

FORMAS DE ABORDAJE DE LOS ESTADOS DE VACÍO EN LA CLÍNICA

OUTLOOKS REGARDING VOID STATES IN CLINIC

María Angélica Palombo¹

“Al hacer psicoanálisis me propongo:
Mantenerme vivo–Mantenerme sano–Mantenerme despierto”.
D. Winnicott

Resumen

Este trabajo forma parte de la tesis en curso acerca de los alcances psicopatológicos de la noción teórica de estados de vacío en la obra de O. Kernberg, D. Winnicott. P. Marty, A. Green, D. Maldavsky y M. Recalcati.

Se verá primero cómo es conceptualizado el estado de vacío por cada uno de los autores seleccionados. Luego se describirá cómo es relacionado este estado con algunos cuadros psicopatológicos. Se puntualizará cómo los autores piensan que debe ser abordada esta problemática en el trabajo clínico y finalmente se hará mención al cambio clínico que estos psicoanalistas piensan que se puede esperar en estos casos.

Palabras clave: vacío, sopor, irrealidad, estados límites.

Abstract

This paper is part of an ongoing thesis on the theoretical range of the psychopathological notion of void states in the work of O. Kernberg, D. Winnicott. P. Marty, A. Green, D. Maldavsky and M. Recalcati.

Firstly, the concept of void state for each of the selected authors is considered. Then, the description of relations between this state and some psychopathological frames is undertaken. The way in which the authors believe that these problems must be addressed in clinical work is next considered, and finally expectations of clinical change according to these psychoanalysts will be examined.

Keywords: void, lethargy, unreality, borderline states.

¹ Licenciada en Psicología (UBA). Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Ex Docente en la UBA, Doctoranda (UCES). Directora de Encuentro Clínico, Centro de Psicoterapia. Dirección: Santa Fe 3192, 2° Piso “A”. E-mail: cronopio@fibertel.com.ar

Introducción

Los autores que integran esta muestra han sido elegidos en virtud de sus desarrollos acerca de cuadros psicopatológicos en los que es posible detectar la presencia de esto que acá se denomina “estados de vacío” y que ellos nombran de diferentes maneras. Cada uno de estos nombres alude a un vacío en particular: de sentimientos, voluntad, pasión, ideas, ganas de vivir. No son los únicos psicoanalistas que se ocupan de este tema, simplemente cada uno de ellos pone en consideración diferentes ángulos de abordaje de esta cuestión. La exposición de sus ideas es una demostración de la riqueza que resulta del análisis de diferentes posiciones en el campo del psicoanálisis. Se tratará de exponer cómo se acercan estos terapeutas a las personas que padecen estos trastornos y cómo intentan desarrollar tratamientos que puedan contribuir a que estos pacientes puedan sentir, pensar, actuar, vivir de una manera más sana.

Otto Kernberg

Los sentimientos de vacío

Desde los años 70 hasta la actualidad, Kernberg, al estudiar las características de pacientes de cierta gravedad, se detiene en una problemática común entre ellos, los *sentimientos de vacío*. Este trastorno está claramente expuesto en su obra “Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico” de 1975.

La vivencia subjetiva de vacío se presenta con una amplia gama de características. Lo que experimentan estos pacientes es la sensación de futilidad de la vida, el desasosiego crónico, el hastío y la pérdida de capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella. Esta vivencia es más intensa que el sentimiento de tristeza y soledad y menos grave que la fusión regresiva de naturaleza psicótica que se produce cuando no se puede tolerar la pérdida de una buena relación con un objeto. Estos pacientes suelen abandonarse a la experiencia de vacío y viven mecánicamente, transitados por un profundo sentimiento de irrealidad.

Lo observable en la clínica es la apatía, el desasosiego, la falta de entusiasmo, la falta de deseo de comunicación o la falta de esperanza en que la comunicación sea posible.

Otros sujetos que también están atravesados por el vacío no lo experimentan como tal, dice Kernberg, sino que tratan de escapar de esa dolorosa experiencia subjetiva desarrollando una intensa actividad social, de carácter adictivo, acompañada o no con ingesta de drogas, alcohol, actividades o comida. En esos casos lo directamente observable es la conducta de huida del vacío.

Esta vivencia, dice Kernberg, es una pérdida, que puede ser permanente, de la relación del sujeto con su mundo de objetos internos. Puede tener diferente gravedad, según se trate de personalidades depresivas o de personas con severos trastornos de identidad, en las cuales predominan los mecanismos de disociación y escisión.

Cuadros psicopatológicos en los que se presentan sentimientos de vacío

a) En las depresiones o personalidades depresivas

La vivencia de vacío es intermitente y se experimenta como pérdida de contacto con los demás. Los otros se perciben como lejanos, inaccesibles o mecanizados y ellos se perciben a sí mismos de la misma forma. La vida no tiene sentido. No hay esperanza de felicidad, amor o gratificaciones. No hay proyectos.

Esta vivencia tiene semejanza con la de soledad pero se diferencia de esta porque el sujeto que se siente solo tiene anhelo de presencia y amor del otro.

b) En las personalidades esquizoides

Sienten al vacío como una característica innata que los hace sustancialmente diferentes de los otros. Son incapaces de experimentar vivencias. Se sienten culpables por no tener sentimientos. La vivencia de vacío, observó Kernberg, es menos penosa para los esquizoides que para los depresivos, porque no hay contraste entre momentos de vacío y otros diferentes. La sensación de irrealidad subjetiva les hace más tolerable la vivencia de vacío.

c) En las personalidades narcisistas

Lo que entiende Kernberg por personalidad narcisista es aquella que manifiesta un sí mismo grandioso y deterioros importantes en sus relaciones objetales internalizadas. En ellos, dice Kernberg, la vivencia de vacío es relevante. Y, a diferencia de los pacientes esquizoides y depresivos, en los cuales hay cierta capacidad de establecer vínculos humanos, en los narcisistas –en los que hay ausencia de ciertos aspectos de la capacidad de establecer vínculos – aparecen fuertes sentimientos de hastío o desasosiego. Los pacientes narcisistas son incapaces de empatizar en profundidad con la vivencia humana. O hay gratificación o hay vacío.

d) En las personalidades fronterizas

Kernberg considera fronterizos a aquellos que comienzan con una sintomatología neurótica, pero con ciertas particularidades. Dos o más de estas particularidades revelan la existencia de este tipo de organización psicopatológica. (Lo central para el diagnóstico es la patología yoica) Algunos de estos síntomas son: ansiedad, dos o más síntomas neuróticos, tendencias sexuales perverso polimorfas, estructuras clásicas de personalidad prepsicótica (personalidad esquizoide, hipomaníaca, paranoide) neurosis impulsiva y adicciones y distintos desórdenes caracterológicos (personalidades antisociales, como sí, entre otras) Estos cuadros presentan vivencias de vacío, pero de manera transitoria. En algunos casos, cuando se combinan elementos esquizoides y narcisistas, puede oscilar entre períodos emocionalmente intensos, en los que se sienten vivos y otros en los que experimentan la vivencia de vacío. En otros casos las tendencias paranoides son una protección contra vivencias de vacío

Abordaje terapéutico

Kernberg advirtió que, en la práctica analítica, hay que estar muy atento a la emergencia de sentimientos de futilidad o de falta de significado no solo en el paciente sino también en el analista. En sus investigaciones clínicas llegó a la conclusión de que la mejor terapia para estos pacientes es la combinación de técnicas de expresión y de apoyo, haciendo énfasis en la psicoterapia de expresión. Este psicoanalista rechaza la propuesta de reemplazar al psicoanálisis por terapia de apoyo. Las técnicas de apoyo eliminan la neutralidad técnica e imposibilitan la interpretación de la transferencia.

