

RAZONES DE UNA MUESTRA

REASONS ACCOUNTING FOR THE PRESENTATION OF A SAMPLE

María Angélica Palombo*

Resumen

El presente trabajo se propone exponer un tipo particular de muestra, correspondiente a una investigación conceptual acerca del valor psicopatológico de la categoría: estados de vacío. La muestra está conformada por los conceptos de vacío presentes en la obra de Donald Winnicott, Otto Kernberg, André Green, Frances Tustin y David Maldivsky, examinados a partir de la descripción de estados de vacío, la relación entre vacío y estructura psicopatológica y las formulaciones teóricas del tema. El objetivo del plan de investigación es encontrar una forma precisa y demostrable de establecer semejanzas y diferencias en las teorías de los autores seleccionados.

Palabras clave: *investigación conceptual, estados de vacío, falso self, barreras autistas, desvitalización.*

Summary

In the frame of a conceptual research, the present work has the objective of exposing a particular sample related to the psychopathological value of emptiness state category. The sample is formed by the emptiness concept present in the work of Donald Winnicott, Otto Kernberg, André Green, Frances Tustin and David Maldivsky. These concepts are brought up to analyze how the authors first describe them. Then, how they approach the liaison between emptiness and psychological structure and, finally, the theoretical approach to these matters, used by them. The object of the research is to find a precise and demonstrable way to establish similitudes and differences in the authors's theories.

Key words: *conceptual research, emptiness state, false-self, autistic barriers, devitalization.*

I. Introducción

El propósito de este trabajo es presentar un tipo particular de muestra, justificar su elección y exponer los criterios metodológicos con los que está siendo analizada.

La muestra forma parte de la primera fase de un proyecto de investigación conceptual acerca del valor psicopatológico de la categoría: “estados de vacío”.

* Licenciada en Psicología UBA. Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados. Ex docente de la UBA, Doctoranda UCES, Directora de Encuentro Clínico, Centro de Psicoterapia. Dirección: Av. Santa Fe 3192 Piso 2° A (C1425BGT), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: cronopio@fibertel.com.ar

El material de la muestra está constituido por conceptos, conceptos que pertenecen a teorías psicoanalíticas. Teorías de algunos pensadores que se han ocupado de investigar a fondo las cuestiones psicopatológicas y que, en sus desarrollos teóricos, han abordado la temática de los estados de vacío.

Los psicoanalistas cuyas formulaciones sobre estados de vacío serán examinadas, en un primer tramo del trabajo, son: Donald Winnicott, Otto Kernberg, André Green, Frances Tustin y David Maldivsky.

II. Representatividad de la muestra

Dice Bancroft (1957): “*No se pueden formular reglas para definir lo que constituye una buena muestra*” y agrega “*En la mayoría de los casos debe ser una muestra al azar del universo en estudio*” (pág. 149).

En este caso, es obvio, no se han elegido a los autores al azar. No se trata de una muestra probabilística sino de una muestra dirigida. Dice Hernández Sampieri (1991) que “*La muestra dirigida selecciona sujetos “típicos” con la vaga esperanza de que sean casos representativos de una población determinada*” (pág. 262). Lejos de una vaga esperanza, en esta muestra se han seleccionado cuidadosamente, entre los psicoanalistas que hablan sobre estados de vacío, a algunos de los más calificados, que tienen más fecundidad teórica y/o clínica, entendiendo por fecundidad la capacidad para generar más teoría y más observaciones clínicas. En todo caso se puede afirmar que hay una fuerte esperanza en que los conceptos desarrollados por estos autores sean representativos del cuerpo teórico del psicoanálisis.

Se puede asegurar que se trata de una muestra representativa porque la representatividad está basada en el prestigio académico de los psicoanalistas elegidos y en el reconocimiento científico internacional que han alcanzado sus producciones teóricas. ¿De qué son representativos? Del desarrollo del pensamiento psicoanalítico en sus diferentes escuelas (como esta es una investigación en sus comienzos, más adelante será ampliada la muestra de teóricos para incluir mayor posibilidad de diferencias). La comunidad analítica puede no participar de alguna de las teorías aquí mencionadas pero reconoce en general la importancia de los pensadores elegidos y su capacidad para representar diferentes escuelas dentro del psicoanálisis.

