Rev. de Psicoanálisis, LXV, 4, 2008, págs. 829-850

El vacío mental estructural y el vacío emocional

*Jaime Lutenberg (Buenos Aires)

Introducción

En el año 2007 edité un libro titulado *El vacío mental*. Esta publicación nació de mi necesidad de agrupar las distintas hipótesis que fui elaborando sobre el tema a lo largo de 20 años de investigación. En esta comunicación voy a sintetizar algunas ideas que publiqué en el libro y las voy a complementar con mis últimas reflexiones referidas al tema.

Se trata de ideas que fueron surgiendo sobre la base de los comentarios y críticas que he ido recibiendo de parte de diferentes colegas que leyeron mi libro, a quienes les estoy muy agradecido. Particularmente deseo expresar mi reconocimiento a Mayela Falvy y Moisés Lemlij (colegas de la SPP del Perú y presentadores del libro en Lima) y a Abel Fainstein, Andrés Rasckovsky y Fernando Urribarri (presentadores del libro en APA). Sus comentarios honestos, profundos y originales me ayudaron a resignificar varios de los contenidos del libro, proceso en el cual me encuentro.

Por todos esos comentarios recibidos de parte de estos colegas y por otros intercambios efectuados en diversos encuentros internacionales como el de París (grupo de investigación acerca de los pacientes no

* Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
Dirección: Avda. del Libertador 994, 12º "32", C1001ABW. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. mail@jaimeluten.com

neuróticos coordinado por André Green); de Italia (congreso de Bion, Roma, 2007); de San Pablo (congreso de Winnicott, 2008), y de Boston, he llegado a entender que mis ideas totales acerca del "vacío mental" contienen una trascendente revisión de la patología narcisista, propia de los pacientes que hoy nos consultan. Dicha revisión abarca los niveles clínico, psicopatológico, teórico y técnico.

La vulnerabilidad narcisista se convierte en extremadamente peligrosa cuando los pacientes que consultan son ajenos al peligro de vida que corren todos los días debido a su severa anestesia ante el peligro. Ello ocurre particularmente con los drogadictos, los *borderline* (Kernberg), los pacientes psicosomáticos y los que compensan su vacío mental con compulsiones sexuales ("perversiones" o neo sexualidades, al decir de J. Mc Dougall).

Merecen una mención especial los pacientes que sufren las diferentes variables clínicas de las denominadas globalmente "crisis de pánico". Según mi personal visión, todas se originan como consecuencia secundaria a una primaria ruptura de sus vínculos simbióticos. Existen múltiples dependencias de una crisis evolutiva, como las que se producen durante una evolución favorable de un proceso psicoanalítico.

Es muy importante que el analista (o el profesional tratante) esté advertido del hecho de que dichas crisis de pánico no develan la "ineficacia" del tratamiento psicoterapéutico, sino todo lo contrario. Dado que un psicofármaco específico, el clonazepam, es muy eficaz en la supresión sintomática de las crisis de pánico, es muy importante que todo profesional esté advertido de la posibilidad de que una crisis de pánico sea el derivado clínico de la ruptura (descompensada) de los vínculos simbióticos previos del paciente. Puede tratarse de rupturas traumáticas con personas (su pareja, sus padres, hermanos, abuelos) o con instituciones (trabajo, asociaciones profesionales, laborales, políticas).

Las crisis de pánico representan la emergencia masiva de la vivencia de terror (Freud, 1926) o de terror sin nombre (Bion) o de derrumbe (Winnicott) en aquellas personas que en su historia personal han escindido la vivencia "normal" ante el peligro. Se trata de personalidades que han vivido anestesiadas ante las evidencias provenientes de la angustia, señal normal nacida de las vinculaciones del yo real definitivo con el principio de realidad. Las personalidades narcisistas condicionan reiteradamente el principio de realidad al principio del placer.

Como consecuencia de dicho engaño narcisista, el principio de nirvana, derivado de la pulsión de muerte, se desliza por los senderos abiertos por el principio del placer. La drogadicción es un ejemplo muy evidente de estos problemas. En la época del sida, también la sexualidad puede conducir del placer a la destrucción. La ecuación 1 + 1 = placer

compartido puede esconder la ecuación 1 + 1 = cero (muerte de los protagonistas del vínculo).

A esta tradicional complejidad vincular se han sumado las redes de Internet y los contratos sexuales y mortíferos que condicionan. A través de sus redes se pueden efectuar pactos suicidas explícitos que llevan al suicidio grupal programado. Un analista debe estar advertido ante estos peligros derivados de la nueva tecnología y de la soledad humana que condiciona lo que denomino "el vacío mental estructural" y sus derivaciones psicopatológicas compensatorias.

Si bien las personas que consultan por problemas psicosomáticos graves padecen de una anestesia ante el peligro, homologable a las recién mencionadas, tienen sin embargo la particularidad de que no pueden dejar de advertir su vulnerabilidad física. Pero solamente reconocen su problema somático, ya que conscientemente desconocen –por obra de la renegación– su fragilidad psíquica.

Esta es la vivencia propia del "ataque de pánico", sus evidencias clínicas son siempre psico (angustia y ansiedad extrema) somáticas (taquicardia, ahogos, cambios circulatorios, digestivos, etc.). Lo que se suele resolver cuando se anulan todos los síntomas deja una bomba de tiempo en el mundo interno del paciente "curado". La teoría del vacío mental me ayuda a explicarme la naturaleza psicopatológica del referido peligro virtual.

En términos generales, podemos decir que en la actualidad, muchas psicoterapias son complementadas con psicofármacos y terapias vinculares. Estoy totalmente de acuerdo con estas combinaciones. Generalmente se las utiliza con éxito para acelerar la acción terapéutica ante las urgencias, en particular cuando se trata de pacientes que están al "borde" de todo: de la locura, de la vida, de la convivencia social, de la delincuencia, de la adicción a drogas o a personas tan destructivas –o más– que las drogas más tóxicas.

Cuando, con nuestra profundidad de psicoanalistas, evaluamos el riesgo de vida que implica para el consultante su propia patología narcisista, podemos corroborar la autenticidad de la urgencia clínica y terapéutica que despliegan en las entrevistas. Ello le da al vínculo profesional la verdadera dimensión del explícito y manifiesto "apuro" que estos consultantes suelen reclamar al profesional consultado.

Cuando se trata de personalidades que padecen las consecuencias de su sobre adaptación social, el riesgo de muerte súbita es muy elevado. Suele ser mucho mayor en aquellas personas cuyo éxito social, económico, científico, sexual o "éxito de toda índole" las presenta ante su medio social como "hipernormales". Muchos de los suicidios desconcertantes –por lo insólitos– se producen en estas personas, *vacías por*

dentro pero cubiertas por su paradójica cáscara de "hipernormalidad".

