

### **3.3 CUADROS CON INSUFICIENTE RESIGNIFICACIÓN RETROACTIVA EDÍPICA (C.I.R.R.E.)<sup>1</sup>. VÍCTOR KORMAN\***

---

**“Dudar de todo o creérselo todo son dos soluciones igualmente cómodas que nos eximen de reflexionar.”**

**Henri Poincaré (1902), *La ciencia y la hipótesis*.**

#### **Primera parte:**

#### ***Distintas aproximaciones a la patología llamada borderline***

#### **Resumen**

*El trabajo se publicará en dos entregas. En esta primera parte, tras una referencia a los pacientes denominados habitualmente borderlines, se discute la tendencia a diagnosticar psicosis ante la sola presencia de alucinaciones y delirios. Tal propensión deviene obstáculo para pensar una categoría diagnóstica que, presentando dichos síntomas, no sea considerada obligatoriamente una estructura psicótica. En el contexto de esas dilucidaciones nosográficas -en las que se afirma que la divisoria entre neurosis y psicosis no se plantea, en la clínica, de manera tan neta y tajante como lo pretenden las nosologías al uso- se propone la categoría diagnóstica de*

*C.I.R.R.E. Dentro de una perspectiva matapsicológica se señalan sus elementos constitutivos de la misma y sus manifestaciones clínicas más frecuentes. Por último, se plantean las diferencias con las concepciones kleinianas y lacanianas sobre el tema.*

#### **1. Introducción**

En este trabajo se abordará, desde un punto de vista clínico y metapsicológico, las problemáticas de algunos pacientes que suelen ser diagnosticadas de muy distintas maneras, a saber: personalidad narcisista, perturbaciones del narcisismo, cuadros limítrofes, trastornos narcisistas de la personalidad, *borderlines* o fronterizos, personalidades como si, esquizofrenia pseudoneurótica, prepsicosis, psicosis estabilizadas, estructuras *sinthomadas*, psicosis no desencadenadas, etc.

Es imposible hacer en este artículo una reseña de los trabajos publicados sobre dichas entidades. Sin embargo, quiero señalar aquellos que, a mi juicio, son los más significativos: Kernberg, O. (1975, 1992);

---

<sup>1</sup> El punto de partida de este texto ha sido mi alocución en las Jornadas de GRADIVA, Associació d'Estudis Psicoanalítics, que tuvieron lugar el 30 y 31 de octubre de 1998, dedicadas a debatir e intercambiar sobre el narcisismo. Allí expuse bajo el título No entre neurosis y psicosis, sino en otro lugar: los cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica, las ideas primigenias que desarrollo en este trabajo. Una versión sintética de este texto fue expuesta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Dicha conferencia ha sido publicada en el libro Testimonios de la clínica psicoanalítica, Alvarez, Antoni, S. y Tumas, D. (comp.), Buenos Aires: JVE ediciones, 2001.

Kohut, H. (1977, 1979); Gunderson, J. G. (1977 y 1982); Grinker, R. (1968); Abend, S. y otros (1983); Knight, R. (1954); Bergeret, J. (1970); Bion, W. (1974, 1976); Green, A. (1983, 1990), Paz, C. A. y otros (1976, 1977). Desde una perspectiva muy diferente, Lacan, se refirió también a dicha problemática en varios de sus seminarios. Salvo excepciones, no aludiré explícitamente a los escritos de estos -y otros- autores, cuyos artículos y libros aparecerán reseñados al final de esta primera parte de mi artículo. Sin embargo, se hará patente que sus concepciones han sido referentes importantes para mí; en primer lugar, porque ellos pusieron de relieve aspectos clínicos y teóricos de gran envergadura y, en segundo término, en tanto configuraron el telón de fondo con el que contrasté las ideas que expongo en este texto.

Los autores citados, cada uno desde una perspectiva propia, dieron una visión de conjunto del cuadro clínico y subrayaron aquellos aspectos que, según sus pareceres, eran los fundamentales. Buena parte de ellos hicieron hincapié en las perturbaciones del narcisismo y, de manera coherente, enfatizaron la patología del yo que necesariamente aparece en estos sujetos, en tanto ésta es secundaria a los trastornos narcisísticos.

Sin menospreciar tales disfunciones, que se pueden detectar con claridad en todos los pacientes diagnosticados como *borderlines*, el presente texto se propone demostrar que estos trastornos no son primarios y, además, que constituyen tan sólo una parte de las perturbaciones que presentan estos sujetos. Dicho en otros términos, considero que la afectación es más amplia -comprende a la organización psíquica en su conjunto- y que los fallos del narcisismo son antes consecuencia que causa. Esto no quita que, a su vez, tales perturbaciones se conviertan en condicionantes de otros trastornos: los surgidos en los momentos post-narcisísticos de la estructuración subjetiva. Tal extensión de las alteraciones en el aparato psíquico se debería a dos órdenes de factores interrelacionados:

- A que la problemática ha comenzado, en la mayoría de los casos, antes de la instauración del narcisismo (y del yo), con el consiguiente efecto "bola de nieve" de fracasos. Las causas deberían buscarse, entonces, en los vínculos intersubjetivos propios de cada contexto familiar. En tanto la relación con el recién nacido es asimétrica, cabrá tener especialmente en cuenta las peculiaridades del psiquismo -consciente e inconsciente- de los padres, factor determinante de la subjetivación del *infans*.
- A la potenciación posterior de estos fallos primigenios de la estructuración subjetiva, debida a un tránsito tórpido por la triangularidad edípica. Esto genera, a su vez, una insuficiente reorganización retroactiva del aparato psíquico desde tal estadio.

Estas son, expuestas de manera lacónica, las tesis centrales de este trabajo. El desarrollo de las mismas y las consideraciones que subsidiariamente se derivan de estas ideas básicas, ocuparán la mayor parte de este artículo. Adelanto, a grandes rasgos, el orden expositivo: en la primera parte de este trabajo, y tras una referencia obligada a la categoría *borderline* -en tanto ésta devino paradigmática- se apuntarán las diferencias entre la construcción de entidades nosográficas y los usos de las mismas en el contexto de la clínica. Se propondrá, luego, una nueva categoría: cuadros con insuficiente resignificación retroactiva edípica -C.I.R.R.E.- y se explicitarán sus principales elementos constitutivos.

Tras exponer mi manera de organizar los observables clínicos de estas entidades, se hará evidente que las concordancias con algunos de los autores antes citados -sobre todo, en el plano de la descripción fenomenológica- quedarán reducidas tras interpretar el conjunto del cuadro desde una perspectiva **metapsicológica**. Que así ocurra, no es sorprendente: la escucha analítica se

realiza siempre e insoslayablemente con la mediación de la teoría que cada analista ha hecho suya. Y bien sabemos que éstas difieren notablemente, razón por la que no es fácil coincidir en las descripciones ni, menos todavía, en la articulación conceptual del conjunto.

En los últimos apartados de esta primera entrega plantearé las diferencias de mi propuesta respecto de las tesis lacanianas y kleinianas sobre este tipo de pacientes; señalaré las referencias freudianas a las que he recurrido y anticiparé algunos resultados de una labor de investigación bibliográfica en curso sobre la *lógica difusa*, de la que importé algunas ideas útiles para repensar las categorías nosográficas.

En la segunda parte del trabajo, a publicar en el número siguiente de *Intercanvis*, se desarrollarán las premisas sobre las que asientan mis reflexiones sobre los C.I.R.R.E., que ahora enuncio brevemente. Son ellas: 1ª) la incidencia fundamental del entorno objetal en la estructuración psíquica del recién nacido humano; 2ª) el papel clave de los procesos de reorganización retroactiva para la conformación de la estructura psíquica; y 3ª) la relación indisoluble que liga al narcisismo con el edipo.

