

## **De las muchas formas clínicas del vacío**

Por María Angélica Palombo<sup>1</sup>

### **Resumen**

Este trabajo forma parte de una investigación conceptual acerca de los estados de vacío según Winnicott, Marty, Green, Kernberg, Maldavsky y Recalcati. Comienza con una descripción de las diferentes maneras en las que suele aparecer el vacío: en los pensamientos, los sentimientos, la voluntad, la energía, la ética, los deseos. Con el criterio que establece una diferencia entre estados y vivencias de vacío se expone la teorización de los analistas mencionados y se hace una breve referencia a las dificultades que estos problemas presentan en el trabajo clínico.

### **Palabras clave**

Vacío, desvitalización, angustia, desesperanza, abulia, desinvertidura

### **Summery**

This paper is part of a larger body of conceptual research in a theory of emptiness along the line of Winnicott, Marty, Green, Kernberg, Maldavsky and Recalcati. It begins with a description of different ways of emptiness: in thoughts, feelings, will, energy, ethics, wishes. Under the criterion that establish a difference between states and experience of emptiness it exposes the theorization of the mentioned analysts and makes a short reference about the difficulties that these problems make in clinical work.

### **Key words**

Emptiness, devitalization, anguish, hopeless, lethargy, disinvestment

---

<sup>1</sup> \* Licenciada en Psicología UBA. Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados. Ex docente de la UBA, Doctoranda UCES, Directora de Encuentro Clínico, Centro de Psicoterapia. Mail: mariaangelicapalombo@gmail.com

Este escrito forma parte de una investigación conceptual en curso acerca del concepto de vacío en seis autores del campo del psicoanálisis: Winnicott, Kernberg, Marty, Green, Maldavsky y Recalcati. El objetivo de este escrito es exponer cómo se presentan en la clínica las distintas formas del vacío según la concepción teórica de cada uno de estos pensadores.

Antes de comenzar con la exposición del pensamiento de los autores mencionados, es necesario tener en cuenta que, desde el punto de vista teórico, el concepto de vacío es extenso e incluye varias significaciones: representacional, afectiva, energética, de deseos, de fantasías, volitiva, ética. Esto abarca las vivencias de no tener nada en la cabeza, no poder pensar, no recordar, no tener fuerzas para llevar un proyecto adelante, no desear nada, no preferir nada, no poder imaginar, no tener voluntad para iniciar acciones o para continuarlas, no tener convicciones, sentir indiferencia hacia casi todo.

Un psicoanalista argentino contemporáneo, Jaime Lutenberg, plantea que hay un vacío mental emocional y uno estructural. Cuando se refiere al primero dice que tiene que ver con una vivencia de vacío interior. *“Lo que falta atañe al plano de las emociones, de los afectos y de los derivados de ellas.”* (Lutenberg, 2007, pág 25). Respecto del vacío estructural, este autor dice que en un sector escindido de la mente se produjo un *“... detenimiento en el proceso de diferenciación del ello en su camino a la construcción del yo y del superyó...”* (Lutenberg, 2007, págs 26-27) y relaciona esto con la instalación de un congelamiento producido por situaciones traumáticas muy precoces, que producen una defensa simbiótica secundaria que genera un sector yoico escindido.

Siguiendo esta postulación que diferencia la vivencia o el sentimiento de vacío por un lado, y el estado de vacío por el otro, resulta importante discriminar, en el campo de la clínica, las manifestaciones en las que el paciente refiere sentirse vacío de aquellas en las que el vacío se expresa por distinto tipo de conductas (actuaciones impulsivas, trastornos psicossomáticos, compulsiones a la repetición), en las que se hace necesario un trabajo adicional de parte del analista para llegar a encontrar el vacío constitutivo de esos estados y lograr que el paciente tome conciencia de eso. En el primero de los casos puede ocurrir que la conciencia del problema conduzca a un trabajo terapéutico con más posibilidades de éxito, aunque también puede ocurrir que exista un abroquelamiento tanático en esa

posición. En el segundo caso, el trabajo preliminar de toma de conciencia puede conducir al paciente a la posibilidad de pensarse, así como puede estar limitado a poner algo de coto a la impulsividad. En todos los casos hay que tener en cuenta que la pulsión de muerte y la reacción terapéutica negativa son escollos severos que están permanentemente presentes en este tipo de problemáticas.

