

TRANSTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD.
DE LA PSICOPATOLOGÍA A LA CLÍNICA DE
LOS NUDOS
ESPAI CLÍNIC 4-5-13

Aunque parezca que los llamados “trastornos de personalidad” sean una moda de los últimos tiempos, y aunque se suele atribuir la naturaleza de su existencia a la influencia del psicoanálisis, el interés por ellos viene de bastante más lejos.

Las diferencias personales han llamado la atención a los filósofos y a los médicos desde la antigüedad clásica. Recordemos los 4 temperamentos de Hipócrates: el melancólico (triste), el flemático (apático y lento), el colérico (irritable), y el sanguíneo (lleno de entusiasmo).

No obstante, no fue hasta finales del siglo XVIII, pero sobre todo durante los siglos XIX y XX, cuando la idea de que determinadas pautas estables de conducta y de modo de ver y sentir la realidad pudiesen constituir una alteración asimilable a lo llamado hasta entonces “enfermedad”.

En 1777, el inventor del término “neurosis”, Cullen, habló de las “reacciones preternaturales” de ciertas personas¹. Posteriormente Geslain, en 1852, describe el *délire avec conscience o délire sans délire*, y Griensinger, en 1872, se refirió a “las aberraciones de la inteligencia”, todos para reseñar desviaciones del comportamiento y la conducta normalmente aceptada.

Pero se considera que fue Philippe Pinel, médico francés del Hospital de Salpêtrière, el que hizo la primera descripción de lo que hoy consideraríamos trastornos de la personalidad en su “Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental” de 1809, al describir una serie de pacientes con tendencia a conductas súbitas y violentas con momentos de actuación aparentemente normal, que diferenciaba de las enfermedades

¹ Lopez-Ibor Aliño, J.J. “Discurso para la recepción pública del académico electo Excmo. Sr. Don Juan José Lopez-Ibor Aliño en la Real Academia Nacional de Medicina”, leído el 5 de octubre de 1993.

mentales, y cuyo cuadro clínico denominó *manie sans délire*².

A partir de finales del siglo XIX y principios del XX, gracias a las aportaciones del psicoanálisis por un lado, y de Kant y Wundt por el otro, el concepto de organizaciones anómalas de la personalidad alcanzó su estatuto clínico, desapareciendo progresivamente la carga de degeneración moral que se les atribuía hasta entonces.

Freud y algunos de sus discípulos aportaron el concepto de “neurosis de carácter”, patologías donde el fracaso de las defensas se manifestaba, ya no en síntomas, sino en características de personalidad.

En 1903 Carl Gustav Jung, haciéndose eco de la llamada “distimia constitucional de carácter melancólico o colérico” referida por otros autores, describe varios casos que recoge bajo el concepto nosológico de “distimia

² Pinel, Ph. “Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale” Paris, 2ª edición 1809, Brousson. Pág. 157.

maníaca”³, cuadro de evolución crónica, y superponible al concepto moderno de trastorno de personalidad.

Por otro lado, Wundt, apoyándose en la teoría de los cuatro humores de Hipócrates y reinterpretada por el filósofo Immanuel Kant, funda el primer modelo dimensional para describir las diferentes personalidades, basándose más en características cualitativas que cuantitativas. Otras escuelas siguieron tratando el tema desde diferentes puntos de vista teóricos.

Ya en 1911 el propio Bleuler describía casos con clínica no claramente psicótica, que agrupó en lo que denominó “esquizofrenia latente”, según él una forma de esquizofrenia crónica que podía no llegar nunca a manifestar delirios o alucinaciones, pero que afectaba la personalidad y el funcionamiento del sujeto.

En 1918 Erns Kretschmer publicó un trabajo sobre lo que denominó el “delirio de relación de los sensitivos”, delirio poco estructurado

³ Jung, C. G. “Obras escogidas”. Barcelona, 2006, RBA ediciones, pág. 155.

con elementos paranoides que aparecía tras situaciones de fracaso, desengaño, burlas o humillaciones, sobre un fondo de “personalidad sensitiva”, es decir en individuos tímidos, retraídos, muy sensibles, susceptibles a los comentarios o las críticas de los demás y con bajo concepto de sí mismos.

Desde entonces se han prodigado los términos que hacían referencia a esa “esquizofrenia latente” de Bleuler, mitad esquizofrenia, mitad funcionamiento de personalidad. Así tenemos la “esquizofrenia menor”, la “esquizofrenia ambulatoria”, la “esquizofrenia frustrada”, la “esquizofrenia larvada”, la “esquizofrenia en potencia”, el “estado esquizoide”, la “personalidad esquizoide”, pero también la “personalidad paranoide”, la “personalidad hipomaníaca”, etc.

En 1920 Kraepelin acuñó el término de “personalidad psicopática”, y junto con Kretschmer defendió que los diferentes tipos de personalidad anómala estaban relacionados genéticamente con la paranoia y la enfermedad maniáco-

depresiva. Más tarde, en 1962, siguiendo un modelo categorial, Kurt Schneider define las “personalidades psicopáticas” en función del hecho de que sufren o hacen sufrir a los demás, y describe a los “psicópatas hipertímicos”, “los depresivos”, “los inseguros de sí mismos”, “los fanáticos”, “los necesitados de estimación”, “los lábiles de humor”, “los explosivos”, “los desalmados”, “los abúlicos” y “los asténicos”.

En 1966, otra vez Jung, desde su perspectiva psicoanalítica de las relaciones objetales, pero con una concepción dimensional, define los tipos diferentes de personalidad en relación a 3 ejes: uno que sigue los procesos perceptivos, diferenciando los tipos sensitivos e intuitivos, otro que sigue el proceso de toma de decisiones, donde sitúa los tipos racional y emocional, y por último el eje extroversión-introversión, en relación al interés por las cosas del mundo. Desde otras concepciones teóricas, le siguieron Eysenck, Gray, Zuckerman, Cloninger, Siever y Davis, entre otros.

No obstante, el concepto de trastorno de la personalidad ha sido muy polémico, conviviendo en realidad cuatro concepciones sobre los mismos⁴: 1) la de que se trataba de un factor premórbido predisponente a la enfermedad mental; 2) una patología surgida como consecuencia o secuela de la enfermedad mental; 3) una forma atenuada del trastorno mental subyacente; y 4) una forma independiente del trastorno mental, pero que afectaría a la expresión patoplástica de éste.