Todos ellos tienen una preocupación clínica abundante y reconocida, han trabajado a lo largo de muchos años y han procedido, a la manera de Freud, a dar cuenta permanentemente de las inquietudes, las preguntas, los desconciertos, las angustias y las respuestas que se les fueron imponiendo en el curso del trabajo con pacientes. Es decir, como Freud, fueron haciendo teoría en la medida en que iban desarrollando el trabajo clínico.

Entonces:

a) Se trata en todos los casos de pensadores que, por distintas razones, marcan un rumbo en la investigación psicoanalítica;

b) Se ocupan del desarrollo de las teorizaciones sobre psicopatología psicoanalítica, especialmente las patologías graves;

c) En la obra que realizaron todos ellos aparecen tematizados los estados de vacío, en algunos casos con ese nombre específico y en otros casos con otras denominaciones que luego serán mencionadas.

De lo expuesto, puede inferirse que la muestra que se plantea es suficientemente representativa tanto por la calidad de los psicoanalistas elegidos como por el número de ellos (que luego será ampliado) y por la representación de diferentes posturas teóricas.

Además de incluir posteriormente a otros psicoanalistas que teorizan sobre este tema, probablemente serán incluidos en esta muestra algunos autores no psicoanalíticos, provenientes del campo de la psiquiatría, la neurología y la sociología, para enriquecer la exposición y trabajar mejor las diferencias.

III. Recursos teóricos para el análisis de la muestra

El análisis va a realizarse según conceptos extraídos de la obra de Klimovsky, Perelman y Toulmin.

Gregorio Klimovsky (1994) dice que “...*el conocimiento científico se proporciona mediante enunciados...*” para recalcar: “...*informaciones y conocimientos deben expresarse mediante oraciones declarativas*” (pág. 67).

Klimovsky clasifica a los enunciados científicos según las pretensiones científicas que ellos representen. Habla así de los enunciados de primer nivel, a los que llama también enunciados empíricos básicos, que se caracterizan por:

- a) Disponer de un vocabulario lógico y que los términos empleados sean empíricos;
- b) Que hablen de una sola entidad o de una muestra (en este último caso, el número de elementos de la muestra debe ser tan pequeño como sea necesario para que la observación los pueda abarcar);

Este tipo de enunciados, según Klimovsky, permite que a través de la observación se determine si son verdaderos o falsos. Estos enunciados empíricos básicos son útiles cuando se trata de registrar casuística.

Klimovsky habla también de enunciados científicos de segundo nivel, las generalizaciones empíricas que, como los enunciados anteriores, deben tener una formulación lógica y empírica, pero que se refieren a afirmaciones generales, que marcan regularidades. Se señala que puede hablarse en este caso de “leyes empíricas”.

Luego Klimovsky plantea la existencia de generalizaciones universales. Existen varios tipos de ellas, pero las que más pueden interesar en el campo de las ciencias humanas son las generalizaciones estadísticas o probabilísticas, difíciles de verificar y de refutar, que solo afirman propiedades en relación a una proporción estadística.

Finalmente Klimovsky incluye los enunciados teóricos que cumplen la condición de disponer de al menos un término teórico. En este tercer nivel ya no hay contacto con elementos observables. Dice Klimovsky que se ingresa al nivel de la conjetura.

Señalan Perelman y Olbrechts-Tyteca, en su Tratado de la argumentación (1989) respecto de los objetos de acuerdo, que hay un tipo de ellos en particular que está relacionado con lo real y, dentro de esta categoría, los autores diferencian los hechos y las verdades, por un lado y las presunciones, por otro lado.

