

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

Sardar Brian¹

Resumen

El siguiente trabajo tiene como objeto estudiar las características que presentan ciertos pacientes, que se muestran reticentes a los más diversos tratamientos. Dependiendo la nosología con la que se trabaje se los ha denominado "Psicópatas", "Perversos" o con un "Trastorno de la personalidad antisocial". Lejos de ser sinónimos, profundizaremos en los puntos de encuentro entre estos conceptos. Será a partir de ello, que constantemente retornará una pregunta: ¿Es posible algún tratamiento con ellos? A fin de responder este interrogante, estudiaremos las más diversas propuestas, sirviéndonos de distintos enfoques teóricos. Otro de los debates abiertos tendrá que ver con si es pertinente considerar estas presentaciones como afectadas por un problema de salud mental. Si la respuesta es afirmativa, será deber de los profesionales de la salud el dar algún tipo de respuesta. Pero también, es posible que estas presentaciones sean simplemente formas singulares de constitución subjetiva, y, por tanto, no patológicas. Es siguiendo esta última línea que surge la argumentación psicoanalítica, desde donde a partir de la conceptualización de la estructura perversa, se hace posible pensar modos de posicionarse y de intervenir en estos casos.

Palabras clave: Perversión- Psicopatía- Antisocial- Tratamiento

Abstract

The following work aims to study the characteristics of certain patients, reluctant to the most diverse treatments. Depending on the nosology with which they work, they have been called "Psychopaths", "Perverse" or with an "Antisocial Personality Disorder". Far from being synonyms, we will delve into the meeting points between these concepts. It will be from this that a question will constantly return: Is any treatment possible with them? We will study the most diverse proposals, using different theoretical approaches. Another open debate will have to do with whether it is pertinent to consider these presentations as affected by a mental health problem. If the answer is yes, it will be the duty of health professionals to give some kind of answer. But also, it is possible that these presentations are simply singular forms of subjective constitution, and therefore, not pathological. It is along this last line that the psychoanalytic argument arises, from where, from the conceptualization of the perverse structure, it becomes possible to think of ways to position and intervene in these cases.

Key words: Perversion- Psychopathy- Antisocial- Treatment

Introducción

El siguiente trabajo se propone trabajar sobre ciertos consultantes cuyo abordaje se ve dificultado en los más diversos dispositivos. Pacientes frente a los cuales las intervenciones psicoterapéuticas o psicofarmacológicas parecen no tener efecto. Pacientes que nos desconciertan y hasta en ocasiones, nos generan rechazo. Pacientes un tanto relegados en los desarrollos teóricos y clínicos propuestos por la psiquiatría y por la psicología. Son los pacientes que consideramos tienen un trastorno antisocial de la personalidad, según el DSM. Pacientes con una psicopatía según otros autores. Perversos acorde a ciertas perspectivas del psicoanálisis. Sin llegar a ser

sinónimos, estos cuadros presentan puntos de encuentro. Principalmente, en lo que respecta a las dificultades que implica trabajar con ellos. Por tanto, el siguiente escrito parte del interrogante acerca de si es posible abordar y producir algún efecto en estos pacientes. ¿Cómo hacerlo? ¿Desde dónde posicionarnos? ¿Cómo intervenir?

A fin de responder alguno de estos interrogantes, proponemos comenzar diferenciando las distintas nosologías y descripciones que se han realizado en relación a estos pacientes, para luego pasar a una vertiente más clínica. Sirviéndonos de los aportes del psicoanálisis, reflexionaremos sobre la posición que el profesional ha de asumir frente a

¹ Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. UBA. E-mail: briansardar@gmail.com

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

estas presentaciones, considerando los recursos técnicos con los que se cuenta y la orientación posible del tratamiento.

Desarrollo del tema

Una breve aproximación al Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Tal como explica Gabbard (2000), los criterios para este trastorno que se encuentra en el DSM-IV, se basan en constructos conductuales, dejando de lado la vida interna del paciente, así como los factores psicodinámicos. Dentro de los criterios de este diagnóstico, se encuentra un patrón persistente de desprecio y violación de los derechos de los demás desde los 15 años, que se deben apreciar en al menos 3 de los siguientes ítems: fracaso en la adaptación social, que lo lleva a cometer actos que infligen las normas; deshonestidad y mentiras; impulsividad y dificultad para planificar a futuro; irritabilidad y agresividad; despreocupación e imprudencia en su seguridad o la de los demás; falta de remordimiento y/o justificación frente al daño ocasionado. Asimismo, para cumplir los criterios de este diagnóstico, el paciente debe ser mayor a 18 años, haber tenido trastornos de la conducta previos a los 15 años y su comportamiento no debe aparecer de forma exclusiva durante el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco. Respecto a la epidemiología de este cuadro, cuenta con una prevalencia de 2-3%, siendo predominante en hombres, en una relación de 4:1.

Millon (2001) señala que muchas de las características resaltadas en estos cuadros, son posibles de ser halladas en personalidades no patológicas en menor intensidad. De esta forma, rescata el valor adaptativo de estos atributos. Rasgos asociados a los denominados “antisociales” tales como un sistema interno de valores propio, desafío a los límites establecidos y a las restricciones, competitividad, individualismo y capacidad de persuasión; pueden ser observado de forma atenuada en sujetos que se desempeñan en la política, en el comercio, en las empresas, así como en aquellos caracterizados como aventureros. Se entiende así, que estas características pueden constituir una ventaja adaptativa en algunos ámbitos e incluso ser ampliamente fomentados. No deja de ser importante esta consideración, ya que como

plantea el autor, este cuadro tiende a producir un rechazo en sus interlocutores, quienes le suponen una conjunción entre locura y maldad. No obstante, en menor intensidad y bajo ciertas circunstancias, estos mismos rasgos se convierten en factores fundamentales para la supervivencia. Esta perspectiva pareciera ser la que prima entre los autores de distintas disciplinas que abordan la temática.