Técnica de la psicoterapia de expresión

Kernberg propone este tipo de psicoterapia, basada en el psicoanálisis, para el tratamiento de los pacientes límite. *“Los resultados de la investigación llevaron a la conclusión de que el mejor tratamiento para pacientes con debilidad del yo puede ser un enfoque de expresión, con poca estructura proporcionada durante las horas de tratamiento y tanta hospitalización simultánea (estructuración ambiental) como necesite el paciente”* (Kernberg, 1984).

- 1) Básicamente uso de la interpretación, desde el principio. Se contraindican sugerencias y manipulación.
- 2) Neutralidad técnica, para el mantenimiento de los límites de la realidad en la situación terapéutica, que no excluya la empatía. Uso de la clarificación y la interpretación.
- 3) Interpretación de las transferencias en el aquí y ahora. La reconstrucción genética es solo para momentos avanzados del tratamiento, porque estos pacientes confunden transferencia y realidad. Kernberg dice que una interpretación genética prematura de la transferencia puede producir un resultado muy negativo: que se condensen pasado y presente. Las constelaciones defensivas típicas deberán interpretarse desde la entrada de la transferencia.

Respecto del manejo de la transferencia en pacientes límites, Kernberg aconseja una estrategia de tres pasos:

- 1) El terapeuta debe reconstruir la naturaleza de la relación primitiva que se pone de manifiesto en la transferencia. Mediante la interpretación debe transformar la falta de significado y la sensación de futilidad en algo emocionalmente significativo.
- 2) El terapeuta debe clarificar el afecto de esta relación objetal predominante en términos de la interacción del *self* y el objeto.
- 3) Esta relación objetal particular se tiene que integrar con otras. El objetivo es que el *self* del paciente y su concepción interna de los objetos pueda integrarse.

Dice Kernberg “*La integración de las representaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad*” (Kernberg, 1984).

Habrá que estar muy atentos a no permitir que el paciente gratifique en la transferencia necesidades patológicas que no puede satisfacer afuera, así como a no inclinar la balanza solo a los afectos primitivos o a la debilidad del yo. “*Debería darse simultánea atención al aquí y ahora y a las relaciones objetales internalizadas primitivas subyacentes pasadas que se activan en la transferencia de modo que lo que esté en la superficie y en lo más profundo se integren en experiencias emocionales de complejidad siempre en aumento*” (Kernberg, 1984).

Kernberg dice que muchos pacientes límite no hacen cambios importantes a pesar de años de análisis con profesionales experimentados. Una de las causas más importantes es la reacción terapéutica negativa, aunque no siempre los períodos de estancamiento son debidos a ella. Hay que tener muy en cuenta el peligro del *acting out* masoquista grave y la identificación con una formación sádica del superyó. El analista debe ser muy activo en combatir el *acting* autoagresivo. Debe recordar al paciente la falta de progreso y recordarse y recordarle al paciente, cuando sea necesario, las metas que el análisis se propone.

Cambio clínico

En este tipo de cuadros el yo y el superyó no están integrados y las funciones yoicas están atravesadas por impulsos primitivos. Prevalecen la escisión, la proyección, la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia y la idealización.

Respecto de los cambios posibles en el tratamiento de este tipo de pacientes, dice Kernberg que se trata de procesos muy largos. El analista debe tener paciencia. Para ellos, según Kernberg, es un logro depender del analista, soltarse con él, para lo cual deben haber podido disminuir sus temores ante su propia agresión. En los casos en los que el tratamiento evoluciona bien, aparecen manifestaciones de crecimiento en la capacidad de amor, interés y gratitud.

“*Las etapas iniciales de humanización del paciente pueden tomar forma de caos, depresión y sufrimiento*” (Kernberg, 1984). El gran problema en estos casos es la falta de integración de las representaciones buenas y malas de sí mismo y de los objetos. El terapeuta, para lograr cambios, deberá confiar en el potencial de amor del paciente.

Kernberg da el ejemplo de un paciente que logró disminuir sus tendencias hipocondríacas graves cuando pudo experimentar amor hacia su familia. Y menciona otro ejemplo de una mujer muy narcisista, con anhelo de juventud permanente, que, en el

curso del tratamiento, pudo aceptar el proceso natural de vejez en el momento en que reconoció el temor que sentía ante su propia envidia a las mujeres jóvenes.

El cambio clínico estará centrado entonces en la integración de las relaciones objetales internalizadas, la disminución de los *actings* autodestructivos, el progresivo abandono de una constelación defensiva basada en la escisión y la posibilidad de desarrollar confianza y amor hacia sí mismos y hacia los otros.

D. Winnicott

Caracterización del vacío en Winnicott

Sentimiento de irrealidad. El vacío de ser

Lo observable clínicamente en estos casos es muy variado: puede tratarse de una incapacidad profunda para estar solo, o experimentar angustias muy intensas, no poder ser creativo, no tener interés en nada, no emocionarse en circunstancias en las que una persona sana lo haría, sentir en síntesis la futilidad de la vida. El paciente pide ayuda porque se siente irreal o fútil. Esto es tematizado por Winnicott como angustia inconcebible, miedo al derrumbe, sensación de irrealidad, sentimiento de nada, retracción, etc. El eje, según el pensamiento del gran psicoanalista inglés, está puesto en el vacío de ser, concepto que oscila entre un status teórico, uno psicopatológico y uno ontológico. Por eso dice que la salud tiene que ver no solo con “sentirse real” sino con “ser real”.

Para explicar el origen de estas vivencias, Winnicott afirma que los seres que han sido *dejados caer* en su primera infancia llevan consigo la experiencia de una angustia impensable o arcaica “*Saben lo que es estar en un estado de confusión aguda o conocen la agonía de la desintegración. Saben qué significa que se los deje caer, qué significa la caída perpetua, o escindirse en la desunión psicosomática*” (Winnicott, 1969). Estos niños son seres inmaduros que están constantemente al borde de una angustia inconcebible. Las formas de manifestación de esta angustia inconcebible son: fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener ninguna orientación, miedo a derrumbarse.

El objetivo del desarrollo es llegar a ser uno mismo. Si esto no se logra, estamos en el campo de la escisión. “*Cuando vivimos creativamente, usted y yo descubrimos que todo lo que hacemos refuerza el sentimiento de que estamos vivos, de que somos nosotros mismos*” (Winnicott, 1970). En la fase depresiva de un estado esquizoide, continua diciendo Winnicott, se accede a una sensación opuesta. El sujeto siente que, por ejemplo, frente a un bello día debería sentir que está frente a un hermoso espectáculo, pero no puede hacerlo. No siente nada que no sea una aguda sensación de que no es real.

En un trabajo fundamental: “*Nada en el centro*”, Winnicott se refiere a una paciente a la cual en un momento de su análisis, cuando ella le dice que le habían estado pasando

muchas cosas, pero que en el fondo era la misma, él le interpreta que si no le sucedía nada ante lo cual pudiera reaccionar, ella llegaba al centro de sí misma, donde sabía que no había nada. Esa nada era su hambre tremenda” Winnicott, 1959). *“La esencia de la interpretación era que existía un self disociado que era nada, era un hueco, un vacío; y cuando revivía este vacío ella no era otra cosa que un hambre gigantesca”* (Winnicott, 1959). Así, dice Winnicott, habían logrado enunciar su verdadero self.