Al desplegar la primera premisa, realizaré una extensa exposición sobre las identificaciones **estructurantes**, poniendo especial énfasis en las primarias y narcisistas. Luego de caracterizar a la identificación como un concepto límite entre lo psíquico y lo social, retomaré lo expuesto en algunos trabajos previos (Korman, V., 1996) y, tras su reelaboración, me permitiré postular que la constitución del narcisismo -tanto en sus variedades más patológicas como en las menos perturbadas- es una forma de resolución del desamparo originario. Esto posibilitará tomar en consideración a las distintas variedades de angustia como un elemento más para el diagnóstico diferencial de las estructuras clínicas, a saber: en la psicosis, predominio de la angustia de aniquilación; en la neurosis, prevalencia de la angustia de castración; en los

cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica, preponderancia de la angustia de separación, motivada por una vivencia particularmente intensa de desamparo, que empuja hacia una soldadura psíquica con el objeto. El recurso a la teoría identificatoria supone reafirmar *la prioridad del otro*<sup>2</sup> en la estructuración de un nuevo sujeto.

La segunda de las premisas nos conducirá al tema de la temporalidad psicoanalítica. Haré especial hincapié en la noción freudiana de **retroacción** -puesta especialmente de relieve, en los textos de Freud por J. Lacan- y en el concepto de **regresión**, que será sometido a un análisis crítico. La salida del narcisismo y la constancia de la relación objetal serán otros de los aspectos que se estudiarán. Se insistirá también allí en que la resignificación retroactiva no es antinómica con el uso de todos los recursos -tanto clínicos como teóricos- que permitan establecer una ficción cronológica, longitudinal, de la formación de este tipo de patología, con las singularidades de cada caso.

Al desarrollar la tercer premisa, se señalará la íntima articulación entre narcisismo y edipo y se insistirá en la necesidad de deshacer otra sinonimia -la establecida especialmente en los medios psicoanalíticos kleinianos- entre arcaico (temprano, originario, primordial, etc.) y psicosis. Este solapamiento determinó en tales contextos teóricos que la noción de núcleos psicóticos sustituyese al concepto de narcisismo. Los *impasses* generados a causa de esta equiparación han sido -y son- notables.

Continuaré con la caracterización de las estructuras clínicas utilizando las categorías allí expuestas y se subrayarán los rasgos diferenciales de cada una. Después de pasar revista a las neurosis, psicosis y perversiones,

---

<sup>2</sup> Parfraseo aquí el título de un libro de J. Laplanche (1997) *-Le primat del autre en psychanalyse*, Flammarion. La primera edición de este libro fue publicada por Aubier, Paris (1992), bajo el nombre de *La révolution copernicienne inachevée*. Hay versión castellana *-La primacía del otro en psicoanálisis-*, Buenos Aires: Amorrortu, editores.

me centraré en los cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica, cuyos aspectos clínicos y metapsicológicos serán expuestos, en esa segunda parte, de un modo exhaustivo, ampliando lo anticipado en esta primera entrega.

Habrà luego un apartado dedicado a las modalidades transferenciales de los C.I.R.R.E. Dejaré para el final de la segunda parte una última cuestión, que considero fundamental para el diagnóstico y para la conducción de la cura: establecer el grado de subsunción de lo narcisístico a lo edípico. Si la textura triangular comanda el cuadro clínico estaremos en presencia de una neurosis. Por el contrario, si tal subsunción nunca tuvo lugar, la problemática clínica queda situada, de manera definida, en el campo de la psicosis. Por último, si la regulación edípica del narcisismo fallido es escasa -pero no ausente- podría pensarse en la posibilidad de un cuadro con insuficiente reorganización retroactiva edípica. El diagnóstico no se basaría, pues en la sola presencia de un narcisismo exacerbado; **lo más importante sería la relación que éste guarda con la trama edípica.**

Como puede apreciarse en lo expuesto hasta aquí -y espero que el desarrollo del texto lo muestre con mayor claridad- además de proponer esta categoría nosográfica, aporto elementos que permiten diagnosticarla con precisión, de manera tal que no se convierta en un nuevo *cajón de sastre* ni se favorezca, por esta vía, la desaparición de los pertinentes diagnósticos de neurosis y psicosis.

## 2. Los pacientes *borderlines*

Verdaderos ríos de tinta han sido vertidos tanto por los detractores como por los defensores de la existencia de esta categoría nosográfica. Aún dentro del grupo de analistas que aceptan este diagnóstico, no existen grandes acuerdos: las descripciones del cuadro clínico son muy dispares, las consideraciones metapsicológicas

difieren y las evaluaciones de los efectos terapéuticos son disímiles. Asimismo, las denominaciones que otorgaron a estos cuadros han sido variadísimas; por ejemplo, Bergeret (1970) contabilizó 58 nombres distintos asignados a este tipo de patología. Es probable, por lo tanto, que en la actualidad esa cifra se haya duplicado. Muchos psicoanalistas que profundizaron en el tema acabaron dando una versión propia de dicha problemática. Como Proteo, esta entidad fue adquiriendo mil formas y es casi seguro que la perspectiva personal que expondré termine configurando una versión más.

Esta situación, con todas las complicaciones que acarrea, no debería, sin embargo, extrañarnos: está en juego el diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis. En tanto los lindes entre ambas están lejos de configurar una línea bien definida, de bordes netos, las dudas y controversias están garantizadas. Las estribaciones de una y otra estructura conforman zonas amplias, de límites difusos, en las que encontramos cuadros clínicos cuya sintomatología tiene similitudes. Esta tierra de nadie -o de todos, según se mire- es un vasto territorio, constituido por la confluencia de entidades complejas, nada homogéneas. La patología es severa y con mucha frecuencia surgen en el analista dudas: ¿psicosis?, ¿neurosis? Tales tribulaciones se deben, insisto, a que en los confines de ambas estructuras las manifestaciones fenomenológicas pueden ser bastante semejantes. Las hesitaciones se despiertan de un modo especial ante aquellos pacientes que refieren alucinaciones y/o delirios, o cuando constatamos modos muy patológicos de construcción-conexión con la realidad. La evolución clínica a lo largo del tratamiento suele tener, en muchos casos, la última palabra.

La poca concordancia entre los analistas sobre esta categoría diagnóstica, tiene otra de sus raíces en la complejidad y multiplicidad de facetas de las llamadas patologías *borderlines*. Esto permite que puedan ser enfocadas desde

diversos ángulos y que cada autor, tras privilegiar sus puntos de mira, ponga en evidencia aspectos determinados de dicha problemática, en torno a los cuales hace girar, luego, el conjunto del cuadro. Tal vez esto explique las diferencias en las descripciones clínicas que los analistas hacen de dicha entidad, como así también, la profusión de los nombres otorgados. Las denominaciones adjudicadas no son ajenas a cuestiones de lineamientos teóricos: los nombres tienen que ver con los ejes metapsicológicos propios de cada escuela. Por ejemplo, el uso de los vocablos *borderline*, *paciente fronterizo* o *estados límites* es muy frecuentes en los ámbitos kleinianos, en los que se concibe una continuidad entre neurosis y psicosis. Colocan, entonces, esta patología **entre** ambas: en la frontera supuesta o en los límites, que son, a su vez, zonas de contacto. Dentro de la misma corriente, y por motivos análogos, otros autores hablan de patología *transicional*: aluden a los pasajes, más o menos fluidos, que observan en sus pacientes desde estados neuróticos a psicóticos y viceversa. Aquellos que han jerarquizado el narcisismo en esta patología, propugnan los diagnósticos de perturbaciones del narcisismo, trastorno narcisista de la personalidad, narcisismo no psicótico, etc. En los entornos lacanianos, que plantean una clínica diferencial en tanto no acuerdan con el *continuum* neurosis-psicosis, el término *borderline* y sus equivalentes son rechazados. Allí se afirma que se trata de analizantes que están en los bordes de la neurosis o de pacientes con psicosis no desencadenadas, con psicosis estabilizadas o con estructuras *sinthomadas*. En medios psiquiátricos se utilizan los diagnósticos de esquizofrenia pseudoneurótica, prepsicosis, trastorno severo de la personalidad, etc.

Ante tales circunstancias, suelo orientar la tarea clínica mediante algunas ideas que me resultan particularmente útiles y que, a continuación, expondré de manera breve.