Millon (2001) propone una comprensión psicodinámica de este cuadro, partiendo del esquema psicoanalítico clásico. Plantea un desarrollo del yo, en desmedro del superyó, instancia relacionada con la conciencia moral, las prohibiciones, los valores, la culpa, entre otros. Por tanto, la personalidad sería dominada por un ello infantil y por el principio de placer. Recordemos: el ello se vincula con la satisfacción inmediata de las necesidades y los deseos, sin miramientos por las consecuencias de sus actos o por lo que pueda ocurrir en el otro. Se encuentra dominado por la agresividad y el placer propio. Esto no es sino lo que encontramos en los denominados trastornos de la personalidad antisocial: un sujeto que actuaría sólo en propio beneficio a corto plazo, de forma impulsiva, agresiva, sin medir consecuencias y sin remordimiento por ello. Como efecto de la falla en el desarrollo del superyó, mostrarían una ausencia del sentido moral, produciendo un sistema de valores propios, relacionados con la satisfacción personal y la agresividad. Por supuesto, este cuadro rara vez se presenta de forma pura, existiendo más bien grados diversos de esta presentación.

Tanto para Millon (2001) como para Gabbard (2000), el tratamiento ambulatorio e individual con estos pacientes llevaría en su mayoría al fracaso, por cuanto carecen de capacidad de introspección y de empatía. Siendo que en general se topan con un tratamiento sin haberlo demandado, ya sea por orden de un juez o por cursar algún tipo de internación, la terapia se vuelve para ellos un tropiezo más, otro de los límites que la sociedad les impone. En este sentido, Millon (2001) plantea que sólo se puede aspirar a cambios modestos con estos pacientes. Alerta sobre la capacidad del “antisocial” de fingir arrepentimiento o sentido de conciencia- área en la que son expertos- logrando engañar al terapeuta. Para este autor (2001), el objetivo en estos casos será lograr un sentimiento de apego, del que carecieron a lo

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

largo de su vida. De allí, lo fundamental de establecer una buena relación transferencial. Será necesario entonces, que el terapeuta revise sus reacciones contratransferenciales, en tanto si siente rechazo por el paciente, se convertirá en uno más dentro de la serie de los que ya lo han rechazado. Lejos de ocupar un lugar relacionado con la ley, destinado a castigarlo, el terapeuta debe ser claro y coherente con los límites, sin dejar por ello de sancionar las transgresiones. El tratamiento tendría que orientarse al bienestar del paciente y a la coherencia del sistema, a fin de que de evitar que sea explotado en beneficio del propio paciente. Claramente encauzado en lograr un sentimiento de apego y de afecto, propone orientar al paciente a que tome el lugar de un educador, haciéndose cargo de una mascota o enseñando habilidades o deportes a un niño, de forma supervisada. Por último, señala que las mejoras en el tratamiento se incrementan con la edad del paciente, debido al agotamiento al que puede llevarlos el constante conflicto con las fuerzas de la sociedad, en conjunción con el deterioro físico y psíquico que esto implicaría.

No deja de ser un tanto llamativa esta propuesta, en tanto que las características del cuadro que el propio autor (2001) presenta, parecieran incompatibles con la orientación del tratamiento que sugiere. ¿Cómo lograr el apego necesario con estos sujetos? ¿Por qué este tipo de pacientes accederían a ello, si no les proveería una satisfacción personal en el corto plazo? Además ¿Cómo sabríamos que efectos estaría teniendo la terapia si poseen tal capacidad de engañar al terapeuta? Sería conducir un tratamiento a ciegas. Por otra parte, pareciera que, con la idea de instalarlos en un rol docente, se pretendiera enmendar aquella falla en la constitución del superyó. Bien podríamos discutir este argumento, a sabiendas de lo estructural de este proceso y lo frágil que podría resultar esta suplencia, a sabiendas de que tampoco sería viable para todos del mismo modo. Por último, se nos vuelve cuestionable la sugerencia de que estos pacientes se hagan cargo de un niño o una mascota, cuando estos son descriptos por el mismo autor (2001) como carentes de sentido moral, con un sistema de valores propios, relacionados con la satisfacción personal y la agresividad. ¿Corresponde realmente dejar a un niño a cargo de alguien caracterizado de este modo?