¿Cómo se puede definir un hecho? Plantean los autores mencionados que “...*solo estamos en presencia de un hecho si podemos postular respecto de él un acuerdo universal, no controvertido*” (pág. 122). Pero esto nos conduce inevitablemente a preguntarnos qué ocurre cuando una parte del auditorio le niega la calidad de hecho a lo que ha sido presentado como tal. Hay dos formas en las que un hecho puede perder su condición de tal: cuando una parte del auditorio lo cuestiona y cuando el auditorio se amplía e incorpora a miembros que tienen capacidad para juzgar en la materia y que le niegan su calidad de hecho. Por eso dicen los autores que “*No contamos con ningún criterio que nos permita, en cualquier circunstancia e independientemente de la actitud de los oyentes, afirmar que algo es un hecho*” (pág. 122). Sí ocurre que hay condiciones que facilitan la admisión, por parte del auditorio, de que algo es un hecho, puesto que, para negarlo, es preciso justificar esa postura debidamente.

Dentro de los hechos aceptados se encuentran los de observación y aquellos que son supuestos, convenidos, posibles o probables.

La diferencia entre hechos y verdades radica en el alcance que ambos tienen: mientras que los hechos son objetos de acuerdo limitados, las verdades, en cambio, son sistemas más complejos. “*Para unos, el hecho se opone a la verdad teórica como el contingente a lo necesario; para otros, como lo real a lo esquemático*” (pág. 124)

En cuanto a la diferencia que existe entre hechos y presunciones, estas últimas son definidas por Perelman como objetos que pueden gozar de acuerdo universal pero no implican un grado extremo de adhesión y sí esperan de un reforzamiento por parte de otros elementos. Generalmente las presunciones son admitidas como punto de partida de argumentaciones y están vinculadas a lo verosímil y lo normal. “*Se cree que el acuerdo basado en la presunción de lo normal es válido para el auditorio universal con el mismo título que el acuerdo sobre los hechos comprobados y las verdades*” (pág. 131).

Respecto de la elección de los datos, señala Perelman que todo acuerdo sobre el que se apoye la argumentación constituye un dato.

¿Cómo se deben seleccionar los datos? Cuando la argumentación se dirige a un auditorio especializado, será el cuerpo teórico reconocido por la disciplina científica de que se trate lo que constituirá la base de datos que se puedan utilizar. En los debates científicos, dicen los autores, se eligen cuidadosamente los hechos que se consideran

relevantes. *“El método de cada ciencia implica tal elección que, relativamente estable en las ciencias naturales, es mucho más variable en las ciencias humanas”* (pág. 192).

Cuando se seleccionan determinados hechos como datos básicos de la argumentación, se dice que estos hechos adquieren presencia. El que sostiene un argumento deberá darle presencia en la argumentación a lo que está ausente y él desea que cobre importancia, o a lo que desee valorizar: *“...toda argumentación es selectiva, pues elige los elementos y la forma de presentarlos”* (pág. 197). Por eso es necesario cuidarse de no incurrir en argumentaciones tendenciosas.

Ahora bien, y esto es muy importante en el campo del psicoanálisis, no solo es necesario plantearse cómo debe ser la selección de los datos sino también la manera de interpretarlos.

En la argumentación, los que gozan de un acuerdo conveniente, aunque sea provisional, son los datos, pero las interpretaciones de los mismos son materia de opinión. Cuando haya interpretaciones de carácter incompatible, será cuestión de revisarlas de modo que una de ellas prevalezca, proceso que es muy complicado.

En la obra de Toulmin, los usos de la argumentación (2003) se le da importancia al modo en que se establece y asegura una conclusión una vez que ya se ha llegado a esta. Es decir, cómo se respalda argumentativamente una conclusión: *“...hablar de una propuesta en concreto como una posibilidad es admitir que tiene el derecho a ser considerada”* (pág. 37). Entonces, después de la formulación de un problema se tratará de establecer cuáles son las soluciones posibles y, dentro de ellas, cuáles son las más serias. *“Para que una propuesta constituya, por tanto, una posibilidad en cualquier contexto ha de tener lo que hace falta en orden a ser merecedora de auténtica consideración en ese contexto”* (pág. 59).

A veces sucede que, una vez atravesada esta etapa inicial, una conclusión se impone como la que inequívocamente debe ser aceptada. En ese caso decimos que la conclusión es necesariamente así. Pero no siempre es posible pasar de la posibilidad a la necesidad. Lo que sí puede hacerse en el proceso es descartar algunas hipótesis como no posibles. Las propuestas que permanezcan vigentes dependen del grado de confianza que nos despierten. *“A partir de lo que sabemos, podemos sentirnos legitimados, de acuerdo con ello, para dar el paso de extraer una de las conclusiones con mayor grado de confianza que si adoptáramos otra: entonces decimos que esa conclusión es más probable que otra”* (pág. 41).

