

VARIANTES CLÍNICAS DEL JUICIO ADVERSO. ESTUDIO DE DOS CASOS

CLINICAL VARIANTS OF ADVERSE JUDGMENT. TWO-CASE STUDY

Moraña, J. Manuel; Laje, Matías; Wang, Yi Ran; Mendoza, M. Ayelén; Lombardi, Gabriel¹

RESUMEN

El presente trabajo se inscribe en el marco del Proyecto UBACyT vigente: "Variaciones en la posición judicial de la analizante. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda", dirigido por el Dr. Gabriel Lombardi. Nos proponemos explorar el análisis como campo de variación en la actividad judicial, el juicio, que, aunque tan frecuente en el ser hablante, no por eso es fácil de hallar entre los objetos de estudio en la investigación psicoanalítica. El juicio como posición se deja oír en los síntomas e incluso en otras formaciones de lo inconsciente, hasta alcanzar el umbral del *Kern unseres Wesen*, el "núcleo de nuestro ser" del que habló Freud (1900, p.593). De los índices afectivos del sujeto ante el deseo trató el Proyecto de Investigación anterior¹. Ahora, consideramos que el psicoanálisis no consiste en un proceso judicial, sino en un análisis de las posiciones judiciales tomadas en base a equívocos y cercenamientos que impiden al ser hablante tomar posición en relación con su deseo. Partimos entonces, de la hipótesis de que neurosis, perversiones y psicosis se basan en equívocos del juicio en cuanto a la persona gramatical, y que la cura analítica no es sin una exploración, despliegue y eventual resolución de tales equívocos². La metodología del Proyecto es de tipo cuali-cuantitativa y consiste en una revisión bibliográfica del estado del arte en el tema, la elaboración de herramientas epistémico-conceptuales y de indicadores para la lectura de historias clínicas del Servicio de Atención Clínica vinculado al Proyecto. A los fines de este escrito, nos limitaremos a un abordaje en detalle de tipo cualitativo de dos viñetas extraídas de la práctica del Servicio.

Palabras clave:

Actividad judicial - Juicio adverso - Clínica psicoanalítica

ABSTRACT

This work is part of the current UBACyT Project: "Variations in the analysand's judicial position. Case study in the Adult Psychological Clinic Service in Avellaneda", directed by Dr. Gabriel Lombardi. We propose to explore analysis as a field of variation in judicial activity, judgment, which, although so frequent in the speaking being, is not for that reason easy to find among the objects of study in psychoanalytic research. The judgment as position makes itself heard in the symptoms and even in other formations of the unconscious, until reaching the threshold of the *Kern unseres Wesen*, the "core of our being" of which Freud spoke (1900, p.593). The previous Research Project dealt with the affective indices of the subject before the desire. Now, we consider that psychoanalysis does not consist of a judgmental process, but rather an analysis of judgmental positions taken on the basis of misunderstandings and limitations that prevent the speaking being from taking a position in relation to their desire. We start then from the hypothesis that neurosis, perversions and psychosis are based on mistakes in judgment regarding the grammatical person, and that the analytic cure is not without an exploration, deployment and eventual resolution of such mistakes. The methodology of the Project is quali-quantitative and consists of a bibliographic review of the state of the art on the subject, the development of epistemic-conceptual tools and indicators for reading the clinical records of the Clinical Care Service linked to the Project. For the purposes of this writing, we will limit ourselves to a detailed qualitative approach to two vignettes drawn from the practice of the Service.

Keywords:

Judicial activity - Adverse judgment - Psychoanalytic clinic

¹UBACyT 2014-2017 "El Sentimiento Inconsciente de Culpa como Índice Negativo del Deseo: Detección y Tramitación en el Tratamiento Psicoanalítico en Diferentes Tipos Clínicos. Estudio de Casos en el Servicio de Clínica de Adultos de la Facultad de Psicología en Avellaneda". Director: Dr. G. Lombardi.

²Lombardi, G. (2019). Perder la razón. En *Revista Palavras* (5), 71-84. Facultad de Psicología, Universidad de La Plata.

Introducción

El presente trabajo se inscribe en el marco del Proyecto UBACyT vigente: "Variaciones en la posición judicativa del analizante. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda", dirigido por el Dr. Gabriel Lombardi. Nos proponemos explorar el análisis como campo de variación en la actividad judicativa, el juicio, que, aunque tan frecuente en el ser hablante, no por eso es fácil de hallar entre los objetos de estudio en la investigación psicoanalítica. El juicio como posición se deja oír en los síntomas e incluso en otras formaciones de lo inconsciente, hasta alcanzar el umbral del *Kern unseres Wesen*, el "núcleo de nuestro ser" del que habló Freud (1900, p.593). De los índices afectivos del sujeto ante el deseo trató el Proyecto de Investigación anterior³. Ahora, consideramos que el psicoanálisis no consiste en un proceso judicativo, sino en un análisis de las posiciones judicativas tomadas en base a equívocos y cercenamientos que impiden al ser hablante tomar posición en relación con su deseo. Partimos entonces, de la hipótesis de que neurosis, perversiones y psicosis se basan en equívocos del juicio en cuanto a la persona gramatical, y que la cura analítica no es sin una exploración, despliegue y eventual resolución de tales equívocos⁴. La metodología del Proyecto es de tipo cuali-cuantitativa y consiste en una revisión bibliográfica del estado del arte en el tema, la elaboración de herramientas epistémico-conceptuales y de indicadores para la lectura de historias clínicas del Servicio de Atención Clínica vinculado al Proyecto. A los fines de este escrito, nos limitaremos a un abordaje en detalle de tipo cualitativo de dos viñetas extraídas de la práctica del Servicio.