Gabbard (2000), por su parte, se muestra menos optimista respecto a las posibilidades de un tratamiento individual. Basándose en Meloy (1995), propone que mientras mayor sea la gravedad del trastorno, menor debe ser el esfuerzo terapéutico a realizar. Esto, por cuanto que el paciente tenderá a mentir y manipular al terapeuta, llevándolo al desconcierto. Así, desaconseja el tratamiento para pacientes que presenten una ausencia total de remordimiento, falta de apego emocional y crueldad sádica hacia los otros. No obstante, propone un tratamiento individual para aquellos con otros trastornos de la personalidad, que posean sólo algunos rasgos de la conducta antisocial. Para su abordaje, brinda recomendaciones respecto a la técnica a utilizar. Destaca la importancia de que el profesional sea estable e incorruptible, señalando y confrontado al paciente con la minimización de la conducta antisocial que pueda tener. Sin esperar grandes resultados, el terapeuta debería ayudar al paciente a conectar las acciones con sus emociones internas. Tal como ocurre con Millon (2001), resalta lo fundamental de monitorear los fenómenos contratransferenciales. Sin embargo, se diferencia al señalar lo infructuoso de pretender mostrarse neutral frente al paciente, en tanto la comunicación no verbal delataría su indignación, llevándolo entonces a una posición hipócrita. En esta misma línea, desestima el uso de la empatía para el abordaje de estos cuadros.

Considerando insuficiente la psicoterapia individual, Gabbard (2000) resalta la necesidad de contar con algún contexto residencial o institucional, a fin de lograr ciertos cambios que regulen su accionar. No obstante, desaconseja el uso de instituciones psiquiátricas para estos pacientes, por cuanto que estos tienden a interferir con el tratamiento de los demás, así como con los programas terapéuticos, e incluso pueden llegar a abusar de diversas formas de otros pacientes. Más bien, rescata el relativo éxito obtenido en contextos carcelarios. El objetivo sería que estas instituciones puedan tener un control total sobre la vida de los pacientes, bloqueando los canales de descarga de afectos displacenteros a través de la acción, a fin de lograr que conecten con su ansiedad y su agresión. Por ello, señala que la piedra fundamental del tratamiento será una estructura vigilada rigurosamente, donde las reglas y penalizaciones sean establecidas desde el comienzo por los

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

terapeutas. De este modo, propone un control sobre los llamados, la correspondencia, las visitas que reciben y el dinero que manejan. Sugiere que, frente a la victimización de los pacientes, se lo confronte como responsable de sus actos. El tratamiento para este autor deberá orientarse a lograr interponer el pensamiento entre el impulso y la acción. Por último, propone como objetivo que el paciente logre conectar esos impulsos con los sentimientos que los originan, así como con las consecuencias que produciría dejarse guiar por los mismos.

La paradoja en los desarrollos de este autor se hace evidentes. Allí donde señala una problemática vinculada a la salud mental, propone en respuesta una intervención desde la ley. ¿Estamos frente a una problemática de salud o es más bien un asunto legal? Siguiendo esta línea de pensamientos ¿Por qué castigar con el encierro a quien padece de un trastorno de salud mental? ¿Es lo que deberíamos hacer con todos? El encierro del loco, más que una medida terapéutica, ha sido siempre una medida punitiva. Lo extraño es que, con la locura, se supone que se pierde la razón y la voluntad. ¿Por qué encerrarlos entonces? Las campanas foucaultianas suenan de fondo...

Una máscara de cordura: La psicopatía

La psiquiatría se ha dedicado a estudiar por largo tiempo este cuadro, ya que como explica Marietán “Presentaban un tipo de conducta que llamaba fuertemente la atención y a las que no se las podían calificar de locos ni de cuerdos, estaban en un campo intermedio” (1998, p. 1). Los registros de estos estudios son de larga data. Pinel mismo se interesó por este tipo de presentaciones: “me admiré de ver muchos locos que en ningún tiempo presentaban lesión alguna del entendimiento, y que estaban dominados de una especie de instinto de furor, como si únicamente estuvieran dañadas sus facultades instintivas” (1801, como se citó en Marietán, 1998). Algunos años más tarde, ya en 1904, Kraepelin realiza una nueva clasificación de las enfermedades mentales y en su 7º edición utiliza el término "personalidad psicopática" para referirse a “este tipo de personas que no son ni neuróticos, ni psicóticos, no están en el esquema de manía - depresión, pero que sí tienen un choque en cuanto a los parámetros sociales imperantes” (como se citó en Marietán, 1998, p. 3).

No obstante, fue Hervey Cleckley (1941) el primero en ocuparse cabalmente del tema al realizar una extensa descripción clínica de la psicopatía en su libro “The mask of sanity”. En ediciones posteriores, es el mismo autor quien se encarga de explicar cómo, a lo largo de los años, el término “psicópata” fue sustituido por el de “sociópata” y finalmente, con la publicación del DSM- III, por el “Trastorno de la personalidad antisocial”. Si bien Cleckley (1941) a menudo utiliza dichos términos como sinónimos, la descripción que hace de la psicopatía parece más profunda. En este sentido, Gabbard (2000) recupera una investigación realizada en una institución carcelaria, donde se encontró que el 70% de los pacientes cumplía criterios diagnósticos para el Trastorno de la personalidad antisocial, mientras que solo el 25% clasificaban como psicópatas, acorde a las características desarrolladas por Cleckley (1941). Gabbard (2000) justifica esta diferencia señalando que la psicopatía es un término diagnóstico que implica características psicodinámicas y hasta biológicas que el DSM deja por fuera. De este modo, concluye que es posible cumplir los criterios para el diagnóstico de psicopatía, sin por eso reunir necesariamente los criterios para el Trastorno antisocial de la personalidad. Y viceversa.

