



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO:

La histeria al límite de la identificación.

Estudiante: María Clara Barcia Belhot.
CI- 5.073.457-6

Tutor: Jorge Bafico.
Revisora: Geraldina Pezzani.

Universidad de la República,
Facultad de Psicología.

Montevideo, Uruguay
Abril, 2023.

*A mi familia, por su incondicionalidad,
A mis amigas, por la escucha incansable,
A Cami, mi otra mitad en este camino,
A Vicky, por su compañía y apoyo constante,
A mi tutor, por su generosidad y transmisión,
A Luis, quijote en un mundo de quijanos,
A todos los que formaron parte de este proceso.*

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen: | 3 |
| Introducción: | 4 |
| Diagnóstico psicopatológico: | 6 |
| 2.1 Histeria | 8 |
| Histeria para el psicoanálisis | 8 |
| Histeria según Ey | 10 |
| Las histerias de antes, y... ¿las de ahora? | 12 |
| 2.2 Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) | 14 |
| La personalidad & lo patológico | 14 |
| Trastorno límite de la personalidad & DSM | 15 |
| 2.3 ¿Histérico o Border? | 17 |
| Identificación | 19 |
| 3.1 Identificación en la obra de Freud | 19 |
| 3.2 Identificación en la obra de Lacan | 22 |
| 3.3 Identificación para la Orientación lacaniana | 26 |
| Identificación, significativo, síntoma & diagnóstico | 28 |
| 4.1 Lo border y la identificación | 28 |
| 4.2 Identificación y formación de síntomas | 29 |
| 4.3 Síntoma y diagnóstico: ¿significante? | 31 |
| 4.4 Una cuestión ética | 32 |
| Consideraciones finales | 33 |
| Bibliografía | 35 |

Resumen:

La presente monografía está enmarcada en el contexto de un trabajo final de grado para la obtención del grado en la licenciatura en Psicología en la Universidad de la República, UdelaR.

Este trabajo final de grado parte de determinadas interrogantes acerca de los diagnósticos psicopatológicos y sus posibles efectos en sujetos neuróticos. Para esto, el mismo se dividirá en dos grandes ejes: diagnóstico psicopatológico e identificación.

Se realizará un recorrido teórico por las conceptualizaciones acerca de la histeria y el trastorno límite de la personalidad, sus puntos de contacto y sus diferencias. Se abordará también el concepto de identificación en el psicoanálisis y su lugar preponderante en la formación de síntomas.

Introducción:

En un contexto de creciente patologización, marcado por un crecimiento de la psiquiatría norteamericana y manuales como el DSM; donde todo parece ser diagnosticable, y cada vez encontramos más personas con diagnósticos psiquiátricos, cabe preguntarse por los efectos que pueden tener estos diagnósticos en los pacientes.

En un mundo en el que, “la mayoría de las veces, se médica antes de hablar, se rotula antes de significar, y se patologiza antes de comprender” (Bafico¹, 2020. p. 8). El psicoanálisis de orientación lacaniana propone otra lectura para trabajar con neuróticos, intentando rescatar en los sujetos “aquello de lo singular de su conflictiva, (...) de su historia fantasmática y de su universo significantes” (idem).

Este trabajo final de grado parte de determinadas interrogantes acerca de los diagnósticos psicopatológicos y sus posibles efectos en los sujetos. Para esto, el mismo se dividirá en dos grandes ejes: diagnóstico psicopatológico e identificación.

Se abordará, en primera instancia, el diagnóstico psicopatológico, contextualizado en la sociedad actual, con sus principales características contemporáneas. Dentro del mismo, se hará un recorrido a través de los conceptos de histeria y trastorno límite de la personalidad, y se desarrollaran sus características principales.

Resulta interesante pensar la histeria a la luz de la sociedad actual, ¿donde están los casos de histeria que describía Freud?, ¿sigue vigente?. Es en relación a estas interrogantes que surge la pregunta por la histeria hoy, frente a la que algunos autores señalan como aún presente en la sociedad actual, pero ahora fragmentada y bajo otros nombres y nomenclaturas diagnósticas.

Una de las tantas formas de presentación histérica en la actualidad parecería ser el trastorno límite de la personalidad. Se dedicará un capítulo a este trastorno, haciendo un recorrido por el concepto de personalidad, lo patológico, el trastorno límite y su categorización dentro del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V).

¹ Psicoanalista. Docente (UdelaR). Miembro AMP y GLM.

En segunda instancia, se desarrollará acerca del concepto de identificación en psicoanálisis, partiendo desde Freud, siguiendo por Jacques Lacan, Jacques-Alain Miller, y algunos psicoanalistas de orientación lacaniana.

La identificación constituye un concepto crucial en el psicoanálisis, siendo uno de los mecanismos de formación de síntomas por excelencia. Lacan le otorga especial relevancia en la histeria, y la ubica en torno al deseo.

La formación de síntomas será otro de los aspectos abordados en el presente trabajo. El viraje en las formas de manifestación de los síntomas contemporáneos, vinculado a su veta significante, siguiendo la diferenciación que realiza Freud (1932) entre el *Sinn* y el *Bedeutung*, los dos componentes del síntoma.

Finalmente, se intentará realizar una articulación entre todos estos puntos, buscando una convergencia en torno a los efectos de sentido que pueda generar la comunicación de un diagnóstico a determinados sujetos, especialmente en sujetos con trastorno límite de la personalidad.

Cabe preguntarse, frente a un diagnóstico que proviene de un médico, de un otro que ocupa un lugar de supuesto saber: *¿que genera en el sujeto esa palabra que se le brinda?, ¿podemos pensar en procesos identificatorios?, pero sobre todo; ¿puede, en algunos casos, la comunicación de este diagnóstico resultar perjudicial para el sujeto?.*

Diagnóstico psicopatológico:

Cuando hablamos de psicopatología es importante tener claro desde dónde nos posicionamos para hacerlo. No es lo mismo hablar de trastornos -como plantea la psiquiatría norteamericana-, que hablar de estructuras de personalidad.

Tenemos, por un lado, la posibilidad de pensar la psicopatología a partir de la psiquiatría norteamericana, con su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), actualmente en su 5ta versión (asociación psiquiátrica americana), que piensa las patologías en clave de trastornos. Este manual se encuentra dividido en ejes y grupos para clasificar las distintas patologías.

Por otro lado, el tratado de psiquiatría de Henri Ey, Bernard y Brisset, es el manual de referencia de la psiquiatría clásica francesa, donde la locura o el padecimiento no se reduce a trastornos. No tan dividido como el DSM, este plantea 3 grandes grupos de estructuras: las psicosis (también presentes en el DSM de forma relativamente similar), las neurosis, y las perversiones.

Si bien son criterios y perspectivas distintas, podemos ver ciertas similitudes entre algunos cuadros en particular. Algunas de las categorías más generales descritas en el tratado de Ey, pueden vislumbrarse diseminados en determinados trastornos que aparecen en el DSM, como veremos más adelante.

A partir de esta fragmentación del manual norteamericano, que hace una descripción y enumeración de síntomas, en donde el diagnóstico se hace casi como un *checklist*², podemos preguntarnos acerca de dónde queda la singularidad del paciente. El síntoma tiene que ver con un padecimiento, agente de denuncia que algo perdió sentido para el sujeto, pero también una solución; es singular. El síntoma habla, es muchas veces un mensaje que está allí para ser descifrado. Lo sintomático, dice Miller, “consiste en un significativo cuyo sentido está reprimido” (2007, p. 458).

