

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

# **El perverso en el consultorio: articulación teórico-clínica desde una perspectiva psicoanalítica.**

García, Lucía Natalí.

Cita:

García, Lucía Natalí (2020). *El perverso en el consultorio: articulación teórico-clínica desde una perspectiva psicoanalítica*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/459>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/fxe>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# EL PERVERSO EN EL CONSULTORIO: ARTICULACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

García, Lucía Natalí  
Hospital Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La perversión es una de las estructuras clínicas que el psicoanálisis propone a la par de la neurosis y la perversión. Sin embargo, poco es lo que los analistas estudiamos sobre ella, o sobre el abordaje de pacientes con este diagnóstico en nuestro consultorio. Se argumenta que no es necesario, debido a la poca concurrencia de este tipo de pacientes a análisis, pero cuando un perverso no puede sostener su escena perversa por algún motivo, entonces sobreviene la angustia, y el motivo de consulta queda establecido. Asimismo, pueden concurrir instados por su entorno o por una derivación judicial. Debido a la poca proliferación de artículos sobre el psicoanálisis de un perverso, es el objetivo de este trabajo realizar una articulación teórico-clínica con un posible caso de perversión, realizando una revisión bibliográfica de autores clásicos y contemporáneos de psicoanálisis de escuela francesa. Se expondrán indicadores diagnósticos de la perversión, así como posibles intervenciones desde el psicoanálisis.

## Palabras clave

Perversión - Psicoanálisis - Diagnóstico - Intervenciones

## ABSTRACT

THE PERVERSE IN THE PSYCHOLOGICAL OFFICE: THEORETICAL-CLINICAL ARTICULATION FROM A PSYCHOANALYTICAL PERSPECTIVE

Perversion is one of the clinical structures that psychoanalysis proposes alongside neurosis and perversion. However, there is little that analysts study about it, or about the approach of patients with this diagnosis in our office. It is argued that it is not necessary, due to the low concurrence of this type of patient to analysis, but when a pervert cannot sustain their perverse scene for any reason, then anxiety occurs, and the reason for consultation is established. Likewise, they can attend at the request of their environment or by a judicial referral. Due to the low proliferation of articles on the psychoanalysis of a pervert, it is the objective of this work to carry out a theoretical-clinical articulation with a possible case of perversion, making a bibliographic review of classic and contemporary authors of psychoanalysis from the French school. Diagnostic indicators of perversion will be exposed, as well as possible interventions from psychoanalysis.

## Keywords

Psychoanalysis - Perversion - Diagnosis - Interventions

## INTRODUCCIÓN

La perversión es una de las estructuras clínicas que el psicoanálisis propone a la par de la neurosis y la perversión. Sin embargo, poco es lo que los analistas estudiamos sobre ella, o sobre el abordaje de pacientes con este diagnóstico en nuestro consultorio. Argumentamos que no es necesario, debido a la poca concurrencia de este tipo de pacientes a análisis, pero cuando un perverso no puede sostener su escena perversa por algún motivo, entonces sobreviene la angustia, y el motivo de consulta queda establecido. Asimismo, pueden concurrir instados por su entorno o por una derivación judicial. A su vez, existen los que me gusta llamar “perversos de poca monta”, quienes pasan desapercibidos como neuróticos, pero al indagar en profundidad, se lee la escena perversa que montan, incluso dentro del consultorio. Es por lo expuesto, que la temática me parece relevante y poco estudiada, por lo que me propongo realizar una revisión teórica sirviéndome de autores clásicos y contemporáneos de psicoanálisis de escuela francesa, en articulación con un caso clínico de algunos meses de duración que servirá para ilustrar los conceptos expuestos.

A continuación desplegaré el recorte del caso clínico con una articulación teórica en pos de interrogarme acerca de la existencia o no de rasgos perversos en mi paciente, y con el fin de pensar acerca de las dificultades en el manejo del caso y cuál hubiera sido un análisis posible.

## VIÑETA DEL CASO CLÍNICO

Mariano es un joven de veinticinco años que asistió a una entrevista de admisión. Se presentó sin dificultades y nos habló con un vocabulario llamativamente formal. Al preguntarle acerca del motivo de su consulta, comentó que se encontraba afectado por una serie de pérdidas que tuvieron lugar en los últimos tres años: su perra y dos tíos abuelos muy apreciados por él. Luego, agregó que murieron todos los viejos de su barrio: “De repente no quedaba nadie”.