Retornando al libro de “The mask of sanity” (1941), el autor elige este título por describir justamente una característica central y esencial de la psicopatía. Para Cleckley (1941) detrás de una máscara de cordura que muestran estos pacientes, se esconde un mundo caótico (incluso ensaya la hipótesis de que ese mundo sea psicótico), donde el sujeto se vuelve un experto en las mentiras y en el fingimiento de emociones, sin lograr sentir las plenamente. Como consecuencia, los psicópatas son constantemente rechazados de los procesos de admisión en instituciones psiquiátricas. Confiando en su apariencia de sujeto sano, se desconoce la patología subyacente y el admisor es burlado. El cuadro se ve aún más complejizado, en tanto suelen desarrollar un “encanto superficial” que les permite engañar a los profesionales. La desorientación podría ser total desde el diagnóstico mismo, pero el mismo Cleckley (1941) nos orienta al respecto. Puntualiza que la psicopatía se hace evidente cuando la atención no se centra sólo en lo que dice el paciente -en tanto su capacidad de razonamiento

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

se encuentra conservada- sino en la forma en la que interactúa socialmente.

A fin de explicar su teoría, compara la psicopatía con lo que ocurre en la afasia semántica, en tanto lo que experimenta el psicópata es una incapacidad para comprender y explicar el significado de las experiencias emocionales. No obstante, los define como hábiles simuladores, lo cual les permite obtener aquella máscara de cordura. De esto se deduce la incapacidad de estos pacientes para sentir empatía y por tanto de establecer vínculos significativos, que no impliquen concebir al otro como un mero engranaje u objeto para su propia satisfacción. Cuando eventualmente estos abusos y mentiras son descubiertos, no parecen mostrar vergüenza o arrepentimiento, sino que más bien tienden a responsabilizar al otro por lo ocurrido. Cleckley (1941) puntualiza que estos pacientes realmente carecen de conciencia de lo que han hecho, por lo que ciertamente no llegan a comprender el porqué de los reproches ajenos para con su conducta. En relación a lo planteado al final del último apartado respecto a las ideas de Gabbard (2000), para Cleckley (1941) estos sujetos serían presas de su propio cuadro, no pudiendo atribuirles una responsabilidad legal por ello.

Por otra parte, señala que los psicópatas no suelen padecer de las ansiedades, angustias y culpas, normalmente asociadas a las neurosis. Como mencionamos anteriormente, esto bien podría resultar una ventaja adaptativa, ya que, frente a situaciones perturbadoras, inseguras o confusas, tienden a mantenerse serenos. Los famosos héroes de guerras medievales, se caracterizaban por una templanza similar a la que se encuentra en estos pacientes. Esta perspectiva permite entonces disolver- al menos parcialmente- la conjunción de psicopatía y maldad, socialmente construidas. El mismo Cleckley (1941), señala y ejemplifica cómo en las más diversas profesiones, se han encontrado sujetos psicópatas, cuyos rasgos les han permitido triunfar en sus áreas de desempeño (desde bomberos hasta empresarios).

Retornando a la caracterización de este cuadro, el autor explica que, debido a su falta de contemplación por las consecuencias futuras a mediano plazo, tienden a tener un juicio sumamente pobre en lo que respecta a la resolución de problemas. Esto los lleva incluso a desperdiciar ocasiones que eventualmente serían provechosas

para sí mismo. Lo que es más, este juicio no se vería modificado por la experiencia.

Siendo sumamente egocéntricos, incapaces de sentir empatía, presentan severas dificultades en comprender cómo son vistos por los otros. Esto dificulta la posibilidad de insight de estos pacientes -siendo aún más pobre que la que se encuentra en la psicosis- y, por tanto, la posibilidad de todo tratamiento. En este sentido, Cleckley (1941) también se muestra escéptico respecto a los resultados de la terapia individual. En ediciones posteriores, expresa su desesperanza absoluta respecto a todo tipo de tratamiento posible.

La psicopatía: ¿Problema de los profesionales de la salud mental o de los jueces y policías?

El trabajo de Cleckley (1941) se orientó a reconocer las características de lo que él consideraba como un cuadro psicopatológico aún más complejo que la psicosis. Desde su perspectiva, ya que los distintos sujetos estudiados reunían una serie de características comunes, debían ser tratados como una “enfermedad mental” por parte de los profesionales de salud mental. En este sentido, aspiraba a que los psicópatas dejarán de ser “huérfanos del sistema penal y de la psiquiatría” (Cleckley, 1941, p. 432).

En contraposición a esta postura, Marietán (1998) plantea que la psicopatía no debe ser entendida como una enfermedad o un trastorno. Para justificar su postura, se sirve de la definición dada por Schneider en 1923, quien las entiende como una personalidad “que sufre por su anormalidad o hace sufrir por ella al resto de la sociedad” (como se citó en Marietán, 1998). La anormalidad en este sentido, es entendida siguiendo un criterio meramente estadístico (es decir, aquellos sujetos que se encontrarían en los extremos de la curva de Gauss).

Pero no por ello pueden ser nominadas como patológicas, y aún la valoración de hacer sufrir a la sociedad es relativo y subjetivo: un revolucionario es un psicópata para algunos y un héroe para otros. En consecuencia, no es válido realizar un diagnóstico al modo de las enfermedades (...) Ser anormal no es sinónimo de ser malo. Ser psicópata en general, no quiere

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

decir ser mala persona, sino ser distinto. (Marietán, 1998, P. 5)

Una de las ideas principales de Marietán (1998) es que en estos casos no se podría hablar de un trastorno, en tanto no hay nada trastornado. Más bien, plantea que la psicopatía es una determinada forma de ser en el mundo. Es un tipo distinto de ser humano. Lejos de definirla dicotómicamente entre el bien y el mal, se dedica a ejemplificar como, bajo ciertas circunstancias, la personalidad psicopática es valorada socialmente.