El juicio en Freud

Desde el comienzo Freud no limita el concepto del juicio al de la tradición filosófica. En trabajos anteriores hemos situado las diferencias entre un pensamiento que adjudica esta labor a la conciencia y la idea freudiana que atribuye a esta facultad una relación intrínseca con la constitución del sujeto (Murraro y Gurevicz, 2019) El procedimiento analítico habrá de mostrar hasta qué punto la facultad de juzgar se distribuye más allá de la conciencia, entre diferentes instancias que influyen en la estructuración psíquica de la realidad.

La reflexión sobre el tema llega a Freud bajo la influencia de Franz Brentano, quien afirma que Aristóteles merece ser criticado, es decir, tomado como referencia: para Brentano, el juicio no es necesariamente de valor universal y ni siquiera requiere ser predicativo. Detecta además un problema: los términos mismos con los que se formula un juicio suelen ser equívocos. Esto lleva a Freud a advertir que hay también en la conciencia una suerte de negatividad: "un contenido de representación puede irrumpir en la

conciencia a condición de que se deje negar. La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido" (Freud, 1925, p.253). La realidad del ser hablante se constituye a partir de conexiones y desconexiones, que en ambos casos pueden llegar a ser absolutas. Esta es esa rara virtud del lenguaje, que le ofrece la elección de suprimir cualquier percepción mediante la pura y simple negación, hasta la represión e incluso otras formas de desestimar lo vivido o de darle lugar. La realidad subjetiva misma, entonces, se constituye para Freud a partir de la actividad judicativa, aunque no solamente. El sueño realiza el deseo en la medida en que la censura, guardián del dormir, permite el juego asociativo entre significantes sin que ninguno de ellos incida irreversiblemente en la realidad. Lacan resumirá: "La percepción no dice nada, somos nosotros quienes la hacemos decir" (Lacan, 1974-1975), no hay realidad sin posición subjetiva.

En la mencionada investigación anterior, hemos destacado la importancia que adquieren, a partir del descubrimiento de la represión, el sentimiento inconsciente de culpa y todas las traducciones clínicas desfiguradas que promueve, en la medida en que se advierta que la culpabilidad es más bien consecuencia de la renuncia de lo pulsional y no su causa. Ahí donde Lacan ubicó el deseo, resultará que la culpa no es moral, aun si luego se apela a la moral para justificarla, uno de los callejones sin salida de una autoacusación existencial (Lombardi, G. y Laje, M., 2016). Recientemente el filósofo Giorgio Agamben ha explorado esa culpabilidad pre-moral, previa también a la sanción, en su libro *Karman* (2017).

Para Freud la primera posición judicativa está a nivel de la aceptación o el rechazo, considerando como brújula al programa del principio del placer, alejándose de la lógica de lo "verdadero" y lo "falso". Es a partir de esta operación de atribución que el sujeto se constituye introduciendo una división entre: "bueno"—"adentro" y "malo"—"afuera" (Freud, 1925). Lo inconsciente entonces registra los elementos negados, olvidados o desestimados por el juicio adverso. El yo queda aparentemente a salvo de ellos, pero en el decir, lo rechazado puede tener lugar. El resultado, usualmente parcial, es la división del sujeto. En esencia, se trata de la represión del juicio adverso del sujeto respecto de su juicio de gusto o de finalidad, conceptos que el psicoanálisis reelaborará en función del goce y del deseo, demostrando hasta qué punto la facultad de juzgar no se reduce a la conciencia ni a la voluntad. Esa división toma diferentes formas clínicas o cónicas, el obsesivo puede decir "me siento culpable, pero no sé de qué", el corrupto expresar "en efecto, soy responsable, pero no me siento culpable".

El ser hablante es entonces esa "cosa" capaz de sustraerse de toda acción predicativa, que hará posible todos los matices y debates actuales entre responsabilidad y culpabilidad. La elaboración freudiana y su ejemplificación clínica permiten advertir que esa sustracción no libera por completo al hablante de la actividad judicativa, sino que inaugura su división de sujeto, su división entre la cosa que se sustrae de toda predicación y el sujeto/objeto afectado por la coerción judicial de la predicación. El sujeto inaugura

³UBACyT 2014-2017 "El Sentimiento Inconsciente de Culpa como Índice Negativo del Deseo: Detección y Tramitación en el Tratamiento Psicoanalítico en Diferentes Tipos Clínicos. Estudio de Casos en el Servicio de Clínica de Adultos de la Facultad de Psicología en Avellaneda". Director: Dr. G. Lombardi.

⁴Cfr. Lombardi, G. (2019). Perder la razón. En *Revista Palavras* (5), 71-84. Facultad de Psicología, Universidad de La Plata.

rado por Freud queda para siempre presto a ser juzgado “por sus acciones” en lo inconsciente.