En 1952 surge el primer DSM (Manual Diagnóstico-Estadístico), en parte por la necesidad de recolectar datos estadísticos sobre trastornos mentales en relación al censo, pero en otra parte por desavenencias con el comité de redacción del CIE-6, que se proponía describir por primera vez un apartado sobre las enfermedades mentales. En

⁴ Lopez-Ibor Aliño, J.J. "Discurso para la recepción pública del académico electo Excmo. Sr. Don Juan José Lopez-Ibor Aliño en la Real Academia Nacional de Medicina", leído el 5 de octubre de 1993.

este primer DSM se formula la categoría “trastorno de la personalidad”, y entre unos de sus 5 subtipos aparecía las “perturbaciones en los rasgos de personalidad”, es decir, personas incapaces para mantener el equilibrio emocional en situaciones de estrés, primer apunte de lo que sería más tarde el “trastorno límite”. No obstante, los trastornos de personalidad no cobrarían su estatuto actual hasta 1980, en el DSM III, que sería el primero en separarlos en un apartado diferente, el eje II, atendiendo a su estabilidad a lo largo del tiempo, reservando el eje I para las patologías clásicas, la gran mayoría de ellas con evoluciones episódicas.

Tomando el modelo categorial de Kurt Scheneider, el DSM III considera la personalidad como *la identidad personal ante uno mismo y ante los demás, describiéndola como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.* Los

simples “rasgos de personalidad” serían considerados “trastornos de la personalidad” *cuando fueran inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.*

Sin embargo, los límites entre los trastornos del eje I y eje II con frecuencia son difusos⁵, pasando alguna patología de uno al otro lado en diferentes revisiones, por ejemplo la llamada “personalidad depresiva” que se convirtió en “distimia”. Otro ejemplo de esa porosidad sería la gran comorbilidad entre los 2 ejes, por ejemplo entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia, entre el trastorno paranoide de personalidad y el trastorno delirante crónico, o entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno límite de personalidad.

⁵ Esbec, E. y Echeburia, E. “La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM 5”. Actas Españolas de Psiquiatría 2011; 39(1): 1-11

Asimismo hay trastornos de ansiedad o del humor de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un trastorno de personalidad, lo que plantea la posibilidad de considerar esos trastornos como variantes de inicio precoz de trastornos del eje I. De ese modo, hoy en día se cuenta con suficiente apoyo empírico acerca de la inestabilidad de algunos rasgos de la personalidad, así como de estabilidad y cronicidad de trastornos mentales del eje I.

Por tanto la polémica en el ámbito nosológico no ha acabado, y en el DSM 5 la clasificación multiaxial va a desaparecer, aunque mantendrán la categoría de trastorno de la personalidad, definida de manera parecida a la forma actual del DSM IV, pero basándose en un complejo sumario de diferentes factores de personalidad, tanto categoriales como dimensionales, que parece que compondrán una lista de 6 “dominios”: 1) “emocionalidad negativa”, 2) “introversión”, 3) “antagonismo”, 4) “desinhibición”, 5) “compulsividad” y 6) “esquizotipia”.

Puntuándose del 1 al 5 en cada “dominio”, los individuos a diagnosticar serían situados en uno u otro trastorno en función de la predominancia y distribución de cada ítem.

Por ejemplo, y siguiendo a Esbec y Echeburia en la revista *Actas Españolas de Psiquiatría* de 2011, puntuando alto en los dominios de “emocionalidad negativa”, “antagonismo”, “desinhibición” y “esquizotipia”, se podría diagnosticar a un individuo de trastorno *borderline*. De esta manera, y no muy diferente a la descripción actual, sujetos tipo con ese trastorno tendrían *un concepto de sí mismo muy frágil que sería fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, lo que se traduciría en un nivel de identidad pobre y en sentimientos crónicos de vacío. Como consecuencia de eso presentarían inestabilidad emocional y tendrían dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas. Experimentarían rápidos cambios de humor de forma intensa e impredecible,*

pudiendo mostrarse extremadamente ansiosos o deprimidos.

También podrían reacciones de ira o ser hostiles si se sienten incomprendidos o maltratados, e implicarse en agresiones verbales o físicas cuando están enojados. Las reacciones emocionales se darían generalmente como respuesta a acontecimientos interpersonales negativos que implicarían pérdidas o decepciones. Las relaciones se basarían en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono. Esa dependencia implicaría tanto el apego inseguro, expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso. Al mismo tiempo, la intensa e íntima dependencia de otra persona a menudo conduciría a un miedo a la pérdida de la identidad propia. Por todo ello, las relaciones interpersonales serían muy inestables y se alternarían entre la dependencia

excesiva y la huida. Esos rasgos y conductas interpersonales podrían estar asociados a una alteración de la regulación cognitiva, es decir, que las funciones cognitivas podrían deteriorarse en momentos de tensión, lo que conduciría a un procesamiento de la información escindido o dicotómico, del tipo de blanco o negro. Asimismo podrían experimentar reacciones cuasi-psicóticas, incluyendo la paranoia y la disociación, que pueden progresar a cuadros de psicosis transitoria.

Los individuos con este tipo de trastorno se caracterizarían por ser impulsivos, actuando con la emoción del momento, y por implicarse en actividades potencialmente negativas. Los actos deliberados de autolesión (por ejemplo, cortarse o quemarse), la ideación suicida y los intentos de suicidio ocurrirían típicamente acompañados de una angustia intensa y de disforia, en particular en el contexto de los sentimientos de abandono, cuando una relación importante se rompe. Una angustia intensa también puede llevar a otras

*conductas de riesgo, incluyendo el abuso de drogas, la conducción temeraria, los atracones de comida o la promiscuidad sexual*⁶.

Como se sabe, el concepto de personalidad *borderline* viene del psicoanálisis, y el primero en utilizar este término fue el psicoanalista norteamericano Adolf Stern en 1938, que describió a los casos *borderline* como sujetos que no pertenecen a la psicosis ni a la neurosis, y para los que el dispositivo analítico no podía ser el mismo que para la neurosis.

Pero a propósito de esto, los términos neurosis y psicosis tampoco han estado exentos de controversias. Para ilustrarlo haré una breve incursión histórica sobre los conceptos de neurosis y psicosis siguiendo a Jean Claude Maleval⁷.