Mostró preocupación por una serie de síntomas que presentaba hacía un año y que se intensificaron durante el mes previo a la entrevista, por los que luego pareció perder el interés y no

aparecieron durante nuestras sesiones. Estos consistían en palpitaciones, sensación de ahogo, angustia y sensación de muerte que lo despertaban por las noches; cambios de humor y desgaño que afectaban su actividad social y académica, e imágenes intrusivas azarosas. Estas últimas despertaban en él una significación supersticiosa y desencadenaban una necesidad compulsiva de persignarse durante gran parte del día. Al consultarle respecto de la causa de su malestar, ubicó como responsable a su padre, quien lo subestimaba y presionaba. Respecto de este, sostiene que era “un tótem de la mala suerte” portador de energía negativa con la que él se cargaba.

En nuestro primer encuentro, Mariano abrió la sesión sosteniendo sentirse estresado porque tenía “un miedo exacerbado latente no paralizante” que lo hacía “pensar cosas y tener conductas compulsivas”. Asimismo, refirió temer a la pérdida que, luego de indagar, se transformó en miedo a morir “sin haber hecho nada” y en un reproche respecto a su pasado y su futuro.

El miedo fue un tema recurrente a lo largo de nuestros encuentros: lo ubicó en sí mismo —como mencioné—; en su padre, que no permitía que compartiera las gaseosas con sus compañeros de la primaria por temor a los gérmenes (“después me cuenta que mi papá era un idiota”); en su madre, quien absorbía los miedos de su padre “porque son una pareja”, y en su abuelo, quien no lo llevaba a pasear por temor a que se lastime, lo que “inhabilitaba construir un vínculo”. El miedo como una traba aparecía en su discurso repetidamente.

El vínculo con su padre parecía ostentar, también, un lugar central en el discurso del Mariano. Según él, se trataba de un padre débil, enfermo, depresivo, desempleado y sin ingresos, en contraste con una madre a cargo de las situaciones difíciles (cuidado de abuelo y tío paternos enfermos). Las mujeres de su familia (su madre y su abuela) eran figuras fuertes, en contraste con su abuelo y su padre, a quienes calificaba como débiles. En contra de lo esperado, este tema fue ocupando cada vez menos espacio en las sesiones, opacado por un interés marcado del paciente por hablar sobre mí (tal vez resistencial).

Respecto de su padre, afirmó que debería ser su “primer fan”, pero que era, en cambio, “el peor fan del mundo”, ya que lo desalentaba en sus proyectos, lo hacía sentir un fracasado y sospechaba que Mariano era homosexual porque nunca había presentado una novia.

Contiguamente al comentario de la sospecha de su padre, Mariano expresó que se sentía “con delay en relación a sus coetáneos”. Luego de algunas vueltas me preguntó si sabía a qué se refería, y partir de ese momento comenzó a hablar abiertamente sobre su virginidad. Acerca de ésta, dijo que el problema estaría en el “encare”, ya que no se animaba a avanzar y, como resultado, quedaba en la friendzone. Con los varones no le iba mucho mejor: sobre estos refirió que son lineales y básicos; prefería rodearse de mujeres debido a que con estas compartía una sensibilidad distinta y a que eran maternas.

Se ubicaron algunos obstáculos para hablar tanto con chicas

como con chicos. Entre ellos, la belleza de algunas mujeres que lo condicionaba y el hecho de querer resolver todo inmediatamente (su virginidad, por ejemplo). En un momento en que debía salir con un grupo de varones, consultó a su mamá (y no a su papá) acerca de si debería admitir su virginidad o simular experiencia sexual. En otra ocasión relató muy enojado que su madre le dijo: “A las mujeres nos gustan los hombres experimentados, que sepan donde tocar ¿Por qué no vas con una prostituta?”. Creyó que de esa manera la madre solo había logrado aumentar su temor a las relaciones sexuales y a la posibilidad de equivocarse cuando el momento finalmente llegara. Frecuentemente me solicitaba que le dijera qué esperamos las mujeres, cómo acercarse, etc., en pos de contar con herramientas para conquistar chicas y lograr lo que él enunciaba como su principal cometido: dejar de ser virgen. En lugar de responder a este pedido, marcaba que la dinámica del espacio era otra y que mi función no era aconsejarlo, frente a lo cual insistía sin importarle incomodar a la profesional.