En algunos pacientes, dice Winnicott, es necesario experimentar el vacío, que pertenece al pasado, es decir a un momento en el cual la inmadurez del sujeto hizo imposible experimentar al vacío como tal. Para aclarar esto Winnicott dice que hay que pensar que lo que en ese momento precoz se produjo no fue un trauma sino que no pasó nada, cuando sí algo bueno debería haber pasado. *“A un paciente le es más fácil recordar un trauma, que recordar que nada pasó cuando podría haber pasado”* (Winnicott, 1963).

El vacío, en Winnicott, puede ser la expresión misma de la irrealidad pero también puede ser un estado que el paciente desee alcanzar. El sujeto siente miedo, porque ese vacío le parece terrible, entonces, defensivamente, organiza vacíos controlados: no poder aprender, no poder comer o comer compulsivamente. *“Si es capaz de alcanzar el vacío mismo y tolerarlo, gracias a su dependencia del yo auxiliar del analista, puede iniciarse la incorporación como función placentera.”* (...)” (Winnicott, 1963) *“La base de todo aprendizaje (así como del comer) es el vacío pero, si este no fue experimentado como tal al comienzo, se convierte en un estado temido, aunque perseguido compulsivamente”* (Winnicott, 1963).

Cuadros psicopatológicos

Winnicott tiene una concepción psicopatológica en la que las clasificaciones no son esenciales. *“Probablemente la contribución más importante del psicoanálisis a la psiquiatría y a la clasificación psiquiátrica ha sido la destrucción de la antigua idea de las entidades patológicas”* (La clasificación (1959–1964)).

Es central en cambio la diferencia que establece entre el individuo sano y el que no lo está. Salud, para Winnicott, es madurez, siempre que corresponda a la madurez propia de la edad del sujeto. Depende de la existencia de un ambiente circundante facilitador y tiene que ver con sentirse real. La salud no es simplemente la ausencia de desorden psiconeurótico. *“Lo esencial es que el hombre y la mujer sientan vivir su propia vida y asumir la responsabilidad de su acción o su inacción, que se sientan capaces de atribuirse el mérito de un éxito y la responsabilidad de un fracaso. Se puede decir, en suma, que el individuo ha salido de la dependencia para entrar en la independencia o la autonomía”* (Winnicott, 1967).

Salud es tener madurez, sentirse real, gozar de integración, ser creativo, desarrollar la asociación psicósomática, mantener una buena relación con los otros y también

poder estar solo. *“Todo se funde conjuntamente y contribuye a dar un sentimiento de realidad, un sentimiento de ser”* (Winnicott, 1967).

El *self* verdadero es *“...el potencial heredado que experimenta una continuidad del ser y adquiere a su propio modo y a su propia velocidad una realidad psíquica y un esquema corporal personales”* (Winnicott, 1960). Este *self* requiere de un grado de aislamiento que, cuando es amenazado, genera una gran angustia. Depende en parte de la función exitosa de la madre que se vean impedidas las intrusiones al *self* verdadero. De lo contrario el individuo tiene que constituir defensas. Si a pesar de las defensas, las intrusiones afectan al núcleo del *self*, sobreviene la angustia psicótica. Cuando el individuo es sano, puede volverse invulnerable. La mejor defensa para proteger al *self* verdadero es el establecimiento de un falso *self*, que impide que las satisfacciones instintivas y las relaciones objetales amenacen el seguir siendo del individuo. La principal amenaza es la aniquilación. Si todo funciona bien se garantiza la continuidad del ser. Si no funciona bien, sobreviene el reaccionar. *“...el reaccionar interrumpe el ser y aniquila. Ser y aniquilación son las dos alternativas. Por lo tanto, la función principal del ambiente sostenedor es la reducción a un mínimo de las intrusiones a las que el infante debe reaccionar, con la consiguiente aniquilación del ser personal”* (Winnicott, 1960).

En un proceso de desarrollo sano, el sujeto establece una división del *self* entre un *self* socializado y uno íntimo. *“...en la salud esta división del self es un logro de la maduración personal; en la enfermedad es un cisma de la mente...”* (Winnicott, 1964). El *self* falso se erige sobre una base de sumisión y tiene una función defensiva que es la protección del *self* verdadero.

Solo el *self* verdadero puede sentirse como real, pero el *self* verdadero nunca debe ser sometido por la realidad externa. Cuando el *self* falso es tratado como real, surge en el individuo una sensación creciente de futilidad y desesperación. Naturalmente, en la vida individual se producen todos los grados de este estado de cosas, de modo que, por lo común el *self* verdadero está protegido pero tiene alguna vida, y el *self* falso es la actitud social. En la anormalidad extrema, es muy fácil que el *self* falso sea tomado por el real, de modo que el real sufre una amenaza de aniquilación; el suicidio puede ser entonces una reafirmación del *self* verdadero. Si tuviéramos que situar este sentimiento de irrealidad en algunos tipos psicopatológicos específicos, Winnicott los ubicaría en el campo de los cuadros fronterizos, la enfermedad psicósomática, la esquizoide, la psicopatía y las depresiones.

Abordaje psicoterapéutico

El tratamiento de estos pacientes exige mucha experiencia. Un peligro siempre latente es el de la futilidad en la clínica. Son los casos en que analista y paciente entran en convivencia, en una complicidad que se basa en el desconocimiento, por parte del

analista, de la base psicótica de este tipo de casos No hay final posible si lo temido no es experimentado. La cura se produce, dice Winnicott, gracias a un productivo encuentro entre la confiabilidad (del analista) y la dependencia (del paciente).

Cuando se dan alguna de estas condiciones: intenso miedo a la locura, un *self* falso que se ha vuelto exitoso (en cuyo caso hay que destruir ese éxito), tendencia antisocial, carencia de vida cultural, desvinculación entre realidad psíquica interior y realidad externa y cuando domina la escena una figura parental enferma, Winnicott dice que tiene que trabajar de psicoanalista, más que hacer psicoanálisis estándar. Si no se puede aplicar el psicoanálisis puro, "...me convierto en un psicoanalista que satisface o trata de satisfacer las necesidades de ese caso especial. (Los fines). De todos modos, dice Winnicott, el objetivo es abordar los casos fronterizos sin desviarse de la técnica psicoanalítica. La tarea del analista sigue siendo verbalizar la conciencia naciente en términos de transferencia y cuando la cumple, está haciendo psicoanálisis; en caso contrario, se trata de analistas que desarrollan alguna otra cosa que consideramos apropiada para la ocasión.

Cambio clínico

Un tema central para pensar en la producción de cambio clínico es el uso de la regresión en análisis y su diferencia con el estado de retraimiento. Para ello es necesario recalcar que Winnicott piensa que en ocasiones, en pacientes con graves privaciones en la infancia, el marco analítico es más importante a veces que las interpretaciones. Según su concepción terapéutica, si el analista puede estar al tanto de la regresión producida en el transcurso del análisis, podrá atenderla inmediatamente. Será producto de la habilidad del analista que el estado de retracción pueda transformarse en regresión, la cual podrá permitir que se hagan las correcciones necesarias "*El peligro no radica en la regresión sino en el hecho de que el analista no esté preparado para atender dicha regresión y la dependencia concomitante*" (Winnicott, 1989).