El juicio íntimo del analista en Lacan

Por su parte, hay una posición fundamental para el analista una vez que la cura comienza: ha de suspender su actividad judicativa, al menos en el momento de su acto. Lacan (1958) señala que el analista debe pagar con su juicio más íntimo —no solo en el plano estético sino también en el teleológico (Lombardi, 2015)—, a fin de sostener una acción que se dirige al corazón del ser del hablante. Por esa razón, la destitución subjetiva del analista es condición de posibilidad para que la revisión de las posiciones judicativas del analizante, en tanto revisión ético-electiva (Lacan, 1959-1960), pueda desplegarse hasta sus consecuencias últimas.

El pago con el juicio íntimo por parte del analista deja amplia libertad al despliegue de la actividad judicativa del analizante, quien podrá expresar su juicio adverso o complaciente sobre terceros o incluso sobre el analista, de terceros o del analista respecto suyo, y sobre sí mismo. En un detallado estudio del sentimiento inconsciente de culpa y los autorreproches en los que se funda, hemos constatado que la posición judicativa del analizante suele ser inconsciente, y sus reproches, equívocos en cuanto a la persona, al contenido, al afecto (Lombardi, G. et al., 2014-2017). Hemos situado allí la importancia en los análisis de lo que llamamos “autorreproches indirectos”, que son escuchados como provenientes de un tercero, como si el Otro enunciara lo que sordamente le dice el superyó desde hace tiempo.

También hemos encontrado algunos casos en los que inicialmente predominan las quejas o el juicio adverso del analizante hacia terceros. Al cabo de un tiempo de análisis son los otros quienes se quejan del analizante, y finalmente el sujeto admite tales reproches como autorreproches indirectos, basados en su propia dilación en un accionar interesante, es decir, conforme al deseo indestructible que lo habita y así oportunamente puede conectar con el deseo del Otro.

Hemos notado que la variación en la posición judicativa en un analizante no se reduce, e incluso puede oponerse, a un cambio conductual en lo inmediato y que la aquiescencia yoica no siempre indica un cambio real de posición en el sujeto. En este sentido, los diferentes tipos de respuesta ante las intervenciones del analista, que incluyen algunas manifestaciones de la transferencia, funcionan como indicadores clínicos para delimitar la particularidad de la actividad judicativa, lo cual puede resultar significativo para la cura.

Con el fin de poner a prueba las hipótesis del Proyecto y nuestras elaboraciones clínico-conceptuales, revisaremos dos viñetas del Servicio de Atención de Adultos. Para ello, se tomarán las siguientes variables:

- indicadores clínicos que permitan discernir la actividad judicativa en el paciente/analizante,
- las eventuales variaciones en la posición judicativa a lo largo de la cura,

- la incidencia de las intervenciones del analista en dichas variaciones.

Viñeta 1

Una mujer de unos 40 años consulta en el Servicio, motivada por la necesidad de hablar de su muy reciente separación matrimonial y de los problemas con su hijo en edad escolar. El hijo está diagnosticado con un trastorno de déficit de atención. También cuenta que tiene dificultades para empezar a trabajar con algo de lo que hace, el reciclado de muebles para la venta. La paciente cierra cada comentario, incluido el de la separación de su marido —un matrimonio de 25 años— con un “...nada”. “No creo que no pase nada”, interviene el analista. Luego la paciente vuelve sobre el significante “nada” como un índice de su posición: “Lo utilizo para mirar para otro lado y seguir adelante”, dice.

El tratamiento continúa sin volver sobre la separación matrimonial en sí misma. Avanza con un recuerdo infantil, una nueva intervención y un sueño. El recuerdo evoca la siguiente escena: entraban con el hermano de niños al taller del padre, que era restaurador, para jugar con el pegamento, lo que estaba prohibido. “Los castigos eran terribles, nos pegaban diariamente”, dice la paciente. El tratamiento recorre distintas escenas de “pegamento”, que duraron hasta su adolescencia, donde la violencia y la angustia permanentes “eran normales”, según sus dichos. Cuando estas escenas son interrogadas por el analista, la paciente comienza a hablar de una situación actual con el hijo: “Hay algunos programas que lo exaltan, así que le cierro el acceso a la computadora, pero él busca la llave en mi taller y se quiere meter, entonces me saca, me enoja y lo zamarreo, le grito”. El analista señala que la escena es muy similar a la del hermano y ella, queriendo transgredir ciertos límites. “Me angustia demasiada proximidad con mi padre”, dice y el analista interviene con dos significantes: “*restaurar*, donde se busca que todo sea igual y *reciclar*, donde se hace otra cosa con lo anterior”. Se abre un tramo del tratamiento donde el eje es la dificultad que encuentra en su trabajo de reciclado. La paciente dice que se queda mirando el trabajo y no lo hace. “Tengo miedo al éxito, a que me vaya bien, eso me paraliza”, afirma. En la medida en que la parálisis es interrogada en el transcurso de las siguientes entrevistas, sobreviene un afecto angustioso en la paciente, mientras comienza a avanzar en las entregas pautadas con sus clientes. En esa entrevista, comenta que sin saber muy bien por qué, siente que tiene más tiempo para trabajar y luego de una larga pausa refiere un sueño:

Estaba en la puerta del taller, estaba del lado de adentro y había alguien forzando la puerta, abrían un poco la puerta, metían un caño, el caño se me clavaba en las costillas.