Deutsch (1934), una de las primeras psicoanalistas que proporciona elementos teóricos para pensar el vacío como problema psicopatológico, afirma que existe un tipo de cuadro psicopatológico que denomina “personalidad como si”. Según esta autora, se trata de personas que carecen de autenticidad, aunque externamente parezcan perfectamente integradas. Estas personas, dice Deutsch, producen impresión de normalidad, puesto que son inteligentes y comprenden las cuestiones emocionales y sociales, pero tienen dañada su capacidad para crear y desarrollar relaciones afectivas. *“...cuando siguen sus frecuentes impulsos a realizar una labor creadora construyen algo valioso en cuanto a la forma, pero que constituye siempre una repetición espasmódica, aunque eficaz, de un prototipo, sin la menor huella de originalidad.”* (Deutsch, 1934, pág.415). Pareciera que son personas con capacidad para amar, aunque, en una observación más fina, se detecta la falta de calidez de las relaciones que entablan con sus congéneres. Son como actores que tienen muy buena técnica pero no una verdadera motivación. Se mimetizan con el medio. Algo que puede ser un dato clínico relevante es que a la larga estas personas producen tedio en aquellos con los que tienen relación, que poco a poco advierten el vacío afectivo de estos sujetos. Y así como están vacíos en lo afectivo lo están en lo moral, puesto que son personas que no tienen una estructura ética definida. Helen Deutsch dice que en estos casos la relación del sujeto con el mundo exterior y con su propio yo está muy empobrecida o no existe. En el individuo “como si”, ya no se trata de una represión, sino de una verdadera pérdida de carga objetal.

En Winnicott el sentimiento de vacío está asociado con la vivencia de irrealidad. El psicoanalista inglés afirma que la vida es algo que atañe al ser y que lo específico de la salud es ser y sentirse real. Lo patológico reside en el sentimiento de ser irreal, de no ser uno mismo, de no estar en ninguna parte. El sentimiento de no ser real se traduce en distintas formas de angustia inconcebible que son: fragmentarse, caer interminablemente,

no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener ninguna orientación. Todas las fallas que podrían producir angustia inconcebible en el niño, generan una reacción que corta el “seguir siendo”. Si esto se reitera persistentemente, se inicia una dimensión de fragmentación del ser. El niño con una fragmentación de la línea de continuidad del ser tiene una tarea de desarrollo que casi desde el principio se inclina hacia la psicopatología. Winnicott señala que, como medida de protección frente a la desintegración y ante la incapacidad de la madre para sostener adecuadamente a su hijo, el niño va construyendo un falso *self*, que se establece sobre una base de sumisión a la realidad. Desde ahí, el falso *self* podrá cumplir una función defensiva respecto del verdadero. Solo el *self* verdadero puede sentirse como real, pero el *self* verdadero nunca debe ser afectado por la realidad externa, nunca debe obedecer. Winnicott señala que cuando el *self* falso es tratado como real, surge en el sujeto una sensación creciente de futilidad y desesperación. Cuando un paciente con esta problemática pide ayuda es porque se siente irreal o fútil. El vacío se le presenta como sentimiento de no ser.

Winnicott (1935) en su brillante trabajo “La defensa maníaca” afirma que el vacío puede representarse exactamente por su opuesto. Los estados de muerte, quietud, hundimiento, se reemplazan por sus pares antitéticos, por lo cual lo que aparece en la clínica es sensación de plenitud, vitalidad, movimiento, ascenso. El paciente con estas características suele tener una personalidad poco profunda en la que se quiere sostener siempre ligereza y buen humor. En estos casos impera el sentimiento de futilidad, que si no es correctamente entendido por el analista, conduce a desarrollos engañosos en los que no se produce ningún cambio real en el tratamiento.