- La existencia de alucinaciones y delirios no es sinónima de psicosis. Esta equiparación sería una forma especial de reduccionismo: tomar la parte por el todo; con la agravante de que, en esta situación, la parte no siempre está incluida en el todo: existen estructuras psicóticas francas que no presentan estos síntomas. En cambio, es factible encontrarlos en pacientes no psicóticos que, ante determinados avatares - acción de factores traumáticos, agudización de su conflictiva psíquica, etc.- se desorganizan y, durante un cierto período, deliran o alucinan. Estas crisis suelen remitir sin dejar el llamado defecto psicótico, característico del post-brote esquizofrénico. Dicho en otros términos: la psicosis es mucho más que la presencia de alucinaciones y delirios. La sola existencia de estos síntomas no nos autoriza a diagnosticar una psicosis.
- No concibo la frontera entre neurosis y psicosis según el modelo de vecindad con que habitualmente son pensados en los contextos de raigambre kleiniana. Este enfoque induce y recrea la idea de que, dando unos pasos en una determinada dirección, se cruza un límite y se entra, digamos, en el terreno de la neurosis. Y de manera complementaria, afirma que retrocediendo, se regresa al campo de la psicosis. En esta manera de pensar está implícito que ambas organizaciones psíquicas mantienen relaciones de vecindad, que están en un mismo plano, que coexisten en un sujeto y que se puede pasar de un tipo de funcionamiento a otro, atravesando un cierto límite. Son las teorías que afirman la existencia de núcleos psicóticos en la

### 3. Una brújula para esas tinieblas



organización psíquica de cualquier sujeto o las que sostienen la convivencia de una parte psicótica de la personalidad con otra, no psicótica. Esta misma manera de pensar adquiere, a veces, la forma estratigráfica o arqueológica: habría niveles superficiales -adscritos generalmente a un modo de funcionamiento neurótico- asentados sobre estratos más profundos, caracterizados por su dinámica psicótica. Ya no se trata de coexistencias en un mismo plano sino entre niveles superpuestos. Los orígenes de estas ideas se remontan a Abraham, quien había postulado una frontera entre neurosis y psicosis que pasaba entre los estadios anal 1 y anal 2 de su peculiar sistematización del desarrollo evolutivo. Con estos implícitos y explícitos puede sostenerse que, en un paciente dado, pueden darse pasajes bidireccionales entre territorios vecinos o entre estratos contiguos. Para explicar tales movimientos se recurre, en muchas ocasiones, a un uso simplificado de las nociones freudianas de regresión y progresión. Este modelo es, precisamente, uno de los que intentaré poner en tela de juicio a lo largo de estas páginas.

- Creo útil habilitar una categoría nosográfica distinta de las neurosis, psicosis y perversiones clásicas, para dar cabida a problemáticas clínicas que, a mi modo de ver, son difíciles de incluir en las tres citadas. Estas entidades polifacéticas y no bien definidas - catalogadas de muy diversas maneras, según se ha visto en el apartado anterior- tienen el mérito de introducir lo difuso en el diagnóstico clínico. Nos plantean, como fenómeno rebote, que las propias neurosis, psicosis y perversiones tienen límites menos netos de lo que creemos. A lo largo de este escrito procuraré demostrar que la

aceptación y el uso de la categoría C.I.R.R.E. no implica, necesariamente, transformarla en un cajón de sastre ni, menos aún, hacer desaparecer las pertinentísimas categorías de neurosis y psicosis.

- La clínica jamás aporta réplicas fieles de las categorías nosológicas preelaboradas. La construcción de un orden clasificatorio de la patología mental funciona en un plano diferente del de la clínica de un sujeto singular. La nosografía crea categorías que condensan modos puros de funcionamiento. Pero esta pureza dista mucho de ser regla en la praxis. Diagnosticar neurosis, por ejemplo, supone que se ha constatado la actuación de la represión y la existencia de retornos de lo reprimido procesados por los mecanismos de defensa. Más ampliamente, cuando se diagnostica la estructura clínica de un paciente, se constatan las manifestaciones fenomenológicas y a partir de éstas, se deduce el mecanismo fundante que ha presidido la formación de sus síntomas: ¿represión?, ¿repudio?, ¿renegación? Ahora bien, al abordar casos singulares se constata a veces que un mismo sujeto puede utilizar defensas de diferentes tipos frente a un mismo conflicto, especialmente cuando éste se intensifica. Por otra parte, no siempre está clara la prevalencia -menos, aún, la exclusividad- del uso de un mecanismo fundante determinado, ya sea la represión, ya sea el repudio, o bien, la renegación.
- A diferencia de lo recién expuesto, no hago culminar la coexistencia de estos mecanismos con la adjudicación de cada uno de ellos a una "parte (o núcleo) de la personalidad", en la que operaría una modalidad defensiva propia y específica. Por los mismos

motivos, no pienso alternancias ni a pasajes de un modo de funcionamiento neurótico a uno psicótico, ni viceversa. La pluralidad de las defensas es simultánea; el aparato psíquico acciona como un todo y este funcionamiento sincrónico tendrá sus repercusiones en la peculiaridad de los síntomas, de los fantasmas y en la construcción de la realidad. El polimorfismo defensivo y el narcisismo fallido aparece en todas y cada una de las manifestaciones de la psique y se observan diferencias con sus homólogos en las neurosis y psicosis francas. Los diversos aspectos de este asunto serán retomados en los apartados 6. *Clínica y nosografía* y 11. *El suelo freudiano*.

#### **4. La nueva categoría**

El diagnóstico de C.I.R.R.E. supone evaluar de manera precisa los dos parámetros siguientes:

- Los efectos que ha tenido en la estructuración psíquica el predominio relativo de una de las dos variedades de identificación primaria -incorporativa e introyectiva- que postulé en anteriores trabajos (Korman, V., 1996).
- Las consecuencias de las formas singulares de resolución del desamparo originario y su consiguiente incidencia en la constitución del narcisismo primario<sup>3</sup>.

El zócalo psíquico que conforman las identificaciones primarias y narcisistas condicionará, a su vez, el tránsito del protosujeto por el complejo de edipo y la consumación de las identificaciones

secundarias que le son inherentes. El nuevo nombre que propongo, si bien coadyuva a la proliferación de denominaciones, refleja en su misma enunciación las bases metapsicológicas sobre las que fundamento tal entidad, que toma especialmente en consideración los ejes mayores que Freud utilizó para el establecimiento de su nosografía. Conviene recordar aquí que su discriminación nosológica fundamental -psiconeurosis narcisistas y neurosis de transferencia- se apoya en los complejos de edipo, de castración y en el narcisismo.

Los argumentos en los que baso mi propuesta no son sólo teóricos; han surgido esencialmente de mi práctica clínica. Ambos serán referidos. Es obvio que quienes sostienen posiciones diferentes las fundamentan, igualmente, en sus respectivas praxis y teorías. Esta cuestión plantea problemas metodológicos muy serios, que son imposibles de ser abordadas en un trabajo de esta índole. Sin embargo quisiera dejar sentado un sólo aspecto: si bien el referente clínico es el de mayor importancia, no se puede esgrimir con *simpleza* la práctica de cada analista, como confirmadora de las ideas que él sustenta, puesto que la conducción del tratamiento de sus casos estuvo ya orientado por la teoría que ha hecho suya. La autovalidación nos están acechando siempre; conviene, por lo tanto, estar precavidos ante ella.

#### **5. ¿Es mayor la incidencia de esta patología?**

En los diálogos entre psicoanalistas -y también en sus escritos- es dable constatar comentarios que hacen referencia a un aumento significativo de casos que presentan una sintomatología como la que habitualmente se adscribe a los pacientes fronterizos. Y esto es dicho y escrito por los practicantes de todas las escuelas teóricas, aunque existan diferencias notables, como ya fue subrayado, en las categorías

<sup>3</sup> En el apartado 6.2. *La identificación narcisista*, de la segunda parte de este trabajo, se expondrá ampliamente esta cuestión.

empleadas para diagnosticar. Las características de la clínica psicoanalítica hacen muy difícil que afirmaciones del tipo "la patología fronteriza ha aumentado últimamente", puedan tener corroboraciones fehacientes. El psicoanálisis nunca congenió con las estadísticas y, además, es probable que en ese incremento de la casuística incidan factores de muy diversa índole.