Los anormales son individuos que están preparados para reaccionar adecuadamente ante situaciones catastróficas o excepcionales y facilitar la supervivencia de la especie. Son los que, ante situaciones de extrema crisis guían a los otros hacia una posible salida (los líderes) o se sacrifican para la perduración del grupo (los héroes). Existen muchos oficios donde los rasgos psicopáticos son altamente apreciados, incluso premiados por la sociedad. (Marietán, 2007, p. 1).

Si bien en su descripción de la psicopatía, Marietán (2007) utiliza los rasgos propuestos por Cleckley (1941), realiza algunas salvedades. Desde su perspectiva, el psicópata aprende de la experiencia, lo cual le permite manipular a otros. Lo que acontecería realmente, sería que no aprende aquello que contradice el sistema de valores propios, sus principios o sus necesidades. En otros términos, no aprende lo que no quiere aprender. Ocurre justamente que muchas de las acciones del psicópata se vuelven enigmáticas para aquellos que lo rodean, en tanto se rigen por ese sistema de valores propio. Una diferencia importante que lo distancia de Cleckley (1941), es que Marietán (2007) observa que cuando los psicópatas se encuentran quebrantando una norma de su propio sistema de valores, pueden aplicarse severos auto castigos. La culpa existiría en este cuadro, pero nunca ligado a los actos psicopáticos que realizaron.

Por otro lado, enfatiza al igual que Cleckley (1941), que el psicópata debe ser evaluado por lo que hace, más que por lo que dice, en tanto se valen de la mentira como una herramienta más para obtener lo que quieren.

Otra de las características que resalta, es la capacidad del psicópata de captar las necesidades del otro. Esto les resulta sumamente funcional, por cuanto le permite mostrarse a sí mismo como necesario para satisfacer dicha necesidad. De allí la seducción propia del psicópata.

Por otra parte, también describe un mecanismo particular, como es la denominada defensa aloplástica. Ésta implica que debido a la falta de insight de estos pacientes, no sienten responsabilidad por sus actos, y por tanto colocan siempre la carga y la falta en el otro. En este sentido, el psicópata no sería consciente de su propia psicopatía.

Considerando entonces la psicopatía como una forma distinta del ser humano, una personalidad atípica, y no una enfermedad, el autor (1998) explica que no hay tratamiento posible, en tanto no habría nada patológico que curar. Más bien, brinda lineamientos sobre cómo trabajar con los pacientes que se encuentran vinculados a psicópatas. No obstante, establece que, frente a la criminalidad de sus actos, los psicópatas no deberían ser encarcelados con prisioneros comunes, ya que estos serían manipulados. Incluso señala que, en aquellos sitios, podrían perfeccionar sus mecanismos. Sugiere entonces el encierro en instituciones especializadas, donde no se encuentren ociosos, a fin de impedir que desarrollen nuevas estrategias psicopáticas.

La postura de este autor parece clara. Esto no es un problema de salud mental, sino que eventualmente incumbe a lo legal. Ahora bien ¿Hasta cuándo se los debe mantener encarcelados? ¿Necesitaríamos una prisión especializada y diferenciada para aquellos que parecen enmarcarse dentro de este cuadro? ¿Es buena idea encerrar a tantos psicópatas juntos? ¿No aprenderían uno del otro y perfeccionarían sus estrategias? ¿De qué serviría el encierro, si al salir volverían a realizar nuevos actos psicopáticos? ¿Es necesario encerrarlos de por vida? Parece una solución poco realizable, que simplemente pospone la resolución del conflicto a un futuro indeterminado.

Encuentro de titanes: Perversión y/o psicopatía

Roberto Mazzuca (2001), en diálogo con Marietán, aproxima las psicopatías a la estructura perversa, reconociendo puntos de convergencia en

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

la descripción de ambas presentaciones: “La psicopatía es una de las formas de la subjetividad perversa” (Mazzuca, 2002. p. 2). Roudinesco (2009) trabaja esta temática en un extenso libro denominado “Nuestro lado oscuro: Una historia de los perversos”, donde expone el modo en que ha sido utilizado este término a lo largo de la historia. A fin de no desviarnos del eje de esta exposición, cabría resaltar al menos su evolución en el último siglo y medio.

Es Krafft-Ebing quien en 1886 publica una extensa enciclopedia, donde estudia y clasifica con pretensión científica la sexualidad humana y sus desviaciones. En ese contexto, la perversión se encontraba asociada con las desviaciones y aberraciones en la sexualidad. Freud (1907) en “*Tres ensayos de una teoría sexual*” revisa esta clasificación, pero utiliza el término “perversión” de otro modo, a saber: una característica esencial del ser humano, un paso obligado hacia la constitución de la propia sexualidad. Surge así la idea del niño perverso polimorfo. El mérito de Freud, será despatologizar la perversión, volviéndola universal. Por último, Lacan se sirve del término “perversión” para dar cuenta de una de las modalidades posibles de constitución subjetiva. Mazzuca explica al respecto que “las leyes del funcionamiento psíquico no son las mismas para todo sujeto humano, sino que se distribuyen en esas tres estructuras subjetiva: Neurosis, Psicosis y Perversión” (2001). Desde esta perspectiva, el concepto de perversión se amplía y ya no constituye una desviación ni tampoco refiere meramente a la sexualidad. En este sentido, se puede encontrar una convergencia fundamental en la exposición de Mazzuca (2001), respecto a la definición otorgada previamente por Marietán (1998): “Neurosis, psicosis, perversión, son consideradas por Lacan como estructuras subjetivas, es decir, diferentes modalidades subjetivas no necesariamente patológicas en relación con un criterio de normalidad, sino distintos modos de ser sujeto, diferentes formas de ser” (Mazzuca, 2001). Es decir, ambos conciben la perversión o la psicopatía como un modo distinto de ser en el mundo. Sirviéndose de la teoría psicoanalítica, Mazzuca (2001) busca realizar un aporte para la comprensión de la psicopatía. Para ello, se vale de la afirmación freudiana que entiende a la neurosis como el negativo de la perversión. Propone, de este modo, un contrapunto entre la neurosis obsesiva y la