En los desarrollos teóricos de Winnicott hay una gama de vivencias y estados anímicos que forman parte de la problemática propia de estados en los que los sujetos que los padecen han sido “dejados caer”: sentimiento de irrealidad, desvitalización, falta de espontaneidad, dificultades para establecer relaciones con los otros, inhibición de los sentimientos y de la capacidad creativa, poca capacidad para pensar, sensación de no estar bien sostenido, desorientación, futilidad, sentimientos de vacío. El vacío como estado, en la lectura de Winnicott que se postula en este trabajo, es la base de todas estas manifestaciones clínicas.

Según Maldavsky, el concepto de vacío tiene que ver con ciertos estados de disminución o ausencia de la conciencia y con el sentimiento de falta de convicción de existencia. Este pensador señala que es la conciencia originaria la que representa un factor decisivo para que podamos hablar de surgimiento del sujeto. El advenimiento de la conciencia originaria va acompañado de los rudimentos de convicción de la existencia propia y de la de los otros. Lo cierto es que puede haber procesos psíquicos no subjetivos, en tanto no se ha desarrollado aún la conciencia originaria. Para Maldavsky la demostración clínica de que existen procesos psíquicos sin conciencia la encontramos en los casos de autismo y, de manera pasajera, en adicciones tempranas, ciertas afecciones psicósomáticas y algunas neurosis traumáticas precoces. La cualificación de la conciencia originaria apunta al desarrollo del aparato psíquico y es fundamental para neutralizar el retorno a la inercia y al cero. Las alteraciones en la conciencia originaria tienen una gran responsabilidad en el desencadenamiento de ciertos tipos de autismo temprano, patologías tóxicas como adicciones, epilepsias y alteraciones psicósomáticas así como patologías traumáticas, que derivan en alteraciones para dormir, para respirar, característicos de los estados de estrés.

Respecto de las patologías tóxicas, la pulsión de muerte genera una herida abierta en la autoconservación, por lo que el principio de inercia releva al de constancia, y el organismo, en lugar de morir a su manera, fenece a la manera ajena. En este tipo de patologías lo que falta es la investidura, un afecto carente de matiz (Maldavsky, 1994). Estos fenómenos de estados de abulia y sopor corresponden a una clínica particular: la clínica de la conciencia originaria. En estos casos, la desinvestidura de dicha conciencia se complementa con una sobreinvestidura restitutiva de un cierto mundo sensorial al que el paciente se adapta: frecuencias, vértigo, golpes, así como los discursos característicos: inconsistente, catártico, especulador, tienen como objetivo desarrollar un mundo anímico no subjetivo. El ordenamiento del mundo sensorial se correlaciona con una falta de desarrollo de los afectos, sobre todo del dolor, sustituido por estados de dolor y apatía. Esta abulia corresponde precisamente a un dolor sin sujeto.

Desde la perspectiva de Maldavsky, en las patologías caracterizadas por el sopor y la apatía, falta la investidura de la conciencia originaria. Este autor señala que hay cuadros clínicos caracterizados por procesos anímicos no subjetivos así como hay otros en los que

se produce una cíclica oscilación entre subjetivación y claudicación de la misma. También se refiere a este tipo de situaciones cuando habla de ciertos rasgos patológicos de carácter, específicamente: El carácter abúlico, que se caracteriza por la presencia de un núcleo letárgico y desvitalizado. Lo que predomina en estos cuadros es una tendencia anímica disolvente, deconstituyente de la tensión vital, de la cual deviene un estado económico inerte (Maldavsky, 1994).