En lo que a mí respecta, siempre he tenido casos de este tipo, pero, también es cierto que en los últimos años, recibo con mayor frecuencia consultantes que presentan este tipo de problemáticas. Son sujetos que bajo transferencia funcionan de manera distinta a la que se observa en neurosis o psicosis diagnosticadas con certeza. Sin embargo, en el plano fenomenológico muestran síntomas que se parecen a los de ambas estructuras – incluso, a veces, pueden constatarse rasgos perversos-. En tales circunstancias, se hace difícil establecer el diagnóstico estructural. El abordaje clínico es, también, complejo. Las respuestas al tratamiento psicoanalítico suelen ser variables, dependiendo sobre todo de la capacidad simbólica del sujeto, que suele estar más afectada que en las neurosis. Las transferencias que estos sujetos generan tienen matices diferentes a la típicamente neurótica o psicótica. El paciente puede mostrar modalidades transferenciales cualitativamente diferentes, no sólo a lo largo del análisis sino, inclusive, durante una misma sesión<sup>4</sup>.

## 6. Clínica y nosografía

---

4 En el apartado 10. La transferencia en los C.I.R.R.E., de la segunda parte, se dedicará un amplio espacio a este asunto. Se anticipan algunas cualidades de la misma, allí descritas: tendencia a establecer transferencias masivas, de contenidos persecutorios, aniquilantes o idealizadores; proclividad a instituir vínculos fusionales; oscilaciones entre momentos transferenciales a predominio narcisístico y otros, en los que prepondera lo edípico.

Si estamos más atentos a los acontecimientos de la clínica que a los compromisos teóricos, seguramente nos veremos llevados a admitir que la oposición **radical y absoluta** entre neurosis y psicosis sólo se da en el nivel de la explicitación formal abstracta de la estructura. En ese plano, las caracterizaciones deben precisar los elementos específicos que dan un perfil propio a cada estructura clínica y la diferencian, así, de las restantes. Puesto que su función es albergar bajo su seno **todas** las variedades subjetivas posibles, ya sea de las neurosis, ya sea de las psicosis, estas caracterizaciones han de ser -por fuerza- muy generales y abarcativas. Pero, justamente, por tratarse de definiciones amplias -gran extensión- tienen el único tipo de existencia que les es posible: el propio de una generalización teórica. Se trata de entidades abstractas, de categorías formales; por lo tanto, es difícil que los casos clínicos se ajusten totalmente a lo que la definición propone. Habrá siempre alguna distancia entre la caracterización general de una estructura y su encarnación en un sujeto concreto y determinado. Dicho de otro modo: clínicamente hablando, lo **puro** neurótico y lo **puro** psicótico no existe. Esto no implica negar la importancia de la nosografía ni lo imprescindible que resulta tener un diagnóstico antes de comenzar un tratamiento psicoanalítico. Las divisiones netas, tajantes, pueden ser válidas para efectos pedagógicos, momento en el cual, cabe oponer y polarizar rasgos, para destacar las diferencias. La realidad clínica, en cambio, es siempre más compleja, nunca es tan taxativa y en ella se opera con sujetos concretos, no con categorías o clases<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Para redundar sobre esta cuestión podríamos referirnos a otros campos donde este tipo de cuestiones también se plantean. Tomemos, por ejemplo, el de la economía política y, más específicamente, el análisis de las formaciones económico-sociales que realiza Marx. Así, en *El capital*, estudia **de manera general** los elementos que conforman el modo capitalista de producción: estructura formal-abstracta. Ofrece categorías **generales** para el análisis del mismo. Pero, si se estudia un país determinado -y no el sistema en sí-

Por otra parte, toda sistematización inflinge un *quantum* de violencia a la realidad. Cualquiera sea la clasificación creada o adoptada, al ser aplicada, genera un efecto rebote insoslayable: algo de lo que debía tener cabida en esa taxonomía se rebela, desafía a la categorización propuesta, se resiste a ser incluida, no encaja -ya sea por exceso o por defecto- en los grupos preestablecidos. Por eso, más que una nosología que encorsete, prefiero una especie de mapa psicoanalítico: un planisferio en el que cada continente simboliza un diagnóstico (neurosis, psicosis, perversiones, C.I.R.R.E.) y en el que los océanos viene a indicar la imposibilidad de pasajes directos de una tierra a otra: no mantienen relaciones de vecindad. Cuando opero con esa metáfora cartográfica, procuro no confundir, como ocurre con el uso de cualquier mapa, los “territorios reales” con la representación gráfica aproximada de los mismos.

En tanto que lo que acabo de afirmar no niega que haya neurosis claras y definidas, por un lado, y psicosis francas, por otro, el enfoque diferencial estructuralista me es útil en una primera aproximación clínica, siempre y cuando el diagnóstico pueda establecerse con seguridad. Ahora bien, no en todos los casos sucede así: en la práctica clínica cotidiana las cosas se presentan sin la pulcritud de los planteamientos teóricos, aunque -¡eso sí!- siempre pueden forzarse los observables clínicos para hacerlos calzar en los cánones de algún esquema referencial. En la nota nº 9 se

---

puede observarse que las formas capitalistas de producción conviven, en algunas regiones del territorio, con modalidades productivas propias del feudalismo o del socialismo. Cada zona puede tener modalidades productivas específicas. Sin duda, el sistema prevalente marcará las pautas decisivas, en tanto la producción de las restantes se subsumen a la principal. Pero, si estamos en un lugar concreto, lo que ahí observamos no es, necesariamente, lo que domina en el país tomado en su conjunto. Sucede, a veces, que las predominancias no son claras; las combinaciones posibles son amplísimas.

añaden unas breves consideraciones más sobre esta cuestión.

## **7. Principales elementos constitutivos de la categoría**

Los C.I.R.R.E., ya se ha dicho, no conforman una entidad homogénea; sin embargo, las manifestaciones clínicas de sus componentes estructurales posibilitan la configuración de un continente específico dentro de la cartografía diagnóstica psicoanalítica recién aludida. Los elementos que con más frecuencia producen síntomas son los siguientes: (*ver cuadro al final del artículo*)

La combinación de lo enunciado en las primeras cuatro puntualizaciones determina que estos sujetos muestren una sintomatología en la que confluyen de manera compleja y variada: a) el retorno de lo reprimido que, procesado por los mecanismos defensivos, cifra el deseo inconsciente; b) elementos derivados del narcisismo fallido y exacerbado; c) retornos de lo forcluido localmente; d) los efectos de una organización pulsional insuficientemente modulada por el superyo<sup>6</sup>. La copresencia de estos factores determina que los síntomas de estos pacientes tengan matices especiales, que los diferencian -a veces de manera notable- de las formaciones del inconsciente típicas. En el apartado 9.4.2. *Algunas especificidades de los síntomas en los C.I.R.R.E.*, de la segunda parte, se señalarán los matices diferenciales con los síntomas fóbicos, histéricos y obsesivos típicos. Lo mismo puede decirse sobre sus complejos fantasmáticos y sobre sus formas peculiares de establecer vínculos y construir la realidad.

Las diez puntualizaciones recién expuestas (ver cuadro al final del texto) no son un simple

---

<sup>6</sup> No se trata del repudio (forclusión), tal como funciona en las psicosis francas. Como se verá en la segunda parte, la noción de forclusión local, acuñada por Juan David Nasio, me resulta de gran utilidad en estos casos.

listado de rasgos ni, menos aún, de síntomas; se trata de un conjunto de elementos articulados, cuya coherencia puede ser entendida si nos atenemos a un importantísimo factor de índole estructural: la escasa resignificación edípica de aquéllo que se ha conformado en los momentos narcisistas de la estructuración subjetiva. Es fácil entender, pues, que cada uno de estos elementos sea solidario con los restantes y que a su vez, se potencien entre sí.

Estos componentes estructurales pueden manifestarse de formas muy variadas y las encontramos con mucha frecuencia en los fenómenos adictivos, bulímicos, anoréxicos; en las crisis delirantes del puerperio, en ciertas pseudohomosexualidades, en algunas *bouffés* delirantes, en cuadros depresivos con pérdida de la realidad, etc. No siempre están presentes todos los elementos reseñados en el recuadro.

El conjunto configura una organización psíquica más o menos estable y definida, que no necesariamente ha de ser situada **entre** las neurosis y las psicosis, a la manera de un territorio intermedio. Merecen, a mi juicio, un lugar distinto, un sitio circunscrito y diferente - otro continente, según la metáfora cartográfica propuesta- ya que no sólo son irreductibles a las otras categorías nosográficas, sino que tampoco basculan hacia ellas.