Respecto de su madre, también comentó que esta guardaba su ropa en un placard ubicado en su habitación (la de Mariano), irrumpiendo allí cada vez que lo deseaba, ordenando todo el cuarto a su gusto y arrasando con cualquier criterio que él quisiera utilizar para acomodar sus cosas. Al señalarle lo incómodo de esta disposición, respondió con naturalidad que su casa era chica y que no había ninguna otra posible locación para el mencionado mueble. Resalté lo imposible de su afirmación y señalé que él no actuaba en pos de lograr una cierta independencia en su casa (respecto de su madre), ante lo cual se ofuscó. Que la madre tuviera libre acceso a la habitación de Mariano cual si fuera un niño, menoscababa su intimidad.

En una de las primeras sesiones, Mariano pidió que le propusiera un disparador. Se negó a comenzar a hablar sin una pregunta específica y parecía nervioso. Manifestó que le molestaba el silencio y que ese día había venido “con paja”, sin ganas de hablar. Momentos después, empezó a realizar preguntas incessantemente, ya sea de manera directa o encubierta: “¿Cuántos años tenés?”, “¿tomás tequila?”, “¿usás la frase “tengo paja?””, “¿sos freudiana?”, “¿sos residente?”, “¿cómo se le dice a los psicólogos en otros países?”, entre muchísimas otras. No estaba dispuesto en absoluto a trabajar y me fue imposible redireccionar el espacio, ya que se tornó algo hostil ante la ausencia de respuestas: “A mí no me importa si mi psicóloga está casada o está enamorada, no me interesa”, sin modificarse la situación al proveerle algunas. Mis constantes negativas y aclaraciones con respecto a la dinámica del tratamiento fueron infructuosas. Cerca del final me dijo: “Después me voy a arrepentir de incomodar a la licenciada”. Salí del consultorio algo angustiada; efectivamente había logrado incomodarme. Me pregunto si hay efectivamente escenas perversas en el discurso y accionar de Mariano. ¿Se trataba de una neurosis obsesiva con rasgos perversos o de una estructura perversa?

A la siguiente sesión ya no incurrió en un interrogatorio, pero

continuó hablando a través de mí: “Reflexioné en la semana y pensé que puedo usar a la licenciada como ejemplo perfecto de lo que vengo a resolver. Vos vendrías a ser todo lo que yo no soy, y quiero y necesito ser. Nacimos en el mismo año, tenemos la misma edad, podríamos haber sido compañeros, pero vos sos la profesional y yo el paciente. Percibo que sos joven, independiente, no vivís con tus padres, trabajás de lo que te gusta. Ser psicóloga es tu sueño y lo cumpliste rápido, pero no te quedaste ahí. Te presentaste a un concurso, sos residente y seguro hubieras aceptado no cobrar en una concurrencia con tal de formarte. Tenés mucha responsabilidad pero no te pesa, no te cagás. No tenés problemas para socializar. Abriste todas las puertas, ahora tu camino es solo ascendente. No hay nada que te retenga, ningún miedo. Ponele que conozco a una chica como vos, una chica linda, me anulo, me siento menos libre y pierdo. Me siento un niño”.

Intenté interrumpir en algunas ocasiones con preguntas o señalamientos, aunque sin mucho éxito. Solo contestó que se sentía aterrado de tener responsabilidades como las mías y de salir activamente al mundo porque no se consideraba preparado, y que a él lo retenían sus miedos. Finalmente agregó: “te toca enfrentarte a mí y no te cagás”. Tiempo después, lo que impresionaba como un halago, pareció convertirse en un desafío en el que el reto consistía en lograr incomodarme.

Sus preguntas fueron un denominador común de casi todos nuestros encuentros. Al indagar al respecto, Mariano comentó que a una psicóloga con quien realizó un tratamiento durante cuatro años “también la cagaba a preguntas” que no respondía “y encima a ella le pagaba”. Esto evidencia que el uso particular que hacía de la terapia no tenía que ver exclusivamente conmigo, ya que se había comportado de igual manera en su anterior tratamiento. Llamativamente, la dinámica en su espacio de psiquiatría era muy distinta, más cercana a lo esperable. En relación a la falta de respuesta de ambas psicólogas, concluyó que “los psicólogos son todos paranoicos”. Asimismo, sostuvo que si yo fuera su compañera, no se atrevería a hablarme.

También utilizaba interrogatorios a modo lúdico —si así puede llamarse—. Creó un juego de preguntas con opciones de respuesta pautadas por él, que implementaba con las chicas que conocía por facebook con objeto de “sacarles el teléfono”. Sobre su vínculo con las mujeres sostenía que no lograba comprender el *timing*: o iba demasiado rápido o demasiado lento; pero nunca hablaba o actuaba en el momento justo.

