

Una lectura psicoanalítica acerca de los trastornos de personalidad

Gonzalo Rodríguez Espíndola

abcdario Freud ↔ Lacan

Octubre de 2023

Quito – Ecuador

Dentro de mi práctica clínica de los últimos años, percibo ciertos elementos que me empujan a pensar en una clínica en particular, esto en relación a cierta modalidad de funcionamiento psíquico de determinados sujetos, en los que ubico rasgos y posicionamientos subjetivos que no necesariamente se alinean con la tríada psicoanalítica clásica: neurosis, psicosis, perversión; o que en tal caso me invitan a sacudir esta triada y considerar la posibilidad de algo más allá del diagnóstico estructural que usualmente se utiliza desde el psicoanálisis. En esta línea, resulta interesante abrir ciertas hipótesis y lecturas en función de estas inquietudes, que colaboren con un abordaje psicoanalítico de los elementos que ubico en dichos casos.

Pienso en una serie de casos que he tratado el último tiempo, en los que sin generalizar y siempre con la especificidad particular de cada uno, es decir la respuesta subjetiva de cada sujeto; ubico sin embargo determinados rasgos, tipos de síntomas, mecanismos, posicionamientos en común, que me alientan a cuestionar y plantear una lectura en específico. Han sido casos en su gran mayoría difíciles, agudos, resistentes, que se manejaron muchas veces a la par de tratamiento psiquiátrico, ante lo cual fue importante el diálogo y seguimiento con el médico tratante. Incluso algunas situaciones se manejaron en equipo con otros colegas del ámbito Psi y personal de salud debido a su complejidad. En algunas ocasiones, también se consideró necesario el internamiento como alternativa y recurso de algo que haga borde y sostén para el sujeto, resguardando su salud y que esto brinde cierta estabilización.

Casos que según la valoración diagnóstica de los médicos psiquiatras que trabajaron paralelamente estos procesos, se denominaron como: trastornos de personalidad, en sus distintas variantes según el manual diagnóstico DSM 5; es decir: trastorno de la personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, límite, histriónica, narcisista, evasiva, dependiente, obsesiva compulsiva. Son diagnósticos que se apuntalan sobre determinados rasgos y síntomas en específico, pero que comparten según el mismo manual algunas características de base. Por ejemplo:

- Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.
- El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

(Pp. 359)

Es decir, que, según estas referencias y abordaje, son *trastornos* que dan cuenta de una dificultad para la *adaptación* a la cultura de pertenencia, estructuras rígidas con determinados rasgos marcados de manera persistente, que afectan sobre todo el lazo social, con el otro, ya que los distintos síntomas y variantes, ya sea porque inhiben al sujeto, por la impulsividad, por la dificultad para asumir una posición, entre otras; complican de manera

drástica el intercambio en lo social. A su vez, los síntomas y rasgos se manifiestan de forma tan marcada e invasiva en estas situaciones que generan un malestar/sufrimiento importante en el sujeto.

Me llama la atención la frecuencia y el número de casos que en el último tiempo trabajé en circunstancias parecidas, en los que el diagnóstico según la psiquiatría, como referí anteriormente, va del lado de esta denominación (trastornos de personalidad). Más allá de acogerme a los sintagmas psiquiátricos actuales o no, ubico que algunos de los casos que trabajé, comparten ciertos elementos que empatan con algunas de las descripciones que la psiquiatría contemporánea plantea.

En mi lectura, son situaciones en las que se evidencia una dificultad importante por parte del sujeto para inscribir algo que haga borde, algo que instaure un límite y que refrene algo del goce, por ende, muchas veces hay un desborde pulsional que opera en reflejo de determinadas identificaciones y significantes que atraviesan a un sujeto. Ya sea a nivel amoroso a través de una fuerte dependencia al partenaire, misma que inhabilita la posibilidad de una separación o duelo; algo del orden de las llamadas adicciones, de la imposibilidad de suspender el goce que se obtiene de determinada relación objetal, lo que impide un corte que habilite pasar por privaciones, rasgos parecidos a los que observo en ciertos casos de anorexia/bulimia (situaciones en donde se juega significativamente el cuerpo y la imagen).