Vivimos en una sociedad regida por la subjetividad capitalista, en la que poco interesa escuchar al síntoma. Por el contrario, hay que acallararlo. Estamos insertos en una lógica donde priman la patologización y la medicalización. El síntoma no permite rendir al

² Expresión proveniente del inglés. Puede traducirse como lista de verificación o de chequeo.

máximo en la vida cotidiana, por lo que hay que eliminarlo. En la sociedad actual, donde como plantea el filósofo surcoreano Byung-Chul Han (2012) se espera que el sujeto funcione como una “máquina del rendimiento” (p. 72), con lo cual, los psicofármacos aparecen como la solución por excelencia.

En este contexto, una patología que parece estar muy presente en la sociedad actual, dando respuesta a la vorágine de acallar síntomas y reducir a un nombre es el Trastorno Límite de la Personalidad -si nos paramos desde la psiquiatría norteamericana. Cada vez escuchamos más sujetos nombrados bajo este diagnóstico. Este trastorno tiene la particularidad de estar justamente en el “borde”, en el borde entre lo que la psiquiatría clásica plantea como las neurosis, y las psicosis. Pensándolo desde la psiquiatría clásica francesa podríamos encontrar tanto algunos sujetos neuróticos (como se verá más adelante), como psicóticos bajo las características descritas en este mismo diagnóstico.

Por una cuestión de abarcabilidad, en este trabajo se tomó la decisión de tratar únicamente la posibilidad de identificación al diagnóstico de sujetos neuróticos; pero el efecto que pueda producir este diagnóstico en sujetos psicóticos será, sin duda, un tema que queda en el debe para una próxima instancia.

Ahora bien, *¿qué implica ser diagnosticado desde una u otra perspectiva?*. Frente a dos perspectivas clínicas, un mismo sujeto, sus síntomas y su padecimiento, puede tener dos diagnósticos con pronósticos completamente distintos. Antes de esto, considero importante hablar de la histeria y sus puntos de contacto; así también como las diferencias con el trastorno límite de la personalidad (TLP).

2.1 Histeria

Histeria para el psicoanálisis

La histeria es una de las grandes neurosis descritas por Freud. Su origen, sin embargo, data de largo antes. Las primeras apariciones se remontan hacia el siglo IV a.C, con Hipócrates ubicándola como una enfermedad del útero (Anzalone³, 2022). Durante muchos años se mantuvo esta asociación sexual, y se planteaba como solución el aumento de actividad sexual.

Sus concepciones fueron variando en el transcurso de los años, siempre con una connotación sexual y patrimonio exclusivo de las mujeres, durante mucho tiempo considerada una simulación.

Uno de los principales estudiosos de la histeria fue Charcot, neurólogo responsable de su desfeminización, deja de situarla en el útero para pensarla como una enfermedad del sistema nervioso, que podía ser tratada a partir de la hipnosis.

Es trabajando junto a Charcot que Freud se interesa por la histeria, y es en el trabajo con ella que surge el psicoanálisis como tal. Luego de un tiempo, Freud se aleja de la hipnosis y la sugestión, y surge el método catártico. Es también, a partir de Freud, que se abandonó la concepción charcotiana de enfermedad del sistema nervioso, “para tornarse en una patología psíquica que, junto con la neurosis obsesiva, pasó a constituir la pareja protagonista de la clínica freudiana” (Mazzuca⁴, 2010).

Freud plantea a la histeria desde una perspectiva psicopatológica, en la que los mecanismos de formación de síntoma tienen preponderancia a la hora de pensar en los cuadros clínicos. Siguiendo esta lógica, Freud caracteriza a la histeria por lo que él describe como su mecanismo por excelencia: el de conversión (Mazzuca et al., 2008). La conversión, dice Freud, es “el modo de volver inocua la representación inconciliable (...) [trasponiendo] a lo corporal la suma de excitación” (Freud, 1894. p. 50). Este mecanismo se puede observar claramente en el historial clínico de *Elisabeth Von R.*⁵, una de sus pacientes.

³ Psicoanalista uruguayo. Miembro del Grupo Lacaniano (GLM).

⁴ Psicoanalista argentino. Miembro AMP. Docente en la Universidad de Buenos Aires.

⁵ Véase en Estudios sobre la histeria. Freud, S. Amorrortu, Tomo II. Historiales Clínicos.

Otro de los mecanismos de formación de síntomas que Freud describe, -pero que será Lacan quien años después otorgue un lugar central en la historia-, es el de la identificación, concepto al que dedicaremos un capítulo más adelante.

Otra de las cuestiones en las que se detiene Freud es en la etiología de estas neurosis. En "*Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*" (1896), desarrolla que la historia tiene origen en vivencias traumáticas de la infancia en torno a la vida sexual.

Lacan retoma este concepto de Freud, con la diferencia de que no va a pensarla exclusivamente como una enfermedad, sino como estructura y en función al deseo. No pone el acento en los síntomas, ni en la cuestión conversiva a la que Freud le daba especial relevancia, sino a la identificación al síntoma. Lo principal, "lo decisivo para Lacan es la identificación de sujeto a sujeto en el deseo" (Bafico, 2019. p. 76)

Ya casi al final de su enseñanza, va a desarrollarlo como uno de sus 4 discursos: el discurso histérico. Además, piensa y pone el foco en la relación de la historia con su deseo: la *insatisfacción*. Maleval plantea que "lo propio de la histérica reside en su pasión por mantener el deseo insatisfecho" (1994, p. 271).

Estas formas de discurso, no serán aquí profundizadas, pero es relevante detenernos muy brevemente en el discurso histérico, ya que es la forma en la que estos sujetos hacen lazo con el Otro. En su seminario 17, Lacan dice que "lo que la histérica quiere, en el límite, que se sepa, es que el lenguaje no alcanza a dar la amplitud de lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce". (1969-1970, p. 35).

Miller, logra explicar esto de una manera bastante sencilla; un sujeto barrado, dividido por el efecto del lenguaje, que demanda a un amo un saber, una respuesta, "para verificar que esta (...) no puede dar satisfacción" (2007. p. 67). La histérica busca un amo para castrar (Carrasco⁶, 2017).

⁶ Psicoanalista. Docente (UdelaR). Miembro de la Escuela Freudiana de Montevideo.

Histeria según Ey

El tratado de psiquiatría de Henri Ey⁷ es uno de los escritos referentes de la psiquiatría clásica. En el mismo, podemos ubicar a la histeria dentro del grupo de las neurosis, junto con la neurosis de angustia, obsesiva y fóbica.

Ey las define como “enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales” (1865, p. 374). Las mismas, plantea el autor, se describen por dos factores: los síntomas y el carácter neurótico.

La histeria es definida en este tratado como “una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes” (ibidem. p. 418). La histeria se identifica, en parte, por las manifestaciones en el cuerpo de ideas y afectos inconscientes o reprimidos.

Para definirla es necesario, además, pensar en su estructura, que se caracteriza por “la psicoplasticidad, la sugestibilidad y la formación imaginaria de su personaje” (idem). Estas características, ya descritas por Freud, son entonces establecidas como estructurales de la histeria. La formación imaginaria de un personaje hace parte del carácter histérico, el sujeto se identifica al personaje que desea ser, quedando así detrás de esa máscara. La realidad queda muchas veces reprimida, y da lugar a la fabulación y creación de una realidad alterada o ficticia.

El carácter histérico excede a la sintomatología neurótica. Tiene que ver con características de la personalidad, enraizadas en el sujeto. Ey lo describe como sugestionable, influenciado, mitómano y fabulador. Caracterizado también por alteraciones en torno a su sexualidad, y como una “neurosis de deseo” (ibidem, p. 426).

El autor hace un estudio clínico de los síntomas histéricos, que divide en grupos: por un lado los paroxismos, las crisis y las manifestaciones agudas; luego, los síndromes funcionales duraderos; y las manifestaciones viscerales (Ey, 1865).

En primer lugar nos encontramos con los paroxismos y crisis histéricas. Estas pueden manifestarse de diferentes maneras; crisis de nervios, sincopales, o con aparición de movimientos involuntarios (idem).