Luego de la conversación —o más bien, monólogo— acerca de los psicólogos, siguió otra sobre los residentes, posición que sabía que su médico y yo ocupábamos. Comentó que había ido a atenderse al servicio de odontología del hospital Tornú y sobre los profesionales que allí lo trataron profirió: “Seguro eran residentes porque consultaban todo el tiempo con dos capos”. Por otro lado, leyó información de las residencias y concluyó que estamos mal pagos y explotados, y que debemos tomar responsabilidades que el personal de planta delega. Al consultarle por

qué se interesó en este tema, respondió que lo averiguó “para conocer a la gente” (en relación a su vocación: ser guionista). Lejos de tratarse de empatía, impresionaba como una fría recolección de datos de la cual luego se servía para increparme. En múltiples oportunidades, Mariano cambiaba el recurso de las preguntas por el de hablar utilizándome de ejemplo. En ese contexto se sirvió de mi persona y de él mismo para ejemplificar cómo se construía un guión (tarea que se encontraba desempeñando en ese momento en la facultad de cine) y denominó “clímax” el final de esa historia. También sostuvo que yo me encontraba aprendiendo gracias a él y que con el pasar de los años me iría perfeccionando e, incluso, esbozó afirmaciones descabelladas como “no me tengo que sacar los mocos adelante tuyo”, que no podían menos que descolocarme y sorprenderme. Respecto de una materia que cursaba en ese entonces manifestó: “A vos seguro te gustaría porque es una paja intelectual sin sentido, la teoría es del año del pedo, un divague”, cuestionando de manera indirecta —o no tanto— mi formación psicoanalítica. A eso agregó que si fuera terapeuta, sería muy distinto a mí, dado que me calificaba como “demasiado serio”, semblante que tomaba únicamente con él y no con el resto de mis pacientes. En la misma línea, esgrimió: “No tendría ningún inconveniente en decirle a tu decano que es un estúpido” con el fin de ejemplificar que a él le gusta romper las convenciones, transgredir y desafiarse a hacer lo que quiere y, nuevamente, para criticar la formación de los psicólogos. Agrega que disfruta “subvertir” haciendo dibujos de Jesús negro y publicándolos en su cuenta de instagram con la que quería darse a conocer como artista. Frecuentemente hablaba con desprecio y superioridad respecto de los demás: se consideraba mejor que los docentes de su facultad argumentando que no se sentía menos por estar en situación de aprendizaje, y menospreciaba continuamente a su padre quien no sabía hacer humor: “Que deje el humor para los que saben” —por supuesto, ¡él!—.

Luego de tres meses de tratamiento, decidimos implementar como estrategia la realización de una entrevista llevada adelante conjuntamente con su médico psiquiatra como una suerte de evaluación del tratamiento hasta ese momento. La inclusión del médico en la escena se debió a que el paciente no tenía las mismas actitudes provocativas con él que conmigo, y consideramos que, en conjunto, la entrevista presentaría menos complicaciones. En esta se preguntó al paciente si consideraba resueltos los motivos de consulta iniciales, quien respondió afirmativamente y se mostró —para mi sorpresa— muy conforme y agradecido con ambos espacios. Le propusimos su alta del espacio psicoterapéutico y la continuidad de un tratamiento psiquiátrico de mantenimiento con una frecuencia mensual, y dejamos abierta la posibilidad de una nueva consulta en caso de ser necesario.

## DESARROLLO

### Perversión: esbozo del concepto

“Perversión” proviene del verbo latino *vertere* que expresa girar, invertir, adversidad. El prefijo “per” refiere a “a través de”. De esta manera *pervertere* tiene dos significaciones fundamentales: alterar o trastornar el estado de las cosas y malear, hacer malo o vicioso. A partir de la etimología es posible vislumbrar que una idea de trasgresión subyace al término (Rostagnotto, 2013, p.126).

Para Lacan, neurosis, psicosis y perversión no constituyen patologías, sino que definen distintas modalidades de constitución de la subjetividad. Las leyes del funcionamiento psíquico no son las mismas para todo sujeto, sino que se distribuyen en esas tres estructuras de manera estable. No son necesariamente patológicas en relación con un criterio de normalidad, sino distintos modos de ser sujeto. No se limita a las perversiones sexuales, sino que hace referencia a un “comportamiento relacional” (1962, p. 249).

¿Qué es la perversión? No es simplemente una aberración en relación con criterios sociales, una anomalía contraria a las buenas costumbres, aunque este registro no esté ausente, ni es algo atípico según criterios naturales, es decir, que menosprecie en mayor o menor medida la finalidad reproductiva de la unión sexual. Es otra cosa en su estructura misma (Lacan, 1953, p.221).