El retraimiento es un procedimiento de protección, dice Winnicott, por medio del cual el paciente sostiene a una parte de su *self*, que está haciendo la regresión y la cuida. Ahí es cuando el analista debe ofrecer su sostén, para pasar del retraimiento a la regresión. La dependencia, dice el analista inglés, permite el descanso. El análisis es concebido como un viaje hacia los estados más primitivos del narcisismo, con una vuelta al presente donde el terapeuta cumple dos roles, el bueno y el malo, "*El gradual reconocimiento de la identidad del terapeuta idealizado y del terapeuta muy malo marcha a la par de la gradual aceptación, por el paciente, de lo bueno y lo malo que hay en su self, de la desesperanza y aquello que ofrece esperanza, de lo irreal junto a lo real, y en rigor de todos los extremos contrastantes*" (Winnicott, 1988).

El comportamiento del analista le puede dar esperanza al paciente de que su verdadero *self* pueda por fin experimentar la vida. "*A la larga, el self falso se entrega al analista*"

(Winnicott. 1955–1956). Es central que el analista, cuando aparecen resistencias, busque sus fracasos y la causa de los mismos. Mediante el análisis de sus propias equivocaciones el analista permitirá que el paciente pueda enojarse por los fracasos de su propia adaptación.

Se produce un verdadero cambio desde el *self* falso al *self* verdadero del paciente. “*Por primera vez en la vida del paciente hay ahora una oportunidad para el desarrollo del yo, para su integración partiendo de los núcleos del yo...*” (Winnicott, 1955–56).

André Green

Caracterización del vacío

Desinvestidura radical. Estados anímicos en blanco

André Green es uno de los psicoanalistas que mejor describió el estado que nos ocupa y que relaciona con la depresión primaria. “*Por depresión no entiendo lo que se suele describir con ese término sino, más bien, una desinvestidura radical que engendra estados anímicos en blanco sin componentes afectivos, sin dolor, sin sufrimiento*” (Green, 1972 a 1986).

Los rasgos clínicos propios de la depresión primaria son: dificultad para la representación mental, mala concentración, imposibilidad de pensar. Estos rasgos fueron conceptualizados por Green y Donnet como psicosis blanca).

Esta depresión primaria, según el mencionado autor, puede orientarse hacia una reinvestidura de la realidad (especialmente agresiva) o hacia un sentimiento de no existencia, de futilidad. Lo observable como estado de vacío se presenta como: no tener nada en la cabeza, no poder pensar, no poder recordar, no poder imaginar.

Los pacientes parecen estar atacados de un vacío repentino en el pensamiento y expresan su dificultad diciendo que no se acuerdan de lo que estaban pensando o que se les hizo un agujero en el hilo de pensamientos.

El mecanismo de defensa básico es la escisión. La depresión primaria puede conducir a una reinvestidura con componentes agresivos y reforzamiento de la escisión o a sentimientos de no existencia y de irrealidad. Lo central en estos pacientes es el anhelo de mantener la identidad. “*La autonomía del pensamiento –y esto no deja de crear grandes dificultades para la transferencia y la receptividad a las interpretaciones del análisis– se convierte en la presa de un combate librado por el analizando para asegurarse de su identidad, es decir, para defender el territorio de su yo, como único lugar dónde se puede mantener una constancia de ser...*” (Green, 1990). En estos pacientes, dice Green aparece el blanco del pensamiento, que no tiene nada que ver con la depresión. Le muestran al analista un pensamiento

sin contenido, que transmiten como una representación de la ausencia de representación. Esta incapacidad de pensar le deja el campo libre a las pulsiones, de donde resulta que lo negativo es una “*suspensión de actividad psíquica, una muerte puntual del espíritu*” (Green, 1990).

Cuadros psicopatológicos en los que se pone de relieve esta desinversión radical
Cuando habla de vacío Green se refiere fundamentalmente a los cuadros fronterizos. El fronterizo, dice, es como un collar de perlas que no tuviera cuerda. Se mueve 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. Green dice que, en estos casos, el yo procede a una desinversión de las representaciones que lo deja frente a su vacío constitutivo. Como corolario, el yo se hace desaparecer.

En otro texto, El trabajo de lo negativo, Green asegura que son casos en los que el yo, para no romperse, se deforma y llega a dividirse. “*La idea de la escisión y de la desmentida está muy presente*” (Green, 1993).

En las estructuras psíquicas fronterizas, dice Green, hay una marcada falta de integración que transmite al observador una sensación de frialdad, de falta de vitalidad, como si ese individuo fuera una isla de yoes separados que no llegan a formar un ser individual. El espacio que rodea a estas islas es vacío. “*Futilidad, falta de percatación de presencia, contacto limitado, son otras tantas expresiones de la misma vaciedad básica que caracteriza la experiencia de la persona fronteriza*” (Green, 1972 a 1986). Como resultado de esta vaciedad, estos pacientes están siempre amenazados por el abismo, el vacío en el que se pierden los pensamientos, dice Green.

Abordaje terapéutico

Green concuerda con Winnicott en que cuando tiene que hacer una variación en el procedimiento psicoanalítico, esta no pasa por declamar indicaciones psicoterapéuticas. No se inclina hacia la terapia de apoyo ni tampoco intenta salir de la neutralidad. Dice que no cree que la bondad del analista sea un recurso que permita superar la prueba. Propone entonces “*una atención sostenida, el interés por el paciente, el cuidado por sostenerse con firmeza ante las pruebas, la actitud interpretativa matizada y, por sobre todo, la disponibilidad sin fallas por parte del analista...*” (Green, 2003).

El analista deberá tener flexibilidad para hacer algunas variaciones que permitan que el proceso terapéutico se deslice con más probabilidades de buenos resultados, por ejemplo, “*...no deberá dejar que el silencio se instale en forma demasiado angustiada*” (Green, 2003). Del mismo modo deberá ser prudente en las interpretaciones del inconsciente, expuestas de forma progresiva y en tono de comentario.

Hay que tener en cuenta que en este tipo de pacientes el miedo al abandono es muy grande y la novedad de ser escuchado puede hacer que el sujeto tenga miedo de progresar si eso pudiera implicar la finalización de su vínculo con el analista. Esto hace, dice Green que el paciente tenga miedo de ser abandonado por el analista tanto si no progresa como si efectivamente mejora. Por eso mantiene algunos síntomas que le permiten imaginar que así retendrá la presencia de su analista.

Cambio clínico

Green señala que es muy difícil que los representantes de diferentes corrientes psicoanalíticas se pongan de acuerdo en relación a las características y el objetivo del proceso psicoanalítico. Su propia visión es que lo que se persigue es la transformación incesante de la relación entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, desde dos perspectivas: la transferencia sobre la palabra y sobre el objeto.

Analizando el auge de las psicoterapias en desmedro del psicoanálisis, concluye que está convencido de que solo los analistas pueden entender a los pacientes límite y lograr que avancen en algo fundamental: el conocimiento de sí mismos.