Refiriéndose a las patologías límites, Maldavsky pone el centro de la cuestión en algo que sucede con los afectos: el dolor sin sujeto. El punto nuclear de estos cuadros es el sopor, la abulia (como dolor despojado de cualidad), *“...el punto central desde el cual podemos iniciar una indagación clínica en las llamadas patologías limítrofes corresponde a un dolor sin sujeto, sin conciencia. Esta falta de conciencia enlazada al mundo de los afectos se articula con un vínculo con una realidad sensorial en que predomina el apego desconectado...”* (Maldavsky, 1994, pág.269). Cuando hablamos del vacío, en este contexto, nos referimos al vacío en tanto vacío de afectos, de cualidad. Es decir, vacío de subjetividad.

El concepto central de Marty (desarrollado junto con de M'Uzan), de la Escuela Psicosomática de París es el de pensamiento operatorio, que es conciente y no tiene ligazón con movimientos fantasmáticos, por eso la relación que despliega el sujeto con los otros se denomina relación blanca, que es una relación vacía de fantasías. Es un pensamiento que se refiere a cosas y no a conceptos abstractos ni a expresiones imaginativas ni simbólicas. Es entonces la evidencia de un proceso de investidura arcaico. Lo que importan son los comportamientos, no los pensamientos, que son pobres, repetitivos y ligados a lo fáctico. La vida mental aparece como vacía, hay carencia de actividad fantasmática y de sueños y ausencia de elaboración psíquica (Marty, 1963). Junto a esto habla Marty de la depresión esencial, con una enorme disminución de nivel del tono libidinal. La sintomatología depresiva se caracteriza por la falta, es decir, por el borramiento de la dinámica mental: esta falta es comparable a la muerte, donde la energía vital se pierde sin compensación. La pulsión de muerte es la dueña y señora de la depresión esencial.

Marty (1990) reflexiona acerca de los recursos defensivos del yo. Dice al respecto que no se deben confundir defensas del yo y defensas de la vida. Las personas que tienen

un yo muy precario (neurosis de comportamiento, neurosis mal mentalizadas) defienden su vida con defensas biológicas que son las únicas que tienen. El vacío aparece en Marty como un achatamiento del psiquismo, con incapacidad para la comprensión intuitiva y la empatía y un sentimiento crónico de aburrimiento.

Green es uno de los psicoanalistas que mejor describió los estados de vacío, que él relaciona con la depresión primaria. Lo que Green llama depresión en este contexto no tiene que ver con el sentido usual del término, sino con lo que él considera una desinvertidura radical que produce estados anímicos en blanco, sin afecto, sin dolor, sin sufrimiento. La depresión primaria puede orientarse hacia una reinvertidura de la realidad (especialmente agresiva) o hacia un sentimiento de no existencia, de futilidad. El paciente fronterizo oscila entre la escisión y la depresión. En estos casos los núcleos del yo, separados entre sí, forman como archipiélagos no comunicados, rodeados de vacío. Hay falta de cohesión, de unidad, falta de coherencia. Y sentimiento de futilidad, con falta de percatación de presencia y contacto limitado: vaciedad básica. En estos casos el yo procede a una desinvertidura de las representaciones que lo deja frente a su vacío constitutivo, como corolario, el yo se hace desaparecer. En la depresión primaria se observa: dificultad para la representación mental, mala concentración, imposibilidad de pensar. La desinvertidura radical que engendra estados anímicos en blanco sin componentes afectivos, sin dolor, sin sufrimiento da lugar a lo que Green y Donnet llaman: la psicosis blanca. En los procesos de escisión del yo, no existe comunicación entre las partes escindidas. Existe una locura en el yo, dice Green, que está “escondida en lo profundo” (Green,1990, pág.43) y que sólo se revela en la transferencia. Estos pacientes, dice Green, están regidos por la lógica de la desesperanza, son como un collar de perlas sin cuerda que las enlace. Los objetos sólo existen por el displacer que causan y el vacío del yo es más consistente que sus logros. Se trata de personas extremadamente sensibles tanto hacia la pérdida como hacia la intrusión. El interés que el psicoanálisis actual tiene hacia los estados fronterizos tiene que ver con la frecuencia en la que el análisis de neurosis conduce hacia núcleos psicóticos, lo que Green llama la “locura privada” de estos pacientes. Se trata de “estados fronterizos de la analizabilidad” (Green, 1990, pág.58).