Según Freud, el mecanismo psíquico propio de la perversión es la renegación; la hipótesis etiológica freudiana sobre la perversión implica que el sujeto se defiende ante la angustia de la castración desmintiendo la percepción de la falta materna. Esto implica la coexistencia de la representación de la percepción real junto a lo negado. Así se constituye la escisión del yo.

En el consultorio un neurótico se presenta barrado, con un malestar que le confía al analista para ser resuelto. El perverso, en cambio, se muestra con un saber sobre el goce al modo del que “la tiene clara”. Por un lado, Mariano se presenta como un transgresor a quien nada lo limita, capaz de decir lo que piensa a cualquiera sin importar consecuencias ni normas. Por otro lado, solicitaba ayuda respecto a su virginidad y pedía indicaciones para acercarse a las mujeres.

Para el neurótico es prevalente la dimensión del deseo. El goce neurótico siempre implica un alto grado de sufrimiento: la satisfacción pulsional tiene lugar a través de caminos indirectos, principalmente a través del síntoma como retorno de lo reprimido. En la perversión, por el contrario, es prevalente la vía del goce y escasean las formaciones del inconsciente (Mazzuca, 2007). La sintomatología obsesiva que presentaba el paciente al iniciar tratamiento pueden pensarse como formaciones del inconsciente, aunque nunca tuvieron importancia en nuestras sesiones. Incluso, por la velocidad y espontaneidad con que remitieron, pareció que solo hubiera descrito los síntomas que figuran en internet al googlear TOC.

Asimismo, la perversión implica un manejo de la angustia que puede describirse como la habilidad para encontrar y activar en el otro los puntos que despiertan su angustia. Es posible vislumbrar a partir del recorte del caso clínico, que el paciente era muy insistente en sus comentarios denigratorios acerca de mi profesión y de cómo yo, en particular, la ejercía. A solo dos meses de haberme iniciado en la práctica clínica, me encontraba insegura y con muchas dudas acerca de mi desempeño; Mariano se percató de ese punto débil, lo utilizó repetidamente y me produjo no solo incomodidad, sino también angustia —¡hasta en mis pesadillas!—. La división subjetiva y la angustia deben ser restituidas al analizante, movimiento que no logré.

Respecto de la angustia, Mazzuca sostiene que detenta un papel importante en la estructura neurótica en contraste con su casi ausencia en quien tiene una posición perversa, que solo se angustia en sus momentos de crisis; (momentos breves de transición hacia la recuperación de su equilibrio perverso). Eso no quiere decir que este sea muy activo para sumir al otro en la experiencia de la angustia, tal como mencioné previamente. El recorte del caso clínico pone de manifiesto la angustia que me provocaba Mariano y que él, por su parte, no experimentaba.

### Psicopatía: un paralelismo posible

Según Marietán (1999), es posible definir al psicópata cotidiano como aquel que tiene sus particularidades en sus relaciones laborales o sociales, pero sin demasiadas estridencias, y diferenciarlo del sociópata, quien se caracteriza por la conducta antisocial y la destructividad. Tal vez sea posible pensar en Mariano con rasgos propios de un psicópata cotidiano, sin actos perversos impresionantes, sino solo con construcciones de escenas perversas en análisis y en sus vínculos —según lo que presencié durante algunos meses dentro del consultorio—.

Asimismo, postula que los individuos con personalidad psicopática deben satisfacer necesidades especiales —diferentes a la de la mayoría de la población— y para ello hacen un uso particular de su libertad, valiéndose de códigos propios y utilizando a las otras personas como objetos (2010). En este sentido, es notable como Mariano, aún conociendo las normas sociales que se espera que él cumpla, hacía comentarios que me incomodaban incesantemente y preguntas fuera de lugar. En la misma línea, este autor señala que no experimentan las emociones del mismo modo que los demás y que no tienen empatía —en consonancia con la cosificación de sus semejantes—. En una ocasión mi malestar fue tal que comencé a sentirme mal dentro del consultorio (primero acalorada y luego algo mareada). Le dije al paciente que daríamos por terminada la sesión, ya que no me sentía bien. Su respuesta, lejos de evidenciar algo del orden de la preocupación o interés, fue reírse y decirme a modo de chiste: “Bueno, estás en un hospital, andá a la guardia”.