En este artículo, voy a resumir mis ideas acerca de este problema general de la clínica actual. Mis hipótesis totales acerca del "vacío mental" constituyen solo una modesta aproximación a estos graves problemas que afectan a todo el mundo contemporáneo.

Una breve viñeta clínica[1]

María tenía 36 años cuando consultó por problemas de pareja y laborales; era licenciada en física. Manifiestamente, su consulta fue indicada por un neurólogo a quien consultó por sus mareos. Complejos vínculos sadomasoquistas, originados dentro de su vida cotidiana de pareja y su actividad laboral, le dieron a ella un sentido más comprensible de su consulta psicoanalítica.

Su actividad docente en la universidad había contribuido al desarrollo de sus naturales posibilidades expresivas. Hablándome de sus problemas, me decía que las sensaciones que ella tenía eran muy difíciles de expresar, pero me agregó que su explicación se vería facilitada si yo supiera a qué se llama un "agujero negro" en física. Más allá de mis magros conocimientos de física en aquellos tiempos, su relato específico fue muy claro.

Me explicó que un agujero negro en el espacio correspondía al lugar vacío dejado por una estrella extinguida o en proceso de extinción, es decir, apagada. En lugar de emitir energía como habitualmente ocurre con una estrella "viva", se convierte en una verdadera "bomba aspiradora" de energía y de masa (en función de la ecuación de Einstein).

Entendí así, en aquel entonces, que la estrella apagada a la cual hacía referencia en su clara explicación física del "agujero negro" me ayudaba a entender una parte de sus problemas psíquicos inconscientes o, más aun, inéditos.

En un nivel metafórico me resultaba claro, por su historia personal, que nos estábamos aproximando al problema mítico de su vivencia psíquica

1. Está publicada en la página 40 de mi libro *El vacío mental*. La publico dado que se trata de una terapia iniciada y concluida ya hace muchos años. Pertenece a la época inicial de mi descubrimiento del vacío mental. Vaya en esta publicación mi agradecimiento a los pacientes que tanto me enseñaron. Su autenticidad expresiva y mi atenta atención "sin memoria y sin deseo" (Bion) a sus problemas presentados, que ayudaron a recorrer el camino de la investigación que estoy resumiendo.

referida a su historia: solía decir que se había "auto criado", cuando hablaba de la traumática indiferencia de sus padres. Por la naturaleza del contenido de sus recuerdos, era fácil deducir que sus objetos primarios (padre, madre y una tía que vivía con ella) estaban psíquicamente "apagados" en los momentos críticos en los cuales para ella era imprescindible que sus padres emitieran alguna "luz" para guiarla y ayudarla a crecer.

En mi interior, comparé su referencia al "agujero negro" con la sensación que puede tener un bebé ante las precoces vivencias de "ausencia psíquica" de su madre. Esta narración también nos puede remitir al concepto de "la madre muerta" que describió Green (1984).

Esta paciente, además de padecer vértigos, conservaba una tendencia al insomnio nacida de sus terrores nocturnos infantiles; recordaba que durante su infancia se le repetían sueños en los cuales *caía a un precipicio dentro de un remolino*. En el mismo remolino estaban siendo "tragados" por el vacío sus muñecos y a veces algunos elementos de su cama, como un almohadón o su osito. Ella dormía abrazada a una muñeca. A veces se despertaba en medio de la noche por el pánico de las imágenes oníricas, otras, porque se caía de la cama.

En síntesis, me estoy refiriendo a una vasta serie de referencias clínicas manifiestas de los pacientes con patologías graves que adquirieron una nueva significación a la luz de mis investigaciones de la patología del vacío mental estructural. Para ellos, la "asociación libre" se transforma en muchas ocasiones en una "evacuación libre" de sensaciones aterrorizantes. Dicha tendencia a la evacuación es el producto de la actividad mental defensiva generada por la identificación proyectiva masiva.

Originalmente, Freud tuvo en cuenta el componente catártico de la emisión verbal de los pacientes que trataba. Hoy en día este concepto –la catarsis– es solo aplicable a los productos mentales derivados del retorno de lo reprimido. Responden conceptualmente a la repetición "más acá" del principio del placer (Freud, 1915). La "libre evacuación" se genera en la sesión debido a la intolerancia mental a la frustración y la instrumentación defensiva de la identificación proyectiva masiva para evacuar dicha frustración.

En cada sesión tenemos la oportunidad de asistir al nacimiento de la capacidad para el pensamiento verbal que el analizando porta como función deficitaria de su mente. Ello da lugar a que un analista considere la posibilidad –paradójica– de la existencia del *insight inconsciente* solo detectable mediante la intuición del analista, que visualiza dicha elaboración inconsciente.

Dado que la parte psicótica de la personalidad "ataca" la realidad del mundo interno y del mundo externo, en la intimidad de su incons-

ciente podemos inferir cómo se producen los ataques a la capacidad de pensar la frustración con los signos del lenguaje.

Según Freud (1911), el mundo interior contacta con el exterior por medio de la *atención*, la *conciencia*, la *notación* (representación inconsciente de la cosa y representación preconsciente de palabra) y el juicio (Freud, 1895) que permite el pensamiento. *La parte psicótica inicia su ataque al pensamiento verbal atacando la atención*. Lo más típico es la alucinación negativa.

Concepto de vacío mental

He comprobado que cuando mencionan el "vacío" los colegas se refieren al sentimiento de vacío. Según mi teoría general, debemos diferenciar el referido sentimiento, que yo defino como "vacío mental emocional", del "vacío mental estructural". El concepto de "vacío mental estructural" nos remite a una nueva visión del problema del psiquismo humano.

Se trata de una revisión teórica que involucra tanto a la "mente normal" como a las "enfermedades mentales". Su articulación con los diferentes cuadros psicopatológicos (neurosis, perversiones, psicopatía y psicosis) me ha ayudado a reconocer de un modo diferente los múltiples problemas de la clínica psicoanalítica contemporánea.

Para reconocer su existencia es imprescindible aceptar la posibilidad de que el yo se pueda escindir en diversos sectores desconectados entre sí. *El vacío mental estructural es una no-estructura que tiene una existencia virtual alojada en la intimidad de la simbiosis secundaria defensiva y el autismo secundario*. Por lo general no vamos a encontrar en la clínica el vacío mental en "positivo", debemos inferirlo por sus derivaciones secundarias defensivas.