## **8. Diferencias con la teoría lacaniana**

Sostener la existencia de esta categoría diagnóstica -los C.I.R.R.E.- no implica un desconocimiento de los aportes de Lacan para una clínica diferencial de la neurosis y psicosis. Si de elecciones personales se trata, prefiero los enfoques que reconocen estructuras diferenciadas, cada una con su dinámica propia. En términos generales, opero con esa óptica, pero pienso que la actualización, la encarnación concreta de una estructura no se realiza de forma pura en ningún sujeto. La

lógica binaria que preside tal enfoque (por ejemplo: inscripción -o no- del significante del nombre del padre) si bien da cuenta de una buena parte de los casos que acuden a la consulta, obliga, ante muchos otros pacientes, a decantarse hacia una u otra categoría. Queda, como es bien sabido, una tercera posibilidad diagnóstica, también excluyente de las dos nombradas: la perversión. Pero, la fuente principal de dudas sigue siendo el diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis. Algunos analistas de esta escuela, para compatibilizar la complejidad de las formas de presentación clínica con el mantenimiento firme del trípode nosográfico aludido, refieren, por ejemplo, neurosis que, de un modo circunstancial, pueden manifestar síntomas alucinatorios, trastornos del pensamiento o, incluso, delirios, o bien, por el contrario, psicosis estabilizadas en las que no se encontrarían tales síntomas.

Considero que es posible encontrar situaciones clínicas como las recién aludidas, pero en este momento, me interesa subrayar otro aspecto del asunto: estos comentarios confirman que también los analistas lacanianos reconocen la existencia de sujetos con manifestaciones clínicas similares a los de los pacientes denominados *borderlines* por miembros de otras escuelas. Las diferencias surgen respecto de la interpretación global de dicha sintomatología, de la categoría que se emplea para diagnosticar estos cuadros y de las posibles repercusiones que tal adjudicación nosográfica puede tener en la dirección de una cura. Con relación a esta cuestión, conviene tener presente que, para la conducción de un tratamiento, es tan perjudicial considerar psicótico a un sujeto neurótico como neurótico a uno psicótico.

Muchos de los pacientes que yo diagnosticaría como C.I.R.R.E. serían considerados, por los analistas lacanianos, ya sea como neuróticos ("*está en los bordes de la neurosis*", suelen decir), ya sea como psicóticos ("*son psicosis estabilizadas o no desencadenadas*", afirman), o bien -tercera posibilidad-: como perversos.

En otros términos, lo que estaría en cuestión es si la tripartición nosográfica -neurosis, psicosis, perversiones- postulada por Lacan es más que suficiente o si hay razones para fundamentar otra(s) categoría(s). Se recuerda, de paso, que además de este terceto, a todas luces fundamental en su nosografía, Lacan postuló también el diagnóstico de debilidad mental y de fenómeno psicósomático; este último puede hacerse presente en cualquiera de las estructuras.

Para los que se inscriben en la saga lacaniana, es evidente que el diagnóstico de *borderline* (y todos los otros nombres propuestos para estos cuadros clínicos) queda excluido. Las problemáticas que descriptivamente hablando se acercan a los estados que otros analistas llaman fronterizos, quedarían distribuidos entre alguna de las tres opciones que Lacan propuso<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Es habitual que en los medios lacanianos se considere que tales estructuras clínicas estaban ya discriminadas -¡y a la manera lacaniana!- en los textos de Freud. En el apartado 10. El suelo freudiano, de esta primera parte, se sostiene que Freud reconoció distintas organizaciones psíquicas, pero no estableció entre ellas diferencias tan tajantes como las que introdujo el pensamiento estructuralista en psicoanálisis. El término estructura no formaba parte del andamiaje conceptual del vienés. El uso psicoanalítico de dicho vocablo surgió, con especial énfasis, a partir de la obra de Lacan. En Freud, más que la palabra estructura se encuentra la idea de formas o modalidades -diferentes- de organización del aparato psíquico: neurosis (de transferencia), psicosis (psiconeurosis narcisistas) y perversiones. Criticó el continuum entre ambas postulado por Abraham -puede comprobarse tal aserto en las cartas que se intercambiaron-; buscó siempre un mecanismo específico para la psicosis que cumpliera el papel que la represión tiene en la neurosis, pero señaló, por ejemplo, que la renegación podría ser común para la psicosis y la perversión. En síntesis, creo que sus propuestas fueron más dúctiles y evitó transmitir una idea estática, rígida, de las organizaciones psíquicas. Fue menos tajante que Lacan en estas cuestiones y de sus escritos se desprende que para él los cuadros clínicos no eran tan puros. Por mi parte, la palabra cuadro en la categoría que propongo -

## 9. Distintas propuestas de Lacan

Si bien la postura predominante dentro de la escuela lacaniana es crítica respecto de la validez de la entidad nosográfica *borderline*, también es cierto que las afirmaciones de Lacan se fueron matizando con el tiempo. En el seminario III. *Las Psicosis* (1955-1956), su rechazo a la misma adoptó un tono fuertemente irónico: "nada es más parecido a una prepsicosis que una neurosis". Veinte años más tarde, en el seminario XXIII. *Le sinthome* (1975-1976), y en pleno auge de la utilización de los nudos borromeos, afirmó que la escritura de Joyce podía ser el producto de una estructura reparada: el deslizamiento de lo imaginario -efecto a su vez de una causa que está en otro sitio- se corrigió mediante un cuarto anillo. Este último llevó a cabo una función de suplencia y realizó la "reparación" del anudamiento -fallido- de los tres registros: real, simbólico e imaginario. Se adquiere por esta vía una consistencia borromeica ortopédica.

Lacan postuló en ese mismo seminario al *Ego* y al *sinthome* como aquello que posibilita reparar la aludida falla del anudamiento. El *Ego* que realiza el remiendo, debe discriminarse tanto de la estructura y función que la Psicología del yo ha promovido para la instancia homónima, como del *moi* -y, por supuesto, del *Je*- de la propia teoría lacaniana. Al *sinthome* cabe distinguirlo también del *symptôme* (síntoma, en el sentido clásico del término) concebido psicoanalíticamente como una formación de compromiso que incluye el retorno de lo

---

cuadro con insuficiente resignificación retroactiva edípica- supone una crítica implícita a la noción de estructura o, cuanto menos, al uso rígido que se hace habitualmente de la misma. No es esta la ocasión para plantear de manera explícita dicha crítica, pero me interesa dejar constancia que la elección del término cuadro no es azarosa ni implica el desconocimiento de los fundamentos lógicos que Lacan dio al concepto de estructura.

reprimido. Para remarcar tales diferencias entre el síntoma y el *sinthome* Lacan creó, justamente, este neologismo. El *Ego*, tal como él lo conceptualizó, es capaz de consumir actos creativos -la escritura de Joyce sería sólo un ejemplo- que deben ser pensados como *sinthome*: amarre de los tres registros, reborromeización, inanalizabilidad del mismo, función de compensatoria de la metáfora paterna fracasada, valor de nombre propio que suple el desfalleciente Nombre del padre. La escritura en James Joyce sería, pues, *Ego* y *sinthome*; goce y posibilidad de escapar de la psicosis, al menos de la manifiesta. Aunque Lacan se cuida mucho de calificar a Joyce como psicótico, da a entender que las nociones de *Ego* y *sinthome* son formas de estabilizar una psicosis. La extensión más allá del escritor irlandés, para otros sujetos, está también sugerida. Pero la tripartición nosográfica sigue incólume: en todo caso se trata de la compensación de una psicosis.

## 10. A la búsqueda de nuevas apoyaturas

La postura que sostengo puede encontrar en las llamadas *lógicas difusas* una nueva fundamentación. Si en la lógica binaria, para un elemento dado hay dos únicas alternativas, cada una con valores opuestos y excluyentes: si-no, blanco-negro, cero-uno, inscripción o no inscripción de la metáfora paterna, la lógica difusa (*fuzzy logics*) -véase Kosko, B. (1993, 1999)- abre una multiplicidad de posibilidades entre ambos polos.