A pesar de su falta de empatía, el psicópata tiene la habilidad de detectar las necesidades sofocadas, las debilidades y las tentaciones del otro, los lugares de su angustia. Nuevamente, destaco

como rápidamente apuntó contra el desempeño dentro del consultorio de una psicóloga cuya edad evidenciaba su escaso recorrido, así como contra el estatuto del residente —“mal pago y explotado”—. En este punto, coincide con lo teorizado por Lacan respecto de la posibilidad de detectar con qué angustiar al otro. A su vez, Marietán (2010) sostiene que el psicópata tiene conocidos, relaciones utilitarias, pero no cuenta con amigos. En varias ocasiones, trabajamos con Mariano el hecho de que seleccionaba con criterio utilitario a las personas con las que quería relacionarse: un chico inteligente para que fuera su compañero en trabajos prácticos de la facultad, chicas lindas con quien poder tener relaciones, o descartar a un compañero que no tenía Facebook porque de esa manera se dificultaría la comunicación para pedirle apuntes cuando los necesitara, etc.

Por otro lado, Mazzuca (2001) destaca la ausencia de culpabilidad en el psicópata como diametralmente opuesta a la conciencia moral rígida del neurótico, especialmente del obsesivo, que Freud caracteriza por la intensidad de los reproches del superyó, de los remordimientos y los arrepentimientos que determinan las oscilaciones de su conducta. Ninguno de estos aspectos propios del obsesivo aparecieron durante nuestras sesiones, sino que se observaba una crítica constante y excesiva a su entorno en general y a su padre en particular, a quien responsabilizaba por sus propias falencias. El autor ubica, entonces, la autculpabilidad en la neurosis y la héteroculpabilidad del lado de la psicopatía.

Es posible postular una ausencia de culpa, vergüenza o velo alguno en los momentos en los que Mariano no se molestaba por disimular que había buscado información acerca de las residencias en hospitales luego de conocer a sus profesionales, hablar sobre mí con admiración o desprecio exagerados, etc. Esto lo alejaría de un diagnóstico típico de neurosis. Por otro lado la presencia de su “miedo exacerbado”, así como su accionar procrastinado y siempre a destiempo con las mujeres, nos vuelven a acercar a dicha estructura.

#### Dificultades en el análisis - Un abordaje posible

El mito de que los sujetos perversos no llegan al consultorio aparece como un discurso universitario que condujo a una producción teórica limitada a la neurosis y la psicosis en detrimento de la perversión. Esto ha introducido un sesgo en la práctica analítica a la hora de pensar la dirección de la cura de las perversiones.

Según Lombardi (2015), no son pocos los casos en los que el sujeto perverso llega al consultorio padeciendo el apremio de la vida, angustiado por una pérdida significativa, o sufriendo las coerciones que le impone su fantasía o su deseo como voluntad de goce. El padecimiento subjetivo del perverso que realiza una demanda de análisis es susceptible de abordarse psicoanalíticamente siempre que el analista pueda poner a punto su destitución subjetiva y su deseo como causa del trabajo del analizante (Otero, 2015, p. 510). Para ello es necesario no permitir

que se entrometan los ideales propios probablemente distantes a los del paciente en muchos aspectos, y no dejarse afectar por las escenas perversas que el paciente tenderá a generar dentro del consultorio y fuera de este, tarea que no pude cumplir.

Entonces, ¿cómo orientar el análisis de un perverso una vez que este llega a nuestro consultorio? Las metas de las maniobras transferenciales ante este tipo de casos consisten en convertir la pregunta por el goce en la pregunta por el deseo. El paciente se presentará como portador de un saber acerca del goce que es necesario perturbar. Por ejemplo, al manifestar que desearía insultar al decano de mi facultad, un señalamiento posible para Mariano consistiría en poner en evidencia lo improductivo de ese accionar e intentar pesquisar en función de qué el sujeto se coloca en esa posición y repite similares hechos; en qué posición el sujeto permanece identificado (Rodríguez Gamallo, 2001, p.3).

Rodríguez Gamallo (2001) propone que se debe llevar adelante una escucha e intervenciones que difieren de las utilizadas con pacientes neuróticos. Esto se debe a que los perversos presentarían escasas formaciones del inconsciente de la mano de una predominancia de la renegación (y no de la represión). Esto implica que pueden desmentirse los hechos, las circunstancias, el pasado, etc., así como coexistir ideas completamente contradictorias sin que esto llame la atención del paciente; es por ello que es pertinente una escucha desconfiada y prevenida del analista. “Se trata de desbaratar la renegación” (p.7), poniendo en evidencia que su accionar es regido por un mandato de goce y los perjuicios que ello le provoca. Señalamientos acerca de las consecuencias de sus conductas a corto y largo plazo, como la posibilidad de perder vínculos por sus malos tratos o desaprobación una materia por contestaciones a sus docentes, habrían sido apropiados.