perversión. El primero se caracteriza por las ideas de culpa, los autorreproches y la rígida conciencia moral. Del otro lado, se encuentra la heteroculpabilidad, la falta de conciencia moral que desdibuja lo prohibido y lo permitido. De hecho, ubica a ambos cuadros, ya sea por exceso o por defecto, dentro de una “patología de la responsabilidad” (Mazzuca, 2001). Por otra parte, también resalta el contraste en las modalidades del acto, comparando la seguridad y velocidad del accionar psicópata; en contraposición con el predominio del pensamiento, la duda, la indecisión, y la vacilación, que determinan una pobreza en la acción neurótica, conduciendo a su postergación o bien a una realización torpe. Por otro lado, también señala que el neurótico tiende a ubicarse en una relación de dependencia a la demanda del Otro, mientras que el perverso suele más bien demandar, exigir, incitar una acción en el Otro.

Objetivo primario: la angustia del otro

La angustia es un elemento fundamental a la hora de analizar la perversión. Mientras que en el neurótico es consustancial a su subjetividad, en los perversos se encontrarían sólo breves momentos de angustia, principalmente frente a los fracasos de sus mecanismos. Por otra parte, tal como explica Lacan (1962), el perverso es un experto en hacer vibrar la angustia en el otro, para llevarlo más allá de sus inhibiciones y de aquello reprimido. Intenta conducir al otro más allá de sus deseos reconocidos. Para ello, el perverso cuenta con una “empatía” que le permite detectar las debilidades, tentaciones sofocadas, puntos de angustia, a partir de los cuales logra manipular al otro y cosificarlo, tal como explicaban Cleckley y Marietán respecto a la psicopatía. Mazzuca (2002) agrega a esas teorizaciones, la importancia del nivel inconsciente, ya que sería precisamente en esa instancia donde se encuentra aquello rechazado por la víctima (y que en cierta forma producen una satisfacción paradójica o goce) que el perverso coloca en primer plano.

En ese comportamiento no se trata solo de mostrar algo que produzca rechazo sino de atrapar la curiosidad inconsciente del otro. Aún en contra del pudor de la víctima, lo que el perverso busca obtener es esa mirada cómplice, ese goce inconsciente que está en contradicción con todas las

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

normas de la conciencia o del superyó” (Mazzuca, 2002).

Linietsky (2013) en su lectura del escrito lacanianio *Kant con Sade* (1966), explica que el acto perverso implica acaparar la voluntad del otro, instalándose así en lo más íntimo del sujeto, hiriendo su pudor. Define este acto como impúdico. Es descripto como una forma de violencia, que no da tiempo a la víctima y, por tanto, que no cuenta con su complacencia. El resultado del acto perverso es el sujeto dividido, barrado, que se traduce en la víctima bajo la forma de: pudor, angustia, vergüenza, dolor de existir, vergüenza o impotencia. Es sólo por esta vía, que el perverso puede encontrar la división propia que ha sido estructuralmente sido rechazada.

Al igual que los autores anteriores, resalta que, si bien el perverso no es inocente, tampoco es consciente de lo que hace. Lo que ocurre a nivel inconsciente, se le vuelve imperativo. Es su propia estructura la que se le impone, dejándolo como un autómatas, un siervo irrefrenable de ese pequeño placer que obtiene. Por tanto, es responsable, pero no culpable de su accionar.

Ahora bien, el psicoanálisis muchas veces ha dejado por fuera de su clínica (y de su teoría) a esta estructura, por su tendencia a producir angustia en el otro, no reconociendo la propia. ¿Qué lugar habría allí para que surja una pregunta que lo conmueva? ¿Cómo emergería el sujeto barrado, en quien no afronta la propia angustia? Aparece en cierto modo, como un punto de imposibilidad para el psicoanálisis. Si bien Lacan en sus últimos seminarios esboza algo de esta postura, no es menos cierto que el autor francés se había pronunciado previamente al respecto (1959), estableciendo que la perversión es articulable, interpretable y analizable.

Perversión: algunos lineamientos técnicos.