⁷ Reconocido psiquiatra y psicoanalista francés.

Otras de las manifestaciones clínicas desarrolladas son los estados crepusculares, estados donde hay un debilitamiento o disminución de la conciencia. Estos episodios pueden llegar hasta el estupor. En raras ocasiones puede verse el fenómeno de la personalidad múltiple (idem).

Los otros dos síntomas incluidos en este grupo son la catalepsia⁸, y las amnesias o trastornos de la memoria, que pueden darse generalmente luego de una situación que el sujeto considere como traumática (idem).

Dentro de los otros dos grupos de síntomas descritos por Ey (1865), tenemos por un lado los síndromes duraderos; entre los que pueden encontrarse las parálisis, contracturas, anestesias y trastornos o alteraciones sensoriales. Estos fueron fenómenos harto descritos en los historiales clínicos de Freud. Por otro lado, se encuentran las manifestaciones viscerales; dentro de las que se incluyen los espasmos, las algias o dolores sin explicación fisiológica.

Ey hace una especie de inventario de síntomas que se presentan en estas neurosis, síntomas con una fuerte presencia del cuerpo en juego, como instrumento de manifestación de conflictos intrapsíquicos. La conversión somática de Freud está en el centro de la escena, pero sin dejar de lado el carácter histérico, teatral y fantasioso.

Ahora bien, ¿qué pasó con la histeria?. La sintomatología descrita por el tratado de Ey presenta una variedad de manifestaciones que, en su mayoría, no se presentan en los cuadros actuales que llegan a los consultorios. *¿Dónde están los pacientes histéricos hoy?*

⁸ Estado en el que el sujeto se encuentra inerte, pero no está completamente inconsciente.

Las histerias de antes, y... ¿las de ahora?

Son muchos los autores que se preguntan por la histeria en la actualidad. Las guías y manuales de referencia que suelen utilizarse con mayor frecuencia en la actualidad, han desplazado y finalmente eliminado el término. En 1980, con la aparición de la tercera versión del DSM (DSM-III), se elimina completamente la palabra “histeria” del manual. *¿Desapareció la histeria?*

Maleval (1994), dice que, dentro del DSM-III, “la clínica de la histeria está dispersa entre los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos, la psicosis reactiva breve, los trastornos esquizofrénicos, la personalidad histriónica, la personalidad antisocial y los trastornos atípicos” (p. 275). Podemos agregar también al grupo de los trastornos facticios. Aquí Maleval, hace casi 30 años, nos da una respuesta: la clínica histérica sigue presente, pero ahora desmembrada en distintos cuadros.

Podemos ver entonces que la pregunta por las manifestaciones clínicas de la histeria no es nueva, pero sigue siendo actual. Un poco más cercano en el tiempo, Bafico (2019), en la misma línea que Maleval, también ubica a la histeria fragmentada en los manuales actuales en múltiples trastornos, entre ellos: “los del estado de ánimo, ansiedad, somatomorfos, disociativos, sexuales, de identidad sexual, alimenticios, del sueño, control de los impulsos, adaptativos, de la personalidad y “trastornos funcionales” sin causa orgánica” (Bafico, 2019. p. 75).

Hay una analogía interesante que hace el psicoanalista uruguayo Marcelo González en “*Clínica: con-versiones histéricas*” respecto a esta cuestión, que plantea que actualmente se trata a la histeria como “un auto en un desguazadero” (2022, p. 17). Se la divide según sus síntomas puntuales, cada vez más específicos, y es en esa precisión con la que se filtra, que hay algo de la palabra y de la singularidad de los sujetos que se diluye.

Hay un compromiso ético por parte del psicoanálisis que implica, ante todo, pensar en el caso a caso, en lo singular y único de cada paciente, cada síntoma, cada discurso. En esta lógica es que Florencia Fernandez⁹ invita a pensar la histeria, pero sin dejar de hablar de histerias, pensarla “una en una” (2022, p. 27).

⁹ Psicoanalista argentina. Miembro del GLM.

Ahora bien, Lacan en su conferencia de Bruselas en 1977 se pregunta “¿A dónde se han ido las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N....? (...), ¿qué es lo que reemplaza a esos síntomas histéricos de otros tiempos?” (Lacan, J., 1997, p. 2). También nosotros podemos preguntarnos: *¿dónde están las histéricas¹⁰ de Freud?*

En otra época, aunque no podemos afirmar que hayan desaparecido completamente, ya no se leen ni se escuchan casos como los descritos por Freud. Bafico plantea que “es imposible pensar la sintomatología fuera de un contexto histórico determinado” (2020, p. 7). En este sentido, vemos que las histerias aparecen, no solo con otros nombres, sino con expresiones sintomáticas diferentes en la actualidad. Fibromialgias, depresiones, ataques de pánico, síntomas marcados por la época, contemporáneos.

Una de las características principales de la histeria es su plasticidad y permeabilidad a los significantes que priman en la actualidad. Sus síntomas cambian en función de la subjetividad de la época, es esto lo que le da su aspecto camaleónico. Lo que cambia es el envoltorio formal del síntoma, que se encuentra en relación al Otro (Anzalone, 2010). Esta cuestión será abordada con mayor profundidad más adelante.

Previamente habíamos adelantado que nos adentraríamos específicamente en uno de estos trastornos: el trastorno límite de la personalidad. Veremos qué es, cuáles son sus características, y sus puntos de contacto con la histeria.

¹⁰ Se utiliza el femenino por la predominancia en sus historiales clínicos de pacientes mujeres, pero puede verse también en hombres.

2.2 Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

Antes de hablar del trastorno propiamente dicho, resulta necesario hacer un breve recorrido por el concepto de personalidad e interrogar acerca de lo patológico. *¿Cuándo y por qué una personalidad es considerada patológica?*

La personalidad & lo patológico

Uno de los pioneros en el estudio de la personalidad fue Theodore Millon¹¹. El mismo define la personalidad como “lo que nos hace como somos, y también lo que nos diferencia de los demás” (Millon, 2006. p. 1). Así mismo, plantea que es un patrón de características incorporadas, que se expresan automáticamente en la cotidianidad de las personas.

Azpiroz y Prieto (2008), hacen referencia a la personalidad como “características estables de un sujeto, tal como se muestran en su manera de comportarse en una amplia gama de circunstancias” (p. 13). Tiene un componente biológico, pero también aprendido, en función aspectos y normas tanto sociales como culturales.

En la misma línea, la personalidad para el DSM-V también tiene que ver con estas características de las conductas, pero agrega también cuestiones en relación a la afectividad y el pensamiento. Estas características pueden ser, o no, adaptativas. Y aquí la cuestión de lo patológico.

Lo patológico en la personalidad, y que va a constituir en un trastorno, es entonces, en función a lo que no logra ser adaptativo a la vida y el contexto del sujeto. Estamos hablando de rasgos que sean rígidos e inflexibles, y que generen al sujeto un malestar o deterioro en sus relaciones en múltiples áreas de su vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Azpiroz et al, 2008).

Millon (2006) hace alto en una cuestión que es fundamental tener en cuenta y que a veces pasa desapercibida: el carácter artificial de las construcciones en torno a lo normal y lo anormal (o patológico). Es imprescindible recordar siempre, frente a estos diagnósticos y patologías, que son construcciones sociales a partir de lo que se considera normal o esperable en un contexto y una cultura determinada. Es una cuestión a la que hay que

¹¹ Psicólogo estadounidense dedicado al estudio de la personalidad.

prestar especial atención, y sobre la que el DSM-V también pone de sobreaviso al lector en relación a la incidencia de lo cultural en la personalidad.