En “El tiempo muerto”, Green (1975) propone completar la noción de espacio vacío o blanco con la de tiempo muerto, puesto en evidencia clínicamente por: tedio, espera en la que no se espera nada, abandono de la lucha, ausencia de esperanza, estupefacción, falta de reacción y de afectos.

Kernberg por su parte, señala que cuando se perturba la normal relación entre el sí mismo y el mundo interno de objetos y se produce lo que podríamos llamar abandono interno del sí mismo por parte de los objetos internos o una pérdida de objetos internos, surgen experiencias subjetivas patológicas sumamente dolorosas y perturbadoras. Entre esas experiencias se encuentran la sensación de vacío y futilidad de la vida, el desasosiego crónico, el hastío y la pérdida de la normal capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella. En los pacientes que experimentan estos sentimientos el vacío se instala como una modalidad básica de vivencia subjetiva. En algunos cuadros en los que se hacen presentes los estados de vacío, dice este autor, se observa la presencia de desorganización yoica o marcado retraimiento de los vínculos emocionales con la sociedad (generalmente se trata de organizaciones borderline).

En el caso de trastornos narcisistas, Kernberg dice que la vida emocional de estos sujetos carece de profundidad. Tienen poca empatía por los sentimientos de las demás personas, rasgo que, desde luego, se hace presente en el trabajo de la transferencia. Envidian a los que brillan, idealizan a algunos individuos de quienes esperan gratificaciones narcisistas y desprecian a aquellos de quienes sienten que ya no pueden esperar nada. Tienen relaciones de carácter explotador. Se comportan como vampiros. No tienen consideración hacia los otros. Las personas a su disposición son objetos descartables.

Kernberg relaciona los estados de vacío con diferentes estados psicopatológicos:

- Depresión: sensación de pérdida de contacto con los demás. Para ellos la vida ya no tiene sentido, no hay esperanzas de felicidad ni nada a los que se pueda aspirar como idea. Estas son vivencias semejantes al sentimiento de soledad según el cual no merecen el amor de los otros y han sido condenados a estar solos.

- Personalidad esquizoide: aparece el vacío como característica innata. Son incapaces de tener vivencia alguna. La sensación interna de dejarse llevar, de irrealidad subjetiva y el relativo alivio derivado de esa misma irrealidad les hace más tolerable la vivencia de vacío.

- Patologías narcisistas: en la experiencia de vacío de estos pacientes intervienen fuertes sentimientos de hastío o desasosiego. Son incapaces de empatizar profundamente con los otros. Cuando las gratificaciones cesan, reaparece el sentimiento de vacío.

- Casos fronterizos: muchos casos de estos tienen vivencias de vacío pero sin la fuerza de las personalidades narcisistas.

En todos estos cuadros el estado de vacío, relacionado, como se indica más arriba, con el abandono interno del sí mismo por los objetos internos, da lugar a distintas formas de apagamiento del sujeto, de falta de deseo y de esperanza y de pérdida de su capacidad para amar.

Para Recalcati el vacío, en las estructuras signadas por la melancolía, remite a una pérdida absoluta, no simbolizable, no contingente. Lo que se vacía es el ser del sujeto. “...la muerte es imposible para él porque la muerte es accesible sólo a los vivos, no a los muertos, no al que ya está muerto, no a quien permanece pegado desde siempre a la muerte” (Recalcati, 2002, pág. 38). En el análisis de los casos de trastornos de la alimentación, Recalcati dice que puede hablarse de dos modos de alcanzar el estado de vacío: por el camino de una resta, que sería privarse de la ingesta hasta el límite, o bien por el camino de la suma: comer hasta el hartazgo. Tanto en un caso como en el otro, por la resta anoréxica o la suma bulímica, a lo que se llega es al cero.