¿Cómo trabajar con este tipo de pacientes? ¿Con qué recurso técnico contamos? ¿Cuál ha de ser nuestra posición? Linietsky (2013) retoma lo trabajado por Lacan en su texto *Kant con Sade* (1966), donde señala que frente a la angustia y el dolor que puede provocar un perverso, será necesario valerse del desarmante artificio de los estoicos: el desprecio o la indiferencia. Linietsky (2013) sugiere la denominada operación Epiceto para desarmar la escena perversa. Es decir, presenta

un modo de intervenir y posicionarse frente a esta estructura. La misma consistiría en que frente al acto perverso, tendiente a producir la división del sujeto—con los consiguientes efectos nombrados anteriormente- el analista no entregue su división subjetiva. ¿Cómo hacerlo? El autor (2013) propone una posición de abstinencia extrema, donde el analista no de la señal de angustia. Esto no significa quedarse en silencio —ya que esto se traduciría en quedar como una víctima del acto perverso- ni tampoco rechazar lo que trae el paciente. Tampoco implica que el analista no sienta angustia. La señal de angustia es expresar algo que dé cuenta de la angustia o la preocupación del analista. De esto, debe abstenerse.

La intervención, por otra parte, tendría que orientarse a poner en juego la división, la angustia, del lado del sujeto y no del lado del analista. Presenta, a modo de ejemplo, intervenciones donde el analista pueda realizar señalamientos del tipo; “¿Usted qué hace cuando me cuenta eso?” “¿Busca angustiarme?” “¿Para qué me dice eso?” “¿Qué hace cuando me dice eso?”. La respuesta imaginaria a estos interrogantes es que el paciente busca angustiar al otro. Esto implicaría responsabilizar al sujeto del lugar desde donde habla. Sería sólo a partir de esto que el perverso se podría encontrar con su propia angustia y trabajar con aquello.

Rodríguez Gamallo (2001) aborda también esta temática, recordando que la dirección de la cura en estos casos, no debe perder de vista que la perversión se constituye a partir de una renegación de la castración -y no de una represión. Este mecanismo implica que habrá dos juicios, dos razonamientos contrapuestos que coexisten en el mismo nivel, y que podrían esbozarse bajo la forma de “Lo sé, pero aun así...”. No primando la represión en esta estructura, se presentarían escasas formaciones del inconsciente, ya que por definición estas se configuran como un retorno de lo reprimido. Que lo central de la estructura sea la renegación, lleva a que estos sujetos puedan desmentir los hechos, las circunstancias, el pasado, etc. mediante la omisión de datos que cambiarían el sentido de lo ocurrido. Al encontrarse con esos datos renegados, Rodríguez Gamallo (2001) advierte que la escucha del analista debe ser desconfiada y prevenida. Es que, en el tratamiento del perverso, el analista es constantemente puesto a prueba. Frente a los enunciados renegatorios del

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

paciente del tipo "Yo sabía que no tenía que robar/matar/ estafar... pero, aun así, lo hice", propone evitar la obnubilación, confrontando al paciente y desbaratando la renegación: "Y si lo sabía ¿por qué lo hizo?".

Por otra parte, el hecho de que la renegación de la castración constituya lo basal de esta presentación, implicará que, frente a la falta, el perverso intente posicionarse como objeto (a) que la tapona. Esto traerá como consecuencia que, tal como se planteó anteriormente, el perverso busque situar los puntos de angustia, debilidades, rechazos, prejuicios ideológicos y moralizantes del analista, para presentificarle el objeto a por la vía sádica, masoquista, voyeurista, exhibicionista, etc. Qué tipo de objeto encarnará (esópico, invocante oral, anal) será lo singular de cada paciente y orientará la cura, ya que la misma consistirá en lograr introducir una brecha entre el sujeto y el objeto.

Rodríguez Gamallo (2001) destaca también la importancia de mostrar indiferencia frente a los detalles repugnantes que el relato perverso pudiera tener, dejando de lado el asco, la indignación, la moral. Asimismo, señala lo fundamental de no hacerse cómplice de los actos del perverso, llegando incluso a concebir la posibilidad de interrumpir el tratamiento por ello, ya que luego de una eventual complicidad, la palabra del analista carecerá de sentido y poder. Respecto a las intervenciones posibles, puntualiza el valor de hacer lugar a ciertas preguntas, similares a las anteriormente planteadas: ¿Para qué cuenta lo que cuenta? ¿Para qué hace eso? Lutereau (s.f.) señala al respecto, el carácter mostrativo que tienen los dichos de estos pacientes. Incluso se sirven de una de nuestras principales herramientas de trabajo, como es la regla fundamental. Que todo sea dicho, sin excluir detalles, pareciera ser el imperativo del perverso. Por esta razón, en varias oportunidades se muestran como "buenos pacientes" que asocian sin cesar, cuando lo que está en juego es una mostración obscena y no velada. Esto llevaría a que el interlocutor, en muchas ocasiones, se pregunte "¿Por qué estoy escuchando esto?". La clínica en estos casos, no se debe orientar por el contenido de lo que dice el paciente. Más bien, se trata del decir

en sí mismo, de la enunciación. ¿Por qué dice lo que dice? ¿Desde dónde lo dice? ¿Para qué lo dice?

No obstante esto, cabría resaltar que frente a ciertas situaciones singulares, es posible que estos pacientes se angustien, a saber: cuando se encuentran con una imposibilidad real de transgredir, por algún factor que lo impida o por las consecuencias que le ha acarreado la última transgresión; cuando se encuentra con la propia falta; o cuando se hallan frente a una situación de duelo. Si hay angustia, hay un trabajo posible.