Ahora bien, ¿cómo se define un trastorno de la personalidad en el DSM-V?. La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), lo define como:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (p. 645)

Los trastornos de la personalidad se encuentran en el eje 2 del DSM-V, y están divididos en 3 grandes grupos (A, B y C) según sus características. El trastorno límite de la personalidad está dentro del grupo B, junto con los sujetos histriónicos, narcisistas y antisociales. Este grupo se caracteriza por su inestabilidad emocional, por ser dramáticos e impulsivos (Azpiroz et al. 2008).

Trastorno límite de la personalidad & DSM

El concepto de *límite* o *borderline* aparece como trastorno de la personalidad por primera vez en el DSM-III, pero no es allí donde el estudio de estos términos acaban. Uno de los referentes en el estudio de este trastorno fue el psicoanalista Otto Kernberg, quien hablaba de una organización de la personalidad que no correspondía a ser psicótica ni neurótica.

Esta división de la personalidad según sus tipos de organización estaba en función a su integración de la identidad, sus mecanismos de defensa, y su capacidad para la prueba de realidad (Kernberg, 1984). La organización límite, según Kernberg, se caracterizaba por una pobre integración de la identidad, por la utilización de mecanismos de defensa primitivos tales como la escisión, la idealización primitiva, la proyección y la negación. El paciente límite, a diferencia de los psicóticos, mantienen la prueba de realidad (*idem*).

El DSM-V define a este trastorno como un “patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que

comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. p. 663). Para ser diagnosticados, el manual exige que los sujetos cumplan con al menos 5 de 9 de los siguientes criterios:

- 1- Esfuerzos¹² desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (...)
- 2- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4- Impulsividad¹³ en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas. (...)
- 5- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes al suicidio, o conductas autolesivas.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (...).
- 7- Sensación crónica de vacío.
- 8- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (...).
- 9- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. p. 663).

Estos pacientes son caracterizados por el DSM-V por presentar una alteración de la identidad, una inestable percepción de sí mismo y su autoimagen, con metas y aspiraciones personales sumamente volátiles. Manifiestan en su gran mayoría, una sensación crónica de vacío.

Sus relaciones se caracterizan por ser intensas e inestables, y presentan un profundo miedo a ser abandonados. Son sujetos emocionalmente inestables, y presentan dificultades para manejar la ira. Otra de sus características es la impulsividad, muchas veces puede llevarlos a conductas autolesivas, e incluso presentan múltiples intentos o amenazas de autoeliminación (idem).

Ante esto cabe preguntarse si no podemos pensar estos síntomas como una manifestación actual de la histeria. *¿Puede verse el TLP como una forma de histeria actual?*.

¹² No incluye conductas del criterio nº 5

¹³ No incluye conductas del criterio nº 5

2.3 ¿Histórico o Border?

Ambos, y ninguno. Este trabajo no tiene por objetivo desacreditar ninguno de estos modelos o visiones. Ambos enfoques son válidos y tienen un gran desarrollo teórico que los sustenta.

Kernberg ubica como una de las dificultades que aparecen en la clasificación de los trastornos de la personalidad, una cuestión semántica. Es de esta cuestión semántica de la que hablamos cuando nos preguntamos por border o historia. Kernberg explica que, “una variedad de términos se han aplicado a los mismos síndromes clínicos. Y detrás de estas diferencias semánticas asoman importantes puntos conceptuales, clínicos e ideológicos” (Kernberg, 1984. p. 68).

El objetivo, entonces, es mostrar que muchas veces hablamos de lo mismo. Respondiendo a la pregunta anteriormente formulada, considero que muchos de los pacientes que hoy se encuentran bajo el diagnóstico de trastorno límite o border, podríamos pensarlos como una forma de manifestación histórica.

En ambos cuadros pueden verse con mucha fuerza conflictos en torno a la identidad y la autopercepción. Otras cuestiones que se repiten tienen que ver con la inestabilidad emocional, la predominancia de la angustia o el tono depresivo del carácter, la impulsividad y dificultad que representa el control de las emociones intensas, pudiendo en ambos casos llegar al punto de la disociación.

Maleval es uno de los autores que pone de manifiesto esta relación, mostrando que los pacientes que se encuentran bajo el diagnóstico de TLP presentan muchos rasgos históricos. Entre estos, nombra la inestabilidad y arrebatos emocionales, la intolerancia a la frustración, en ocasiones también la aparición de determinados fenómenos conversivos y su narcisismo (Maleval, 1994).

El autor, atribuye el éxito que obtuvo el concepto a su contexto de surgimiento en la psiquiatría, contemporáneo al comienzo del auge de los psicofármacos. La utilización de los mismos genera como resultado cuadros menos sintomáticos y con un predominio de lo depresivo (idem). Los cuadros históricos más sintomáticos fueron menguando, dando lugar a nuevas formas de manifestación de los mismos, entre ellas, el TLP.

Otros autores, así como Novella (2015), atribuyen a la explosión de algunos trastornos o patologías vinculadas a la identidad, dentro de las que incluye el TLP, a las transformaciones sociales. El autor, en la misma línea que algunos anteriormente expuestos¹⁴, coloca bajo la lupa a la subjetividad de la época. Muestra la relación entre la gran presencia en la actualidad de pacientes *borderline*, con la sociedad actual, marcada por “el desencantamiento de la razón instrumental, la exaltación de la riqueza expresiva del yo y el desanclaje¹⁵” (Novella, E. 2015. p. 121). El resultado de estas características de la época, plantea Novella, son estos pacientes que plantean alteraciones de la identidad y de la autoimagen, sentimientos de vacío e impulsividad.

Es así que, frente a la pregunta ¿histérico o border?, respondemos nuevamente: ambos y ninguno. En muchos casos una cuestión, como dice Kernberg, semántica. Lo importante es respetar la singularidad del sujeto y su padecer, sin diluirlo en etiquetas diagnósticas que, sin una escucha clínica, para poco sirven. Sin importar que sistema categorial se utilice, los diagnósticos, como explica Millon (2006), son solamente puntos de referencia.

Entonces, *¿todos los sujetos con diagnóstico border pueden pensarse como histeria?, ¿es la histeria siempre equiparable al TLP?* No. Puede ser una de las formas de manifestación de la histeria actual. No siempre que hablemos de pacientes límite o *borderline* necesariamente estamos hablando de histéricos, pero por sus características semiológicas, es frecuente encontrarlos bajo este diagnóstico.

Para el psicoanálisis no hay síntomas que sean patrimonio de una estructura psíquica en particular, no hay esa linealidad de A=B. Hay una apuesta por interrogar al síntoma en la singularidad de cada sujeto (Anzalone, 2010).

Ahora bien, si en algunos casos estamos hablando de los mismos cuadros, resulta particularmente interesante pensar en los fenómenos identificatorios, -fenómenos que ocupan un lugar crucial en la histeria y la formación de síntomas- a la luz de el TLP, y los efectos que pueda tener sobre los mismos recibir un diagnóstico a partir del cual nombrarse. Considerando especialmente, la fragilidad y difusión en torno a la identidad que aparece muchas veces en el discurso y padecer de estos sujetos.

¹⁴ Subtítulo: histerias de antes y... ¿las de ahora?.

¹⁵ Con desanclaje, el autor hace referencia a “la pérdida del horizonte o los marcos de referencia”.

Identificación

Apenas mencionado anteriormente en función a su estrecho vínculo con la histeria y la formación de síntomas, este capítulo consiste en un recorrido por el concepto de identificación a través del tiempo. Será abordado, en un principio a partir de la obra de Freud, donde puede verse un gran desarrollo del concepto a medida que su obra avanza, y toma una gran relevancia en su teoría.

Se abordará también la cuestión de la identificación a partir de la obra de Jacques Lacan, quien retoma los planteos freudianos acerca de este concepto, y continúa su desarrollo otorgándole un lugar privilegiado en su obra.