También ubico que son posicionamientos en los que existe una dificultad marcada para asumir una responsabilidad subjetiva en cuanto a lo que ocurre con el propio malestar y la vida. De igual manera identifiqué en otras situaciones, posicionamientos paranoides en donde el sujeto vive el malestar a través del otro como causante, siempre alerta, siempre defensivo. O rasgos de estructura que presentan mucha rigidez, de corte obsesivo, que no necesariamente recaen en la necesidad de rituales o actos compulsivos para contener la angustia, pero que afectan gravemente la vida del sujeto por la rigidez estructural que presentan, por ejemplo, ante la necesidad imperante de control y sensación de dominio, entre otros.

Si hay un rasgo que sitúo de manera general en estas situaciones, es la dificultad y resistencia para lograr un cambio de posición subjetiva, un movimiento estructural que habilite una nueva organización, los síntomas se anudan de manera férrea, aunque no necesariamente operen como un *synthome* que genere un sostén y permita un anudamiento que habilite transitar con menos angustia/malestar, lo que invade y conflictúa de manera importante la vida del sujeto.

En esta línea, me parece pertinente mencionar una cita que rescato de Alfredo Eidelsztein en su texto: *Estructuras Clínicas II* (2008/2017), en la cual se resalta la especificidad subjetiva con la cual operamos cuando trabajamos en la clínica psicoanalítica: “Pero los elementos particulares en juego en cada caso, si bien participan de la configuración del tipo clínico, o del tipo de síntoma o del nudo, sólo cobran sentido en la lógica propia de cada sujeto. Por fuera del caso, el tipo clínico o de síntoma carecerá siempre de sentido y no podrá ser más que una diferencia de la estructura”. (Pp. 41)

Por otro lado, me llama la atención como los llamados trastornos de personalidad, sobre todo la denominación: *trastorno límite de la personalidad* presenta a veces una clínica parecida a la que Freud detallaba en sus primeros escritos, aquellos llamados “escritos pre

psicoanalíticos”. En donde casos como los de Anna O, u otro menos conocidos como el de Emmy Von N, etc. Muestran una clínica que, si bien se la abordaba desde la noción de histeria, presentaba dificultades e impases parecidos a lo que ahora se denomina trastorno límite de personalidad, tanto en los consultorios como en el trabajo en instituciones de salud mental. Una casuística compleja que implica en algunas ocasiones la internación hospitalaria por la agudeza e intensidad de los síntomas.

En relación a este punto, me pregunto si en algunas ocasiones, casos agudos de neurosis se diagnostican como trastorno límite de personalidad, lo que nos despistaría de recordar que muchas veces casos de neurosis conllevan sintomatología y malestar importante, lo que puede dificultar un diagnóstico estructural al respecto. También se corre el riesgo de que más de un caso “difícil” se lo clasifique como trastorno de personalidad, sobre todo de personalidad límite. Creo que en general en el ámbito Psi tiene que haber cierta precaución en cuanto a no abusar de este diagnóstico, ya que esto entorpece la lectura de casos a pretexto de “meter todo en el mismo saco”.

A su vez, el tipo de situaciones que traté en este tiempo, me deja algunas referencias en cuanto a la relación terapéutica, la transferencia y su operación. Casos en los que la instauración de la transferencia es fundamental, permite cuestionamientos, contención, y sostenimiento. Sin embargo, por el tipo de estructuración de los pacientes, en algunas ocasiones suele ser muy difícil la capacidad para desplegar y sostener preguntas, ya que se percibe dentro del análisis una demanda constante de respuestas y una dificultad para estar por fuera de las certezas, se buscan garantías en las respuestas, por lo cual muchas veces se vuelven procesos difíciles de sostener.

Son situaciones en las que es probable el abandono del análisis después de un tiempo ante la falta de respuestas que recibe el sujeto, o bien puede darse el efecto contrario, que es el de transferencias “apegadas”, “dependientes”, en las que el paciente depende del analista y le cuesta mucho autorizarse a sí mismo y asumirse. También hay una tercera opción, que es la de la imposibilidad de instaurar una transferencia y no poder avanzar más allá de unas sesiones preliminares porque el paciente no presenta una capacidad o disposición psíquica para entablar un vínculo de este orden.