⁶ Esbec, E. y Echeburia, E. "La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM 5". Actas Españolas de Psiquiatría 2011; 39(1): 1-11

⁷ Maleval, Jean Claude. "Locuras histéricas y psicosis disociativas". 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. "En busca del concepto de psicosis", pág. 256-59

Como dije antes, el término “neurosis” viene de William Cullen, de la escuela escocesa, que lo utilizó en 1777 para hablar de trastornos producidos por la “irritabilidad” y “sensibilidad” de los tejidos orgánicos, vehiculadas por el sistema nervioso, fuente y regulador de todos los sistemas vitales. La clasificación de Cullen dividía la neurosis en “comas”, “espasmos”, “adinamia” y “vesanias”, siendo estas últimas las enfermedades que atacaban al entendimiento.

En 1978, Philippe Pinel, al que también he citado antes, se inspiró en los principios de Cullen, considerando a las neurosis como una clase de enfermedades mentales producidas por irritaciones del sistema nervioso (de ahí la “neurosis cardíaca”, “uterina” o “estomacal”), y cuyas causas podían ser *físicas o morales*.

El concepto de “psicosis” fue introducido muy posteriormente, en 1845, por el médico vienés Ernst von Feuchtersleben, y no se oponía en absoluto al concepto de “neurosis”, todo lo contrario: las “psicosis”

constituirían un tipo de “neurosis”. Él mismo decía que en toda psicosis debía intervenir las vías nerviosas para que se manifestaran físicamente las modificaciones de lo psíquico, aunque no necesariamente tenía que ser al revés, es decir, que podrían haber neurosis sin manifestaciones vesánicas, es decir, mentales. Ésta sería su aportación más importante: eliminar el término “vesania” que imperaba en la nosología desde los tiempos de los romanos.

Siguiendo con Maleval, Cullen, Pinel y Feuchtersleben eran representantes de lo que se podría llamar “escuela psiquista” (*Psychiker*), que consideraba la “vesania” como una neurosis, es decir, *una irritación nerviosa de causa física o moral*, lo que equivaldría a decir que no se encontrarían alteraciones anatomopatológicas.

El mismo año que apareció el término “psicosis”, en 1845, el principal rival de esta escuela y más significativo representante de los “organicistas”, el alemán Wilhem Griesinger, publicó su

“Manual de psiquiatría” que tuvo un gran impacto en la época, y donde afirmaba que *Las enfermedades mentales eran debidas a funcionamientos morbosos del cerebro*. A pesar de la influencia que tuvo del filósofo asociacionista Johann Friedrich Herbart, concepciones que también debieron influir en Freud, e incluso de la importancia que otorgaba a los “conflictos internos” y a la “represión” (*Verdrängung*) de éstos, su autoridad y su convicción sobre las causas orgánicas de la enfermedad mental aseguró la supremacía de los organicistas en cuanto al concepto de “psicosis” durante la 2ª mitad del siglo XIX, tesis que encontró un gran refuerzo en el descubrimiento de Bayle sobre la anatomía patológica de la “Parálisis General”, así como los de la psicosis de Korsakoff, de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia de Pick.

La oposición, pues, no era tanto entre “neurosis” y “psicosis”, sino entre *psychiker* y *somatiker*.

Cuando apareció la concepción freudiana de neurosis era evidente que se trataba de una entidad residual, que se definía en negativo por la falta de lesión anatomopatológica o de alteración fisiopatogénica, en un contexto donde el modelo neurológico de los *somatiker* se había impuesto, dejando prácticamente fuera del discurso sobre la enfermedad mental del concepto clásico de “neurosis”. El desarrollo posterior por Freud evitaría su desaparición bajo la categoría de las “psicosis”, siendo un impulso fundamental para la diferenciación moderna entre psicosis y neurosis, tarea que Freud acometió siguiendo un criterio etiológico y no clínico.

Intentando defender un espacio propio, en un esfuerzo de equilibrio entre las nuevas posiciones “organicistas”, que iban ganando cada vez más terreno, y las viejas concepciones de las neurosis, ya caídas en desuso, sobre todo tras la pérdida de prestigio de Charcot y de Janet, al fin tuvo que exiliarse de la psiquiatría para seguir existiendo.

La nosología psiquiatría seguía su camino, aunque con muchas dudas también en cuanto a los límites de las grandes entidades nosológicas, pero también entre éstas y las reacciones o los estados de personalidad anormales. Por ejemplo, ya en 1885, el psiquiatra alemán Kahlbaum había descrito un tipo de casos que estaban entre el funcionamiento psicopático y los síntomas de “demencia precoz”, que denominó “hebido-frenia”.

En 1911 se produjo un cambio muy importante en la nosología psiquiátrica, cuando Bleuler inventó el término “esquizofrenia” pretendiendo sustituir el término “demencia precoz” de Kraepelin, al ver en su clínica de Burghölzli en Zurich que la “demencia precoz” no acababa necesariamente en demencia. La “disociación” (*Spaltung*) de las diversas funciones psíquicas era una de sus características más importante, comprometiendo la unidad de la personalidad, siendo otra los “trastornos de la asociación”, y finalmente los “trastornos afectivos”, especialmente la indiferencia afectiva.

Las alucinaciones y los delirios eran fenómenos secundarios a estos mecanismos, especialmente al de la “disociación primordial”, una *Zerspaltung* primaria -algo así como una disgregación o estallido-, que sería continuada por una *Spaltung*, ahora ya de los pensamientos en diferentes agrupamientos o “complejos”, término aportado por Jung.

El concepto de Bleuler triunfó y se extendió como la pólvora, fagocitando los casos graves de obsesiones y dudas, la “paranoia alucinatoria”, la “amencia” de Meynert, la melancolía y la manía alucinatorias, los degenerados de Magnan, los cleptómanos, pirómanos, afectados de *moral insanity*, la mayoría de hipocondríacos, y seguramente muchos histéricos.

El concepto de Bleuler triunfó extraordinariamente, lo que le proporcionó esa ubicuidad a lo largo del siglo XX, según Maleval a expensas de lo que otros autores anteriores habrían considerado sin dudarlo como

“locuras histéricas”⁸, entre los cuales, a partir de 1911, se quejaba de que ya no estuviera Freud. Efectivamente, Freud no volvió a hablar de “locura histérica” a partir de entonces, a juicio de Maleval, en gran parte por la necesidad de conciliación con Jung.