Trasladadas estas ideas -con las debidas precauciones- a nuestro territorio, es válido pensar que la reorganización retroactiva del narcisismo pueda ser realizada en grados distintos en el *infans*. En otros términos: la transformación del conjunto de la organización psíquica que la triangularidad edípica impone al narcisismo puede llevarse a cabo dentro de un abanico de posibles gradaciones. Y la

intensidad con que se haya realizado tendrá -sin lugar a dudas- repercusiones subjetivas importantes.

Por otra parte, cada niño o niña puede utilizar en el periodo de la estructuración infantil una amplia gama de defensas -tanto neuróticas como psicóticas<sup>8</sup> - según las fuerzas y las características de los conflictos que presidan su conformación como sujeto. La implementación de estos mecanismos "psicóticos" en la primera infancia, no es sinónima de gravedad clínica: pueden ser abandonados más tarde, ya sea de manera total o parcial. En otras ocasiones ocurre, por el contrario, un uso más intenso. La triple alternativa descrita -abandono total, intensificación de su empleo, abandono parcial- nos habla de tres predisposiciones diferentes: 1) a la neurosis, 2) a la psicosis y 3) a los C.I.R.R.E, respectivamente.

La adolescencia supone habitualmente la salida del polimorfismo defensivo y el establecimiento de prevalencias en el uso de mecanismos de una u otra serie, con la instalación de una **potencialidad** -término de P. Aulagnier- o **predisposición** -vocablo freudiano- a la neurosis, a la psicosis, etc. Pero siempre quedarán improntas de las formas personales con las que el sujeto se enfrentó a los conflictos que presidieron su conformación identificatoria.

## 11. El suelo freudiano

---

<sup>8</sup> Esta denominación es, a mi criterio, desafortunada: que las alucinaciones, delirios, disociaciones extremas, proyecciones masivas, etc., aparezcan de manera paradigmática en las psicosis, no autoriza denominarlos *mecanismos psicóticos*. Una cosa es un mecanismo y otra una estructura clínica. Cualquiera de estas defensas puede aparecer en algunas perversiones, en los C.I.R.R.E., en las neurosis y, por supuesto, en las psicosis.

Esta manera de entender la nosografía (y la clínica) tiene mayor consonancia con algunas formulaciones freudianas que con la doxa derivada de la concepción estructural de Lacan. Cito, por ejemplo, un fragmento -entre muchos otros que pueden ser hallados a lo largo de la obra de Freud- que habla de esta cuestión; en *De la historia de una neurosis infantil* (1918), planteó textualmente:

"Al final subsistieron en él, lado a lado, dos corrientes opuestas, una de las cuales abominaba de la castración, mientras que la otra estaba pronta a aceptarla y consolarse con la feminidad como sustituto. La tercera corriente, más antigua y más profunda, que simplemente había desestimado la castración, con lo cual no estaba todavía en cuestión el juicio acerca de la realidad objetiva, seguía siendo sin duda activable."

En otros términos y dicho muy brevemente: un sujeto puede implementar modalidades defensivas diferentes frente a la misma problemática -la castración, en este párrafo- fenómeno que da origen a la convivencia de corrientes psíquicas distintas<sup>9</sup>. A mi entender, del historial clínico en su conjunto -y más específicamente de la frase extractada- puede deducirse que es posible utilizar diversos mecanismos (polimorfismo defensivo) ante un mismo conflicto. El diagnóstico estructural dependerá de la prevalencia con la que es usado alguno de los mecanismos en cuestión. En otros términos: el predominio de una u otra modalidad defensiva (represión, repudio, renegación) es lo determinante para el diagnóstico de la organización psíquica. Cuando el dominio es claro y definido, el diagnóstico no presentará grandes dudas. Buena parte de la clínica circula por esos carriles; pero también se observan muchos casos en que la preponderancia no es tan neta; entonces, aparecen las manifestaciones

clínicas del mentado polimorfismo de las defensas.<sup>9</sup>

## 12. Diferencias con la posición kleiniana

En los apartados precedentes he planteado algunas discrepancias con el pensamiento lacaniano; en éste, abordaré las diferencias con los analistas de la escuela inglesa. Como efecto del genio propio de la teoría kleiniana, la predisposición a la psicosis es un ingrediente omnipresente en la organización psíquica de todo sujeto. Todos podríamos, en (por) principio, despeñarnos hacia estados psicóticos. La potencialidad es, pues, para los kleinianos, universal. Ésta sería la consecuencia lógica de: a) sus postulados sobre los modos de interrelación de las posiciones esquizoparanoide y depresiva; b) de la ausencia de una temporalidad retroactiva en sus teorizaciones; c) de la sinonimia establecida entre primitivo (arcaico, temprano, originario, etc.) y psicosis; d) de los usos que realizan del concepto de regresión; y e) del *continuum* neurosis-psicosis que, implícitamente, plantean.

Aunque podrían añadirse otros factores, la conjunción de los nombrados es suficiente para entender porqué, para los analistas adscriptos a esta corriente, siempre es posible el desencadenamiento de una psicosis en **todos los sujetos**: elementos traumáticos de diversa índole pueden forzar una regresión

---

<sup>9</sup> Si mis búsquedas fueron exhaustivas, existe sólo una ocasión, a lo largo de toda su obra, en la que el vienés utilizó explícitamente el vocablo *fronterizo*: fue en el prólogo al libro *Juventud descarriada* (*Verwahrloste Jugend*), de August Aichhorn (Freud, 1925). Allí dice: "Cuando éste (se refiere al pedagogo) ha aprendido el análisis por experiencia en su propia persona, habilitándose para aplicarlo en apoyo de su trabajo, en casos *fronterizos* o *mixtos*, es preciso, evidentemente, concederle el derecho de practicar el análisis, y no es lícito estorbárselo por estrechez de miras". Las cursivas son mías.

hacia la posición esquizoparanoide, punto de fijación de los cuadros psicóticos. La neurosis tendría, según M. Klein, una psicosis "subyacente"; por lo tanto, el desarrollo evolutivo de cada niño o niña dejará como saldo la presencia de núcleos psicóticos. Bion (1974) desarrolló este punto de partida kleiniano, y acabó postulando la existencia de una parte psicótica de la personalidad, siempre activa -incluso cuando permanece agazapada- y susceptible de pasar a primer plano.

Mi postura es distinta: la potencialidad psicótica, sería el resultado de un camino estructurante singular, particular; uno posible entre otros; no obligado o, mejor dicho, siempre determinado por las circunstancias que rodearon el proceso subjetivante. En los intentos de resolver sus conflictos, el *infans* debió apelar **-prevalentemente-** a mecanismos distintos de los que emplearía un

futuro neurótico o perverso (con todas las correlatos que esto supone). La potencialidad psicótica no es, por lo tanto, obligatoria ni universal. Al contrario de las tesis kleinianas antes expuestas, **teóricamente** podría haber casos en los que la refractariedad a las psicosis sea total. Estas diferencias, aunque son sutiles no dejan de ser importantes. Están planteadas concepciones de la estructuración del aparato psíquico y del "enfermar" dispares. Dicho de un modo muy sintético, desde la óptica kleiniana todos tenemos la posibilidad de devenir psicóticos, aunque unos pocos llegan a configurar esa patología. Desde la perspectiva que he hecho propia, **no todos** son potencialmente psicóticos, aunque en la **práctica** la inmunidad absoluta y definitiva frente a tal avatar es inexistente.

**Víctor Korman**

Paseo San Gervasio 10, 5º 4ª  
08022 Barcelona  
12610vkd@comb.es

## CUADROS CON INSUFICIENTE RESIGNIFICACIÓN RETROACTIVA EDÍPICA

1. Polimorfismo defensivo. No es sólo la represión la que organizó la estructura psíquica: el sujeto se vio compelido a la utilización de algunas defensas de la serie psicótica<sup>1</sup> y de la renegación. Se conforma así un aparato psíquico con una potencialidad *polimorfa*. El trastocamiento de las relaciones tópicas e intersistémicas que esto puede acarrear tendrá repercusiones en todos los aspectos de la vida anímica y relacional del paciente.
2. Presencia de un narcisismo insuficientemente transformado en su pasaje por la castración. El tránsito desde el narcisismo primario hacia la objetividad edípica fue tortuoso; esta última tiene un acusado carácter narcisista. La exacerbación del narcisismo signará las relaciones de objeto del adulto.
3. Desfallecimiento de la función fálica y déficit deseante.
4. Presencia de marcados componentes autoeróticos en la organización pulsional del sujeto.
5. El fantasma no se manifiesta en estos casos como un epitafio inscripto en el inconsciente, tiene tendencia a ser actuado. Esto potencia los *actings* y pasajes al acto.
6. Es dable observar la propensión a: I) colapsos narcisistas, II) inhibiciones severas, III) alteraciones marcadas del yo; IV) presencia casi alucinatoria de objetos incorporados (no introyectados)<sup>2</sup>.
7. Peculiares construcciones de la realidad, que producen una dinámica psíquica y relacional *sui generis*.
8. Son pacientes susceptibles de responder a ciertos eventos traumáticos con alucinaciones y episodios delirantes más o menos circunscriptos y transitorios.
9. La dependencia hacia los objetos del entorno es intensa; aparecen fenómenos de idealizaciones y persecuciones extremas.
10. La transferencia suele adquirir modalidades muy diferentes, tanto en el transcurso de una sesión como en los diferentes momentos de un análisis.