Por otro lado, es importante no evidenciar signo alguno del asco, la indignación, etc. que el paciente va a tratar de detectar y explotar para involucrar al analista en una posición angustiante. También está contraindicada una posición moralizante, sin que esto signifique que exista alguna complicidad. En esta línea, siempre intenté mantener una posición de neutralidad que no evidencie juicio alguno sobre las conductas que me relataba y los modos en los que se dirigía a mí. A su vez, se deberá procurar instalar una cierta legalidad en el curso del tratamiento, ya que alguien cuya posición es perversa suele regodearse en la trasgresión de las normas instituidas. En este sentido, me pregunto qué podría haber hecho respecto del encuadre para limitar sus malos tratos.

Según Lacan, “la trasgresión en el sentido del goce solo se logra apoyándose sobre el principio contrario, sobre las formas de la Ley” (1959-60, 214), por lo que un encuadre más estricto podría no resultar útil para limitar sus transgresiones.

Se trata de evitar que pueda transgredir, e impedir que no se responsabilice de sus actos; que el sujeto no consiga el placer de la trasgresión e introducir interrogantes tales como ¿para

qué lo hace? (Rodríguez Gamallo, 2001, p.7). La gestualidad de Mariano demostraba un cierto disfrute en los momentos en que —aún conociendo el comportamiento que se esperaba de un paciente— rebajaba mi profesión, mi puesto y mi desempeño, o indagaba en aspectos de mi vida privada de los que sabía muy bien que yo no estaba dispuesta a hablar. Conocía las convenciones, pero se desafiaba a transgredirlas, según sus propias palabras. Inevitablemente se experimenta “una impresión de indecencia, siempre se siente uno un poco violado por su discurso” (André, 1995, p.44.)

Una intervención posible habría consistido en exponer la incidencia de la dinámica que genera en sus vínculos en la historia de Mariano, ya que no sabe a qué responden sus estrategias de deseo y de goce. “En esto se engaña tanto como el neurótico y desde ese engaño es desde donde Lacan nos habla de la analizabilidad del perverso” (D’Amato Miranda, 2008, p.29).

Por otro lado, no impresionaba que Mariano supusiera en la figura del analista algún saber acerca de su inconsciente y de la posibilidad de ayudarlo como en la transferencia neurótica; es él mismo quien ocupa esta posición de sujeto supuesto saber. Más bien me ubicó en la serie de su padre o docentes inferiores a él. Estos lugares reiterados en que ubica al analista producen un profundo malestar que deriva en una sensación de inoperancia del análisis. ¿Era posible que el paciente estuviera en algún momento en una posición de no saber que posibilitara una transferencia? A través del desenmascaramiento de estos procesos, el analista puede reubicarse mostrando las prácticas de inmovilización y control del paciente. Estos últimos se traducían en una suerte de parálisis en mí que daba como resultado una reducción de intervenciones que yo realizaba. Por otro lado, la observación de la angustia que me provocaba puede ser utilizada como indicador diagnóstico y brújula en el tratamiento. Mariano desestimó mis intervenciones una y otra vez por medio de excesivos argumentos y racionalizaciones de lo señalado. Parecía impermeable a cualquiera de mis palabras, todo lo que yo dijera era rechazado por él con desprecio; la angustia quedaba de mi lado. Me pregunto si la mencionada racionalización se trata de una defensa obsesiva o se vincula con el hecho de que no se instaló el sujeto supuesto saber propio de la transferencia en la neurosis. Este hecho puede deberse a que no se trate de una neurosis o a que, simplemente, no se haya establecido un vínculo transferencial.

## REFLEXIONES FINALES

El diagnóstico estructural de Mariano continúa siendo un interrogante, así como lo que lo motivaba a incomodarme regularmente. ¿Se trata de una estructura neurótica o perversa? Es posible concluir que mis intervenciones fueron infructuosas debido a que no vislumbré la posición o los rasgos perversos que el paciente presentaba, más allá de la estructura de que se trate. Más tarde logré identificarlos, aunque continué sin saber cómo intervenir frente a esas conductas. Operé como si estu-

viera frente a un mecanismo de represión y a formaciones del inconsciente, cuando lo que estaba en juego era la renegación. Considero que se trató de un caso sumamente complejo cuya dificultad me excedió, razón por la cual decidí no continuar con su tratamiento. No fue derivado a otro profesional debido a que los motivos de consulta que manifestó en la entrevista de admisión ya se encontraban solucionados o habían perdido vigencia. Algunos aspectos de su vida cotidiana habían mejorado, aunque su posición subjetiva se encontraba intacta. Con la colaboración del médico tratante, llevamos adelante una entrevista en la que, llamativamente, Mariano no dio la nota como solía hacerlo al encontrarse solo conmigo, e incluso manifestó su agradecimiento al equipo tratante.