Conclusión

No podemos negarlo. Estos son pacientes que en muchas ocasiones no deseamos atender. Ya sea por el rechazo que provocan, porque tocan algo íntimo, porque angustian, porque pueden lograr que quien esté frente a ellos, no actué del mejor modo posible; la atención a estos pacientes se ve dificultada. Por ello, conocer los propios límites para abordar esta problemática parece fundamental.

Pero este cuadro también invita a repreguntarnos por las limitaciones de nuestra disciplina. ¿Hay algo posible para hacer por estos pacientes? ¿O simplemente nos queda esperar a que vuelvan al mismo patrón de conductas una y otra vez? ¿No queda más que encerrarlos? ¿Y después qué? Además, si no hay intervención posible ¿de qué nos vale el diagnóstico? ¿Acaso como planteaba Cleckley (1941), no nos queda más nada que hacer que estudiarlos, para advertirles a las autoridades sobre lo que se pueden encontrar? ¿Estos pacientes son competencia de la Salud Mental o del sistema legal? ¿O de ambos? Pero si también es competencia nuestra ¿Qué hacer con y para ellos?

Roudinesco (2007) explica que los perversos producen fascinación en tanto pueden resultar sublimes, volcados al arte o a la creación; y también abyecto, viles. Cuando se entregan a esto última, según la autora, exhiben una parte constitutiva de nosotros mismos, que no dejamos de ocultar: nuestra propia negatividad, nuestro propio lado oscuro. ¿Será por eso que estos pacientes provocan tanto rechazo? ¿Recuerdan algo propio? ¿Tendrá esto alguna relación con la dificultad que implica llevar un tratamiento con estos pacientes?

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1994). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Editorial Mason. 1995.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of Sanity*. Estados Unidos. Literary Licensing. 1988.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. En *Obras Completas Vol. VII*, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.
- Gabbard, G. (2000). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2009.
- Lacan, J. (1959). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2013.
- Lacan, J. (1962). *Seminario 10: La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2013.
- Lacan, J. (1966). *Kant con Sade, en Escritos 2*, Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- Linietsky, J (2013). *El fenómeno violento. Patología del acto. La anticipación temporal*. Clases 16 a 22.
- Lutereau, L. (s.f.) *¿Cómo se analiza un perverso?* Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2084>
- Marietán H. (1998). *Personalidades Psicopáticas*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica: Alcmeon. Volumen 7. N° 3. Noviembre 1998. Buenos Aires, Argentina.
- Marietán H. (2000). *El complementario y su psicópata*. Conferencia presentada en el 7° Congreso Internacional de Psiquiatría organizado por la AAP el 18 de octubre de 2000. Mesa Redonda: "Psicopatía". Argentina.
- Marietán H. (2006). *Carta comentada*. Recuperado de http://www.Marietán.com/cartas_comentadas/pregpsicop.htm
- Marietán H. (2007). *Las artimañas del perverso*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/artimania%20perversa.htm
- Marietán, H. (2007). *Los extravagantes*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica: Alcmeon, año 16, Vol. 13, marzo 2007, págs. 74 a 81. Buenos Aires, Argentina.
- Marietán H. (2011). *Psicopatía: Ignorancia legislativa letal*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/ignorancia_legislativa_letal_dic11.html
- Marietán H. (2012). *Los extravagantes: ¿Para qué sirven los psicópatas?* Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/francotirador_enero12.html
- Marietán H. (2013). *Conceptos sobre psicopatía*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/psicopatía_clarin_julio2013.html
- Marietán H. (2014). *Sobre psicopatía*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/reportaje_sobre_psicopatía_octubre14.html
- Marietán H. *Últimas observaciones sobre psicopatías*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/congreso2010_observaciones.html
- Mazzuca R. (2000). *El psicópata y su partener*. Conferencia presentada en el 7° Congreso Internacional de Psiquiatría organizado por la AAP. Mesa Redonda: "Psicopatía". 18 de octubre de 2000. Buenos Aires, Argentina.
- Mazzuca R. (2001) *La categoría clínica de la perversión en el psicoanálisis*. 8° Congreso Internacional de Psiquiatría organizado por la Asociación Argentina de Psiquiatras Mesa Redonda: "Temas de Psicopatía", miércoles 24 de octubre de 2001, Buenos Aires, Argentina.
- Mazzuca R. (2005). *El psicópata y el nombre del padre*. Congreso Internacional de Psiquiatría, Asociación Argentina de Psiquiatras: Mesa: El Sol Negro: un psicópata en la familia. Buenos Aires, Argentina.
- Mazzuca R. (2007). *El partener complementario del psicópata*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica: Alcmeon, Año 16, Vol. 13, N°4, Marzo de 2007, págs. 69 a 73.
- Millon, T. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España. El sevieria Masson. 2010.
- Pinel, P. *Tratado médico filosófico de la enajenación mental o manía*. Madrid. Ediciones Nieva, 1988.

Los irremediables: entre la psicopatía y la perversión

Quiñones Urquiza. *El Dr. Hugo Marietán y el estudio del psicópata cotidiano*. Recuperado de http://www.Marietán.com/material_psicopatía/reportaje1.htm

Rodríguez Gamallo M. (2001). *Acerca de la clínica psicoanalítica de las perversiones*. Publicado en Cuadernos Sigmund Freud. N° 21 (2001). EFBA. Buenos Aires, Argentina.

Roudinesco E. (2007). *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Barcelona, España. Anagrama. 2009.

Schneider, K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid. Ediciones Morata, 8ª edición, 1980.

Recibido: 29/6/2020

Aceptado: 06/10/2020