“Si de tanto en tanto el analista quiere saber en qué punto está o, mejor dicho, en qué punto está el paciente con él, no tiene nada mejor que preguntarse qué piensa él mismo de la calidad del trabajo realizado en sesión. Mucho más que de progresos en orden externo o de no sé qué evaluación de las conductas o la vida del analizante, el mejor criterio sigue siendo la fecundidad potencial de la sesión. En otros términos, lo que nosotros llamamos generatividad del proceso durante la sesión” (Green, 2003).

Marty

Pensamiento operatorio. Vida mental vacía–Falta de dinámica mental

Marty, junto con De M'Uzan, desarrolló el concepto de pensamiento operatorio como típico de los pacientes psicósomáticos. Se trata de un pensamiento consciente y que no tiene ligazón con movimientos fantasmáticos (por eso la relación que despliega el sujeto con los otros se denomina relación blanca). Se refiere a cosas y no a conceptos abstractos ni a expresiones imaginativas ni simbólicas. Es entonces, dice Marty, la evidencia de un proceso de investidura arcaico. La vida mental aparece como vacía. Lo que importa en este tipo de pacientes son los comportamientos, no los pensamientos, que son pobres, repetitivos y ligados a lo fáctico. Durante la vida operatoria, dice Marty, las conductas no tienen fantasmas subyacentes representados o representables. El vínculo preconscious está roto. Este tipo de paciente *“...a veces acostumbrado a las consultas médicas a causa de diversas desorganizaciones somáticas más o menos antiguas, se conduce automáticamente, sin insight, presentando la actualidad de su sintomatología inmediata y no teniendo en cuenta el estado depresivo en el que se encuentra ni el conjunto de su individualidad y del contexto vivido”* (Marty, 1980).

Además del pensamiento operatorio, otros dos conceptos importantes, relacionados con esta vida mental vacía, son la depresión esencial y la desorganización progresiva. Se trata de estados de fragilidad e inestabilidad. La depresión esencial es una depresión sin objeto, dice Marty, sin autorreproches, con desvalorización y narcisismo herido que se vuelcan al área somática. Se caracteriza por la caída del tono vital. Marty piensa que el diagnóstico de depresión esencial se realiza fundamentalmente a partir de lo que falta. “Lo más importante del funcionamiento psíquico ha desaparecido” (Marty, 1980).

La desorganización progresiva es un movimiento involutivo. *“Fundada en la prioridad renovada, si no permanente, de los Instintos de Muerte, la desorganización progresiva implica la desaparición, una tras otra, de las organizaciones funcionales empezando por las más evolucionadas hasta las más arcaicas”* (Marty, 1980).

Cuadros psicopatológicos

El tema central en la obra de Marty tiene que ver con los cuadros psicósomáticos, caracterizados, como dijimos más arriba, por pensamiento operatorio, depresión esencial y desorganización progresiva.

Dice Marty que la sintomatología propia de la depresión esencial se caracteriza por la falta: borramiento de la dinámica mental: desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática y onírica. Esta falta es comparable a la muerte, donde la energía vital se pierde sin compensación. El Instinto de Muerte es el dueño y señor de la depresión esencial. La depresión psicósomática, también llamada depresión esencial, se caracteriza por la *“...disminución de nivel del tono libidinal sin contrapartida económica positiva alguna”* (Marty, 1990). Dice Marty que esta depresión es menos espectacular que la depresión melancólica, pero que conduce con más seguridad a la muerte. Precediendo a esta depresión suelen encontrarse angustias difusas, que hablan del estado de desamparo profundo del individuo. El yo cumple escasamente sus funciones. Y el preconscious muestra claramente las fallas de este tipo de depresión, porque el sujeto pierde interés en el pasado y el futuro y en las relaciones con los otros, Hay un corte entre inconsciente y consciente, y lo fáctico se impone. El simbolismo se vacía de contenido, la palabra solo describe. Para Marty, es importante lo que ocurre con las representaciones: en algunos casos están ausentes. En otros, son limitadas y reproducen directamente percepciones, son escasas y no se prestan a la asociación de ideas, son como registros testimoniales). Para estos sujetos la vida mental aparece como simple, exenta de complejidad.

Marty apela al concepto de mentalización, que le permite sostener que existe un conjunto constituido:

- a) Por neurosis de comportamiento, caracterizadas por limitación y superficialidad de representaciones (reducidas a representaciones de cosas), reducción de afectos a meras cosas en cuestión y falta de simbolización del discurso y

b) Por neurosis mal mentalizadas, con un menor grado de pobreza que las anteriores. En estos casos se han producido fallas en la constitución del preconscious. Es fundamental que existan insuficiencias cuantitativas y cualitativas de las representaciones psíquicas, y de sus connotaciones afectivas, insuficiencias que se deben a deficiencias de las funciones sensomotrices del niño o de su mamá o a excesos o carencias de los acompañamientos afectivos de la madre. *“Cuanto menos rico en representaciones sea el Prec. de un individuo y cuanto menos rico sea en las relaciones y permanencia de las representaciones existentes, más correrá el riesgo la patología eventual de situarse en el plano somático. En este sentido, calificamos al Prcc como punto central de la economía psicosomática”* (Marty, 1990).

Abordaje terapéutico

Las psicoterapias psicosomáticas tienen como objetivo que se restablezca el mejor funcionamiento posible del psiquismo. Es absolutamente imprescindible la flexibilidad por parte de los terapeutas. Las psicoterapias tienen generalmente un ritmo de una sesión semanal. Marty aconseja no excederse en el ritmo porque la ansiedad de intrusión de estos pacientes es elevada. La indicación de psicoanálisis clásico es limitada. La psicoterapia debe estar alerta a la economía y dinámica del paciente. *“Consiste en una atención sostenida, sin provocación pero sin abandono, y en un registro frecuente, por parte del terapeuta, de las fuentes de excitación, de los sistemas de protección frente a estas, de las regresiones que utiliza o de los efectos desorganizadores que padece, y de la evolución, en fin, de estos fenómenos y de sus interrelaciones durante todo el curso de la psicoterapia”* (Marty, 1990). El terapeuta debe estar atento permanentemente a lo que ocurre con los conflictos del paciente, sus comportamientos, su funcionamiento mental y su estado somático.

Cambio clínico

Se evidencia, por un lado, en el cambio de forma de los conflictos y en la posibilidad de que no vuelvan a hacer una derivación somática. También en la ligazón de los comportamientos con la vida mental del paciente. Dice Marty que las variaciones cuantitativas y cualitativas de los comportamientos son puntos de referencia importante sobre el progreso del tratamiento.

La riqueza y disponibilidad del funcionamiento mental es siempre el objetivo más importante. Algo interesante que plantea Marty es que la reanudación de sistemas mentales arcaicos, a diferencia de lo que pasa en psicoanálisis, en este tipo de terapias constituyen un buen indicio.

Son positivas las siguientes modificaciones: el pasaje de la depresión esencial a una sintomatología depresiva corriente, el de angustias difusas a angustias objetales, el de fobias de ambiente a fobias de objeto, de la vergüenza narcisista al sentimientos de culpa, Y obviamente, la aparición de sintomatología edípica. Asimismo es positiva

la evolución de conductas de descarga a otras con ligazón mental y la reanudación de sexualidad activa así como de agresión hacia objetos exteriores. Y, obviamente, la emergencia de deseos. También son signos de progreso en el trabajo terapéutico la posibilidad de verbalización de conflictos y hechos traumáticos, y la internalización de los conflictos.