Las asociaciones con los elementos del sueño son “hay una amenaza” y en relación con el caño: “rigidez y palanca”. El analista interpreta los pensamientos oníricos como “que ella sentía una amenaza en relación con el trabajo y que ella, la paciente, está abriendo una puerta con eso”.

Luego del sueño, las entrevistas siguientes avanzan sobre la relación con su madre y con su hijo, ante la dificultad de la paciente para ponerles límites a los demás de una manera que no sea violenta. “No quiero parecerme a mi padre en eso”, afirma.

Comentario de la viñeta 1

En esta viñeta, se aprecia cómo rápidamente el analista recorta un significativo que insiste en la enunciación de la paciente e interviene haciéndolo resonar: “no creo que no pase nada”. La ausencia de ese efecto sorpresivo de división que suele acompañar el retorno de lo reprimido revela que ella se sirve de esa muletilla para “mirar para otro lado”. Esto da cuenta de su posición a través de un primer juicio consciente y le da condición de significativo a ese “nada”, luego de la intervención del analista, el significativo como signo de la posición dividida del sujeto. Es a partir del material asociativo de un sueño que surge la rememoración de diversas escenas infantiles junto a su hermano. Son escenas teñidas de una violencia más normalizada que normal, donde el padre les *pegaba*, por jugar más allá del límite permitido, es decir, allí donde lo prohibido adquiere valor deseante, con el *pegamento* de su taller. Vemos que aquí el sueño tiene una función en el análisis.

Como efecto de este sueño y otros recuerdos afines, relata otra escena, esta vez actual, con su propio hijo, donde ambos se exaltan y ella termina gritándole y zamarreándolo a modo de castigo. No es sin la intervención del analista al señalar la similitud entre ambas escenas, que la analizante responde con un afecto penoso señalando la “demasiada proximidad” con su padre. Podríamos inferir en este momento del tratamiento un primer cambio en la posición judicativa de la analizante, al pasar de “mirar para otro lado” (no querer saber nada de eso) a reponer cierta identificación al rasgo violento de su padre. Así, se le revela, con la presencia de un afecto que la interpela, la revisión de un juicio implícito, hasta entonces inconsciente. Es a partir de este movimiento que el analista interviene señalando la diferencia entre *restaurar* y *reciclar*, afirmando el hallazgo, pero apostando, a la vez, a que una transformación tenga lugar donde *lo mismo* se repite.

Luego de un período de la cura donde los efectos terapéuticos se hacen presentes, la analizante relata un nuevo sueño. A partir de las asociaciones de la analizante, el analista interpreta que la *rigidez*, en relación con su posición judicativa consciente inicial, mediante la *palanca* de la transferencia, ha permitido que el trabajo en análisis la habilite a retomar su actividad laboral y que, a su vez, una *puerta* hacia lo nuevo se comienza a abrir.

Luego de este sueño la analizante interroga su incapacidad para poner límites de un modo no violento a los demás. Aquí ubicamos otro indicador clínico que da cuenta de un cambio desde la posición judicativa inicial, “mirar para otro lado y seguir adelante”, a su sintomatización en el análisis como parálisis ante el deseo. No solo su posición es alcanzada en este proceso de *reciclado* judicativo, también la representación de su padre se ve afectada; “no quiero parecerme a mi padre *en eso*”.

Viñeta 2

F tiene 22 años cuando consulta en el Servicio de Clínica de Adultos de Avellaneda. En la entrevista de recepción –primer encuentro con un analista que determina si el Servicio está en condiciones de responder a las características del consultante– recorta el motivo de consulta: “Estoy deprimida, siento que necesito entenderme” “Perdí un bebé a los 16 años –no sabía– me pasó algo bastante feo, estaba mal, me quiso forzar a tener relaciones, fue raro”. Por un lado, la paciente refiere que se sintió forzada a tener relaciones y por otro lado también sostiene “yo me presté a esa situación”.

Antes del comienzo de la primera entrevista con la analista a la que es derivada, F envía un mensaje pidiendo disculpas ya que pensó que el encuentro era una hora después. La analista le responde que la espera, luego recibe otro mensaje: “Doctora estoy yendo, tomé mal el colectivo sabe, disculpe”.

En el primer encuentro F concurre acompañada. Hace una revisión sobre un tratamiento previo en el mismo Servicio: relata que pudo hablar acerca del “consumo de pastillas y alcohol”, que lo hacía porque siempre fue muy tímida y el consumo le facilitaba la interacción con sus pares. Actualmente sostiene que también le cuesta mantener una conversación, “me pierdo”. Acerca del embarazo refiere que fue a sus 16 años, ella no sabía que estaba embarazada y que lo perdió alrededor de los tres meses de gestación a causa del abuso de las mismas sustancias. A su vez, dirá que pudo ubicar que hace dos años que sufre de depresión, y que por este motivo no sale sola de su casa.