En última instancia, se desarrollará la identificación en la enseñanza de Jacques-Alain Miller y otros referentes del psicoanálisis de la Orientación lacaniana.

3.1 Identificación en la obra de Freud

La identificación en la obra de Freud es un concepto que va desarrollándose en el transcurso de los años. Se puede observar en el avance de sus obras, como con los años va tornándose más central en su teoría.

Una de las primeras apariciones del concepto en su obra es en "*La interpretación de los sueños*". Freud habla de la importancia de la identificación en la formación de síntomas en la histeria, y escribe acerca de lo que nombra como la *identificación histérica*. Propone que la misma es un proceso psíquico a través del que "los enfermos llegan a expresar en sus síntomas las vivencias de toda una serie de personas, y no solo de las propias" (Freud, 1900, p. 167).

Este proceso consiste en una apropiación inconsciente de síntomas que son de otro, bajo una asociación de carácter etiológica. Es decir, el sujeto asocia que frente a encontrarse en la misma situación, puede tener el mismo síntoma (*idem*).

El psicoanalista retoma este concepto años más tarde, en “*Duelo y Melancolía*”, donde vuelve a reivindicar la relevancia de la cuestión identificatoria como mecanismo de formación de síntomas, especialmente en la histeria.

En este mismo escrito introduce el concepto de la *identificación narcisista o regresiva*. Esta puede verse en el proceso de identificación del yo con un objeto perdido. Durante este proceso, Freud plantea que el sujeto retira la investidura libidinal que tenía en el objeto perdido, pero que en lugar de depositarla en otro objeto, la deposita sobre sí mismo, identificándose con el mismo. Explica que es este el proceso que se da en la melancolía. (Freud, 1915).

Es a partir de “*Psicología de las masas y análisis del Yo*” (1921), que por primera vez el padre del psicoanálisis dedica un capítulo entero a la identificación. Freud vuelve a introducirse en esta cuestión diciendo que “el psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud, 1921. p. 99).

En este texto aparecen las primeras referencias a la identificación dentro del complejo de Edipo, pero no será hasta más adelante con la aparición de su segunda tópica que desarrolle más en profundidad esta cuestión.

Por el momento, describe la situación edípica, en la que plantea que el niño¹⁶ va a presentar una identificación ambivalente con el padre, a quien en un principio toma como ideal o modelo, pero que también va tornarse una hostil frente a la objeción que representa en torno a su relación con la madre, a quien el niño elige como objeto.

Menciona además casos en que la identificación funciona como mecanismo de formación de síntomas neuróticos. Describe, por un lado, una la que tiene que ver con la elección de objeto, donde puede identificarse al síntoma de la persona amada o de la que busca sustituirse (es parcial, se identifica a un rasgo o característica del objeto), la *identificación regresiva*. Otro de los tipos de identificación como productor de síntomas que ejemplifica, tiene que ver con el deseo. Con un “querer ponerse en la misma situación” (ibidem, p. 101), la identificación por el síntoma o identificación histérica.

¹⁶ El caso ejemplificado es en el de un varón, el de la niña es similar pero a la inversa (Freud, 1921).

El proceso de identificación en el complejo de Edipo es retomado por Freud en “*El Yo y el Ello*” (1923), en el que continúa con lo planteado previamente en 1921, pero ya con su segunda teoría del inconsciente y el descubrimiento del superyó, al que años más tarde denominará como el legítimo heredero del complejo de Edipo (1932).

Es tras la resolución del complejo de Edipo que aparece el ideal del yo, detrás de lo que, según Freud (1923), se encuentra la identificación primera, la identificación con la figura paterna. Surge el superyó, que se forma “por una identificación con el arquetipo paterno” (Freud, 1923, p. 55). Esta instancia, el superyó, deviene de la autoridad de la figura paterna interponiéndose entre la relación edípica del niño con la madre, proceso conocido como el complejo de castración.

3.2 Identificación en la obra de Lacan

Lacan, por su parte, retoma este concepto de Freud pero separándose del mismo. Hace una categorización de los distintos tipos de identificación freudiana, que las divide en tres tipos. Por un lado, la identificación al Padre, la primaria; identificaciones regresivas e identificaciones al síntoma.

En relación a esta categorización de los tipos de identificaciones que realiza Lacan, Roberto Mazzuca las describe y plantea que:

“Solo la primera, la identificación primaria con el padre (...), cae fuera del campo de la psicopatología y constituye un proceso normal propio de todo sujeto. Las dos restantes corresponden a formas sintomáticas: la identificación regresiva que sucede a la elección de objeto y la identificación a través del síntoma que requiere una comunidad de deseo”. (2007. p. 1).

La identificación lacaniana será abordada a partir de tres grandes momentos: la publicación del texto *“El estadio del espejo como formador de la función del yo...”*; el seminario 5, en donde desarrolla el complejo de castración y la metáfora del Nombre del padre; y por último tomando en consideración su noveno seminario, dedicado a la identificación simbólica.

Identificación especular

En *“El estadio del espejo como formador de la función del yo...”*, Lacan (1966) introduce la que es para él -hasta ese entonces- la identificación primordial, la identificación con la imago del semejante. La asimilación de su imagen como una totalidad en el espejo.

Comienza su desarrollo señalando la prematuración del nacimiento humano, y del inacabamiento anatómico del bebe, dependiente durante mucho tiempo de su madre. Durante este período, hay en el niño un pasaje de una imagen fragmentada de sí mismo, hasta una forma que Lacan llama ortopédica, como una unidad.

Se da entonces, a partir de los seis meses, lo que él llama identificación especular, o identificación con el semejante. El niño comienza a reconocerse como uno en el espejo, mediante la libidinización de la figura materna.

Postula que este período debe ser comprendido “como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen” (Lacan, 1966. p. 100). Esta identificación, que el autor reconoce como el yo ideal, constituye “el tronco de las identificaciones secundarias (...). Pero el punto importante es que esta forma sitúa la instancia del yo” (idem).

Identificación, Nombre del Padre e Ideal del yo

Más adelante, en su seminario “*Las formaciones del inconsciente*”, se introduce en la cuestión identificatoria en el complejo de Edipo, precisamente a partir del complejo de castración. Introduce una metáfora para pensarlo: el significante del Nombre del Padre. *¿Por qué una metáfora?*. “Una metáfora (...) es un significante que viene en lugar de otro significante. Digo que este es el padre en el complejo de edipo” (Lacan, 1958. p. 179). El significante paterno va a tomar el lugar del de la madre.

Lacan piensa la trama edípica en tres tiempos, no cronológicos sino lógicos:

Un primer tiempo, en el que el niño se identifica con el falo de la madre, lo que denomina como la etapa fálica primitiva.

Un segundo tiempo, donde aparece un padre privador. Es en esta instancia que aparece la tonalidad ambivalente que le otorgaba Freud al vínculo con el Padre, hay una rivalidad hacia el padre. Agresividad que, proyectada imaginariamente en el padre, se relaciona al temor, Lacan nos dice que “la relación entre el niño y el padre está gobernada (...) por el temor a la castración” (ibidem, p. 174).

Un tercer -y último- tiempo, donde aparece “un padre potente” (ibidem, p. 200). El padre de la ley. El que delimita lo que está bien y lo que está mal. “El padre en tanto que se hace preferir a la madre, dimensión que (...) conduce a la formación del Ideal del yo” (ibidem p. 177).

Es así que se desprende de este texto el lugar fundamental que este nuevo significante, el del Nombre del Padre, va a tomar en la vida del sujeto. Es a partir de su existencia que puede concebirse la cadena significante. La resolución del complejo de edipo con la aparición de este significante, va a dar lugar a la instauración del registro de lo simbólico, la dimensión del Otro.