Los vínculos simbióticos constituyen la forma más común de una lograda y equilibrada compensación del vacío mental; y es en su trama, en el interior del mismo vínculo simbiótico, donde se aloja la estructura virtual que estoy describiendo.

Solo cuando un sujeto vive la amenaza de una separación –física o mental– de aquellos objetos o instituciones con los cuales su yo se hallaba previamente fusionado (simbiosis), se pone de manifiesto o "en positivo", la dramática turbulencia clínica propia de las rupturas simbióticas (terror - crisis de pánico - descompensaciones psicosomáticas - crisis de psicosis agudas).

En el ser humano, la simbiosis vincular perinatal es la matriz a partir de la cual se inicia su desarrollo mental, que lo conduce a la maduración evolutiva de su yo y de su superyó. Para el recién nacido, dicho vínculo constituye una totalidad psicosomática indiferenciada. Esta sim-

biosis es normal en el recién nacido. Su ruptura traumática dentro del primer año de vida da lugar a la simbiosis secundaria compensatoria. Al respecto, las hipótesis teóricas de M. Mahler y J. Bleger me resultaron fundamentales para concebir mi teoría. Siempre el ser humano conserva en un sector de su yo total un anclaje simbiótico, pero con su medio sociocultural circundante, no con sus padres. Cuando existe una estructura psíquica sólidamente diferenciada, dicho vínculo simbiótico con el mundo externo alimenta la inspiración desde sus cimientos.

El vacío mental estructural es el hiato que se crea en el psiquismo entre el fondo simbiótico y la estructura narcisista. Corresponde al sector del ello que no continuó su evolución hacia el narcisismo discriminado, ya que dicha transformación fue abortada por un trauma psíquico muy primitivo.

El terror obliga al "yo" a nuevas y diversas defensas, a veces extremas, sedimentadas secundariamente en una compleja estructura psicopatológica de morfología diversa (neurosis, psicosis, neosexualidades).

Debido a esta fragilidad regresiva de los afectos (tendencia al terror), el falso desarrollo ocupa el lugar que no pudo –ni puede– ocupar el cambio psíquico auténtico. Gestado en el devenir de dicha hipocresía psíquica, se estructura un sólido "falso *self*", en términos de Winnicott.

El vacío mental es una "sensación insoportable" que también emerge durante los procesos de sublimación. Muchos creadores han aludido a él. Aparece en los momentos previos a la inspiración que culmina en la creación estética o científica.

El vacío mental emocional (sentimiento de vacío) corresponde a una vivencia de oquedad interior, de no tener nada adentro. Lo que falta atañe al plano de las emociones, de los afectos y a los derivados de ellos. En relación con esta sensación, los pacientes suelen decir: "siento un vacío" o, más puntualmente, "siento un vacío de sensaciones"; "no tengo ganas de vivir ni de nada"; "siento que perdí el sentido del estar vivo". Es muy trascendente que el analista pueda diferenciar el sentimiento de "vacío" del sentimiento de "tristeza o depresión".

El vacío mental estructural corresponde a lo que le ocurre solo a un sector escindido de la totalidad de la mente. Dentro de dicho sector se ha producido un detenimiento en el proceso de diferenciación del ello, en su camino en la construcción del yo y del superyó a partir de la experiencia histórica con sus objetos primarios.

El signo clínico patognomónico del "vacío mental estructural latente" es la aparición del terror, en lugar de la angustia "realista" o "señal". La clínica de las "crisis de pánico" es una forma muy frecuente de presentación de estas descompensaciones.

El fenómeno que me llevó a estudiar el vacío mental estructural ha

sido la comprobación clínica de que, debajo del silencio de algunos analizandos, había solo eso: silencio psíquico; vacío. Ello me ayudó a continuar el trabajo clínico con los pacientes muy perturbados y con personas cuya peligrosidad podía contraindicar una regresión psicoanalítica a dichos núcleos.

Para sintetizar, podemos decir que el vacío mental estructural corresponde a un sector escindido del yo que se ha sustraído a la evolución estructurante del aparato psíquico y de la mente (abortos mentales). Dicho sector escindido mantiene relaciones con el resto del yo que muchas veces guardan equivalencia con las estructuras defensivas secundarias que pudieron ser generadas en un momento posterior a aquel en que se produjo la desarticulación psíquica.

Mi teoría del vacío mental estructural

Las reflexiones conceptuales que voy a incluir en este apartado son la síntesis de mi articulación personal de los diferentes aportes de Freud y sus continuadores. También incluyo en dicha resignificación teórica algunas ideas propias de los paradigmas científicos y estéticos surgidos en diversas ramas del saber.

Reitero que para concebir teóricamente el vacío mental, previamente debemos aceptar la posibilidad de que la estructura psíquica total de una persona sea escindida en distintos sectores tabicados y desvinculados entre sí. Dentro de cada uno de los sectores escindidos existe una lógica mental diferenciada de la del resto; esa lógica es la que da sentido psíquico al funcionamiento autónomo de cada sector escindido.

Habrá un sector en el cual predomina la actividad mental resultante de las consecuencias inconscientes de una elaboración "normal" del complejo de Edipo; en ella hay un reconocimiento y una aceptación del principio de realidad; así tiene lugar en ese sector del "yo" escindido un intenso y continuo proceso de sublimación.

En otros sectores de la escisión del yo total puede predominar el principio del placer, en otro, el de realidad, en otro, la parte psicótica, la parte neurótica, la parte simbiótica, la autista o la estética creativa. Entiendo que la alternancia entre las figuras psicopatológicas compensatorias y defensivas a las que puede dar lugar el vacío mental estructural se explica por esta división y este tabicamiento de la personalidad.

Cuando el sector escindido del yo se halla regido por la lógica del principio del placer nos permite inferir que en él, el "yo" se ha puesto al servicio del ello y por ese motivo el yo le da la espalda al principio de reali-

dad.[2] Sobre esta defensa "psicótica" puede actuar secundariamente una defensa neurótica como, por ejemplo, una defensa obsesiva. La función de esta última es "controlar" la impulsividad resultante de la "fuerza pulsionante" (*trieb*) o de las "identificaciones proyectivas masivas" resultantes de la desorganización que predomina en la "parte psicótica".

La clínica de las severas conductas obsesivas (rituales bizarros de los pacientes *borderline*) pueden explicarse por estas interacciones defensivas resultantes de los diferentes vínculos escindidos del yo de una misma persona. Pero el problema global del vacío mental estructural es más complejo si tomamos además en cuenta las potenciales intervinculaciones y separaciones (cesuras) que se producen entre los diferentes sectores del yo y del superyó escindido.