La palabra probabilidad, dice Toulmin, puede usarse para referirse a predicciones con las cuales no podemos comprometernos completamente. *“En las predicciones, como en las promesas, al decir probablemente uno se hace responsable de su cumplimiento en una proporción razonable de ocasiones...”* (pág. 78).

Cuando no existe una seguridad total respecto de que una respuesta sea la respuesta, entonces debemos decir que es presumiblemente así.

Una vez expuestas las descripciones de estados de vacío así como las inferencias que de ellas se extraen, se tratará de aplicar estos conceptos de Klimovsky, Perelman y Toulmin para el análisis del material de muestra.

IV. Presentación de la muestra

¿Cuáles son los conceptos que serán examinados?

- A) Descripción de los estados de vacío en los autores seleccionados;
- B) Relación entre estados de vacío y estructura psicopatológica;
- C) Conceptos teóricos con los que se explican la existencia y emergencia de esos estados.

A) *Descripción de estados de vacío*

1) Winnicott

Por su estilo personal, este psicoanalista presenta sus conceptos permanentemente a través de casos clínicos, comentarios de sesiones, apuntes para un desarrollo teórico. No desarrolla una descripción nítida sobre el concepto de estados de vacío, pero todo el tiempo está hablando acerca de fenómenos que tienen que ver con ellos. En un momento, por ejemplo, en *La integración del yo en el desarrollo del niño*, Winnicott (1965) explica lo que le pasa al bebé en su desarrollo y plantea el concepto de angustia inconcebible “*En la etapa que analizamos es necesario no considerar al bebé como una persona que tiene hambre y cuyos impulsos instintivos pueden ser satisfechos o frustrados, sino pensarlo como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una angustia inconcebible*” (pág. 75).

Esa angustia inconcebible puede llevarlo, si no es adecuadamente contenido, a fragmentarse, caer interminablemente, no tener relación con el propio cuerpo o no tener orientación. Que no exista una madre suficientemente buena puede conducir a que haya fallas en el proceso de “seguir siendo”: “*Si el reaccionar que quiebra el “seguir siendo” se reitera persistentemente, inicia una pauta de fragmentación del ser*” (pág. 79).

En otro trabajo, *El concepto de individuo sano*, Winnicott (1967) señala la diferencia entre un individuo sano y uno esquizoide y dice que lo esperable es que la maduración del bebé, convenientemente apoyada por el vínculo con la madre, produzca una buena relación con los objetos. “*En la enfermedad esquizoide, la relación con los objetos funciona mal... (El individuo) Se halla retraído, desconectado, alelado, aislado, irreal, sordo, inaccesible*” (pág. 34).

En *El miedo al derrumbe*, Winnicott (1963a) dice que el vacío de que se trata tiene que ver con el pasado “...la época anterior a aquella en la que el grado de madurez hizo posible experimentar el vacío. Para entender esto es preciso pensar, no en un trauma, sino en que no pasara nada cuando algo provechoso podría haber pasado” (pág. 118).

En otro artículo acerca de este tipo de cuadros, Nada en el centro, Winnicott (1959) se refiere al vacío como centro en el análisis de una paciente muy difícil de tratar: “*Le interpreté que si no le sucedía nada ante lo cual pudiera reaccionar, ella llegaba al centro de sí misma, donde sabía que no había nada. Le dije que esa nada en el centro era su hambre tremenda*” (pág. 69).

Winnicott plantea que el paciente vive el vacío como algo verdaderamente atroz y que, para defenderse de esa atrocidad, organiza vacíos controlados (no comer, no aprender). ¿De qué se trata en el análisis?: *“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; puede entonces comenzar un comer que no es una función disociada (o escindida) como parte de la personalidad...”* 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...” (Winnicott, 1963, pág. 119).

Por lo tanto: angustia inconcebible, fallas en el seguir siendo, inaccesibilidad y desconexión, miedo al derrumbe, sentimiento de “nada” son las formas en que Winnicott tematiza el sentimiento de vacío.