Mazzuca insiste en la relevancia del tercer tiempo del edipo que propone Lacan, tiempo donde se produce una identificación con “la constelación de rasgos ideales de su propio sexo, la virilidad o la feminización” (Mazzuca, 2007. p. 7). Es en el complejo de edipo donde el sujeto comienza a asumir su sexo e identificarse con su ideal.

Identificación y significante:

Años más tarde le dedicaría un año entero a la enseñanza de esta temática, en su seminario 9: “*La identificación*”. No retoma sus postulados anteriores en torno a la identificación, sino que la aborda desde otra perspectiva. El seminario gravita en torno a la identificación, el sujeto y el significante. Hay una búsqueda, por parte de Lacan, de trabajar la identificación en su vertiente simbólica.

El autor sostiene que “en lo que concierne a la función de la identificación (...) lo que ocurre, ocurre esencialmente a nivel de la estructura” (Lacan, 1961-1962. p. 96)¹⁷, por consiguiente, lo simbólico. Asimismo, agrega que “los diferentes ángulos bajo los cuales estamos llevados a identificarnos como sujeto, al menos una parte de ellos, suponen el significante para articularlo” (ibidem. p. 69)¹⁸.

Una de las aristas trabajadas en el seminario fue separar el concepto de identificación e identidad; mostrando que justamente el significante se define por no ser igual a ningún otro, se define en su diferencia. Lacan plantea que “el significante (...) es lo que representa al sujeto para otro significante” (ibidem. p. 87)¹⁹.

¹⁷ Clase 13/12/1961. (pag 8).

¹⁸ Clase 06/12/1961. (pag 5)

¹⁹ Clase 06/12/1961. (pag 23)

Con este objetivo de centrarse en la identificación simbólica, Lacan toma la segunda de las identificaciones freudianas, la regresiva, y desarrolla la cuestión del rasgo unario (*einzigster Zug*) como soporte de la cadena significativa. El rasgo unario “queda por fuera de la cadena significativa pero al mismo tiempo, la constituye como tal” (Haddad. 2010. p. 237). Este fue un elemento que aportó a las elaboraciones en torno a la repetición en psicoanálisis.

3.3 Identificación para la Orientación lacaniana

Jacques-Alain Miller, en *“El Otro que no existe y sus comités de Ética”* (2005), sostiene que la identificación constituye un lazo social. Retoma lo postulado por Lacan, y agrega que en la identificación simbólica, “se opera una extracción significativa del Otro” (p. 35), y que la misma es en referencia a un sujeto barrado (\$), “un sujeto que tiene una falta o que es una falta, (...) y que encuentra su complemento significativo en el significante de la identificación” (ibidem, p. 36).

El autor plantea que esta falta (producto de atravesar el complejo de castración) puede hacer un intento de colmarse de dos maneras; por un lado, la metáfora de la identificación significativa; por el otro, la conexión fantasmática con el objeto *a*, objeto perdido.

Mauricio Tarrab, en la misma línea, recuerda que Lacan presenta la identificación como necesaria, y expresa que “la identificación aloja el vacío del sujeto, tanto como metáfora subjetiva, como si la consideramos del lado de la relación al objeto en el fantasma” (Tarrab, 2007. p. 1).

Miller plantea que “la identificación se refiere al Otro, depende del Otro, es de alguna manera una deducción significativa del Otro. (...) este Otro consistente cuya tarea es sostener la identificación” (Miller, 2005, p. 69).

Ahora bien, ¿qué es el Otro?. En este escrito, Miller plantea que:

“Lacan ubica este lugar del Otro tanto la estructura del lenguaje como significante como el discurso universal, que (...) establece las significaciones correspondientes a la forma de vida contemporánea. Lacan llama entonces Otro al lugar donde se cumple la conjunción del significante y el significado y su relación con el referente” (ibidem, p. 118)

El Otro (A), el lugar del lenguaje, instancia íntimamente vinculada al orden Simbólico, “Lacan lo vuelve sucesivamente el lugar de la palabra, del lenguaje, del discurso universal y de la realidad social, cultural e institucional también” (ibidem, p. 165).

Éric Laurent, por su parte, plantea que “la identificación es una manera de nombrar la interpretación que cada uno realiza de sus síntomas” (ibidem, p. 41). El psicoanalista habla de la identificación por el síntoma de Freud -pensada como una identificación tomada de un otro indiferente-, y se pregunta por las “epidemias histéricas” contemporáneas. Para esto, propone como ejemplo un caso presentado por Maleval de personas que declaraban haber sido raptados por extraterrestres²⁰.

En este sentido, conforme con lo expuesto por Laurent, Miller sugiere que las epidemias locales tienen que ver con un “anclaje local del goce” (ibidem, p. 52), y plantea que las comunidades deben pensarse en función a los anclajes particulares de formas de goce.

En función a la identificación, Hugo Freda lo relaciona con la toxicomanía y los efectos significantes de la toxicomanía como punto de referencia, “a partir de la que se crea un personaje (el toxicómano)” (ibidem, p. 307). El sujeto se nombra bajo un significante: toxicómano. Significante que, como expone Freda, funciona como justificación de su posición y acciones; “lo difícil es desalojarlos de ese lugar” (ibidem, p. 313), punto de acuerdo con Miller, que sugiere que es ese nombre, significante que lo orienta en función al Otro social. *Tiene un lugar, un nombre, un punto de referencia.*

Ante esto, ¿no puede pensarse a los sujetos que comparten un mismo diagnóstico psiquiátrico de la misma manera?, ¿no es, finalmente, la misma lógica?. Sujetos que reciben un significante a partir del cual nombrarse y que se sirven del mismo a modo de marco de referencia.

Karen Edelsztein plantea que a partir de las identificaciones “se trama una existencia, extrayendo de allí sentido y satisfacción” (2019). *¿Puede pensarse una identificación al diagnóstico psicopatológico?, ¿qué sucede con el sentido extraído de ese significante?.*

²⁰ Véase en Miller, J. A. (1999). Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. (pp. 125-140).

Identificación, significante, síntoma & diagnóstico

El título, así como el intento de relacionar todas estas cuestiones puede parecer un poco ambicioso, sin embargo, resulta igualmente indispensable para este trabajo final de grado.

En *“Más allá del principio del placer”*, Freud termina el capítulo con una cita de Abu Hariri: *“Lo que no puede alcanzarse volando hay que alcanzarlo cojeando. La escritura dice: cojear no es pecado”*²¹ (1920, p. 62). Vamos a introducirnos entonces de a poco, sin volar, siguiendo el consejo que toma el padre del psicoanálisis.

4.1 Lo border y la identificación

Tomemos en consideración lo expuesto hasta ahora: la histeria, el trastorno límite de la personalidad, sus similitudes y puntos de contacto. El rol fundamental que tiene la identificación en estos cuadros, y lo que algunos de los referentes del psicoanálisis dicen de ella. Recordemos también algunas de las interrogantes que quedaron expuestas previamente en torno al diagnóstico y a sus posibles efectos identificatorios. Este será nuestro punto de partida.

Recordemos, sobre la histeria, su teatralidad, su gran plasticidad e incidencia de los procesos identificatorios en la formación de síntomas, su relación con el deseo: insatisfecho. Recordemos algunos puntos sobre los trastornos límite de la personalidad; caracterizados por rasgos inflexibles de la personalidad, una alteración de la identidad, impulsividad, inestabilidad afectiva y sensación de vacío. *¿No encontramos, a fin de cuentas, en el centro del diagnóstico de TLP, una cuestión identificatoria?*

Otras de las aristas a considerar, es la perspectiva de Freud y Lacan en torno a la identificación, situándola en relación al deseo en la identificación histérica. Esta última, descrita como asunción de síntomas de otro bajo una asociación etiológica o causal. Freud

²¹ Nota de Freud: “Últimos versos de “Die beiden Gulden” (...) de Abu Hariri”.

ejemplifica el razonamiento inconsciente de esta manera: “si por una causa así puede tener tal ataque, puede sobrevenir a mi también, pues tengo iguales motivos” (1900, p. 168).