Ello adquiere una peculiar significación cuando nos ocupamos de las diferentes "patologías narcisistas" (adicciones, *borderline*, psicosomatosis, psicosis) e intentamos dilucidar un *abordaje técnico específico* que sea operativo y consonante con las complejidades clínicas que estos analizandos nos generan en cada sesión. Además, cuando por ejemplo en un sector del yo escindido predomina el principio del placer, habrá que indagar cuál es la perspectiva singular de este dentro de la mente del analizando (predominancia de las fantasías orales, anales, fálicas).

De acuerdo con esta hipótesis, en cada uno de estos sectores del yo escindido existe una modalidad de "sepultamiento del complejo de Edipo" (Freud, 1924) diferente de la de los otros sectores. Ello implica la vigencia de un equilibrio psíquico diferente para cada sector. Además, acompañando estas variaciones psicopatológicas, siempre persiste en el psiquismo el sector "vacío" en estado virtual. Ello da lugar a constantes y nuevos desequilibrios en la personalidad; también a una inagotable fuente de creatividad.

El vacío estructural, como tal, solo se expresa clínicamente en forma directa a través de un sentimiento específico, el terror. La o las defensas secundarias que lo compensan (es decir, las diez variedades defensivas descriptas en el capítulo VI), dan lugar a una "especie" de caparazón que aísla la compleja problemática afectiva del vacío mental

2. Freud (1924). "Neurosis y psicosis": "En conexión con una ilación de pensamiento me acudió una fórmula simple sobre lo que quizás es la diferencia genética más importante entre neurosis y psicosis: la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. Debe desconfiarse de las soluciones tan simples: pero nuestra máxima expectativa sobre esta fórmula se limita a que resulte correcta en lo más grueso".

estructural. Debido a ello, los síntomas manifiestos a los que da lugar el vacío toman la forma clínica (psicopatología) de la estructura defensiva que los compensa.

La referida cobertura compensatoria (simbiótica, neurótica y/o psicótica) puede ser comparada con las funciones de un "continente" que aloja como "contenido", al vacío mental estructural. Esta defensa "engolfa" y "contiene" al vacío.

El "engolfamiento" es una estructura vincular que Bion (1967) describió y tipificó para explicar la configuración y la arquitectura íntima de lo que él denominó "objetos bizarros".[3] Yo le he dado a esta hipótesis de Bion otra dimensión: la tomo como referente para explicar un mecanismo de defensa que opera dentro del propio yo escindido. En esta situación, el intercambio se lleva a cabo entre los sectores escindidos del propio yo.

Los contenidos eyectados de un sector de la escisión mediante la identificación proyectiva masiva también pueden ir a parar a otro sector escindido del propio yo. Este sector se comporta como depositario, alojando lo depositado proveniente del otro sector del yo escindido. Se trata de un "engolfamiento" que opera dentro de los diferentes sectores del yo escindido.

Cuando en la clínica comprobamos que el yo se muestra ajeno a sí mismo debemos pensar en esta posibilidad. Es una forma muy diferente de comprender los problemas "ego distónicos", es decir, el sentimiento de ajenidad frente a las conductas y decisiones que emergen del yo.[4]

3. Para Bion, el objeto bizarro es un *objeto cualquiera*, modificado por la identificación proyectiva masiva que eyecta la *parte psicótica del sujeto*. En él se combinan sus funciones propias con las cualidades que le son transferidas a partir de la "inyección" de los elementos alojados dentro de la identificación proyectiva masiva proveniente de lo intolerable para el sujeto; por eso lo evacua.

Según Bion, si por ejemplo el sujeto proyecta sobre un gramófono la capacidad de mirar, cuando este funciona como gramófono, el psicótico imagina que el gramófono lo mira. Cuando el objeto funciona de acuerdo con su naturaleza originaria, adquiere las cualidades que le instauró la identificación proyectiva masiva.

Lo propio de la identificación proyectiva masiva es que eyecta sobre el objeto *cualidades y funciones que vacían la mente*; simultáneamente el yo se despoja de la vitalidad funcional que instaura en el objeto bizarro. Por ello espera encontrar y recuperar en el funcionamiento del objeto bizarro, lo vivo que su mente perdió al proyectarla en él. Puede ocurrir que esta dialéctica del vaciamiento y de la dependencia objetal se dé con múltiples objetos.

4. En la actualidad podemos efectuar una terapia de base psicoanalítica o un pro-

Los rituales psicóticos o neuróticos pueden formar parte de este tipo de constelación. También algunas alteraciones en las conductas sexuales. En especial, los intentos de suicidio de los adolescentes pueden tener este origen. No es lo mismo considerar este tipo de "engolfamiento" entre los diferentes sectores del yo que pensar en la posibilidad de identificaciones histéricas en los términos en que Freud lo plantea en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921).

El vacío mental nos encuentra con la posibilidad de que existan *sectores de la mente que no han iniciado la evolución psíquica*, aquella que se instaura en el ello desde el nacimiento y que continúa durante todo el resto de la vida del sujeto. Mi hipótesis general acerca del vacío mental está centrada en la posibilidad de que en una personalidad total existan, en estado mental virtual, sectores "vacíos", disimulados y compensados por la simbiosis secundaria. Esta visión teórica sugiere que en dichos sectores, la evolución ha sido interrumpida. La misma defensa simbiótica y autista secundaria ha detenido el movimiento que conduce al psiquismo desde *lo indiferenciado hacia la diferenciación*; del ello al yo y al superyó.

No es lo mismo suponer que el vacío mental pone en evidencia "un conflicto psíquico", en el sentido clásico del término (Freud, 1926) que considerar teóricamente que el vacío mental devela una incapacidad sectorizada de la mente (en particular del "ello") para instalarse en la dinámica del conflicto psíquico y, por ende, en la evolución.

Esta hipótesis teórica me coloca ante la evidencia de que estoy sugiriendo la alternativa de postular una equivalente *escisión en el "ello" y en el "superyó"*, coincidente con la escisión del yo. Dejo abierta la discusión de tan importante puntualización metapsicológica para otro momento.

En la Addenda (capítulo XI) de *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud postula cinco tipos de "resistencias"; tres corresponden al yo (de

---

ceso psicoanalítico con pacientes muy graves (no neuróticos) gracias a la ayuda complementaria de otras formas de terapia, como la proporcionada por la psicofarmacológica, las terapias vinculares, etc., que complementan las psicoanalíticas. Pero se requiere una intensa e incesante *cooperación* entre los diferentes profesionales para que esta convergencia terapéutica resulte operativa.