F ubica la causa eficiente que empuja a la consulta en esta ocasión: “Empecé a venir porque me pongo muy nerviosa cuando estoy con gente. Recién sentía que se me venían encima. Cuando salí de casa estaba bien, me tomé el colectivo rápido, me tomé el colectivo para el otro lado. Se me venía encima la gente, siento que la gente me observa porque saben lo que me pasa...” Frente a la pregunta sobre qué es eso de lo que los otros se dan cuenta, luego de un silencio, dirá: “Estoy con un tema como que me siento un olor, tengo problemas en el estómago”. Despliega que tiene candidiasis, lo que hace que su cuerpo despidiera un olor fuerte. Dice que por eso es que le cuesta estar con otros, salir de su casa o viajar. Dice que la agreden porque saben que tiene este problema. Solo pudo ir una vez al médico a consultar al respecto y, si bien los estudios dieron buenos resultados, ella sabe que lo tiene. Al indagar sobre lo que “ella tiene” dirá que a veces siente que le “sobra un pedazo de intestino”, que se siente “hinchada”, “cargada”, “incómoda desde adentro, cerca del estómago”.

F falta al segundo encuentro, no sin enviar un mensaje: “Hola, le quería avisar que no voy a poder ir hoy a la terapia porque estoy descompuesta de la panza, ¿sabe?, ¿la veo el jueves que viene?”. La analista responde que la espera.

A la segunda entrevista llega con algunos minutos de demora. La analista le pregunta qué le pasó la semana pasada, haciendo alusión a su ausencia. F responde: “Nada, disculpe, no pasó nada. No me podía levantar de la cama.

Me aturdo, me re-aturdo”. La analista indaga sobre estos fenómenos y F dirá “siento que me agreden. No me entiendo, me pongo a llorar. Me resulta chocante todo lo que la gente dice. Ahora les dije que traten de fijarse de lo que hablan. Me viene pasando hace un montón de tiempo, pero ahora por lo menos lo digo. Perdón que le digo todo, pero se me vienen todos los pensamientos juntos, mezclo todo, voy a mil por hora”.

Respecto de su familia dice que vive junto a su madre, con quien concurre a las primeras entrevistas, y con uno de sus hermanos; sus padres están separados hace dos años. Acerca de su padre recuerda que, durante un festejo de navidad particular, el año en que murió su abuela paterna, “hizo un re-lío, estaba re-drogado, tenía la boca pastosa. Sacó un arma. Yo estoy acostumbrada a ver esas cosas, le apuntaba a los pies a mis tías. Le rompió la cabeza a mi hermano con un palo o un ladrillo. Yo era re-chica.” Dice que este año se enteró que tiene HIV, enfermedad que contrajo por mantener una relación con una prostituta conocida de su barrio, que todos sabían que es portadora de dicha enfermedad: “Fue una decepción para mí, yo siempre lo admiré”. Hace dos años sus hermanos estuvieron presos, lo que las afectó mucho, tanto a su madre como a ella, ya que “ellos son los que también me empujan a hacer las cosas bien”.

En la siguiente entrevista dice que hace un mes aproximadamente que está con su periodo y que siente que tiene que ir al médico, pero que no puede. La analista interroga sobre qué cree que es aquello que le impide acudir a una consulta médica, “Capaz capricho. Ir y que no me den bola”. La analista pregunta si probó ir con alguien. “Sí, hace un montón, con mi mamá. Me siento agredida por ahí”. “¿Por tu mamá?”, pregunta la analista. “Por todos en realidad”. Lloro y dice: “Nadie me entiende, estoy re-ahogada, siento que nadie me entiende, no sé, es re-feo.”

Dice que quiere estar mejor, quiere trabajar o estudiar, Maestra jardinera o peluquería como su tía materna, pero que “(...) hasta que no me saque esa carga que tengo encima, no puedo seguir con mi vida. Siempre vuelvo a lo mismo, a no salir.” No salir supone también pasar los días acostada en la cama para “evitar el contacto con las otras personas” y dormir con dificultad durante la noche. “Me levanto todos los días a las 7 de la tarde. No puedo equilibrarme, no puedo dormir nunca. Me pasa eso que le conté, que me enrosco un montón. Me pongo mal a la noche. Me siento feliz pero a la vez me siento culpable de sentirme feliz, me siento con fuerza, que quiero vivir. Siento que no me puedo mostrar como soy. No piense que estoy loca, perdón que hable mucho”. La analista responde que el espacio del análisis es para decir lo que quiera, como quiera, y termina la sesión.

F falta a la próxima entrevista. Envía un mensaje previo al horario de la sesión diciendo: “Quería avisarle que hoy no voy a ir, estoy un poco triste, discúlpeme”. La analista responde que el espacio de la terapia está también para hablar de esas cosas. F dice que “Sí, lo sé, pero disculpe, no me siento tan bien, hago muchas cosas mal y me da vergüenza”.

En el próximo encuentro dice que consumió cocaína, que

lo hace cuando tiene bronca, “no encuentro qué camino tomar, siempre me quedo a mitad de camino”. La analista le pregunta acerca de la bronca y la vergüenza. F dice: “No tengo bronca hacia alguien, es conmigo, siento que me castigo. Siempre tengo vergüenza, cuando no puedo mantener una conversación. Estoy cansada de vivir, no puedo escapar de mí misma. ¿Por qué no puedo estar bien? ¿por qué no tengo la fuerza para hacer las cosas? Me siento enferma, sentirme el olor... Yo quiero vivir.”