Siguiendo esta línea, pensando en clave de la identificación histérica, ¿no podríamos pensar como arma de doble filo los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad?. Frente a un cuadro que no cumple con todos los criterios, ¿acaso no podría darse esta asunción de síntomas?: “*Si un paciente border puede tenerlos, y yo también soy border: ¿por qué no?. Puede pasarme*”. Finalmente, ¿no es así como Freud plantea que funciona la identificación histérica?

4.2 Identificación y formación de síntomas

Freud, desarrolla la formación de síntomas en sus conferencias de introducción al psicoanálisis. En la conferencia 17º “*El sentido de los síntomas*”, expresa que “el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (1916-1917, p. 235) y ejemplifica la identificación como mecanismo de formación sintomático a partir del caso de una mujer con un síntoma obsesivo.

La paciente corría de una habitación a la otra y llamaba a la mucama. La mujer, relata una escena de su noche de bodas, en la que, su marido, impotente, corría de una habitación a la otra en varias ocasiones para intentar consumarlo, sin éxito. Su marido expresa que “es como para que uno tenga que avergonzarse frente a la mucama” (ibidem, p. 239), y mancha la sábana con tinta roja.

Frente al análisis de este síntoma, Freud descubre que la paciente -que se identificaba con quien era su marido-, llamaba a la mucama frente a una mesa con un mantel manchado de tinta roja. “El núcleo (...) es, evidentemente, el llamado a la mucama, a quien le pone la mancha ante los ojos, por oposición a lo que dijo su marido ese día” (ibidem, p. 240).

En su siguiente conferencia, el reconocido psicoanalista continúa en su línea de pensamiento, y comienza a describir los procesos que implican la formación de síntomas. Los mismos, dice, son inconscientes y “contienen el sentido del síntoma” (ibidem, p. 255), sentido cuyo estatuto es también inconsciente.

Freud plantea el síntoma como una formación de compromiso, como “un sustituto de lo que se interceptó” (ibidem, p. 268). Frente a una imposibilidad de devenir consciente un proceso anímico determinado, reprimido, el síntoma es una de las posibles respuestas al quehacer con esa libido que busca satisfacción.

En “*Los caminos de la formación del síntoma*” (1916-1917), Freud pone el acento en el displacer y sufrimiento que conllevan para la persona, dice que “su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan, y además, en el que se necesita para combatirlos” (ibidem, p. 326).

El síntoma, entonces, es una forma de satisfacer la libido -en un principio insatisfecha-, pero que genera displacer. Freud se pregunta por eso, dice que esta “modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño. (...) Es irreconocible para la persona, que siente la presunta satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella” (ibidem, p. 333). Esta satisfacción, tiene que ver -plantea Miller- con el concepto de goce lacaniano, una satisfacción que se distingue del placer.

En esta línea, Jacques-Alain Miller, en sus conferencias en Barcelona (1996), dedica un seminario a esta cuestión. El mismo, realiza una articulación entre ideas de Lacan y planteos freudianos acerca del síntoma, su formación y sus sentidos.

Lacan, plantea Miller, habla del sentido del sintoma, y dice que “el sintoma aparece como un enigma (...) soportado por un significante cuyo significado esta reprimido” (Miller, 2007, p. 458).

Respecto a las conferencias freudianas, subraya la diferencia entre *Sinn* y *Bedeutung*, “Sinn es el efecto de sentido (...) mientras que *Bedeutung* concierne a la relación con lo real” (ibidem, pp. 465-466). Hace, a su vez, una asociación entre el Sinn y lo que Lacan llama envoltura formal del síntoma, mencionado anteriormente, y postula que el mismo “apunta al mecanismo significante a partir del cual hay efectos de sentido” (ibidem, p. 427).

4.3 Síntoma y diagnóstico: ¿significante?

Como se ha desarrollado previamente, sabemos que el síntoma tiene una veta significativa, que implica también un sentido. Sabemos, por lo que hemos expuesto, que está directamente involucrada con el Otro y que es en función al mismo.

Es así que podemos preguntarnos por el diagnóstico: ¿qué sucede si a un sujeto con una sensación de vacío y una inestabilidad intensa en el sentido del yo, -criterios del DSM-V para el TLP- se le ofrece un diagnóstico como el borderline?, ¿puede absorberlo como un significante propio?, ¿puede identificarse al mismo y derivar en un cuadro más sintomático? He aquí la cuestión que nos convoca.

El significante es lo que nombra al sujeto. Como había sido previamente adelantado, el significante para Lacan “es lo que representa al sujeto para otro significante” (Lacan, 1961-1962, p. 87). Cabe entonces preguntarse si puede pensarse el diagnóstico psicopatológico como un significante.

En este sentido, en relación a la identificación y las adicciones, Marcelo González en “*La actualidad del síntoma*” explica que:

“El recurso del significante no siempre es suficiente porque el llamado adicto se detiene justo antes de formular la pregunta por su ser y se aferra al signo, a la nomenclatura que le llega desde la sociedad en general y de la psiquiatría en particular: alcohólico, ludópata, workaholic, etc.” (2010, p. 56).

González describe entonces lo que podría ser la clave y bisagra del problema identificador en torno a los diagnósticos. Parecería estar allí donde el sujeto deja de preguntarse por lo que le pasa y se aferra a una etiqueta cargada de sentido de otros, del Otro. Donde el paciente se cierra al sentido que le es dado por un otro externo, allí donde el sujeto “funciona” como su diagnóstico, tomando a este como su marco de referencia.

Es precisamente en este punto en que el psicoanálisis insiste en hacer todos los esfuerzos posibles para rescatar lo singular de cada paciente y su padecer, de cada uno de sus síntomas, sin disolverlos en etiquetas o generalidades diagnósticas.

4.4 Una cuestión ética

¿Quiere esto decir que hay que dejar de diagnosticar? La respuesta es un no rotundo. El diagnóstico es una brújula fundamental para los profesionales. Para el psicoanálisis, el mismo sitúa los puntos cardinales que orientan hacia una dirección de la cura. Esta implica una dimensión de estrategia, táctica, y está enmarcada en una política, cuestiones que están profundamente vinculadas a lo ético (Bafico, 2022).

Pensar en posibles efectos subyacentes a un diagnóstico, es ante todo, una cuestión ética. J. A. Miller (1997) dice que “las cuestiones técnicas son siempre cuestiones éticas, y esto es por una razón muy precisa: *porque nos dirigimos al sujeto*” (p. 13). El mismo, puede y debe ser cuestionado en sus efectos en la clínica y la vida del sujeto.

Consideraciones finales

Antes de concluir, resulta importante realizar algunas aclaraciones. Lejos está este trabajo de ser un intento de demonización de la psiquiatría norteamericana, del DSM, o de los diagnósticos psiquiátricos. No es una cuestión de “rivalizar” las distintas posiciones teóricas. Las diversas nomenclaturas diagnósticas tienen un sustento teórico y una utilidad clínica para el trabajo interdisciplinario.

Esta monografía vela por esclarecer algunas cuestiones en torno a los efectos identificatorios que pueden llegar a producirse a partir de la comunicación de un diagnóstico psicopatológico, en particular, el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Resulta claramente visible, a partir del recorrido teórico realizado, la incidencia significativa de los procesos identificatorios, su relación con lo social, y el rol que pueden tener en la formación de síntomas. Frente a esto, parece lógico preguntarse por la decisión profesional de la comunicación de un diagnóstico a un paciente. Me refiero, justamente, a *un* paciente -a *el* paciente-, y no a *los* pacientes, en plural.