A la hora de evaluar los resultados de una medicación (para continuar con ella, suprimirla o sustituirla), considero que es fundamental que el psiquiatra que suministra los psicofármacos pueda atender tanto a los signos clínicos resultantes de la semiología psiquiátrica (apetito, insomnio, abulia, etc.), como a los signos clínicos que emergen del intercambio transferencia-contratransferencia que el psicoanalista registra en cada sesión.

la represión, de la transferencia y del beneficio secundario de la enfermedad).[5] Pero, ¿cuál es la significación metapsicológica del concepto "resistencia del ello", si tomamos en cuenta que el ello es pura pulsión?

Personalmente, me he guiado por la acepción freudiana (Freud, 1920) que afirma que la pulsión de vida nos indica la presencia de una fuerza (*trieb*) que empuja hacia la "complejización del psiquismo"; es una "tendencia". Por el contrario, la pulsión de muerte nos indica la acción de una fuerza que procura o "tiende" a la "descomplejización" del psiquismo.

Esta acepción del concepto de pulsión de muerte me permite entender mejor el de "resistencias del ello". También justificar la hipótesis de que la escisión del yo puede involucrar la "escisión en el ello". Se trata de una "resistencia" a la ramificación evolutiva de la vida psíquica y mental, "resistencia que es fortalecida y a la vez compensada al escindirse el ello". Se trata de un problema global de la mente generado por los traumas ocurridos durante el período de "gestación extrauterino" (Lutenberg, 2007).

En definitiva, entiendo que, históricamente, las personas que portan el vacío mental sectorizado y escindido del resto del yo han eludido sus crisis evolutivas. De ese modo, han congelado el movimiento transformacional que los llevaría hacia un cambio psíquico estructural. De allí el especial cuidado técnico que estos pacientes requieren por parte del analista en el momento en que intentan introducirse en el terreno de las transformaciones evolutivas de su "inconsciente" (edición).

Se trata de analizandos que no toleran que el vínculo analítico sea un factor decisivo en la generación de cambios favorables en su vida mental y en su vida fáctica, es decir, en su mundo interno y externo. Involucra a un amplio espectro de "resistencias" que no guardan mucha relación con el concepto freudiano de represión, sino con el concepto freudiano de "integración del yo mediante el 'domeñamiento de

5. "Debemos librar combate contra cinco clases de resistencia que provienen de tres lados, a saber: del yo, del ello y del superyó, demostrando ser el yo la fuente de tres formas de ella, diversas por su dinámica. La primera de estas tres resistencias yoicas es la resistencia de represión. De ella se separa la resistencia de transferencia […]. Es también una resistencia yoica, pero de muy diversa naturaleza, la que parte de la ganancia de la enfermedad y se basa en la integración (*Einbeziehung*) del síntoma en el yo. Corresponde a la renuencia a renunciar a una satisfacción o a un aligeramiento. En cuanto a *la cuarta clase de resistencia, la del ello*, acabamos de hacerla responsable de la necesidad de la reelaboración. La quinta resistencia, la del superyó […], parece brotar de la conciencia de culpa o necesidad de castigo; se opone a todo éxito y, por tanto, también a la curación mediante el análisis".

la pulsión' (*bändigung*)". La vivencia de un posible cambio psíquico favorable nos presenta un variado espectro de problemas clínicos y técnicos muy semejantes a los que enfrentamos con los drogadictos ante la supresión de la droga.

Algunos analizandos suelen referir un verdadero terror pánico cuando viven un éxito evolutivo de cualquier índole. Por ejemplo, suelen tener la certeza de que luego de un éxito logrado se va a morir un ser muy querido, como un hijo. Si bien Freud efectuó un pormenorizado estudio del problema en "Los que fracasan porque triunfan" y "El problema económico del masoquismo" (masoquismo moral) (1916, 24), dicha certeza de muerte de un ser querido nace en el inconsciente y es un producto neto de la proyección, en ese objeto querido, de la vivencia de terror, propia de la movilización de las defensas del vacío mental. En el inconsciente, la vivencia de terror equivale a la muerte psíquica del yo.

Además de la anulación evolutiva recién mencionada, existen múltiples mecanismos destinados a resolver la turbulencia emocional generada a raíz del impulso que guía al ser humano hacia el crecimiento mental. En el próximo punto voy a exponer mi síntesis teórica acerca del vacío mental estructural.

Estoy de acuerdo con los autores que sostienen que cuando nace un bebé se establece con su madre, de entrada, un vínculo simbiótico primario "normal" (Bleger, 1967; Mahler, 1958, 1967, 1984; Searles, 1980). Este representa la continuación extrauterina del ligamen corporal, psíquico y mental que compartían ambos desde la gestación del embrión hasta el momento del parto. Si bien nosotros estudiamos esta simbiosis normal primaria desde la perspectiva del vínculo psíquico, sabemos que tiene trascendentales *raíces somáticas, neurobiológicas y sociales.*

En su libro *El sentido del tacto*, Ashley Montagu (1981, capítulo II) se refiere a la "neotenia". Explica allí que a raíz de la bipedestación humana, se redujo el diámetro de la pelvis materna. Debido a ello también se redujo en el ser humano el período de gestación intrauterina que le correspondería según su ubicación en las escalas que relacionan el período de gestación propio de las diferentes especies de mamíferos.

Dicho acortamiento –en más de tres meses– se instauró durante la evolución filogenética de los seres humanos para evitar que la cabeza del feto aumentara su volumen en un grado tal que su mayor tamaño le impidiera transitar por el canal de parto materno. Ello podría ocurrirle si la gestación intrauterina del hombre se extendiera durante doce meses.

Por ello se afirma que *el bebé humano siempre nace "prematuro".* Esta premisa abre la posibilidad de una revisión de las teorías vinculadas a la angustia automática y la angustia señal planteadas por Freud en su segunda tópica (1926) y sus derivaciones metapsicológicas extendidas en

las teorías post freudianas. También nos lleva a revisar las premisas técnicas basadas en la visión freudiana y post freudiana de la defensa, así como las categorías psicopatológicas que se han derivado de esta visión de la angustia automática (o terror), en particular sobre la categorización de las patologías narcisistas (Lutenberg, 2007, capítulo VI).

Por ello, y en relación con el tema, entiendo que vale la pena revisar otra hipótesis que Montagu agrega en ese mismo capítulo. Se trata de una conceptualización que a mí me ayudó a comprender de un modo más abarcador las hipótesis psicoanalíticas que definen la simbiosis perinatal. Voy a transcribir textualmente una frase que sintetiza sus conceptos: "[…] la gestación [se refiere a la humana] se compone en realidad de una fase intrauterina, o uterogestación, y una fase extrauterina o exterogestación […] la exterogestación termina cuando el niño empieza a gatear [...] duraría el mismo período que la uterogestación (nueve meses cada una)".