Maldavsky

Concepto de vacío en Maldavsky

Apatía–Supervivencia anímica no subjetiva–Dolor sin sujeto

Cuando habla de la constelación anímica centrada en la apatía, Maldavsky dice que hay características comunes a este tipo de pacientes, que pueden ser estudiadas a partir de: a) el modo de percibir b) el tipo de discurso c) las defensas dominantes y d) las fijaciones yoicas y pulsionales.

a) Percepción: oscilación entre gran dependencia del estímulo externo y falta de cualificación diferencial de la materia sensible (esta última se ordena en forma de ritmos.) La percepción solo mantiene un vínculo de apego, sin cualificación. Se complementan apego y desconexión (la atención está dirigida a los ritmos intracorporales ajenos. Si corre peligro el apego aparece vértigo, si corre peligro la desconexión aparece la realidad como golpes. Que no se pueda constituir la conciencia originaria relacionada con el universo sensorial deja a lo anímico en estado de empobrecimiento por falta de representaciones que expresen su subjetividad.

b) El tipo de discurso presenta tres rasgos: inconsistente, catártico, especulador.
Discurso inconsistente: el paciente dice lo que supone que su interlocutor quiere escuchar. Es sobreadaptado.

Discurso catártico: El paciente pretende expulsar el problema y las opiniones del interlocutor, así como del fragmento anímico que pueda encarar al sujeto del problema.

Discurso especulador: El paciente hace cuentas, con un valor autohipnótico, para conservar un estado de somnolencia.

En estos pacientes “la conciencia es sustituida por un sopor o una apatía duraderos” (donde hay una) “*oscilación entre la subjetivación y la claudicación de la conciencia originaria*”, Maldavsky (1998). Lo anímico muestra signos de empobrecimiento, dado que estos sujetos carecen de representaciones que expresen su subjetividad y sobreinvisten el mundo sensorial al que se amoldan.

c) Mecanismos de defensa

Los pacientes sienten que dependen de un déspota psicótico (al que le han proyectado su odio hacia la realidad) que los quiere hacer desaparecer. Para defenderse, se adhieren

a ese psicótico. El afecto, primer contenido de la conciencia, especialmente el dolor, es sustituido por el sopor y la apatía. “Esta abulia corresponde precisamente a un dolor sin sujeto que lo sienta, un afecto carente de matiz, de conciencia” (Maldavsky, 1998).

La constelación defensiva consiste entonces en la suplencia de lo desestimado (caracterizada por el procesamiento orgánico de la erogeneidad) y la desestimación de los afectos.

d) Fijaciones yoicas y pulsionales.

La ausencia de matiz afectivo y su reemplazo por estados abúlicos, dice Maldavsky, nos remite a la fijación a traumas específicos. En el comienzo del individuo solo hay investiduras de órgano. Las pulsiones correspondientes son la autoconservación y la libido narcisista. Antes de la aparición de la acción específica, el criterio que rige para procesar las pulsiones es el de alteración interna. Las pulsiones que, luego de la acción específica, siguen sometidas al criterio de la alteración interna son: la que tiene que ver con la oxigenación de la sangre, la pulsión de sanar y la de dormir. Por eso las fijaciones en esta etapa dan como todo tipo de alteraciones en el dormir, búsqueda de la propia asfixia, y necesidad de estar enfermo.

Cuadros psicopatológicos

Estos estados tienen que ver con patologías tóxicas (adicciones, trastornos psicósomáticos, epilepsias) y traumáticas. Incluyen también a 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, dice Maldavsky, es una tendencia anímica disolvente, deconstituyente de la tensión vital, de la cual deviene un estado económico inerte. Hay pacientes, dice Maldavsky, con un núcleo autista en su desarrollo (psicósomáticos, adictos, traumatofílicos, *borderline*) e incluso patologías alexitímicas. “...en las patologías que estamos considerando en lugar de un matiz afectivo cualquiera predomina el estado de sopor” (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 ya descrito...” (Maldavsky, 1994). Como ya fue mencionado más arriba, en las patologías tóxicas y traumáticas, el paciente se supone en interlocución y sometimiento a un interlocutor despótico y se considera a sí mismo como un objeto desestimado en lo psíquico ajeno. Queda entonces colocado en el lugar de la carencia de subjetividad, dice Maldavsky. El estado de abulia es común a todos estos cuadros, en diferentes grados. Comparando el autismo con las patologías

tóxicas, se observa que “...en el autismo el estado abúlico y el apego a un psicótico tiene un carácter duradero” (Maldavsky, 1994).

Al hablar del núcleo autista en los pacientes límite, Maldavsky dice que son pacientes en los que coexisten manifestaciones neuróticas psicóticas, caracteropáticas, perversas y los identifica con *borderlines*, “personalidades como si”, fronterizos, casos límite, etc. “A su carácter de limítrofes entre diversas estructuras, e inclusive entre lo analizable y lo inanalizable, cabe agregar otro matiz: limítrofe para la teoría que hasta el presente ha asediado tal problema clínico, y se ha detenido sobre todo en el reconocimiento de ciertos rasgos de su presentación, y no tanto de su constelación estructural”. (Maldavsky, 1994).

Abordaje terapéutico

Maldavsky piensa que la meta hacia la que tiende el terapeuta es hacia el cambio en las defensas del paciente. Es diferente trabajar con personas en las que se necesita levantar represiones a trabajar con pacientes en los que la defensa dominante es la desestimación del afecto y la proyección de un déspota psicótico. La estrategia consiste en un cambio de la desestimación del afecto y de la desestimación psicótica proyectada y eso hace que se deba interpretar en ocasiones un delirio inconsciente.

En términos empíricos, dice Maldavsky, se trata de sacar al paciente de la abulia, lograr que se despierte, que escuche sin gritar, que el propio analista no se sienta inclinado al sueño cuando lo escucha.

Así como diferencia la estrategia clínica en el tratamiento de estos pacientes respecto de la atención a neuróticos, también Maldavsky insiste en diferenciar a estos procesos de las psicosis. Dice que la evolución clínica es diferente, porque estos pacientes pueden restablecer su subjetividad.

Las construcciones analíticas deberán abordar las fallas en la capacidad de holding materno para aclarar los vínculos originarios del paciente “...es posible formular muchas interpretaciones desde la óptica de la construcción, que tienden a constituir la conciencia primaria, que ha quedado desestructurada” (Maldavsky, 1994). Es fundamental en ese sentido poder hacer consciente un estado de somnolencia prolongado, la existencia de actividades autocalmantes, un estado de vértigo, etc.

Estos pacientes necesitan una analista de formación refinada, dice Maldavsky, y con conocimiento de psicosis. “*Tiendo a suponer que tales pacientes revisten mayor gravedad clínica que los psicóticos, en el sentido de que estos últimos ante un trauma pueden ofrendar a la pulsión de muerte un fragmento de su universo simbólico, mientras que los que consideramos en este libro solo pueden entregarle pedazos de su cuerpo, de importancia más o menos vital. De tal modo, pueden llegar a morir no solo*

sin lucha sino también sin protesta, en estado de desconexión gozosa” (Maldavsky, 1994).

Cambio clínico

Dice Maldavsky que hay momentos en que el paciente recupera su vitalidad, se despierta, recupera un mundo de percepciones y afectos. Y en que esos afectos no son arrolladores sino que giran en torno a la ternura. Son momentos también en que las palabras adquieren dimensión simbólica. Producir esos cambios es el objetivo del tratamiento analítico en estos pacientes.