Sin embargo, cuando se logra instaurar la transferencia y desarrollar un proceso analítico, en varias ocasiones la intervención apunta a acompañar al sujeto en su cotidianidad y los avatares que se generan ante la dificultad estructural que existe para lidiar con las distintas contingencias. Mediante la transferencia, a través de la figura y función del analista se inscriben ciertos bordes que colaboran para que el paciente logre regular y/o contener algo del empuje pulsional, ya que muchas veces queda desbordado por la dificultad para regular su organización pulsional. Lo que se manifiesta en algunos contextos a través de: comportamientos impulsivos, auto agresiones, la posibilidad de pasajes al acto, entre otros.

De igual manera, a través de la instauración de la transferencia, si bien muchas veces es difícil, habrá que estar atento a los momentos oportunos en los que es posible intervenir mediante interpretaciones, mismas que den paso a elaboraciones en función de la historia del sujeto, y los significantes que determinan el cuadro. Esto ha sido posible sobre todo en los momentos en los que existe cierta estabilización del malestar, lo cual permite una mayor capacidad asociativa por parte del analizante.

A veces, también es importante que desde la transferencia exista una posición de mayor firmeza que de paso a la inscripción de cortes, recortes de goce que promuevan un asentamiento hacia la castración, por ende, al deseo y que también colaboran con el alivio sintomático subjetivo en sus distintas facetas.

Ahora me interesa plantear algunas hipótesis en cuanto al tipo y modalidad de estructuración psíquica que opera en estas situaciones. Es interesante la concepción que Roland Chemama (2008), plantea a propósito de las estructuras clínicas, refiere que estas son los modos particulares en las que un individuo rechaza su condición de sujeto. Es decir, las maneras en las que un sujeto lidia con la castración al estar atravesado por el lenguaje, en donde no hay marcha atrás y el sujeto tendrá que organizar(se) y encontrar modos de estructuración y tramitación de la falta estructural que lo determina.

En la línea de los llamados trastornos de personalidad, mi apreciación es que existe un sujeto en castración, existe una operación de la metáfora paterna, misma que nunca es completa ni del todo efectiva, pero que en este tipo de situación presenta una falla problemática e importante en su operación. No se trata de sujetos en los que la forclusión es lo que está en juego, tampoco considero que sea necesariamente la represión neurótica la que se manifieste. Quizás el mecanismo más cercano sea el de la desmentida por los impasses que se evidencian en cuanto a la castración, sin embargo, no me parece que es del todo lo que define el asunto.

La pregunta que surge justamente es, en cuanto al mecanismo que opera en estas situaciones, parecería que dan cuenta de un no querer saber acerca de la castración, una lucha férrea, un rechazo ante la misma, en donde pese a haber una inscripción hay un rechazo. ¿Será que la recusación, aquel termino jurídico que Marcel Czermak importa al psicoanálisis puede servir de pista? Es decir, la castración como algo que opera pero que el sujeto resiste, reclama, alega.

Otra pista e hipótesis que me interesa para este propósito, es utilizar a la fórmula del fantasma de Lacan como herramienta que ayude a leer este tipo de estructuración, fórmula que da cuenta de la relación del sujeto con el objeto ($\$ \langle \rangle a$). Si la neurosis se lee de izquierda a derecha y muestra al sujeto como deseante y los avatares que conlleva, en la que se pretende que al Otro no le falta nada. La perversión se lee de derecha a izquierda y muestra que el perverso ocupa la posición de objeto para ratificar la falta en el otro, desmintiendo la falta en el Otro.

¿En los trastornos de personalidad cuál podría ser la lectura?

Quizás el conflicto, la falla operatoria se encuentre en el rombo, mismo que según Lacan, en el seminario X - *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964/2021), refiere: "Atengámonos a ese pequeño rombo. Es un borde, un borde funcionando" (Pp. 217). Es decir que el rombo cumple una función de borde entre el sujeto y el objeto a . Es interesante como en este seminario Lacan grafica al rombo como 2 vectores que giran en dirección contraria a las manecillas del reloj ↺, lo que da cuenta de que el rombo es una figura constantemente activa. ¿Se podría pensar que, en casos de los denominados trastornos de personalidad, si se lee de izquierda a derecha la fórmula del fantasma, la operación del rombo no opera con suficiente consistencia como un velo, para que se mantenga una

distancia necesaria pero implicada entre el sujeto y el objeto, misma que permita que la relación sea de semblante, lo que facilita un recorrido deseante, y no que se la pretenda como un tapón? Parecida a la posición de búsqueda de certezas que se percibe en el análisis por parte del analizante, o a la dificultad para inscribir un corte que habilite transitar privaciones, tan difíciles de inscribir en este tipo de situaciones en distintas facetas.