Esta concepción onto-filogenética de la gestación humana total coincide, en muchos puntos, con las descripciones de varios autores psicoanalíticos. Su trascendencia conceptual no es solo teórica sino técnica, ya que nos abre la teoría hacia revisiones que pueden ayudarnos a redefinir la transferencia en una dimensión que complementa la visión original que Freud concibió (1912). Me refiero a la *transferencia simbiótica, psicótica y narcisista en sus variadas versiones.*

Pero poner nuestra atención en los nueve primeros meses de vida posnatal desde la perspectiva de la "gestación humana extrauterina" nos ayuda también a reconsiderar el valor de los traumas psíquicos que se producen durante dicho período. Se trata de "traumas psíquicos" cuya naturaleza es muy diferente de aquella de los que se producen con posterioridad a ese período crucial de la evolución mental humana.

Entiendo que durante estos primeros nueve meses de vida post natal, la estructura psíquica de la madre pasa a ocupar –para el psiquismo del bebé– el lugar de "continente" que aloja como "contenido" el mutante psiquismo del bebé en plena evolución.

Dicha función mental "continente" se asemeja mucho a la que cumple el útero anatómico durante la gestación biológica del bebé (o "uterogestación"). Así como resultan fundamentales las funciones del útero biológico durante el período de uterogestación, del mismo modo resultan imprescindibles las funciones de la mente materna durante el período de gestación extrauterina.

Estas referencias *conceptuales que nos posibilitan categorizar la trascendencia de la "exterogestación"* nos ayudan a revisar la técnica psicoanalítica que podemos implementar con los pacientes que presentan una patología derivada de su frágil narcisismo; en especial cuando in-

ferimos que se originaron en complejas experiencias traumáticas acontecidas durante el período de gestación extrauterina. Los cambios técnicos están más relacionados con las *transformaciones creativas que se deben operar en la mente del analista y en el encuadre de trabajo* que con lo que podemos esperar de las conductas totales y de las "asociaciones libres" del analizando.

He denominado "útero mental" a la síntesis de todas las funciones maternas que tipifican el período de "exterogestación", en el cual se da lugar a un vínculo simbiótico (simbiosis normal o primaria). El vínculo que caracteriza el "útero mental" se configura mediante la fusión indiscriminada del "ello" del neonato con el "ello" de su madre, más la estructura "yo-superyó" de esta. Tomando como base de sustentación este estadio de indiferenciación psíquica perinatal, se activa espontáneamente, en el bebé neonato, todo el potencial evolutivo que se halla inscripto en su fórmula genética; su desarrollo completo permite su maduración paulatina como sujeto discriminado de ambos progenitores.

A partir de este vínculo simbiótico primario, se van produciendo en el bebé las discriminaciones estructurales propias de su evolución psicosexual, es decir, todas las transformaciones que dan lugar al "tejido psíquico" que cada persona va adquiriendo a partir de la trama de su historia singular. Esta fusión inicial es el origen de la configuración del yo (consciente, preconsciente e inconsciente) y del superyó de cada individuo, con sus identificaciones (primarias y secundarias) y representaciones correspondientes.

El padre también forma parte de este vínculo simbiótico primario desde su inicio, pero como integrante "virtual", ya que su presencia fáctica y funcional se hace operativa cuando le facilita a la madre cumplimentar, sin interferencias, todas las funciones propias de la simbiosis. Su eficacia también es "virtual", puesto que se hace efectiva cuando su presencia no se nota como "figura", sino como "fondo", formando parte del vínculo simbiótico total (somatopsíquico y social) que tiene la madre con su bebé.

Si durante los primeros momentos de vida del bebé el padre "aprende" a alternar su presencia como objeto "virtual" y como objeto "real", esta artesanía vincular le va a facilitar a su hijo la tarea de resignificar la triangulación edípica que cada bebé porta en su configuración genética, a partir de las tres "protofantasías" que Freud describió (escena primaria, complejo de Edipo y castración).

Sabemos que en cualquier punto del proceso de diferenciación estructural del aparato psíquico del bebé se pueden producir "crisis evolutivas" a partir de traumas psíquicos de muy diversas características. Se trata de crisis de separación objetal que ponen a prueba la tolerancia

del bebé a la frustración. A partir de *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud concibió una nueva visión psicoanalítica del factor central que da lugar al sufrimiento psíquico (núcleo ontológico de la teoría psicoanalítica). Enuncia allí la hipótesis de la *angustia automática*, perinatal (terror).

Desde mi perspectiva, y continuando con el problema de la interdependencia conceptual entre el "útero mental" y los "abortos mentales", considero que muchas crisis evolutivas perinatales, que determinan la aparición del terror o del terror sin nombre (Bion), son resueltas mediante una multiplicidad de defensas que guardan vinculación con la intensidad y las cualidades específicas de la angustia de separación objetal. Otras crisis se resuelven mediante la defensa simbiótica secundaria, de naturaleza distinta de la simbiosis original, la primaria.

Cada vez que opera defensivamente la simbiosis secundaria, se funda un núcleo de escisión en el "yo" (en evolución). Esta defensa, que es extrema, se genera solo cuando la emoción subyacente a la separación evolutiva es el "terror sin nombre" (Bion, 1967). En esas circunstancias emocionales extremas, claudican todos los otros intentos defensivos menos radicales, aquellos a los cuales el incipiente "yo" ya había aprendido a apelar.

El terror sin nombre es la vivencia propia del estado de "des-estructuración" total del "yo". Se trata de una vivencia originaria, que denuncia la ausencia de tejido psíquico: es el vacío. El terror es equivalente al de la angustia automática que, para Freud (1926), es de origen filogenético.[6]

La operación defensiva que resuelve dicho estado emocional caótico (terror sin nombre) precipita en la estructura de la simbiosis secundaria. Al retomar nuevamente el vínculo simbiótico con su madre, el bebé aborta o corta bruscamente el proceso de diferenciación que estaba viviendo. Este movimiento defensivo interrumpe el proceso evolutivo que hacía posible que su yo y su superyó se diferencien a partir del ello.