2) Otto Kernberg

Este autor sí nombra específicamente al sentimiento de vacío, del que afirma que es una de las experiencias subjetivas más patológicas y perturbadoras y que se caracteriza por *“...la sensación de vacío y futilidad de la vida, el desasosiego crónico, el hastío y la pérdida de la normal capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella”* (Kernberg, 1975, pág. 192).

Agrega este psicoanalista que en los pacientes que experimentan estos sentimientos, el vacío se instala como una modalidad básica de vivencia subjetiva.

La vivencia de vacío, según se relacione con diferentes cuadros psicopatológicos, puede consistir para O. Kernberg en: pérdida de contacto con los demás, sentimiento de falta de sentido de la vida, falta de capacidad de amar, sentimiento de irrealidad de la vida, sentimientos de hastío, desasosiego, aburrimiento.

3) André Green

A. Green (1977) habla de estados anímicos en blanco, y dice que en estos casos los núcleos del yo, separados entre sí, forman como islas no comunicadas, rodeadas de vacío. Hay falta de cohesión, de unidad, falta de coherencia. *“Esta falta de integración comunica al observador una sensación de frialdad, una ausencia de vitalidad, como si esas islas de yoes separados (relaciones self-objetos) no llegaran a formar un self individual. En mi opinión, estas islas de núcleos yoicos son menos importantes que el espacio que las rodea, que he definido como vacío. Futilidad, falta de percatación de presencia, contacto limitado...”* (pág. 114).

También lo relaciona Green (2003) con la angustia de intrusión, que lo conduce a su vez a un angustia implosiva. *“En un trasfondo de grandes angustias narcisistas tocantes a la sensación de unidad del yo o a la de identidad personal, la implosión se instala como consecuencia insoportable de la invasión objetal (...) una defensa habitual contra tal peligro es adoptar un falso self que complazca a los deseos del objeto* (pág. 214).

Y cuando se refiere a los trastornos del pensamiento, Green (2003) se refiere a ciertas estructuras no neuróticas en las que los pacientes manifiestan que no pueden pensar.

“No se dan cuenta de que, en forma preventiva y para evitar la angustia (cosa que no consiguen), se entregan al trabajo de blanquear representaciones y desalojar todo pensamiento que favorezca o suscite la instalación de lazos. Consiguen olvidar así lo que acaban de pensar. Diríamos que estos pacientes cierran todo posible despliegue de su pensamiento, como si anticiparan que, de lo contrario, podrían llegar a zonas a las que no tienen el menor deseo de ir” (pág. 226).

Es importante también mencionar el concepto de alucinación negativa, definida por Green(2003) como la no percepción de un objeto perceptible, y que este autor relaciona con esos pacientes que *“...parecen estar atacados de un vacío repentino en el pensamiento y expresan su dificultad diciendo: “No me acuerdo en qué estaba pensando! O “se me hizo un agujero”. Ese blanco en el pensamiento nos parece traducir el estado subjetivo del paciente...” (pág. 304).*

Entonces, estados anímicos en blanco, imposibilidad de pensar, frialdad, falta de coherencia en la identidad, alucinación negativa, son los modos en que se presentan los estados de vacío en Green.

4) Tustin

Esta psicoanalista plantea que algunos pacientes neuróticos presentan rasgos en común con los niños autistas. Tienen la sensación de ser irreales y de que la vida es un sueño. Dice Tustin (1987) *“Los pacientes neuróticos con una cápsula de autismo sienten que algo les falta. Una paciente adulta se definió a sí misma como “mercadería deteriorada” (pág. 210).*