Asimismo pueden ir surgiendo fragmentos neuróticos y represiones que indican un mejor pronóstico para ese tratamiento. La emergencia de momentos de alucinaciones y delirios en estos pacientes pone de manifiesto que sí existe en ellos un fragmento de mundo representacional. La aparición de pesadillas, dice Maldavsky, es un índice de evolución del proceso terapéutico, puesto que rescata al paciente del sopor.

En el proceso de cambio habrá seguramente regresiones, con un regreso a la somnolencia inicial, con el objetivo, por parte del paciente, de procesar lo nuevo que ha aparecido en el transcurso del tratamiento.

Las señales de progreso en el tratamiento tendrán que ver con la subjetivación del paciente y su lenta salida de la inercia y el dejarse morir.

Recalcati

El concepto de vacío en Recalcati

Clínica del vacío–Inconsistencia radical del sujeto–Sentimiento de inexistencia
El vacío, dice Recalcati, es como un eclipse, como un sentimiento de inexistencia, de irrealidad. “...*la experiencia de vacío es vivenciada como una experiencia de anti–deseo absoluto*” (Recalcati, 2003). Al considerar la anorexia y la bulimia, este psicoanalista dice que el rasgo distintivo de estos cuadros es la pasión por el vacío, que es un vacío ontológico “...*que se refiere al corazón mismo del sujeto*” (Recalcati, 1997). Es un vacío, continúa Recalcati, que es el punto más íntimo de un sujeto y también la extrañeza más radical. Y es defendido por el sujeto desesperadamente porque si desapareciera desaparecería el sujeto mismo.

Recalcati señala que una clínica del vacío no define una nueva estructura sino un aspecto crucial del psicoanálisis contemporáneo, que se encuentra ante situaciones que no se pueden abordar con las estrategias propias de lo sabido sobre neurosis y psicosis. Con lo que se encuentra la clínica es con una declinación del síntoma y un predominio de un goce asexuado, de raíz básicamente autista. Lo que predomina no es el síntoma, repetimos, sino la angustia. El vacío es “...*expresión de una dispersión del sujeto, de una inconsistencia radical del mismo, de una percepción constante de*

inexistencia que suscita una angustia sin nombre” (Recalcati, 2002). La clínica del vacío es diferente de una clínica de la falta y tiene que ver con configuraciones que ya no están centradas alrededor del deseo sino en torno a la identidad. Dice Recalcati que el protagonista de esta clínica del vacío ya no es el sujeto del inconsciente, sino un sujeto en ausencia de inconsciente y pone de manifiesto la relación entre esta clínica y la pulsión de muerte cuando, en el capítulo llamado “Los casos graves” señala que estos no constituyen un tipo clínico particular sino que son casos que ponen en jaque el tratamiento psicoanalítico. “*El caso grave se presenta ante todo como empuje hacia la muerte*” (Recalcati, 2002) como un progresivo apagamiento de la pulsión de vida. También afirma sobre la clínica del vacío que es una clínica del anti amor, “... *es una clínica de la ausencia de transferencia en sentido radical*” (Recalcati, 2002).

Psicopatología

El centro de la clínica del vacío tiene que ver con las problemáticas narcisistas. Se incluyen en ella la anorexia, la bulimia, la toxicomanía, los ataques de pánico, la depresión, el alcoholismo.

En el caso de las depresiones, dice Recalcati, lo que se vacía es el mundo, en tanto que en las melancolías, de raíz psicótica, como decía Freud, lo que se vacía es el yo. Por lo tanto, señala este autor, el agujero, en la melancolía, ya no está en lo real, sino que se revela directamente en la inscripción del sujeto en el campo simbólico del Otro. El vacío del que se habla en estas estructuras remite a una pérdida absoluta, no simbolizable, no contingente. Lo que se vacía el ser del sujeto. “...*la muerte es imposible para él porque la muerte es accesible solo a los vivos, no a los muertos, no al que ya está muerto, no a quien permanece pagado desde siempre a la muerte*” (Recalcati, 2002).

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. La clínica del vacío no define una nueva estructura sino un aspecto crucial del psicoanálisis contemporáneo, que se encuentra ante situaciones que no se pueden abordar con las estrategias propias de lo sabido sobre neurosis y psicosis. Con lo que se encuentra la clínica es con una declinación del síntoma y un predominio de un goce asexual, de raíz básicamente autista. Lo que predomina no es el síntoma, repetimos, sino la angustia. Ese vacío es “...*expresión de una dispersión del sujeto, de una inconsistencia radical del mismo, de una percepción constante de inexistencia que suscita una angustia sin nombre*” (Recalcati, 2002).

Estos casos graves se pueden presentar como:

a) Empuje hacia la muerte (hay riesgo real de muerte) expresado en las tendencias suicidas y la cadaverización progresiva (pasión nirvánica del anoréxico). Hay una gran tendencia al *acting out* y el pasaje al acto.

b) Rechazo del Otro.

Este rechazo parece disociarse del reclamo. Es un rechazo sin llamamiento. Hay un goce del rechazo. El acto suicida puede ser una forma radical de separarse del Otro de una manera absoluta.

c) Deriva pulsional

En estos casos la pulsión se presenta sin diques, desenfrenada. Hay un desgobierno pulsional grave.

d) Simbiosis mortífera

El sujeto aparece avasallado por el Otro. La presencia o ausencia del otro es terrible. El fundamento de esto se encuentra en una identificación no edípica, "...no constituida bajo la enseñanza del otro paterno, sino desarrollada como pegado, adhesividad, viscosidad entre el sujeto y su Otro materno." Para el sujeto es imposible tanto la presencia del Otro como su ausencia.

e) Caso residuo

Se trata de un desafío trágico al Otro del saber. La anoréxica, por ejemplo, busca constituirse en el caso imposible de tratar. Arroja al Otro a la impotencia.

Un concepto psicopatológico de utilidad con este tipo de pacientes es el de psicosis no desencadenadas. Con este nombre se define un funcionamiento psicótico del sujeto sin que pueda encontrarse un momento efectivo de desencadenamiento del proceso psicótico. *"La clínica de las denominadas nuevas formas del síntoma (toxicomanía, anorexia bulimia-depresión) pone en evidencia la frecuencia de psicosis cerradas, no desencadenadas, compensadas, donde estas nuevas organizaciones del goce, como son en particular la anorexia-bulimia y la psicopatía, se concretan, precisamente, como modalidades subjetivas de cierre y de compensación de las psicosis..."* (Recalcati, 2002).

Abordaje terapéutico

Las notas de Recalcati sobre formas de tratamiento están centradas en los casos de anorexia-bulimia, aunque podrían abarcar también los otros cuadros de la clínica del vacío.

Recalcati dice que en la época actual hay una gran declinación de la teoría y una especie de bulimia de la práctica psicoterapéutica. La psicoterapia tiene una orientación cognitiva-conductista y cobra mucha importancia el tratamiento farmacológico. *"La intervención terapéutica apunta por lo tanto a la extirpación y a la corrección progresiva de la perturbación alimenticia. La cuestión del sujeto queda en la oscuridad"* (Recalcati, 1997).

En lo que hace al psicoanálisis se pone el acento mayormente en la contención afectiva del paciente, se opta por el maternaje y se ofrece sostén en reemplazo de una función materna fallida.