De ese modo, si en el siglo XIX la “gran histeria” dominó la nosología, con descripciones como la “manía histérica”, “la melancolía histérica”, la “paranoia histérica”, la “histero-epilepsia”, la “histero-catatonia” o la “histero-psicastenia”, en el XX lo hará la “gran esquizofrenia”, aunque, hay que decirlo, también a costa de las enfermedades afectivas.

El siglo XIX, por tanto, estuvo marcado por la omnipresencia de la “gran histeria” como entidad psicopatológica proteiforme, tanto como lo eran sus manifestaciones clínicas como señaló Sydenham en el siglo XVII.

⁸ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “El escamoteo de la locura histérica”, pág. 213-55

Siguiendo todavía con Maleval, en 1845 Griesinger describió algunas “locuras histéricas crónicas”, y en 1851 Sandras describió un delirio que no sobrevenía en alienados clásicos y que denominó “delirio nervioso”, caracterizado por las manifestaciones exageradas de las pasiones, como el amor, el odio, los celos o el afecto, y donde situaba a los delirios puerperales y los delirios que aparecían tras la ingesta de alcohol o hachís.

En 1859 Briquet señala la posibilidad de aparición de delirios pasajeros en cuadros histéricos sin convulsiones asociadas, y en 1865 Moreau de Tours publicó otro tratado sobre “locura histérica”, donde describía estados de excitación maníaca con delirios breves e intermitentes.

En 1866 Morel propuso la expresión de “delirio emotivo”, locura que sobrevenía a sujetos con alta emotividad, con predominio de ciertas ideas fijas, delirios de celos, ataques coléricos, impulsos incoercibles, alucinaciones, delirio de los actos (actuaciones descontroladas), delirios

demoníacos, tristeza profunda entrecortada por alegría y agitación maniaca alternada con estupor.

Pero sobre todo fue el filósofo y psiquiatra Pierre Janet, filósofo, psicólogo y neurólogo, discípulo de Charcot y director del Laboratorio de Psicología Patológica de Salpêtrière, el que dio el mayor impulso a la heterogeneidad y omnipresencia de la histeria. En dos sus tratados de 1889 y en 1892, Janet, para el que la histeria sería consecuencia de una *idea fija subconsciente*, y *el desdoblamiento del pensamiento*, *consecuencia del agotamiento nervioso* y *el debilitamiento de la capacidad mental de síntesis*, lo que produciría uno de los signos diagnósticos mas característicos de esa patología, la anestesia. La histeria podría presentar además delirios prolongados con características oniroides, pero también estados melancólicos, delirios maniacos, delirios de persecución, delirios de acción y confusión mental. De hecho, el mismo autor consideraba a la "anorexia mental" de Lasègue un

delirio histérico de duración prolongada. Freud y Bleuer reconocen los trabajos de Janet, del que aprueban *La mayor parte de Las* opiniones, según palabras de Bleuer, aunque no comparten su idea sobre el mecanismo etiológico.

Pero ¿eran verdaderas histerias en el sentido psicoanalítico los casos que describía como tales Janet, Morel, Sandras, Moureau de Tours, Follin, Chazaud o Pillon entre otros? Veamos algún ejemplo clínico:

En su texto “El estado mental de los histéricos” de 1982 Janet describe el caso de un sujeto supuestamente histérico que declaraba: *No soy yo quien camina, mis piernas caminan solas... Cuando pienso en algún objeto, hay como una persona que me lleva de la mano a buscarlo, voy sin saber porqué, me pregunto quién es esa persona... Me roban el pensamiento, escriben lo que yo pienso...*

En otro caso señala como el sujeto no reacciona en algunos lugares de su cuerpo a excitaciones dolorosas, incluso quemaduras, y otro que se

tocaba la frente y pensaba que era la de otra persona.

E incluso, a propósito de las despersonalizaciones y su relación con la anestesia histérica, en 1961, los autores Follin, Chazaud y Pilon, citados por Maleval⁹, describieron un caso de “locura histérica” con tal nivel anestesia en el vientre que le permitió perpetrar un serio intento de suicidio, abriéndose el abdomen hasta dejar los órganos internos a la vista. ¿No será una extensión un poco excesiva del concepto de “anestesia histérica”?

Es evidente que desde que los términos psicosis y neurosis existen parece que no han podido reducirse exclusivamente a su clínica. Por eso, y dado que siempre era necesario acudir a conceptos etiopatogénicos teóricos para definir las dos grandes entidades, se promovió la idea de crear clasificaciones “ateóricas”, basadas en los pocos datos anatomoclínicos y fisiopatológicos disponibles, pero

⁹ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “La desestructuración de la imagen del cuerpo”, pág. 172

sobre todo acudiendo al auxilio de la estadística. Aunque la concepción organicista seguía subyaciendo, la dificultad para encontrar las bases orgánicas de las enfermedades mentales obligó a replantear las categorías de psicosis y neurosis, desapareciendo definitivamente en el DSM III de 1980 como índices de patologías de etiología diferente. En el DSM IV la psicosis quedó reducida a la categoría de síntoma, excepto en el apartado de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, y sencillamente la neurosis desapareció.

En el CIE-10, algo más respetuoso con el uso histórico europeo, mantiene ambos términos, pero de manera accesoria. El término psicosis se incluye en los apartados de “trastornos psicóticos agudos”, “otros trastornos psicóticos no orgánicos” y en el de las “psicosis no orgánicas sin especificación”, todas como subtipos del grupo de la “esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes”, y aparece sólo como síntoma en los trastornos del estado de

ánimo o afectivos. En cuanto a la neurosis, aparece en el título del heterogéneo grupo de “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, aunque deja claro que el término neurosis no se utilizaba como principio fundamental de clasificación, y su uso se debía a la tradición histórica, justificando la asociación de todas ellas en ese apartado a la presencia del estrés psicológico, verdadero índice de esas patologías.

Por tanto, ¿qué valor puede tener la categoría “trastorno límite de personalidad” si los campos semánticos que constituyen su título son tan confusos? De hecho, en el CIE-10, el trastorno equivalente al trastorno límite de la personalidad del DSM IV se denomina “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” y se subdivide en dos tipos: 1) el “impulsivo”, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos, y 2) el “límite”, con alteraciones de la imagen corporal y la

imagen íntima de sí mismos, inestabilidad en las relaciones interpersonales, tendencia al comportamiento autodestructivo con gestos e intentos de suicidio, y una sensación crónica de vacío.