La analista le pregunta cuándo apareció el olor y F responde que desde hace tres años: “Viene de la panza, de mi cuerpo. Estaba re-psicótica con eso. Si me dicen que no tengo olor, es por pudor ajeno, a veces uno necesita que la lastimen para reaccionar”. Cuenta que buscó por internet y encontró que sería “candidiasis intestinal”. “El estómago se va desgastando y se hace una levadura. Con la comida saludable me siento mejor, apacigua un montón, me siento viva, pero después me siento mal, vergüenza, asco. Me siento horrible, siempre fui una persona muy limpia”. La analista pregunta si consultó a un médico y F dice “Eso le iba a contar, empecé a ir al médico, no estaba el clínico y fui a la ginecóloga porque tenía eso de la menstruación durante un mes.” Al finalizar la sesión la analista sugiere que fuera acompañada al tratamiento por alguien de su familia y también le ofrece tener una entrevista junto a alguno de ellos. F dice que prefiere que no, que ya su familia tiene bastante, y subraya que además “Es saber que puedo por mí misma”.

Comentario de la viñeta 2

Nos proponemos a continuación hacer una lectura de la viñeta con el objetivo de arribar a la formalización de indicadores clínicos que nos permitan discernir tanto la actividad judicativa de la analizante, como sus variaciones durante el tratamiento.

En la entrevista de recepción la paciente pone de manifiesto una posición paradójica respecto de un episodio confuso para ella, que deriva en un embarazo que luego pierde. Si bien en un principio dice que fue forzada a tener relaciones luego dirá que “fue raro”. Al ser interrogada por lo “raro” la paciente dirá que “yo me presté a la situación”, revelando una posición que, si bien a priori se asemeja a la división subjetiva, veremos que responde a otro fenómeno.

En el primer encuentro con la analista a la que es derivada, la paciente rápidamente da cuenta de su dificultad en el lazo social y el modo de tratamiento que ha encontrado hasta entonces: ella se considera tímida y se pone muy nerviosa cuando está con gente, el consumo de drogas y alcohol opera como un aliciente permitiendo el encuentro con sus pares. La paciente detalla lo que experimenta frente a los otros: “se me vienen encima” y se siente observada porque “saben lo que me pasa”. Lo que los otros saben es “un tema” que ella siente en relación con su cuerpo, “un olor fuerte” que proviene del estómago. Los otros lo saben y por eso la agreden. La paciente afirma que por “ese olor” le cuesta salir de su casa, estar con otros, viajar.

Los fenómenos que experimenta un sujeto psicótico pueden diferenciarse en dos estatutos: los fenómenos prima-

rios de la enfermedad, es decir, los retornos en lo real, significantes sueltos que retornan fracturando la cadena significativa por no ser dialectizables, y las elaboraciones que el sujeto les añade en tanto autotratamiento. La “eficacia del sujeto” radica en encadenar los retornos de lo real que padece a otros significantes, en una trama que cifra el goce desregulado volviéndolo soportable (Soler, 1988).

La paciente refiere fenómenos corporales que nos acercan al polo esquizofrénico de la estructura de la psicosis. Si bien se sirve del discurso médico para significar el olor que percibe, conjeturando que se trata de “candidiasis”, luego de recibir estudios que desestiman esa patología, sin embargo, un enunciado se impone como certeza: “ella sabe que lo tiene”. Al ser interrogada por la analista responde que le “sobra un pedazo de intestino”, que se siente “hinchada”, “cargada”, “incómoda desde adentro”. Subrayemos que, en su lectura de estos fenómenos corporales, elabora un plus, un exceso que se articula con cierto sesgo hipocondríaco, solidario a lo que Freud describió como “lenguaje de órgano” (Freud, 1915, p.195). El lenguaje de órgano no responde al inconsciente que metaforiza el cuerpo, efecto del “órgano del lenguaje” (Lacan, 1972, p.500), ya que la enunciación psicótica no siempre constituye un cuerpo único y regulado por los discursos establecidos (“tengo un cuerpo propio”). Por este motivo Lacan dirá que el psicótico “enfrenta a sus órganos sin el auxilio de ningún discurso establecido” (p.498) que establezca un límite, una barrera al goce intrusivo, con la posibilidad de metaforizarlo a través de la significación fálica. A diferencia del síntoma histérico, donde habría a nivel corporal un compromiso funcional en juego, en los fenómenos corporales en las psicosis no se trata de un cuerpo simbólico que metaforiza un mensaje reprimido, sino de un “simple delirio en el vocabulario del cuerpo que toma las palabras en lo real” (Soler, 2004, p.115). El lenguaje de órgano revela, además de los fenómenos señalados anteriormente, una posición ética respecto de la impostura paterna, una operación jurídica personal, en este caso manifestada en un cuerpo fuera de discurso, que testimonia los efectos de la forclusión del Nombre-del-Padre (Lombardi, 2019, p.74).

Ahora bien, considerando al síntoma como lo analizable, brújula que guía la dirección de la cura, es necesario interrogarnos: ¿Cuál es el síntoma? ¿El lenguaje de órgano, la alucinación olfativa, el delirio persecutorio, el consumo de sustancias? Podemos conjeturar la siguiente secuencia lógica en la elaboración personal que la paciente relata:

- Tiempo 1: El lenguaje de órgano: “me sobra un pedazo de intestino” y la alucinación olfativa: “siento un olor fuerte” en relación a su cuerpo, como los fenómenos primarios de la enfermedad.
- Tiempo 2: El delirio persecutorio: “ellos saben lo que me pasa” / “ellos me agreden”, si bien cargan con el estatuto de la certeza, se trata de una elaboración que supone una tentativa de curación en tanto restitución del lazo al Otro.
- Tiempo 3: El consumo de sustancias deviene, a su vez, una nueva elaboración que permite el encuentro con los otros.