<sup>1</sup> No se trata del repudio (*forclusión*), tal como funciona en las psicosis francas. Como se verá en la segunda parte, la noción de *forclusión local*, acuñada por Juan David Nasio, me resulta de gran utilidad en estos casos.

<sup>2</sup> Varios casos clínicos me han puesto en contacto con este tipo de fenómenos: los objetos que fueron incorporados masivamente pueden ser proyectados y, tras esta operación, adquieren una forma de presencia y una consistencia bastante similares a las alucinaciones visuales y auditivas que suelen presentar algunos psicóticos. Aquí cabe remarcar, nuevamente, las diferencias apreciables en uno y otro contexto: en los C.I.R.R.E., estas formaciones sintomáticas no producen la perplejidad y desconcierto que suelen provocar las alucinaciones en los pacientes psicóticos. Además, la percepción visual del objeto suele ser fugaz y nítida, a diferencia de la psicosis, en la que la percepción sin objeto es, generalmente, difusa, imprecisa. Las pseudoalucinaciones de los C.I.R.R.E., reflejan con cierta precisión los rasgos fisonómicos de una persona determinada; no faltan comentarios por parte de ésta, dirigidos al paciente y referidos, habitualmente, a alguna situación conflictiva del analizante. Esta presencia imaginaria del objeto puede tener un carácter francamente persecutorio, aunque no es la regla; en otros casos tales vivencias son relatadas como poseyendo un tinte agradable. No es infrecuente que este tipo de percepciones se desencadene en casos de muerte repentina de personas cercanas. Es obvio que estos fenómenos se distinguen, asimismo, de la emergencia de recuerdos e imágenes en los duelos normales, como así también de las proyecciones que con tanta frecuencia acontecen en las estructuras neuróticas, sobre todo histéricas. En los casos fronterizos tienen una consistencia y textura muy diferentes. Este tipo de fenómenos es la consecuencia del exacerbado funcionamiento del sujeto en el registro narcisista, imaginario.

## **Nota de En Clave $\Psi^a$ :**

La segunda parte de este texto aparecerá en el siguiente número.

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

\* **Sobre el Autor:** Victor Korman es médico, psiquiatra y psicoanalista. Fundador del Espacio Abierto de trabajo en psicoanálisis. Ha formado parte del Consejo Editorial de la revista Tres al Cuarto; miembro del Comité Asesor de iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental de la ciudad de Barcelona. Ha publicado: Teoría de la Identificación y Psicosis, Nueva Visión, 1977; El Oficio de Analista, Editorial Paidós, 1996; Y después de la Droga, ¿Qué?

## **Bibliografía**

BERGERET, J. (1970). "Les états limites", en *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, vol. 3, París.

BION, W. (1974). "Differentiation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité", en *Nouvelle Revue de la psychanalyse*, nº 10, p. 61-78, Paris: Gallimard..

FREUD, S. (1918). *De la historia de una neurosis infantil*, Obras completas, Tomo XVII, p. 78. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.

— (1925). Prólogo a August Aichorn, Obras Completas, Tomo XIX, p. 298, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1989.

KORMAN, V. (1996). *El oficio de analista*, Editorial Paidós, pp. 196 y siguientes. Véase también en la segunda parte del presente texto, algunas consideraciones sobre las identificaciones.

KOSKO, B. (1993). *Pensamiento borroso. La nueva ciencia de la lógica borrosa*, Crítica (Grijalbo Mondadori), Barcelona, 1995. El título original es: *Fuzzi thinking. The new science of fuzzy logic*. Hubiera sido más adecuado traducir el término inglés *fuzzy* por difuso y no por borroso, como se hace en esta edición.

— (1999) *El futuro borroso o el cielo en un chip*, Crítica (Grijalbo Mondadori), Barcelona, 2000. Título original: *The fuzzy future*.

LACAN, J., (1955-1956). Seminario III. *La psicosis*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1984.

(1975-1976). Seminario XXIII, *Le sinthome*, versión mecanografiada.

## **Obras consultadas**

ABRAHAM, K. (1908). "Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz"; en *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires: Ediciones Hormé.

(1924). "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales", en *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires: Ediciones Hormé.

(1911). "Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas", en *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires: Ediciones Hormé.

ANDRÉ, J. y otros (1999). *Los estados fronterizos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.

ASSOUN, P.-L. (1982). "L'archaïque chez Freud : entre Logos et Ananké", en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 26, p. 11 - 44, Paris: Gallimard.

AULAGNIER, P. (1975). *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1977.

— (1964) "Observaciones sobre la estructura psicótica", en *Carpetas de Psicoanálisis*, Buenos Aires: Letra Viva, 1978.

— (1997) "Le potentiel, le possible et l'impossible: catégories et repères du champ clinique", en *Topique*. Revue freudienne, nº 62, Le Bouscat (France): L'Esprit du temps,.

(1985) *El aprendiz de historiador y el maestro - brujo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

AVEND, S. y otros; (1983). *Borderline patients: Psychoanalytic Perspectives*, International Universities Press.

BEGERET, J., (1970). "Les états limites", en *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, vol. 3.

BION, W. (1962): *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.

— (1966). *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires: Editorial Paidós.

— (1974). "Differentiation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité", en *Nouvelle Revue de la psychanalyse*, nº 10, p. 61-78, Paris: Gallimard.

(1967). *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1972.

— (1976). "Emotional turbulence", en *Borderline personality disorders*, Hartocollis, New York. I.U.P., Inc.

DEUTSCH, H.; (1942). "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia", en *Revista de psicoanálisis de la A.P.A.*, vol. 25, nº 2, Buenos Aires, 1968.

DORFMAN LERNER, B. (comp.) (1992). *Pacientes limítrofes, Diagnóstico y tratamiento*, Buenos Aires, Lugar editorial.

EIDELSZTEIN, A. (2001). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, Buenos Aires: Letra Viva.

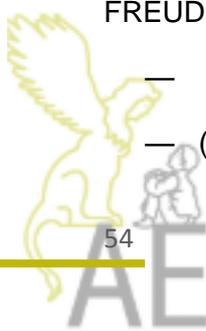
FLORENCE, J. (1978). *L'identification dans la théorie freudienne*, Publications des Facultés Universitaires Sant Louis, Bruselas.

FLOURNOY, O. (1974). "Les cas limites: psychose o nevrose? ", en *Nouvelle Revue de la psychanalyse*, nº 10, p. 123- 130, Paris: Gallimard.

FREUD, S. (1915). *Duelo y melancolía*.

— (1923). *El yo y el ello*.

— (1914). *De la historia de una neurosis infantil* (El hombre de los lobos).



- (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*.
- (1914). *Introducción al narcisismo*.
- (1915). *La represión*.
- (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*.
- (1924). *Neurosis y psicosis*.
- (1924). *Pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis*.
- (1895). *Proyecto de psicología*.
- (1910). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*.
- (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*.
- (1912). *Tótem y tabú*.

GINESTET-DELBREIL, S. (1987). *L'appel de transfert et la nomination. Essai sur les psychonévroses narcissiques*, Paris: Inter Editions.

- (2004). *Narcisisme et transfert*, Paris: Campagne Première.

GREEN, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud, aspectos fundamentales de la locura privada*, Buenos Aires: Amorrortu editores.