En cuanto a las ideas psicoanalíticas post-freudianas con respecto a esos estados fronterizos, proliferaron gracias a la interpretación evolucionista de muchos de sus autores, que acabaron viendo la neurosis como un estado de organización avanzado sobre un núcleo psicótico desorganizado inicial, común a todos los seres humanos. Curiosamente -o no tanto- muchos de los que trataron el tema de los estados límite habían trabajado ampliamente con drogadicciones.

Siguiendo a Bernad Brusset, profesor de psicopatología, en 1932 E. Glover, trabajando con toxicómanos, y con los conceptos aún no desarrollados totalmente de Melanie Klein, situó las drogadicciones en una fase intermedia entre una especie de organización primitiva esquizoide y la posición

depresiva. Siguiendo los trabajos de Abraham, Tausk y Simmel, constataba que los casos de toxicomanía bordeaban la neurosis obsesiva y la melancolía, y en algún caso la paranoia. La droga localizaría el objeto parcial haciendo posible que se pudiera mantener un cierto control sobre él, y la repetición tendría que ver con la condensación de los movimientos contradictorios primitivos de proyección e introyección que implican la escisión de los objetos parciales.

En palabras de Glover, *La situación podría representar una transición entre el sadismo exteriorizado amenazante de un sistema paranoide y el sadismo interiorizado realizado de un sistema melancólico.* Glover, adelantando algunas de las elaboraciones de Melanie Klein, ilustraría la asimilación entre neurosis y psicosis que supondrá la concepción kleiniana de los estadios psicóticos precoces universales y el Edipo precoz¹⁰.

¹⁰ Chabert, C. Brusset, B. y Brelet-Foulard, F. "Neurosis y funcionamiento límite". Paris, 1999, Editorial Síntesis, pág. 22-23.

En 1938 Adolf Stern, el inventor del término “límite” describió los casos *borderlines* como sujetos que no pertenecen a la psicosis ni a la neurosis, y en 1942 Fairbairn, siguiendo a Balint, describió modos de funcionamiento en el límite entre la psicosis y la neurosis que denominó “personalidades esquizoides”, que se caracterizaban por la intensidad del vínculo con los objetos primarios, la dependencia del objeto externo, la importancia de la angustia por la pérdida de objeto, la indiferenciación de la relación sujeto-objeto, la fantasmática destructiva, el solapamiento de los estadios del desarrollo libidinal y las “imago” parentales mal diferenciadas, siendo la una el doble de la otra. Si se siente vacío es porque regresando a la “posición paranoide”, mediante la escisión, ha vaciado el objeto considerado malo¹¹.

¹¹ Chabert, C. Brusset, B. y Brelet-Foulard, F. “Neurosis y funcionamiento límite”. Paris, 1999, Editorial Síntesis, pág. 25.

También en 1942, Hélène Deutsch, en relación al “falso *self*” de Winnicott, describió la personalidad *as if* (“como sí”), un modo de adaptación al entorno identificándose con él como respuesta a la falta de investidura objetal y en relación a una profunda despersonalización, por lo que la realidad externa ocuparía la realidad interna inexistente.

En 1946, Melanie Klein retoma y desarrolla el concepto de lo que denominó “posición esquizoparanoide”, añadiendo al desarrollo de Fairbairn el mecanismo de proyección, y posteriormente, el de “identificación proyectiva”, completando su concepción anterior sobre la “posición depresiva” de 1935.

Eisenberg en 1949 y Wolberg en 1952 describieron rasgos psicológicos comúnmente presentes en pacientes *borderline*, como la susceptibilidad, la intensidad de los afectos, la facilidad con que el paciente se siente rechazado y abandonado, y la gran intensidad de la ansiedad y la culpa.

En 1953 Knight subraya la gran fragilidad de las funciones del yo, la fuerza de los impulsos primitivos inconscientes y las fuerzas instintivas desintegradoras, lo que se manifestaría en impulsos y fobias de impulsión. Por otro lado, el yo del sujeto pediría a la realidad exterior que compense la desfalleciente realidad interior y el vacío del espacio interno.

En 1959, Melita Schmeideberg, la hija de Melanie Klein, consideró el estado límite como una entidad específica y *estable en su inestabilidad*. Destacaba de estos pacientes la falta de empatía en la relación con el otro, la susceptibilidad y la tendencia a la querrela, el sentimiento crónico de vacío -que les empujaría a comportamientos excesivos y consumo de tóxicos-, la incapacidad para soportar heridas narcisísticas, la debilidad del yo -que condicionaría su intolerancia a la frustración-, los trastornos del pensamiento y del juicio, y la ansiedad y depresión importantes.

Siguiendo esa estela, ya en 1974, Jean Bergeret propuso una teoría para los

estados límite que los ponía fuera de las psicosis y las neurosis. Para él, el estado límite no es una estructuración, sino más bien una “aestructuración”, término que debería haber sugerido muchas cosas a Lacan. Se trataría de un “estado” en el límite de la neurosis y la psicosis, un modo de funcionamiento fundamental de la personalidad que él denominó “economía límite”. La progresión de sus ideas le llevó a acercarse cada vez más a las patologías depresivas, especialmente a lo que denominó “depresión esencial”, y a las psicopatías.

Su referencia fundamental pasó a ser el narcisismo y el riesgo fundamental sería la depresión melancólica por la pérdida del objeto. De ahí la relación de dependencia con el otro de características anaclíticas. Debido a la falta de representaciones sexuales y de todo cuanto pudiera referirse al conflicto edípico desarrollado, los padres serían considerados como equivalente el uno al otro, uno dominante y otro dominado, uno bueno y el otro malo. No hay angustia

propriadmente psic6tica, sino una angustia de p6rdida de objeto, es decir, una angustia propriadmente depresiva.

Para Bergeret, el mecanismo esencial serfa la escisi6n del objeto que acompaafarfa a la regresi6n narcisista, a la vez etapa involutiva hacia la escisi6n del yo, pero a la vez defensa contra eso mismo. El yo se deformarfa pero no se despedazarfa, lo que marcarfa la diferencia con las psicosis esquizoparanoides. La carencia de lo imaginario da lugar a defensas manfacas y a los mecanismos de identificaci6n proyectiva, donde una parte de sfa mismo es puesto en otro lugar. La idealizaci6n de los objetos favorecen las relaciones anacl6ticas de dependencia, y la escisi6n entre los objetos idealizados y los objetos amenazantes totalizados, de acuerdo con la posici6n depresiva de Melanie Klein, producirfa que el yo se deformara.