Lejos de cerrar los interrogantes respecto de la estructura de Mariano, estos quedan abiertos. Algunos de sus síntomas abogan por una hipótesis estructural de una neurosis obsesivas, pero el modo en que tuvo lugar su vínculo conmigo llevan a pensar en una perversión.

El humilde aporte de este trabajo consiste en compartir indicadores diagnósticos de la perversión, así como intervenciones posibles con pacientes perversos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ambertín, Marta Gerez (2012). Perversión y fantasma perverso. Imago agenda número 165. Ed. Letra Viva.
- André, Serge (1995). La impostura perversa. Ed. Paidós.
- D’Amato Miranda, Ana María (2008). Clínica Analítica de la Perversión. Revista No. 45 Unimar.
- Dor, J. (1995) Estructura y Perversión. Barcelona: Gedisa.
- Dor, J. (2006) Estructuras clínicas y psicoanálisis. Amorrortu. Buenos Aires - Madrid.
- Freud, S. (1905b) “Tres Ensayos para una Teoría Sexual” Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, Sigmund: La escisión del Yo en el proceso de defensa. Obras completas. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, Jacques: Seminario No X La angustia. Clase: 16/1/63 y 6/3/63. Editorial Paidós.
- Lombardi, Gabriel (2012). El juicio íntimo del analista. Eterità 10 « Che cosa risponde lo psicoanalista? Etica e clinica » Atti del VII Incontro Internazionale dei Forum del Campo Lacaniano Rio de Janeiro Rivista di Psicoanalisi IF-EPFCL [www.champlacanien.net](http://www.champlacanien.net) Comitato Editoriale Eterità 10 CRIF 2012-2014.
- Lutereau, Luciano (2013). LA CONCEPCIÓN LACANIANA DE LA PERVERSIÓN EN EL SEMINARIO 10. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Marietán, Hugo (1999). Descriptor de rasgos psicopáticos. Personalidades psicopáticas: tres enfoques. Alcmeon 31. Mesa redonda simposio regional WPA.
- Marietán, Hugo (2010) Últimas observaciones sobre psicopatía. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, No 2.

- Mazzuca, R. (2001) La categoría clínica de la perversión en el psicoanálisis. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año XII, vol 10, N°3.
- Mazzuca, R. (2007) El partener complementario del psicópata. ?*Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año XVI, vol 13, N°4.
- Mazzuca, R. (2000) El psicópata y su partener. ?*Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año XI, vol 9, N°3.
- Mazzuca, R. (2010) Las categorías clínicas de la neurosis y la perversión en el Seminario 16. *Anuario de investigaciones vol. 17 versión On-line ISSN 1851-1686*.
- Moguillansky, Rodolfo (2007). La ecuación personal del analista en el psicoanálisis con pacientes perversos. *Psicoanálisis - Vol. XXIX - No 3 - 2007 - pp. 731-753*.
- Otero, Tomas (2015) Problemas clínicos frente al tratamiento psicoanalítico de la perversión. *Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- Provenzano, Marta (2009). CLÍNICA DIFERENCIAL.PSICOPATÍA-PERVERSIÓN-PERVERSIDAD. A PROPÓSITO DE UN FALLO JUDICIAL. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.
- Rodríguez Gamallo, Mabel (2002). Escena Perversa Y Angustia: (acerca Del Film "9 Semanas Y Media"). En "el Sigma", *Comunidad Analítica*.
- Rodríguez Gamallo, Mabel (2001). Acerca De La Clínica Psiconalítica De Las Perversiones. En *Cuadernos Sigmund Freud*. Nro 21. Efba.
- Rostagnotto, Alejandro (2013). LA CATEGORÍA PSICOPATOLÓGICA DE PERVERSIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS FREUDIANO. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.
- Rostagnotto, Alejandro, Agüero, Esteban y Yesuron, Mariela Ruth (2012). SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA PERVERSIÓN. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.
- Rostagnotto, Alejandro y Yesuron, Mariela Ruth (2014). EL ESTUDIO DE LA PERVERSIÓN EN LACAN. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.