Recalcati habla de una clínica del vacío, en la cual incluye anorexia-bulimia, toxicomanía, ataques de pánico, depresión, alcoholismo, etcétera, pero señala que él no está hablando de nuevas estructuras psicopatológicas, sino de cuestiones centrales en la clínica contemporánea. Dice que estamos frente a un fenómeno caracterizado por la declinación del síntoma, por problemas en la constitución narcisista del sujeto y por la afirmación del goce asexuado, relacionado con el consumismo. El síntoma, en este tipo de problemáticas,

es reemplazado por la angustia sin nombre. La experiencia del vacío es la expresión de la dispersión del sujeto, de su inconsistencia básica y de su vivencia de inexistencia. En los casos graves hay un predominio del *acting out* y del pasaje al acto y una cadaverización progresiva del sujeto. Junto con ellos las pulsiones actúan caóticamente.

Al referirse a las psicosis no desencadenadas, lo que impide a las personas que padecen estos cuadros el caer en el agujero de las psicosis es la compensación identificatoria. Se trata de una identificación inmediata, adhesiva, mimética. Es el equivalente de lo que para Deutsch eran las personalidades “como si” y para Winnicott el falso *self*. “...indican esa dimensión del sujeto en la cual la identificación imaginaria compensa un vacío de ser-por usar la expresión del propio Winnicott-absolutamente artificial, construida sobre la arena pues, en realidad, carece del soporte simbólico ofrecido por el Nombre del Padre.” (Recalcati, 2002, pág.193).

En los seis autores que se han expuesto, el concepto de vacío abarca fenómenos clínicos que escapan al campo clásico de las neurosis, se acercan a ansiedades y fantasías psicóticas, defensas del orden de la escisión, negación, regresión, desmentida, desestimación del afecto y expresiones conductuales caracterizadas por la compulsión a la repetición. Desde el punto de vista terapéutico son casos que requieren un abordaje sumamente exigente, que combine el psicoanálisis con técnicas más artesanales de aproximación al paciente y, en muchos momentos, medicación. Un riesgo permanente es que el análisis se extienda durante mucho tiempo con una apariencia de éxito que oculta el hecho de que en realidad lo que se ha impuesto es la nada misma. Algunos de los autores mencionados (Green, Maldivsky, Marty, Recalcati) fundan en última instancia el fenómeno del vacío en la acción de la pulsión de muerte. Dos de ellos (Winnicott, Kernberg) se limitan a atribuir esta problemática a severos traumas en los momentos iniciales de constitución del sujeto psíquico.

**Referencias bibliográficas:**

Deutsch, H. (1934). “Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia” Revista APA, N° 2 abril junio de 1968 (Versión de conferencia publicada por The Psychoanalytic Quarterly, 1942)

Green, A. (1990). *De locuras privadas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1975). “El tiempo muerto”, en *La diacronía en psicoanálisis*, Buenos Aires: Amorrortu, 2002.

Kernberg O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires: Paidós, 1979

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*, México: El mundo moderno, 1999.

Lutenberg, J. (2007). *El vacío mental*, Lima: Siklos.

Maldavsky, D. (1998). *Estructuras narcisistas*, Buenos Aires: Amorrortu.

Maldavsky, D. (1994). *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.

Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). “La pensée opératoire”, *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27, págs. 345-356.

Marty, P. (1990) *La psicósomática del adulto*, Buenos Aires: Amorrortu.

Marty, P. (1990). “Psicósomática y psicoanálisis”, en Calatroni, M., *Pierre Marty y la psicósomática*, Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

Recalcati, M. (2002). *Clínica del vacío*, Madrid: Síntesis, 2008.

Winnicott, D. W. (1935). “La defensa maníaca”, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*,  
Barcelona: Paidós, 1979

Winnicott, D. W. (1958-1963). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*.  
Buenos Aires: Paidós, 2007.