Los sectores del yo incipiente que iniciaron la diferenciación pero están involucrados en el hecho traumático que hizo intolerable la sepa-

6. En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud discrimina la *angustia* (automática y señal) del *terror*. La angustia automática perinatal es luego sustituida –evolutivamente– por la angustia señal. Esta última corresponde a una alerta del yo que lo previene del peligro de volver a sentir la angustia automática. Ese peligro puede ser de origen interno (pulsional) o externo (real). "Lo peligroso", frente a lo cual el yo desencadena la angustia señal como su alerta, es la amenaza de desintegración del yo, como ocurre durante el terror.

ración son escindidos del resto del yo del bebé y configuran el *núcleo de la defensa autista y simbiótica secundaria.* El resto del "yo real primitivo" que no está involucrado en esta defensa precoz va a continuar su camino de maduración trazado por la evolución psicosexual natural.

En el interior de la simbiosis secundaria y del autismo secundario subyacen precipitados –indiferenciados y congelados– tanto el sector del "yo real primitivo" que quedó abortado en su evolución, como los restos psíquicos del objeto desmantelado, el cual queda así capturado en la trama fusional. El primer movimiento que condiciona toda la actividad mental hacia el vacío nace de un afecto específico: el terror sin nombre.

Para Bion, el terror es una emoción originaria del recién nacido, que solo adquiere cualidades destructivas para la mente del neonato cuando él siente que al ser inundado por la experiencia del "terror" (en términos de Freud), su madre no lo registra y por lo tanto no es capaz de actuar como depositaria mental de dicha emoción (Bion, 1967). Cuando el bebé "percibe" este quiebre vincular, en el que su madre demuestra ser incapaz de "contener mentalmente" su terror, este terror originario en él se fusiona con el materno y por ello se incrementa enormemente.

Bion denomina a este estado mental del bebé "terror sin nombre". La clave de esta alteración vincular está en el hecho de que no ha funcionado adecuadamente la "*rêverie* materna", que favorece la generación de elementos "alfa", aptos para "pensar" la experiencia. En su lugar se produce una "identificación proyectiva masiva" que permite "evacuar" la experiencia sin significarla. En estas circunstancias, la vivencia de separación vincular es altamente traumática.

Ello condiciona, según Bion, que en lugar de dar lugar al sentimiento de "cambio catastrófico" se genere una "catástrofe" mental, nudo central del "vacío". Según Bion, en la mente del bebé solo ocurren transformaciones evolutivas cuando la función *rêverie* materna amortigua el terror y hace posible la vivencia de "cambio catastrófico" que conduce a la transformación estructural del psiquismo. Bion plantea la posibilidad de que exista una precoz transformación simbólica de las experiencias traumáticas en un "proto lenguaje icónico" (Bion, 1967).

La simbiosis secundaria congela este estado de desastre vincular con los objetos primarios. Por ese motivo, la emoción subyacente a las "defensas simbióticas secundarias" siempre es el terror, nunca la angustia señal. Ello nos brinda un referente clínico para detectar la problemática del vacío mental estructural en la consulta diaria. Como señalé en la introducción, cuando el motivo manifiesto de la consulta del paciente es una "crisis de pánico" debemos tener en cuenta la posibilidad de estar frente a una descompensación del vacío mental estructural.

Hacia el final de su obra, Winnicott (1982) habla explícitamente del

sentimiento de vacío. En su artículo aclara que él se decidió por la palabra "derrumbe", "dado que dicho término resulta algo vago y puede significar varias cosas". En sus aclaraciones posteriores nos dice que ese temor corresponde a las emociones subyacentes a los estados psicóticos y al "vacío". Su visión del "vacío" parte y redefine sus postulados conceptuales precedentes.[7]

Los principios teóricos sostenidos por Winnicott son, en varios puntos, diferentes de los que sustentan mi concepción teórica del vacío mental estructural; yo tomo en cuenta las hipótesis freudianas de la pulsión de muerte y Winnicott no.

Para Winnicott la impronta psíquica dejada por un trauma histórico que se expresa por un "inconsciente temor al derrumbe" nos indica que en algún punto del proceso evolutivo de esa persona ocurrió realmente un "derrumbe del establecimiento del *self* como unidad". Según Winnicott, esta es la "verdad traumática" que subyace en los pacientes que expresan un marcado y desestructurante temor al presente y al futuro. Se trata de una visión clínica y teórica de la desesperanza radical.

Pero dado que Winnicott no concuerda con el concepto de "pulsión de muerte", yo entiendo que su visión del "temor al derrumbe" es un equivalente teórico winnicottiano al concepto freudiano de pulsión de muerte. Winnicott define el "derrumbe" como la vivencia de mayor amenaza caótica y desestructurante que la mente puede concebir y padecer.

Pero si dirigimos nuestra atención al concepto de Winnicott que divide al *self* total en un "*self* verdadero" y en un "falso *self*", hemos de encontrar allí uno de los conceptos teóricos más ricos que anteceden a su concepción del "temor al derrumbe". Personalmente, entiendo que su visión de la división del yo no se opone a otras precedentes o contem-

7. "Mis pacientes me demuestran que también la sensación de vacío puede entenderse a partir de mi hipótesis.

Algunos pacientes necesitan experimentar el vacío, este pertenece al pasado, a una época previa al momento en que el grado de inmadurez primitiva permitía experimentarlo.

Para comprender esto es necesario pensar no en el trauma sino en que nada sucedió cuando habría sido conveniente que algo ocurriera. Al paciente le resulta más fácil recordar un trauma que el hecho de que algo que debió ocurrir no sucediera. En esa época, el paciente no sabía que podría haber ocurrido, por lo cual no pudo experimentar nada pero sí percibir que algo podría haber sucedido".

Dice en el mismo artículo, un poco más adelante, a raíz de su ejemplo clínico: "Ahora bien, el vacío es una condición necesaria para que la avidez se acreciente. El vacío primario significa simplemente: antes de empezar a llenarse. Se necesita considerable madurez para que tal estado se vuelva significativo. El vacío que encontramos en un tratamiento es un estado pasado que no puede recordar salvo experimentándolo por primera vez ahora".

poráneas, sino que las complementa. Ello ocurre particularmente con las hipótesis de Freud (1927-38) y de Bion (1967).

El concepto de pulsión de muerte y de angustia automática que Freud teoriza en su segunda tópica, la hipótesis del terror sin nombre y de parte psicótica y no psicótica de la personalidad, nacida de la teoría de Bion, la teoría de Bleger, así como la visión de Winnicott acerca de un derrumbe primitivo del cual el sujeto jamás se recuperó ni registró, me resultan fundamentales para mi concepción del vacío mental estructural.

