba finalmente por asemejarse –vacío agujereado y agujero–, aunque de un modo bien distinto. Si en la neurosis el encuentro con el misterio del síntoma invita a hablar hasta llegar a agotar las palabras en su propio sentido –que no es más que el intento de cercenar el sin sentido que palpita entre ellas–, el enigma que finalmente brota entre las propias palabras invita a un silencio, pero también a lo que podríamos denominar una certidumbre acerca de lo posible. Y es que, mientras que el misterio tiene palabras que buscan aportar incesantemente un sentido –que siempre esconde el sinsentido– a lo misterioso del síntoma, el enigma sólo tiene como respuesta la locura y la certeza⁹, o bien el silencio y la certidumbre acerca de posible, pues, como diría Wittgenstein: «De lo que no se puede hablar mejor es callarse».

Por último, y en el contexto de la cura con estos pacientes, tanto si hay crisis como caída de lo simbólico y succión por el agujero (ya diferenciando de este modo dos formas diversas de vivenciar el límite, que aluden ciertamente a estructuras distintas), es preciso una orientación y acompañamiento que introduzca un cierto apaciguamiento en este encontronazo con lo real, a la vez que un tipo de invención que permita a estos sujetos «límite» apañárselas con este imposible de decir. En esto consistiría el tratamiento con este tipo de pacientes. Tratamiento largo, sin duda, y no exento de complicaciones e *impasses*. Pero, sólo de este modo, el sujeto podrá afrontar el encuentro con la vida, así como la separación ineludible con la familia que se precisa para encauzar su existencia en función del deseo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD
- (2) LÓPEZ
- Psicoanálisis de*
- (3) LÓPEZ
- Castellano-León*
- (4) KAPLA
- Técnicas, 1992, j
- (5) KERNB
- (6) VV. A
- pp. 402-404.
- (7) Ibídem
- (8) Ibídem
- (9) Ibídem
- (10) Ibídem
- (11) Ibídem
- (12) LACA
- (13) LACA
- (14) Ibídem
- (15) Ibídem
- (16) Ibídem
- (17) KERN
- 1987, pp. 8-9.
- (18) VV. A
- (19) LACA
- (20) MILL
- (21) LACA

⁸ Lacan aludirá a expresiones como «no hay relación sexual», o bien, «falta el significante La mujer» para dar cuenta de toda esta temática (21).

⁹ La religión es, en este sentido, un tipo de certeza «loca» que, sin embargo, hace lazo social, en tanto que promueve frente al enigma de la vida un tipo de creencia que impone certidumbre.

* Luis-Salvad
lista. Tutor de
José Aguado
de León; La
Correspondencia
luis_salvado

** Fecha de re

te, un agujero. Pero es ya, sin embargo, un agujero vaciado que no precipita perplejidad, como en el sujeto psicótico, sino simplemente silencio. Por eso mientras que, en el inicio de la cura, el misterio del síntoma en la neurosis está más en relación con un vacío que se trataría de llenar mediante el sentido, el agujero que finalmente se instala en la cura estaría más bien del lado de la no-significación, porque en verdad, «no hay» significante⁸. De ahí que aquello que inicialmente diferencia al neurótico del psicótico en esa vivencia límite que supone el trauma con lo real acaba finalmente por asemejarse –vacío agujereado y agujero–, aunque de un modo bien distinto. Si en la neurosis el encuentro con el misterio del síntoma invita a hablar hasta llegar a agotar las palabras en su propio sentido –que no es más que el intento de cercenar el sin sentido que palpita entre ellas–, el enigma que finalmente brota entre las propias palabras invita a un silencio, pero también a lo que podríamos denominar una certidumbre acerca de lo posible. Y es que, mientras que el misterio tiene palabras que buscan aportar incesantemente un sentido –que siempre esconde el sinsentido– a lo misterioso del síntoma, el enigma sólo tiene como respuesta la locura y la certeza⁹, o bien el silencio y la certidumbre acerca de posible, pues, como diría Wittgenstein: «De lo que no se puede hablar mejor es callarse».

Por último, y en el contexto de la cura con estos pacientes, tanto si hay crisis como caída de lo simbólico y succión por el agujero (ya diferenciando de este modo dos formas diversas de vivenciar el límite, que aluden ciertamente a estructuras distintas), es preciso una orientación y acompañamiento que introduzca un cierto apaciguamiento en este encontronazo con lo real, a la vez que un tipo de invención que permita a estos sujetos «límite» apañárselas con este imposible de decir. En esto consistiría el tratamiento con este tipo de pacientes. Tratamiento largo, sin duda, y no exento de complicaciones e *impasses*. Pero, sólo de este modo, el sujeto podrá afrontar el encuentro con la vida, así como la separación ineludible con la familia que se precisa para encauzar su existencia en función del deseo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD
- (2) LÓPEZ
- Psicoanálisis de*
- (3) LÓPEZ
- Castellano-León*
- (4) KAPLA
- Técnicas, 1992, j
- (5) KERNB
- (6) VV. A
- pp. 402-404.
- (7) Ibídem
- (8) Ibídem
- (9) Ibídem
- (10) Ibídem
- (11) Ibídem
- (12) LACA
- (13) LACA
- (14) Ibídem
- (15) Ibídem
- (16) Ibídem
- (17) KERN
- 1987, pp. 8-9.
- (18) VV. A
- (19) LACA
- (20) MILL
- (21) LACA

⁸ Lacan aludirá a expresiones como «no hay relación sexual», o bien, «falta el significante La mujer» para dar cuenta de toda esta temática (21).

⁹ La religión es, en este sentido, un tipo de certeza «loca» que, sin embargo, hace lazo social, en tanto que promueve frente al enigma de la vida un tipo de creencia que impone certidumbre.

* Luis-Salvad
lista. Tutor de
José Aguado
de León; La
Correspondencia
luis_salvado

** Fecha de re