Recalcati sostiene que la crítica que el cognitivismo le hace al psicoanálisis tiene su sentido, porque la técnica de la interpretación y la regresión no son eficaces en el tratamiento de la anorexia bulimia. Hay en el psicoanálisis, dicen estas críticas, impotencia para el tratamiento de lo real del cuerpo. Lo que se sostienen los detractores del psicoanálisis entonces en la inanalizabilidad de este tipo de pacientes.

Se pregunta Recalcati: “¿Cómo podemos transformar esa inercia profunda del goce en la dialéctica de la demanda y del deseo?” (Recalcati, 1997).

La anorexia, continúa este psicoanalista lacaniano, no hace síntoma para el sujeto. Quienes demandan son generalmente los padres. En cambio la anoréxica no quiere curarse de su anorexia. Para trabajar estos casos Recalcati dice que se deben producir dos maniobras de fondo: Por un lado, trabajar con los que demandan sin síntoma (los padres, en este caso) que, generalmente, tienen como única demanda la normalización de la paciente. Por otro lado trabajar con la anoréxica, donde habrá que obtener una demanda subjetivada, que no sea colonizada por el Otro. Entonces, el tratamiento de la anorexia-bulimia requiere que se produzca un trabajo preliminar sobre la demanda, para que se haga subjetiva, y del goce, para atenuarlo. En primer lugar hay que producir una rectificación de la oferta, puesto que los pacientes piensan que el terapeuta es un experto en patologías alimentarias. La rectificación pasará por lograr que el sujeto se implique en eso de lo que se queja. Rectificar la oferta es esencial para que se articule una demanda. En segundo lugar será necesario que el analista se corra del lugar de especialista, portador del saber. “Atragantar al sujeto de respuestas no produce sino el refuerzo de la anorexia como escapatoria radical respecto a otro que quiere todo” (Recalcati, 1997). El tratamiento debe apuntar a que trabaje el sujeto.

Cambio clínico

En estos casos será necesario que se produzca una rectificación subjetiva para determinar que el paciente ha entrado en análisis.

Es preciso producir, dice Recalcati siguiendo a Lacan, una rectificación de la relación del sujeto con lo real. Lo que es significativo para iniciar un análisis no es tanto la evaluación de la realidad que rodea al sujeto, sino la evaluación de la relación que el sujeto ha construido con la realidad que lo circunda. La tarea que tiene que hacer el analista en la primeras entrevistas con el paciente es poner en el centro lo real del sujeto, como no reducible a la realidad, es decir, mostrar que no es su realidad lo que causa su problema.

Para dar inicio al cambio clínico es indispensable la rectificación subjetiva, que podrá conmover las certezas del sujeto y que promoverá el advenimiento de la verdad. *“La certeza no es entonces la verdad. Es más bien la falsa evidencia de una conciencia que aún no ha encontrado su propia división”* (Recalcati, 1997). Solo de esta forma será posible hacer emerger la división subjetiva que rompa con la inclinación del discurso anoréxico a la holofrase. Juntamente con esto, para que se produzca un cambio clínico, será necesario traducir el sufrimiento en términos de goce. *“Solo así, introduciendo una des-identidad entre yo y síntoma, se puede tratar de hacer operativa la división del sujeto”* (Recalcati, 1997). No hay que olvidar que la posición anoréxico bulímica del paciente, expresión del alma bella, se opone a la interpretación, porque no tiene enigmas, está llena de evidencias. Para producir resultados eficaces, el terapeuta no deberá “llenar” al paciente con interpretaciones. Se debe promover la escucha en lugar de la interpretación. En ese sentido refiere la importancia que tuvo para una paciente anoréxica, en medio de una crisis de llanto por haber sido abandonada por un muchacho que le había dicho que la quería, el que el analista le hubiera alcanzado su propio pañuelo. *“El analista ofreció a esta joven adolescente un trozo de sí mismo. Se privó de una cosa personal. No le ofreció un objeto de mercado, sino un objeto particular”* (Recalcati, 1997). Un objeto, dice Recalcati, que puede instituir una relación nueva. Cuando la paciente, algunas sesiones después, le devolvió el pañuelo, lavado y planchado, ya no lloraba.

Algunas conclusiones

El rango psicopatológico de los pacientes que padecen este tipo de estados es ubicado por todos los analistas de esta muestra dentro de una categoría que llaman de diversas maneras: pacientes borderline, casos límite, pacientes fronterizos, patologías tóxicas y traumáticas, casos graves, patologías narcisistas.

En este tipo de casos se puede utilizar el tratamiento psicoanalítico, con algunas modificaciones técnicas, pero manteniendo el trabajo sobre la transferencia y el uso de la interpretación, aunque las maneras de implementar tanto una como la otra requieren que mucha fineza analítica, condiciones técnicas y una disposición particular por parte del analista, que tiene que estar absolutamente dispuesto a crear, en cada momento, las condiciones válidas para que el tratamiento se pueda desarrollar. En muy necesario el estado de alerta frente la tendencia de estos pacientes al acting out y el pasaje al acto y también frente a la tendencia a la desvitalización y la inercia.

El cambio clínico es expresado de diferentes maneras por estos terapeutas, pero podríamos decir que en general concuerdan en que tiene que ver con despertarse, salir del sopor, integrarse, sentir que sus vidas tienen un sentido, dejar de llenarse con comida o sustancias tóxicas, dejar de rechazar absolutamente lo que viene de la realidad, sentirse reales.

Bibliografía

- Green, A. (1972 a 1986). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.
- Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1995.
- Green, A. (2003). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2005.
- Kernberg, O.F. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Kernberg, O.F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. Buenos Aires: Manual Moderno, 1987.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1994). *Pesadillas en vigilia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1998). *Casos atípicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marty P. (1990). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
- Marty, P. (1980). *El orden psicósomático*. Valencia: Promolibro, 1995.
- Recalcati, M. (1997). *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado, 2004.
- Recalcati, M. (2002). *Clínica del vacío*. Madrid: Editorial Síntesis, 2008.
- Recalcati, M. (2003). *La clínica contemporánea como clínica del vacío*. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 12(24). Buenos Aires, Ediciones del Seminario.
- Winnicott, D. (1955–1956). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Barcelona: Paidós, 1999.
- Winnicott, D. (1959). Nada en el centro. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (1989). Buenos Aires: Paidós, 2006.

Winnicott, D. (1959,1964). *La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?* (1965). Buenos Aires: Paidós, 2007.

Winnicott, D. (1960). *La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (1965). Buenos Aires: Paidós, 2007.

Winnicott, D. (1963). El miedo al derrumbe. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (1989). Buenos Aires: Paidós, 2006.

Winnicott, D. (1964). El concepto de falso *self*. En *El hogar, nuestro punto de partida* (1986). Buenos Aires: Paidós, 2011.

Winnicott, D. (1969). La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. En *Exploraciones psicoanalíticas I* (1989). Buenos Aires: Paidós, 2006.

Winnicott, D. (1970). La cura. En *El hogar, nuestro punto de partida* (1986). Buenos Aires: Paidós 2011.

Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En *Donald W. Winnicott, de Winnicott y otros*. Buenos Aires: Editorial Trieb, 1978.

Winnicott, D. (1988). *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

Winnicott, D. (1989). *Sostén e interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

Fecha de recepción: 4/04/16
Fecha de aceptación: 6/05/16