Si bien algunas de las hipótesis correspondientes a cada autor por separado son diferentes y hasta divergentes, su complementariedad teórica me resultó apropiada para explicar los complejos psicodinamismos que generan el *desmoronamiento sectorial de la estructura psíquica*. Los aportes de Green (1986-93) en relación con el "narcisismo de muerte" y "lo negativo" me resultaron también muy valiosos.

Cuando una catástrofe mental irrumpe precozmente en la evolución posnatal (trauma precoz), se inactivan y "congelan" los patrones genéticos que marcan filogenéticamente los caminos de la evolución humana. Se trata de una especie de "enquistamiento sectorial" de la estructura evolutiva genética y embrionaria que porta el bebé.

Según mis hipótesis, los traumas precoces, aquellos que se producen durante el período de "gestación extrauterina", tienen la capacidad de *desengarzar* la potencial evolución mental de un individuo y ubicarla fuera de sus carriles evolutivos naturales. Se trata de verdaderos abortos mentales no registrados por nadie. A partir de ese momento, ese individuo evoluciona sin un sustento sólido del *self* corporal y mental, es decir, crece apoyado sobre "pies de barro".

Con ello estoy indicando que el vacío mental que porta un paciente que nos consulta (niño, adolescente o adulto) aloja un potencial evolutivo inédito y que, por lo tanto, puede ser editado. El factor fundamental, del que depende el hecho de hacer técnicamente posible la "edición de los patrones genéticos enquistados" está en el encuadre que propone el analista, en su técnica, en las teorías que acepta como válidas, en su análisis personal abierto al infinito, en su "humanismo" y en los infinitos matices de su personalidad total.

Cuando, como analistas, sostenemos esta hipótesis genética del vacío mental, estamos apostando a la posibilidad de que durante el proceso terapéutico demos lugar, junto con el paciente, a una radical revitalización de los variados "abortos mentales" que ocurrieron durante el curso de sus procesos histórico-evolutivos. Dichos "abortos psicodinámicos" se han eternizado dentro de la estructura virtual del vacío y las precoces defensas correspondientes (simbiosis y autismo secundario).

La simbiosis secundaria defensiva tiene elementos en común con la

originaria, pero su naturaleza es totalmente diferente; la simbiosis primaria es espontánea, natural y no deja afuera ningún sector del somapsique. Es la continuación de una relación somato-psico-mental intrauterina que ha cesado como tal para dar lugar a una nueva relación posnatal. Sobre la base de este vínculo se establece una personalidad que se va discriminando a partir de la misma indiscriminación.

La simbiosis secundaria es reactiva y defensiva; por eso es patológica. Una vez configurada dentro del vínculo materno filial, frena la evolución del yo y del superyó, en el sector escindido en ella involucrado. Estos puntos serán aclarados en el próximo capítulo.

En la gestación psíquica del vacío mental estructural intervienen tanto la intolerancia materna a la separación como la propia del bebé. Por este motivo considero al vacío mental como un problema vincular, a pesar de que el "aborto psíquico", producido por la oclusión evolutiva, es propio del individuo que lo padece.

Cuando la simbiosis secundaria no resulta ser una defensa suficiente como para neutralizar la amenaza que implica la posible aparición súbita del terror, se generan nuevas y diferentes estructuras defensivas, como la psicosis o los estados *borderline*, para completar la "defensa" contra dicho terror subyacente. También la patología de las prácticas sexuales compulsivas e impulsivas (neosexualidades, según el afortunado término de Joyce Mc Dougall) es el efecto de una defensa contra el vacío mental (Lutenberg, 1997, 2002).

Cuando opera como defensa del terror latente el autismo secundario defensivo, junto con la supresión del terror, se arriba a un retraimiento total del yo respecto del mundo externo; dicho retraimiento yoico involucra al sector del "yo" capturado por la defensa. La edición en el análisis revierte este proceso y reabre así la evolución del *self* verdadero.

DESCRIPTORES: SIMBIOSIS / VACÍO / PSIQUISMO TEMPRANO

KEYWORDS: SYMBIOSIS / EMPTINESS / EARLY PSYCHE

Bibliografía

"Differentiation of the Psychotic from the Non-psychotic Personalities". *International Journal of Psycho-Analysis* 38, 1957, pp. 266-275.

- "Attacks on Linking". *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 1959.
- *Transformations*. Londres, William Heinemann, 1965. [Reimpresión: Londres, Karnac Books, 1984].
- *Attention and Interpretation*. Londres, Tavistock Publications, 1970. [Reimpresión: Londres, Karnac Books, 1984].

Bleger, J. *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
Etchegoyen, H. "Las formas de transferencia". *Psicoanálisis*, vol. 2, 1978.
Freud, S. (1895). *Proyecto de psicología*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. I, 1986.
- (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XII, 1986.
- (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XII, 1986.
- (1914). *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIV, 1986.
- (1915). *Lo inconsciente*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIV, 1986.
- (1920). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XVIII, 1986.
- (1924). *Neurosis y psicosis*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIX, 1986.
- (1924). *El problema económico del masoquismo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIX, 1986.
- (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIX, 1986.
- (1925-26). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XX, 1986.
- (1927). *Fetichismo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XXI, 1986.
- (1938). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XXIII, 1986.
Green, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.
- *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1993.
Kernberg, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós, 1975.
Klein, M. "The Oedipus complex in the light of early anxieties". *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 26, 1945.
- "Notes on some schizoid mechanisms". *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 27, 1946.
- "Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant". Extraído de *Envy and gratitude and other works*, 1952, cap. 6.
- "Envy and gratitude". Extraído de *Envy and gratitude and other works*, 1957, cap. 10.
Liberman, D. *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, vol. 1-3. Buenos Aires, Galerna, 1972.
Lutenberg, J. "Clínica del vacío. El vacío mental y la angustia. Reflexiones clínicas y técnicas acerca del *acting*". *Zona Erógena* Nº 26, Buenos Aires, 1995.
- "La edición en el análisis". *Zona Erógena*, Nº 31, Buenos Aires, 1996.
- *Teoría y clínica del vacío mental*. Lima, Siklos, 2007.
Mahler, M. "On human symbiosis and the vicissitudes on individuation". En: *Selected Papers of Margaret S. Mahler,* Nueva York, Jason Aronson, 1967.
- *Separación-individuación*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
Montagu, Ashley. *El sentido del tacto*. Madrid, Aguilar, Colección Arion, 1981.
Searles, H. *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona, Gedisa, 1980.
Tustin, F. *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991.

Winnicott, D. W. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1979.
- "El temor al derrumbe". *Revista de Psicoanálisis* vol. IV, Nº 2, 1982.

(Este trabajo fue seleccionado para su publicación el 25 de noviembre de 2008)