Bergeret consideraba la existencia de un trauma afectivo real en el origen del trastorno, lo que actuarfa como

desorganizador impidiendo el acceso al Edipo. Se trataría más de un proceso defensivo que de una estructura psicopatológica, un proceso frágil, por tanto, susceptible de nuevas desorganizaciones según los avatares del desarrollo. De ese modo podrían sobrevenir diferentes evoluciones: estados depresivos, maniaco-depresivos, fóbicos, toxicomanías, caracteriopatías e incluso organizaciones perversas, pero nunca esquizofrenia ni paranoia.¹²

En 1973, André Green junto con Donnet, describieron lo que denominaron “psicosis blancas”. Basándose en las concepciones de Freud, Winnicott y Bion, afirmaban que estos pacientes, en lugar “espacios transicionales”, crean síntomas que desempeñan la función de éstos, y de ahí el parecido del pensamiento contradictorio de los *borderline* con la lógica contradictoria del espacio transicional de Winnicott. En 1990 Green propone diferenciar “locura” de “psicosis”, con lo que se

¹² Chabert, C. Brusset, B. y Brelet-Foulard, F. “Neurosis y funcionamiento límite”. Paris, 1999, Editorial Síntesis, pág. 25-28.

acerca a la concepción de Maleval, pero a diferencia de éste, considerando a la “pasión” y la “locura” como elementos primeros y primarios de la evolución humana. A la “locura de pasión” del bebé directamente proporcional a la fuerza del ello y anterior a cualquier representación, respondería la “locura materna”, aunque de manera contenedora.

Si ese “yo auxiliar”, contenedor y espejador, no se encuentra lo suficientemente garantizado, las posibilidades de elaboración del niño se ven sobrepasadas y el yo debe de hacer frente a la doble angustia de intrusión y de separación. Todo ello induciría problemas en los límites del inconsciente que provocarían problemas de escisión y depresión primaria, con las consecuentes dificultades con las pérdidas y las intrusiones, y con escisiones con respecto al exterior y al propio cuerpo. Green llegó incluso a elaborar una terapia específica para los *borderline* basada en lo que él denominó el “trabajo de lo negativo”.

Más tarde, en 1975, el que fue presidente de la IPA, el norteamericano Otto Friedmann Kernberg, al que se le atribuye el concepto actual de “trastorno límite de la personalidad”, adoptando los puntos de vista de Melanie Klein, explicaba el mecanismo de formación del trastorno *borderline* a partir de una debilidad inespecífica del yo, la incidencia de los “procesos primarios” del pensamiento y la existencia de mecanismos de defensa primitivos y específicos, como la escisión, la idealización primitiva, formas precoces de proyección, identificación proyectiva, negación y omnipotencia. Para Kernberg, el paciente límite no entiende la intervención del analista como una interpretación, sino como un juicio, aunque a pesar de todo tiene un cierto efecto organizador, al contrario que en las psicosis disociativas.

Ya actualmente, Bernad Brusset recuerda que en los *borderline* es frecuente encontrar bajo una capa de “falso *self*” actividad fantasmática grosera con contenido pregenital, que condensa la

oralidad, la analidad y la genitalidad infantil en ocasiones dando lugar a una genitalidad precoz o centrada en una escena primaria con emergencias pulsionales muy directas e intensas, que contrastan con los *estados neuróticos*, donde los mecanismos de condensación, desplazamiento, represión y proyección vienen a contrainvestir la actividad fantasmática, permaneciendo inconsciente.

Por su parte, Catherine Chabert reconoce las fantasías de seducción tanto en las histerias como en los trastornos límite, pero con la diferencia de que en las histerias el adulto es siempre considerado como agente activo en tanto que ellas sufren la seducción de manera pasiva, mientras que en las *borderline* ellas son agente activo de esa seducción, lo que les hace sentirse culpables, desliziándose fácilmente hacia una deriva melancólica autoacusadora.

¿Habría que pensar con los post-freudianos que el estado "límite" es

uno de los estadios básicos del funcionamiento humano?

En ese sentido, Henri Ey, que también fue el que estableció el concepto de “psicosis aguda transitoria” (*Bouffée délirante*), quizás una forma de “reacción psicótica” en neuróticos, dejándose llevar un poco por esa idea, adoptó una postura práctica, por cierto ampliamente aceptada en la psiquiatría de su época, al describir la “esquizoneurosis”.

Como se sabe, Lacan respondió en 1955 con el concepto de forclusión del significante del Nombre del Padre, ofreciendo desde una concepción estructuralista el primer mecanismo teórico que permitía aplicar una separación estricta de las estructuras psicótica y neurótica. Por tanto, desde esa perspectiva lacaniana, los trastornos límite dejan de existir como tal, debiendo asentarse en una u otra estructura. Y Maleval no duda en situarlos en la estructura neurótica, concretamente en la histeria.

Me centraré un poco en sus tesis:

Haciéndose eco de las tesis de Janet, afirma que en los casos graves de anorexia no es raro encontrar “anestiasias histéricas” tan excepcionales que se lastimen, se laceren o se quemen. En sus propias palabras: *La tendencia a fragmentar la nosología no reconoce en esto [la anestesia] uno de los más antiguos signos conocidos de la histeria, diagnóstico que sin embargo confirma todo tratamiento psicoanalítico de un “anoréxico mental”. En las palabras delirantes de esos sujetos, centradas en la imagen del cuerpo, no hay nada forcluido*¹³.

Siguiendo esto, ¿no estará Maleval haciendo también un uso exagerado del concepto lacaniano de “forclusión”, dejando de lado por otra parte la diferencia entre “cuerpo imaginario” y “sustancia de goce”?

¹³ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “Esquizofrenia y locura histérica”, nota al pie 38, pág. 311

De hecho, y a mi modo de ver en una clara confusión entre falo imaginario, significante fálico, significación fálica y función fálica, al respecto de Natalie, una paciente descrita por el psicoanalista Viktor Tausk en 1919 en su artículo “Acerca de la génesis del ‘aparato para influir’ en el curso de la esquizofrenia”, Maleval también afirma que se trata de un delirio en el transcurso de una “locura histérica”, al asociar la “máquina de influir” con un *representante fálico*, el cuerpo “falicizado” de la paciente proyectado en el exterior, por lo que considera eso como *incompatible con la concepción de la psicosis como determinada por la forclusión del Nombre-del-Padre, cuya consecuencia es la falta de significación fálica*¹⁴.