Si el síntoma es “acontecimiento de cuerpo” (Lacan, 1973, p. 595), consideramos que en este caso lo más primario de la posición subjetiva está en las alucinaciones olfativas, por lo que un diagnóstico podría apoyarse en la categoría de Psicosis Alucinatoria Crónica (Ballet, 1911), donde las ideas delirantes son secundarias respecto de los fenómenos disgregantes. De todos modos, no se trata de ir contra el síntoma –el análisis no es antipsicótico– ya que la cura puede brindar un soporte simbólico a los autotratamientos de lo real, en este caso las alucinaciones y sus interpretaciones del delirio persecutorio. La escucha que un analista oferta al analizante psicótico, depurada de los prejuicios y sometida a las posiciones subjetivas de este último, no solo puede acompañar el autotratamiento de los fenómenos elementales que padece, sino que también permite un retorno al hábitat usual del ser hablante: el lazo social. La transferencia, en tanto forma parte del lazo social analítico, opera como soporte del trabajo analizante que le permitirá, eventualmente, elaborar la relación al Otro habilitando un retorno a otros lazos sociales (Lombardi, 2019, p.77).

Como hemos señalado, consideramos que el psicoanálisis no consiste en un proceso judicial, sino justamente lo inverso, en una exploración, despliegue y eventual resolución de aquellas posiciones judiciales tomadas en base a equívocos que impiden al ser hablante tomar posición en relación con su deseo. Ahora bien, si en las neurosis es posible un juicio adverso respecto del síntoma, en las psicosis la imposición del significativo desencadenado en lo real dificulta una actividad judicial semejante. La certeza, entendida como experiencia subjetiva de la inercia dialéctica del fenómeno elemental, concierne necesariamente al sujeto modulando diferentes versiones de la autorreferencia y sus eventuales elaboraciones. Sin embargo, el sujeto psicótico, aunque conviva con lo inconsciente a cielo abierto, dispone de otras defensas que no implican la represión. ¿Qué significa, entonces, el enunciado: “nada, disculpe, no pasó nada, no me podía levantar de la cama, me aturdo, me re-aturdo”? (cuando la analista le pregunta por su ausencia a una de las sesiones). ¿Se trata de una posición judicial respecto al síntoma o, más bien, de una posición disociada respecto a éste? Un defecto en la metáfora paterna hace prevalecer la manifestación metonímica en el discurso psicótico, que no encuentra, o no fácilmente, el punto de capitón que la metáfora ofrece. ¿Dónde podemos ubicar entonces indicadores que nos permitan discernir la actividad judicial de la paciente y sus variaciones?

Una respuesta posible es el tratamiento del lazo al Otro. Podemos conjeturar que la producción del delirio, en tanto ficción que incluye al Otro, supone un juicio externo que opera como elaboración de los fenómenos elementales o primarios de la enfermedad. Es interesante considerar, a propósito del lazo transferencial, las ausencias perfectamente alternadas entre una sesión y otra, modalidad que podrían ser la condición de posibilidad para sostener el análisis sin que la analista “se le venga encima”. Podemos ubicar una variación en la posición subjetiva de la anali-

zante, consecuente con la transformación del lazo al Otro, específicamente en relación con la figura del médico. Si en un principio considera que será agredida por estos, en la última sesión comenta “empecé a ir al médico” dando cuenta de una diferenciación entre el Otro del saber y el Otro del goce perseguidor. De este modo una revisión ética que implique un juicio sobre nuestra acción también es posible en el tratamiento de las psicosis.

Quizá la ironía como índice de la posición del sujeto psicótico en el discurso pueda orientarnos en este punto. Si bien en algunos casos la ironía es un corte radical con el lazo al Otro, también es un modo de habitar el lazo social en un borde de la escena. Entonces, tal vez se puede releer el juicio adverso ya no solo en relación con el síntoma, sino con el lazo analítico mismo cuando, luego de una intervención, F responde: “Nadie me entiende, estoy reahogada, siento que nadie me entiende, no sé, es re-feo”. Del mismo modo, cuando al finalizar la sesión la analista sugiere que fuera acompañada al tratamiento por alguien de su familia, F rechaza, cual Bartleby, alegando que preferiría no hacerlo ya que su familia tiene bastante y ella puede hacerlo sola. La ironía como posición judicativa ante la analista parecería ubicarse en un punto intermedio entre un pasaje al acto y un acting-out, donde se rechaza al Otro y a la vez se muestra el rechazo. Sin embargo, este tipo de pasaje al acto se realiza muchas veces de antemano, en el sentido de que no es tanto una caída de la escena sino una posición reactiva a la constitución de la escena misma. Aunque la posición forclusiva (de rechazo de algo que, en definitiva, nunca se aceptó) no deja de ser mostrada, tampoco llama a ninguna interpretación, ni siquiera a la más salvaje. En este sentido, se trata de un juicio adverso diferente al que Freud propone en su texto “La negación” (1925), donde la posición judicativa permite soportar el lazo e indica el acto analítico.