Finalmente me interesa analizar cómo esta clínica, este tipo de estructuración, se delinea también en función de la época actual y los discursos contemporáneos que se despliegan. Ya que considero que el momento histórico y la cultura en la que un sujeto vive, define de igual manera los rasgos, posicionamientos y síntomas; es decir la articulación que existe al respecto con la subjetividad de la época.

“Con la misma lógica, se puede afirmar no sólo la existencia de tipos de síntomas, sino también de “tipos clínicos”, tal como lo designa Lacan. Estos responden a la estructura, o se podría decir que para cada determinada época la estructura posibilita un conjunto limitado de tipos clínicos. El psicoanálisis como recurso social, puede ser definido como una modalidad de respuesta a la existencia de determinados tipos clínicos característicos de nuestra cultura.

(Eidelsztein, 2008/2017, Pp. 41)

La época contemporánea se caracteriza por los avances en cuanto a la ciencia y la tecnología, de lo cual deviene la influencia de la inmediatez, la hiper comunicación, las redes sociales, la inteligencia artificial, los avances en tecnología médica, entre otros. A su vez, la contemporaneidad se asienta sobre una fuerte influencia del capitalismo y la lógica de consumo, todo esto inscrito en un mundo globalizado como nunca antes en la historia de la humanidad.

En esta línea, resulta interesante el análisis que Jean Pierre Lebrun realiza en su texto: *Un mundo sin límite – Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social* (2003); a propósito de cómo los discursos actuales se articulan y promueven ciertos rasgos de la clínica contemporánea, cuestiona la dificultad del mundo contemporáneo para inscribir una terceridad:

“Al mismo tiempo, corren el riesgo de ser progresivamente eliminadas las categorías de la incertidumbre y el riesgo – sin embargo, movilizadoras del deseo, así como el tiempo de espera, en beneficio de la seguridad y la inmediatez sin límite, puesto que estas últimas son abusiva y engañosamente prometidas por lo que está implícito en nuestro social. Lo que por ese hecho resulta amenazado en su transmisión es la dimensión de la ternaridad y del tercero”. (Pp.122)

Esta dificultad para la inscripción y funcionamiento de la terceridad, resulta de la falla de la operación simbólica, de la falencia de la intervención de la metáfora paterna que se juega en nuestra época, lo que dificulta que el sujeto se inscriba en la Ley del Lenguaje. Los discursos sociales actuales estimulan una supuesta relación sin falta entre el sujeto y los objetos de satisfacción, en la que se promete una satisfacción total, anulando la condición del sujeto en su falta en ser, misma que habilita el recorrido deseante.

Los discursos actuales en articulación con la ciencia y el consumo, difunden constantemente una oferta de que: *todo es posible, de que nada sería imposible*, de que la ciencia todo lo puede y que en la lógica consumista todo goce es posible de colmar. La decadencia del

reconocimiento de esta imposibilidad, del no-todo, estimula una lógica que ratifica el empuje al goce en que el que se encuentran los sujetos contemporáneos. Por ende, el no querer saber acerca de la castración, misma que opera en falta, en una falta que lleva hacia adelante y que permite la metonimia del deseo. Escenario que como se mencionaba anteriormente a propósito de los llamados trastornos de personalidad, se trata más bien de obtener la falta, de rechazar la condición de sujeto.

Considero que ciertos posicionamientos en este tipo de situaciones, dan cuenta de la dificultad que el sujeto contemporáneo tiene para vivir la relación con el objeto a través del semblante. Los impasses que esto conlleva, a mi parecer, son justamente un reflejo que se delinea a partir de ciertos rasgos del mundo actual.

Para Lebrun en el mundo contemporáneo se quiere reducir el deseo humano a la necesidad, es decir la ilusión de un tapón que colme la falta. La necesidad es alcanzar el objeto y extinguirse una vez alcanzada su satisfacción, mientras que el deseo humano, al estar atravesado por el lenguaje, es decir en la lógica del significante, el objeto nunca más es alcanzable como tal, de hecho, se convierte en su señuelo al ser causa del deseo. Contrariamente, los discursos que se despliegan hoy por hoy en la sociedad, difunden una promesa y expectativa de que ese goce absoluto es posible, de que es posible alcanzar al objeto, la completud.