Tampoco está de acuerdo con que Emma A., la paciente de los “ojos torcidos” que Freud pone como ejemplo de esquizofrenia por tomar *Las palabras*

¹⁴ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “El delirio histérico no es un delirio disociado”, pág. 35

*como si fueran cosas, sea psicótica. Para Maleval, lo que marca el delirio histérico es la presencia constante del “significante fálico”, que él ve frecuentemente encarnado en un hijo o en el paciente mismo, lo que erotiza el delirio y produce la culpabilidad, en forma de una falta, cuya naturaleza el sujeto no sabría precisar*¹⁵.

Afirmando que lo reprimido puede aparecer en la realidad, y acudiendo a un déficit imaginario que favorecería un proceso de *desidentificación*, con la consiguiente *pérdida de los límites del yo y del afuera y adentro*, y correlativamente a una *regresión a demandas extremadamente arcaicas*, Maleval sostiene que los delirios histéricos responderían a un *mecanismo proyectivo particular*, que no se limita a hacer surgir fantasmas oníricos en la realidad, y que sería capaz de producir *yoes desdoblados*, pudiendo suscitar *perseguidores imaginarios, como en La “máquina de influir”, o reales, como en*

¹⁵ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “Rehabilitación de la locura histérica”, pág. 95-97

La “*paranoia sensitiva*”¹⁶. Es decir, que prácticamente coincide con los mecanismos propuestos por Otto F. Kernberg.

De hecho, recordándonos que en la locura histérica no se ven somatizaciones freudianas, Maleval acude al mecanismo de *desidentificación regresiva* de Tausk, responsable del delirio de influencia y de la difusión del pensamiento, para explicar los “delirios histéricos”, y recordando el hombrecito que Jung guardaba en su desván, también al de la *proyección del cuerpo propio de La histeria en un objeto real*, a pesar de que el propio Tausk consideraba la pérdida de los límites del yo como un signo de psicosis.

Para Maleval, en definitiva, las diferencias diagnósticas básicas entre las histerias y las psicosis disociativas se fundamentan en que los psicóticos *no llegan a entrar en el*

¹⁶ Maleval, Jean Claude. “Locuras histéricas y psicosis disociativas”. 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. “El delirio histérico no es un delirio disociado”, pág. 55

Lenguaje por su déficit simbólico, el registro imaginario los mantiene y suelen buscar una solución interior en el delirio, mientras que las histerias *no llegan a habitar un cuerpo sexuado*, lo imaginario es deficitario, pudiendo llegar a una desestructuración de la imagen corporal que casi recuerda la fase esquizo-paranoide de Melanie Klein, y piden a otros la solución de sus problemas¹⁷.

Pero para no caer en las tesis postfreudianas, después de acercarse a Tausk en muchas de sus propuestas, intenta alejarse de él cuando éste afirma que desde la despersonalización hasta la génesis de un perseguidor irreal o encarnado, pasando por la posesión demoníaca y los fenómenos alucinatorios, solo se tratarían de graduaciones de la misma patología¹⁸. Solo un auxilio del concepto de forclusión del significante del Nombre

¹⁷ Maleval, Jean Claude. "Locuras histéricas y psicosis disociativas". 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. "Rehabilitación de la locura histérica", pág. 115

¹⁸ Maleval, Jean Claude. "Locuras histéricas y psicosis disociativas". 1987, Buenos Aires, Ed. Paidós. "La desestructuración de la imagen del cuerpo", pág. 175.

del Padre le hacen de salvavidas para no hundirse en el maremágnum de las concepciones no lacanianas posteriores a Freud, algunas de las cuales, sin embargo, acercan con bastante mejor intuición clínica el fenómeno de los casos límite.

Élida E. Fernandez, en las lecciones de su seminario de 2008, recogidas en el libro "Diagnosticar la psicosis", dice no coincidir con Maleval en muchas de sus opiniones y afirma: *todo se explicó en su momento por la Forclusión del significante del Nombre del Padre. Pero eso tenía un precio: considerar que existía una única psicosis, "La paranoia". Y como en el lecho de Procusto cortábamos lo que no entraba...* y continúa un poco más adelante: *Si la forclusión del significante del Nombre del Padre no da cuenta de todas las manifestaciones psicóticas, si las esquizofrenias nos muestran la falta de la constitución de un cuerpo, nos vemos obligados a encontrar una respuesta en la teoría de los nudos, en las suplencias del Nombre del Padre, o en las ausencias de éstas. Vamos*

acercándonos a una conclusión: Las psicosis no se pueden pensar como fallas con respecto a la estructura y constitución de las neurosis -son distintas y diferentes- aunque las neurosis puedan, en la locura, parecerseles tanto.

Pero el deslizamiento del concepto de Lacan del significante del Nombre del Padre a su pluralización en los Nombres del Padre no se hizo de manera clara en un momento de su enseñanza, aunque se refirió explícitamente a esa pluralización en el seminario del 1963-64, que suspendió después de su sesión inaugural, después de ser expulsado de la IPA¹⁹. Ahí afirmaba que pretendía enlazar el seminario de aquel curso con el de 1958 sobre la metáfora paterna y con las clases de 1961 y 1962 referidas a la función del nombre propio. En esa única clase recuerda que el Nombre del Padre no es sino una suplencia, la del Deseo de la madre, y al pluralizarlo intenta no convertirlo en algo

¹⁹ Lacan, J. "De los Nombres del Padre." Clase del 20 de noviembre de 1963. Buenos Aires, 2005. Ed. Paidós. Pág 65-103

trascendental, secularizándolo por así decirlo, intentando salirse de la tradición religiosa.

Pero hay que recordar que fue por el tema de la psicosis por el que Lacan entró en la psicopatología en 1932 con su Tesis doctoral: "La psicosis paranoica y su relación con la personalidad", el conocido caso Aimée, y que en 1933 publicó en la revista "Minotauro" otro caso de paranoia: "Motivos del crimen paranoico: el crimen de las hermanas Papin". Y para Lacan, por tanto, el tema de las psicosis parece mantener todo su interés, considerando su complejidad clínica y sus diferentes manifestaciones como un problema no resuelto, volviéndose sobre ellas en diferentes ocasiones.