Conclusiones parciales

En el presente trabajo abordamos ciertas especificidades de las variaciones judicativas para la clínica psicoanalítica. El desarrollo y sostén conceptual del mismo se inscribe en el marco del Proyecto UBACyT: “Variaciones en la posición judicativa del analizante. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda”, dirigido por el Dr. Gabriel Lombardi, y se utilizó en su elaboración dos viñetas, provenientes de historias clínicas de pacientes que se atienden en el servicio mencionado. Nuestro objetivo ha sido delimitar la actividad judicativa del analizante, la presencia o no de algún tipo de variación en esa posición e interrogar qué incidencia tienen las intervenciones del analista en la eventual variación. Considerando la viñeta número 1, podemos afirmar que la localización de un juicio no implica como condición *sine qua non* un cambio o modificación de posición subjetiva frente a ese. Serán el análisis, y los efectos de éste, los factores que permitirán dicho reposicionamiento, considerando especialmente que el análisis es una revisión ética del juicio que opera desde el deseo inconsciente. En este sentido, pueden presentarse diversos efectos, por ejemplo

terapéuticos, pero es la incidencia de la causalidad del inconsciente y de la posición frente a este lo que participa decisivamente en la modificación de la posición judicativa. Hemos reconocido que un cambio en dicha posición del analizante se encuentra íntimamente relacionada con los efectos de las intervenciones del analista, en tanto causa de la división del sujeto, permitiendo una lectura diferencial del entramado significativo que lo determina. De este modo hemos podido ubicar que las variaciones posicionales se realizan, en la primera viñeta, a partir de que se constituye el síntoma de la parálisis en su estricto sentido analítico. En la segunda viñeta la actividad y variaciones judicativas de la analizante se ven moduladas a partir del rasgo estructural diferencial. Si en las neurosis podemos ubicar la presencia de un juicio adverso sobre el síntoma en el sentido de una represión, en las psicosis el juicio adverso se evidencia en la coyuntura del desencadenamiento y se repite en la ruptura irónica del lazo social. En este caso el juicio adverso sobre el síntoma y sobre el analista, posee la estructura de un pasaje al acto de antemano, en tanto atentado a un lazo social que nunca llega a constituirse. ¿Qué posición para el analista ante el juicio analizante, y en particular el analizante psicótico? Retomando las elaboraciones de un artículo previo, el analista...

(...) para acceder a ese lugar ha de pagar con su saber y con su juicio, a fin de encarnar ese lugar de escucha que es en principio un no saber nada, un no comprender, un hacer lugar a la articulación de lo errático, de lo que perdió toda articulación en el Otro y que cerró entonces toda apertura al ser hablante, que es un ser social, y por lo tanto no es sin Otro. (Lombardi, 2019: 77)

La diferencia que pueda hacer un concepto psicoanalítico de juicio en el análisis apunta a intervenir desde los fundamentos más íntimos del sujeto, eventualmente con un efecto evidente en la actividad judicativa del analizante. La consideración diferencial del “juicio adverso” como soporte o rechazo del lazo analítico, será una coordenada a profundizar en nuestros posteriores trabajos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2017). *Karman*. Stanford University Press.
- Ballet, G. (1911). La psychose hallucinatoire chronique. En *L'Encéphale*. Traducción: Ficha de la Cátedra II de Psicopatología, UBA.
- Freud, S. (1900). La psicología de los procesos oníricos. En *Obras completas* (Vol. V). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925). La negación. En *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1959-1960). *El Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1972). El Atolondradicho. En *Otros Escritos*. Paidós.
- Lacan, J. (1973). Joyce el síntoma. En *Otros Escritos*. Paidós.
- Lacan, J. (1974-1975). *Le Séminaire 22: R.S.I.* Inédito.

- Lombardi, G. (2008). Efectos terapéuticos y efectos didácticos del psicoanálisis. En *Hojas Clínicas*. JVE.
- Lombardi, G. et al. (2014-2017). Proyecto de la programación 2014-2017 de UBACyT: "El sentimiento inconsciente de culpa como índice negativo del deseo: detección y tramitación en el tratamiento psicoanalítico en diferentes tipos clínicos. Estudio de casos en el Servicio de Clínica de Adultos de la Facultad de Psicología en Avellaneda".
- Lombardi, G. (2015). *La libertad en psicoanálisis*. Paidós.
- Lombardi, G. y Laje, M. (2016). La culpa como índice de la posición del sujeto en el deseo. *Anuario de Investigaciones* (Vol. XXIII). Universidad de Buenos Aires.
- Lombardi, G. et al. (2018-2020) Proyecto de la programación 2018-2020 de UBACyT: "Variaciones en la posición judicativa del analizante. Estudio de casos en el Servicio de Clínica psicológica de Adultos en Avellaneda".
- Lombardi, G. (2019). Perder la razón. En *Revista Palavras* (5), 71-84. Facultad de Psicología, Universidad de La Plata. <https://doi.org/10.24215/24689831e030>
- Muraro, V. y Gurevicz, M.C. (2019). *Un acercamiento a la teorización freudiana del juicio*. En Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Soler, C. (1988). *Estudios sobre la psicosis*. Manantial.
- Soler, C. (2004). *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. JVE ediciones.

NOTA

Las citas de obras en lengua extranjera son traducciones propias.

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2021

Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2021

Fecha de publicación: 30 de noviembre de 2021