Lebrun también resalta el hecho de que en la clínica contemporánea se presentan cada vez más las demandas de atención por parte de pacientes que se perfilan del lado de lo que algunos psicoanalistas y psiquiatras llaman: estados-límites, pacientes narcisistas, borderlines, falsos yo, personalidad múltiple, anti-analizantes, entre otros. Denominaciones que se articulan claramente con los trastornos de personalidad (sobre todo trastorno de personalidad límite) de las clasificaciones psiquiátricas.

En esta línea, Lebrun refresca las teorizaciones y planteamientos que realizó el psiquiatra-psicoanalista francés Jean Bergeret, quien dedicó un importante trabajo teórico-clínico sobre los estados-límites. Para Bergeret estos estados evocan un abanico de patologías, tales como: las toxicomanías, las perturbaciones de la conducta alimentaria, comportamientos violentos y delincuencia sistematizada, posicionamientos que conlleven un riesgo importante de pasaje al acto, entre otros. Este autor refiere que parte de lo que define estos cuadros es lo siguiente: "Los estados límites son pacientes que no se habrían beneficiado de padres que pudieran constituir blancos identificatorios suficientes para autorizar que se forme la estructuración de la personalidad" (Pp. 132).

Los factores de riesgo esenciales y fundamentales en cuanto a la etiología de los estados límites, según Bergeret son: las dificultades identificatorias secundarias, la pobreza de la elaboración imaginaria y las carencias de regulación de las pulsiones. Elementos que según el mismo autor se ven desarrollados y alentados en los contextos sociales actuales, los que al contrario deberían constituir coordenadas identificatorias, puntos de referencia seguros contra los desbordamientos pulsionales.

Efectivamente, para Lebrun, los estados límites se relacionan directamente con la persistencia del estancamiento en la relación imaginaria, ilusión prescrita por los discursos sociales en articulación con la ciencia, en base a la premisa de que todo es posible y los efectos que esto lleva en cuanto a la insuficiencia de la inscripción simbólica. Es así que este tipo de patología se relaciona con el límite precisamente como si el sujeto permaneciera

detenido en un entre-dos, padre y madre, Imaginario y Simbólico, o Imaginario e Imaginario, sin dar su asentimiento a la dimensión simbólica, es decir a la castración. Por ende, los estados límites reflejan una posición de “ni si, ni no”, en la que los síntomas en este tipo de estados suelen mostrar una dificultad importante en cuanto a la capacidad de elección, poder asumir una renuncia y los avatares que esto conlleva.

¿Será que todos estos temas a los que cada vez nos vemos más abocados en nuestra clínica, sugieren la posibilidad de un cuarto tipo de estructuración (anudamiento) en articulación con el discurso capitalista y la ciencia? ¿O nos invitan a marcar el énfasis en ampliar la concepción de la clínica de los bordes entre las llamadas estructuras clínicas en la triada psicoanalítica: neurosis, psicosis, perversión? Son elementos a trabajar que empujan elaboraciones y formulaciones que cada vez son más necesarias en relación a la psicopatología contemporánea.

“Evidentemente, en la medida en que no le reconocía al estado-límite una estructura, Lacan no respondió nunca a la pregunta complementaria, la de responder qué relación podía tener ese tipo de estructura con lo social. Más bien nos ha dejado a nosotros el trabajo de saber si había un modo de responder a esta pregunta a partir de su enseñanza, y a ello nos consagramos, sin por otra parte confirmar que se trataría de una nueva estructura, pero sin negar tampoco que la fenomenología descrita a través de esas observaciones pueda corresponder a una realidad clínica”. (Lebrun. 2003, Pp. 133)

Bibliografía:

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Chemama, R. (2008). El goce, contextos y paradojas. (1era edición). Buenos Aires: Nueva visión.
- Eidelsztein, A. (2008/2017). Las estructuras clínicas a partir de Lacan II. (2da edición). Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1964/2021). Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. (1era edición). Buenos Aires: Paidós.
- Lebrun, J. (2003). Un mundo sin límites – Ensayo para una clínica psicoanalítica de lo social.