Sin embargo no será hasta el seminario de 1974-75, el llamado RSI, que retoma el tema de los Nombres del Padre: *...yo plantearé este año la pregunta de cuando falla el anudamiento del Imaginario de lo Simbólico y de lo Real, esta función suplementaria en*

suma de un toro de más, aquel cuya consistencia habría que referir a la función llamada del padre. Es porque estas cosas me interesaban desde hace tiempo -aunque yo no había encontrado aún en esa época el modo de figurarlo- que he comenzado. Los nombres del Padre. Hay en efecto numerosos modos de ilustrar la manera en que Freud, como es patente en su texto, solo hace sostener la conjunción de lo Simbólico, de lo Imaginario y de lo Real por los nombres del padre. [...] No es porque sí que yo lo he llamado los Nombres del Padre y no el Nombre del Padre -yo tenía un cierto número de ideas sobre la suplencia que toma este adelanto de Freud de los nombres del padre-. No es porque ésta suplencia no sea indispensable que no tenga lugar. Nuestro Imaginario, nuestro Simbólico y nuestro Real están tal vez, para cada uno de nosotros, en un estado de suficiente disociación para que sólo el Nombre del Padre haga nudo borromeo, y haga sostener todo esto junto, haga nudo de lo Simbólico, de lo Imaginario

y de Lo Real...²⁰. Y acaba el seminario diciendo: *El año próximo me interrogaré sobre lo que conviene dar como sustancia al Nombre del Padre...*

Efectivamente, al año siguiente, en el seminario de 1975-76, afirmando que si los tres registros como círculos son equivalentes haría falta un cuarto nudo anudado borromeamente para diferenciarlos, haciendo del padre un *sinthome*²¹, Lacan toma el caso de una personalidad psicótica, James Joyce, para ejemplificar la necesidad de acudir a una etiopatogenia más compleja que la simple forclusión del significante del Nombre del Padre para explicar ciertas clínicas psicóticas, es decir, no borromeas a cuatro, donde lo que cuenta para evitar el desencadenamiento psicótico es la reparación de una falla estructural en el anudamiento de los registros.

²⁰ Lacan, J. Seminario 1974-75, RSI, inédito.

²¹ Lacan, J. "El Seminario". 1975-76. 23. "El sinthome." Clase del 18 de noviembre de 1975. Buenos Aires, 2006. Ed. Paidós. Pág 20.

De hecho, el propio Maleval, por otro lado excelente psicopatólogo, rectificando alguna de sus posiciones anteriores, también pareció darse cuenta de la clara insuficiencia del concepto único de forclusión del significante del Nombre del Padre para dar cuenta de la pluralidad de la clínica psicótica. De ese modo, en un escrito publicado en 2008 dentro de una recopilación de textos titulada: “Psicosis actuales. Hacia un programa de investigación acerca de las psicosis ordinarias”²², se plantea acudir a la clínica de nudos a propósito de la enfermedad mental del escritor Raymond Rousell, un paciente de Janet diagnosticado por éste como “neurótico psicasténico”, y al que trató durante 36 años, hasta el momento de su suicidio.

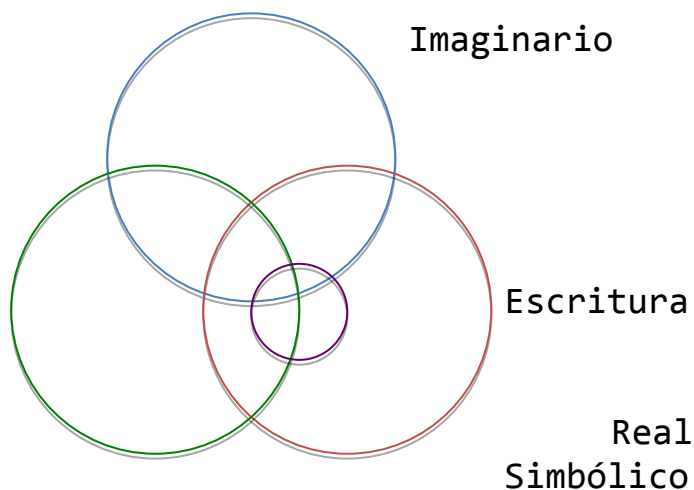
Rousell, aunque nunca se desencadenó en una psicosis esquizoparanoide o afectiva clara, tenía conductas

²² Vaschetto, E., compilados. Varios autores. “Psicosis actuales. Hacia un programa de investigación acerca de las psicosis ordinarias”. Buenos Aires, 2008, editorial Grama. Pág. 113-127.

alimentarias extrañas en forma de atracones de 5 horas de duración, episodios hipomaniacos que le permitían trabajar durante horas sin parar, momentos megalomaniacos que le hacían compararse con Dante, Shakespeare, Victor Hugo o Napoleón, episodios depresivos graves, delirios de persecución fugaces, obsesiones, e ideas delirantes transitorias de denigración universal. No aceptaba la menor crítica ni ningún consejo, y según Janet, *tenía fe absoluta en el destino que le había sido reservado.*

La falta de reconocimiento y éxito, más allá de un pequeño círculo de surrealistas, no lo desanimaban, y continuó con total confianza pero con mucho esfuerzo en su escritura, para Maleval signo de que *lo real y lo imaginario estaban en estrecha conexión.* Ese proceso de escritura fue lo que hizo que no se desencadenara en una psicosis franca, a pesar de que Maleval viera en su megalomanía el signo de *la función paterna forcluída retornando en lo real.* Se trataría de una escritura basada fundamentalmente

en homofonías que derivaban en imágenes con sentidos extraños y fantásticos, como si se trataran de un jeroglífico, y Maleval la considera *una suplencia*, que le permitía enlazar el nudo, de manera que lo simbólico pudiera limitar lo imaginario y lo real. Y más adelante continúa: *Interviniendo en el punto de error, el procedimiento coloca un punto de detención al deslizamiento de lo simbólico.*



Por desgracia, en el gráfico que aporta el texto no se especifican claramente

los cruces entre los registros, aunque parece que Maleval sugiere un tipo de nudo finkeano, diferente en cualquier caso al nudo de Joyce, con lo imaginario y lo real enlazados, y lo simbólico suelto, proponiendo un nudo reparador simbólico entre imaginario y real para sujetar lo simbólico.

Por fin, Maleval acaba haciendo el llamamiento de que *una nueva clínica queda por hacer*.

Y en eso estamos.

Vicente Montero

4-5-13