- (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires: Amorrortu editores.

y otros (1980). *Narcisismo. Temas del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones del 80.

- (1973). *Le discours vivant*, Paris: P.U.F.
- (1995). *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba, 1996.
- (1983). "The borderline concept", en *Borderline personality disorders*, Hartocollis, New York. I.U.P., Inc.
- (1970). *Narcisismo primario, ¿estructura o estado?*, Buenos Aires: Editorial Proteo.
- (1972). "Le cannibalisme: réalité ou fantasme agi"?, en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 6, p. 27-52, Paris: Gallimard.

GRINBERG, L. (1976). "Acercamiento a la comprensión del paciente *borderline*", en *Actas del Congreso Latino-Americano de Psicoanálisis*.

GRINKER, R. y otros (1968). *The borderline síndrome*; New York: Basic Books.

GROTSTEIN, J. y otros (1992). *El paciente borderline, conceptos emergentes en diagnosis, psicodinámica y tratamiento*, Buenos Aires: Catari.

GRUNBERGER, B. (1975). *Le narcissisme, essais de psychanalyse*, Paris: Petite Bibliothèque Payot. Existe edición en castellano: *El Narcisismo*, Colección Lo inconsciente, Buenos Aires: Editorial Trieb, 1979.

GUNDERSON, J. G., (1977). "Characteristics of borderlines", en *Borderline personality disorders*, New York: Hartocollis, I.U.P., Inc.

— (1982). "The psychotherapeutic treatment of borderline personalities", en *Psychiatry Annual Review*. L. Grinspoon editor, Washington: American Psychiatric Press,

KERNBERG, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patógeno*. Buenos Aires: Paidós.

(1984) *Trastornos graves de la personalidad*, México: Manual Moderno.

— (1992) *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*, Buenos Aires: Paidós, 1994.

KLEIN, M. (1934). "Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos", en *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires: Paidós, 1975.

— (1944). "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", en *Obras completas*, vol. 3. Buenos Aires: Paidós, 1974.

— (1928). "Estadios tempranos del conflicto edípico", en *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires: Paidós, 1975.

(1930). "La psicoterapia de la psicosis", en *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires: Paidós, 1975.

— (1946). "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Obras completas*, vol. 3, Buenos Aires: Paidós, 1974.

— (1940). "El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos", en *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires: Paidós, 1975.

— (1955). "Sobre la identificación", en *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires: Paidós, 1976.

— (1957). "Envidia y gratitud", en *Obras completas*, vol. 6, Buenos Aires: Paidós, 1976.

— (1930). "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo", en *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires: Paidós, 1975.

KNIGHT, R. (1954). "Estados fronterizos". En *Psiquiatría psicoanalítica*, Buenos Aires: Hormé.

KOHUT, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós, 1980.

(1979). *Los dos análisis del Sr. Z.*, Barcelona: Herder, 2002.

(1971). *Análisis del self*, Buenos Aires: Amorrortu, 1977.

KROLL, J. SINES, LI., MARTIN, K. y otros (1981). "Borderline personality disorders; construct validity of concept", *Arch. Gen. Psychiatry*, vol 38, p. 1021-1026.

LACAN, J. (1949). "El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", en *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1971.



- (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, en *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1971.
  - (1958). “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1971.
  - (1958). “La significación del falo”, en *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1971.
  - (1960). “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, en *Escritos I*, México: Siglo XXI, 1971.
  - (1955). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos II*, México: Siglo XXI, 1975.
  - (1960). “Observaciones sobre el informe de Daniel Lagache: ‘Psicoanálisis y estructura de la personalidad’”, en *Escritos II*, México: Siglo XXI, 1975.
  - (1955). “Variantes de la cura tipo”, en *Escritos II*, México: Siglo XXI, 1975.
  - (1953-1954). Seminario I. *Los escritos técnicos de Freud*.
  - (1955- 1956). Seminario III. *Las psicosis*.
  - (1960-1961). Seminario VIII. *La transferencia*
  - (1961-1962). Seminario IX. *La identificación*
  - (1964). Seminario XI. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*.
  - (1967-1968). Seminario XIV. *La lógica del fantasma*.
  - (1968-1969). Seminario XV. *Acto psicoanalítico*
  - (1972-1973). Seminario XX. *Aún*.
  - (1974-1975). Seminario XXIII. *Le sinthome*.
- LAPLANCHE, J. (1970). *Vida y muerte en psicoanálisis*, Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- (1980). *La angustia. Problemáticas I*, Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1980). *Castración. Simbolizaciones. Problemáticas II*, Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1980). *La sublimación. Problemáticas III*, Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1981). *El inconsciente y el ello. Problemáticas IV*, Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1987). *La cubeta. Trascendencia de la transferencia. Problemáticas V*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - (1999). *Entre seducción e inspiración: el hombre*. Buenos Aires: Amorrortu.

MAYER, H. (1982). *Narcisismo*, Buenos Aires: Kargieman.

MALDAVSKY, D. (1988). *Estructuras Narcisistas*, Buenos Aires: Amorrortu.

MELTZER, D. (1975). *Identificación adhesiva*. Publicación interna de APdeBA.

— (1974). Identificaciones narcisistas. Conferencia en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

NASIO, J.-D. (1987). *Enseignement de concepts cruciaux de la psychanalyse*, Paris: Rivages.

— (1985). *Aux limites du transfert*, Paris: Editions Rochevignes.

— (1983). “Forclusión y Nombre del padre”, en *La reflexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*, México: Siglo XXI.

PAZ, C. y otros (1976). *Estructuras y estados fronterizos en los niños, adolescentes y adultos*, I. Historia y conceptualización, Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.

— (1977). *Estructuras y/o estados fronterizos en niños y adultos*, III. Investigación y terapéutica, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión

PETOT, J.-M. (1982). “L’archaïque et le profond dans la pensée de Melanie Klein”, en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 26, p. 253-271, Paris: Gallimard.

PONTALIS, J.-B. (1972). Avant propos para “Destins du cannibalisme”, en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 6, p. 5-7, Paris: Gallimard.

— (1974). “Bornes ou confins?”, en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 10, p. 5-16, Paris: Gallimard.

— (1975). “A partir du contretransfert: le mort et le vif entrelacés”, en *Nouvelle Revue de Pshychanalyse*, nº 12, p. 73-87, Paris: Gallimard.

RODULFO, R. (1995). *Transtornos narcisistas no psicóticos*, Buenos Aires: Paidós.

ROSENFELD, H. (1978). “Notes on the psychopatlogy and treatment of some borderline states”, en *International Journal of Psycho-Anal.*

SANDLER, J. (1991). *Estudio sobre `Introducción al Narcisismo´ de Sigmund Freud*, Madrid: Julián Yébenes.

SEARLES, H. (1969). “A case of borderline disorder”, en *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 50.

SCHMIEDEBERG, M. (1947). “The borderline patient”, en *American Handbook of Psychiatry*, Silvano Arieti, New York: Basic Books.

STEINER, J. (1978). *Borderline personality organizations*. Trabajo presentado en el Royal Colege of Psychiatrist.

STONE, M. H. (1977). “The borderline syndrome”, en *American Journal of Psychotherapy*, vol. 31.

URRIBARRI, R. (1997). “Patologías límites - situaciones límites”, en *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*, vol. X, Buenos Aires: Paidós

VARIOS AUTORES, (1988). *Clínica diferencial de la psicosis*, Fundación del Campo Freudiano, trabajos presentados al V Encuentro Internacional, Buenos Aires: Manantial.

VARIOS AUTORES, (1992). "Pacientes con perturbaciones severas", Revista de APdeBA, Vol. XIV, nº 2, Buenos Aires.

VARIOS AUTORES (1998). *Narcisismo: constitución del objeto y de la subjetividad*. Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, nº 24, Buenos Aires.

VARIOS AUTORES, (1997). *Diagnóstico Diferencial. Psicosis, cuadros fronterizos y otras patologías*. Revista de FUNDAIH; Buenos Aires: Fundaih.

VARIOS AUTORES, (1999). *Aplicaciones de metodologías borrosas a temas de gestión y economía*, CIMBAGE, Instituto de investigaciones en estadística y matemáticas actuarial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

WINNICOTT, D. W. (1971). *Juego y realidad*, Barcelona: Gedisa, 1979.