En el trabajo en la clínica no hay manuales, ni reglas generales a aplicar. No es una cuestión de siempre o nunca. Lo único que considero debería ser siempre, es pensar el caso a caso, sujeto a sujeto. Es interesante, nuevamente, recordar lo que presenta Jorge Bafico como la apuesta del psicoanálisis: “rescatar singularidades en tiempos de uniformidad generalizada” (2022, p. 15).

En este sentido, la propuesta frente a la comunicación de un diagnóstico debería ser pensar sus posibles efectos identificatorios en cada paciente en particular. Como fue previamente expuesto, no tiene que ver con renegar la práctica del diagnóstico. El mismo, se entiende como una herramienta básica y fundamental para el profesional.

Considero incluso, que en muchos casos, nombrar lo que le pasa puede resultar un alivio para determinados sujetos, sin embargo el nombramiento debe advenir como construcción del sujeto, no como efecto de sentido del profesional. La importancia de poner en palabras el sufrimiento puede conllevar a obtener algo de sentido frente a la incertidumbre de su padecimiento, frente a un no-saber angustiante.

No obstante, resulta también necesario pensar en otros posibles resultados, como puede ser la ya ampliamente discutida posibilidad de la identificación al significante. *¿Podemos, entonces, pensar en algún caso que la comunicación del diagnóstico resulte una intervención iatrogénica?*

Los trastornos de la personalidad están caracterizados por determinados rasgos rígidos e inflexibles de la personalidad, por lo que son percibidos y retratados como cuadros crónicos. Frente a esto, cabe preguntarse por la implicación del sujeto en su propio padecimiento. Muchas veces, pueden quedar en lugar de “espectadores” de su propia vida y acciones, justificados a título de su diagnóstico, algo del orden del “*soy así, no voy a cambiar*”.

Propongo pensar al diagnóstico como herramienta, pero herramienta de los profesionales. Hay, por nuestra parte como profesionales “*psi*”, un compromiso ético que nos obliga a actuar con responsabilidad en nuestra práctica con pacientes. No debe olvidarse que lo catalogado como patológico tiene un componente subjetivo, por lo que el diagnóstico también es -en parte- susceptible a quien lo realiza.

Es por esto que, cabe preguntarse si en algunos casos sería preferible, pensando en relación a una determinada dirección de la cura -siempre singular-, que el diagnóstico sea únicamente una orientación para el trabajo con el paciente, pero sin transmitirle el mismo al sujeto. Evitando así la posibilidad que el mismo cargue de sentido y obture la pregunta por lo que le pasa al sujeto, que de esa forma pueda implicarse y posibilite pensar en una rectificación subjetiva. En definitiva, las grandes histéricas de Freud pudieron aliviar su angustia y remitir sus síntomas, entonces;

¿por qué no podrían las histéricas contemporáneas?

Bibliografía

Anzalone, E (2022). Las histéricas de antaño no usaban filtros. En: Clínica con-versiones histéricas (pp. 41-49). Montevideo: Colección de orientación lacaniana en Uruguay. GLM.

Anzalone, E. (2010). La anorexia como síntoma de la contemporaneidad. En: La actualidad del síntoma (pp. 37-43). Montevideo: Psicolibros.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Arlington: Editorial médica panamericana.

Azpiroz, M; Prieto, G. (2008). Trastornos de la personalidad. Montevideo: Psicolibros.

Bafico, J. (2019). Vidas Contemporáneas. Montevideo: Ediciones de la plaza.

Bafico, J. (2020). Prólogo: Nuestra apuesta. En: "La clínica psicoanalítica con niños" (pp. 7-8). Colección de la Orientación Lacaniana en Uruguay. GLM. Montevideo.

Bafico, J. (2022). El oficio del analista. Montevideo: Penguin Random House.

Carrasco, O. (2017). Sintagmas sobre la histeria. Montevideo: Psicolibros.

Edelsztein, K. (2019). Segunda noche preparatoria para las XV jornadas de la EOL. EOL online. Recuperado de:

https://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/015/resenas/2da_noche.html

Ey, H. (1965). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Masson, S. A.

Fernandez, F. (2022). ¿Qué histeria hoy?. En: Clínica con-versiones histéricas (pp. 27-33). Montevideo: Colección de orientación lacaniana en Uruguay. GLM.

Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas (Vol. 3, pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu. 1981. vol. 3.

Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu. 1981. vol. 3.

Freud, S. (1900). "La interpretación de los sueños". Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1979. vol 4.

Freud, S. (1915). "*Duelo y melancolía*". Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1988. vol 14.

Freud, S. (1916-1917). "Doctrina general de las neurosis". Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1978. vol. 16.

Freud, S. (1920). "Más allá del principio de placer". Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1984. vol 18.

Freud, S. (1921). "Psicología de las masas y análisis del yo". Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1984. vol 18.

Freud, S. (1923). "*El yo y el ello*". Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1988. vol 19.

Freud, S. (1932). "*Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: Lección 31*". Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. 1988. vol 22.

González, M (2010). ¿Adictos o consumidores?. En: La actualidad del síntoma (pp. 49-58). Montevideo: Psicolibros.

González, M. (2022). La actualidad de la histeria. En: Clínica con-versiones históricas (pp. 17-26). Montevideo: Colección de orientación lacaniana en Uruguay. GLM.

Haddad, M. (2010). El concepto de identificación en el seminario 9, la identificación de J. Lacan. II congreso internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-031/764.pdf>

Han, B (2012). La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder Editorial, S.L.

Kernberg, O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. México: El manual moderno.

Lacan, J. (1966). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos 1 (pp. 99-105). Madrid: Siglo XXI. (2009).

Lacan, J. (1957-1958). Seminario 5. Las formaciones del inconsciente (pp. 165-219). Buenos Aires: Paidós. (1999)

Lacan, J. (1961-1962). Seminario 9. Inédito. (Traducción Rodríguez Ponte).

Lacan, J. (1969-1970). Seminario 17. El reverso del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. (2010)

Lacan, J. (1977). Palabras sobre la histeria. En: Quarto. (publicado en 1981, nº 2.). Escuela de la Causa Freudiana. Recuperado de:

<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.32%20%20%20%20PALABRAS%20SOBRE%20LA%20HISTERIA,%201977.pdf>

Maleval, J. C. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría (Vol. 14, nº 49. pp. 269-290). España. Recuperado de: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15372>

Mazzuca, R. (2007). Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales. En: Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales (pp. 13-16). Colección Orientación Lacaniana. Buenos Aires: Grama.

Mazzuca, R. (2007). Las identificaciones en la primera parte de la obra de Lacan (1931-1952). Anuario de investigaciones (Vol. 14). Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a37.pdf>

Mazzuca, R. (2010). Los excesos de la histeria. En: La actualidad del síntoma (pp. 115-123). Montevideo: Psicolibros.

Mazzuca, R; Canonico, E; Esseiva, M; Mazzuca, S. (2008). Versiones psicoanalíticas de la histeria. Anuario de las investigaciones (Vol. 15. pp. 73-80). Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862008000100039&script=sci_abstract

Miller, J. A. (1997). "Introducción al método psicoanalítico". Paidós.

Miller, J. A (2005). El Otro que no existe y sus comités de ética. Colaboración de: Éric Laurent. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J. A. (2007). Introducción a la clínica lacaniana. Barcelona: Gredos.

Millon, T. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson S.A.

Novella, E. (2015). Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna. Revista latinoamericana de psicopatología fundamental (pp. 118-138). São Paulo. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n1p118.9>

Tarrab, M. (2007). La identificación no es el destino. En: Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales (pp. 53-58). Colección Orientación Lacaniana. Buenos Aires: Grama.