Son estados, dice Tustin (1987), en que el sentimiento de identidad personal está muy amenazado *“...y las cosas se perciben en extremo discretas y separadas porque no hay hilos que las aten entre ellas. Los nexos se han cortado o no se han establecido. La amenaza de disolución acuosa está en el aire (...) Hay una vacua sensación de falta de propósito, de comprensión, de sentido. No existe imagen coherente del mundo ni del propio sujeto. (pág.216)* También plantea que en estos pacientes se produjo un *“...desarrollo cognitivo y afectivo que transcurrió dejando una “mancha ciega” de detención que después se convertiría en una cápsula de autismo inmersa en las profundidades de su personalidad” (pág. 232).* El sentimiento que tienen sobre su existencia es tenue. Refiriéndose al funcionamiento de la encapsulación autista en pacientes neuróticos, dice Tustin(1990) que la misma es *“...una protección específica frente al miedo de ser lastimado, miedo este que nace de la vulnerabilidad y el desvalimiento corporales” (pág. 171).*

Agrega la autora (1987): *“En estos estados, ellos dibujan o mencionan cosas tales como “pozos sin fondo”, “agujeros negros”, “abismos” y “precipicios” (pág. 209).*

En Tustin, por lo tanto, el sentimiento de vacío está asociado a amenaza de disolución, terror, cápsula de autismo, recurso autoprotector, agujero negro del psiquismo.

5) D. Maldavsky

Maldavsky (1998) habla de pacientes en los cuales *“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.” (pág. 113). En ellos lo anímico muestra signos de empobrecimiento “...carente de un universo representacional y simbólico que exprese su subjetividad” (pág. 111).

Lo que caracteriza a los estados de vacío entonces es la falta de investidura de la conciencia originaria y la abulia característica de estos cuadros, dice Maldavsky, corresponde a un dolor sin sujeto, a un afecto carente de conciencia.

También se refiere a este tipo de situaciones cuando habla de ciertos rasgos patológicos de carácter, específicamente el carácter abúlico. Maldavsky (1994) afirma que hay un “núcleo letárgico, desvitalizado, acorazado con un estallido de furia ante quien pretenda sustraer lo anímico a tal condición” (pág. 48). Lo que predomina en estos cuadros es una “tendencia anímica disolvente, deconstituyente de la tensión vital, de donde resulta un estado económico inerte” (pág. 49).

En Maldavsky, por lo tanto, los estados de vacío se presentan como alteraciones de la conciencia originaria, sopor, apatía, letargo, y la imposibilidad de procesar adecuadamente el dolor.

B) Relación entre estados de vacío y estructura psicopatológica

1) Winnicott

El sentimiento de vacío está asociado en Winnicott (1967) con el no sentirse real. “La vida: ¿qué es? Sin que sea necesario dar una respuesta a esta pregunta, se puede convenir en que es algo que atañe más al ser que al sexo. Ser y sentirse real es lo propio de la salud” (pág. 39).

En el mismo trabajo Winnicott dice: “Tal vez el psicoanálisis ha tenido tendencia en algún tiempo a considerar la salud simplemente como una ausencia de desorden psiconeurótico. Esto ya no basta. Hoy necesitamos criterios más sutiles” (pág. 31).

Entonces, para Winnicott (1963) la salud está relacionada con “sentirse siendo” y “sentirse real”. Lo opuesto a sentirse real sería estar acosado por el miedo al derrumbe. “Sostengo que el miedo clínico al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como síndrome mórbido” (pág. 115).

Winnicott postula la existencia de dos categorías en el mundo de los bebés: Los que no han sido dejados caer en su primera infancia y que harán un desarrollo relativamente normal y aquellos que sí han sido dejados caer. “Estos bebés 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 escindir-se en la desunión psicósomática” (Winnicott, 1969, pág. 309).

Las estructuras psicopatológicas que están afectadas por estos sentimientos de vacío son, en los términos de Winnicott, las que corresponden a sujetos que no han elaborado

adecuadamente los primeros momentos de su vida. Winnicott (1965b) insiste en una psicopatología que reconoce fundamentalmente dos categorías: “*los que no arrastran consigo una experiencia significativa de derrumbe o quebrantamiento psíquico en su muy temprana infancia y los que sí la arrastran, y por ende deben huir de dicha experiencia (...) estar siempre preocupados por esta amenaza*” (pág. 152).

Son los estados fronterizos los que constituyen el campo privilegiado de estudio para los estados de vacío (Green (1977) dice que “*...es sobre todo Winnicott, en mi opinión, el analista de lo fronterizo*” (pág. 99) y es el concepto de falso *self* el centro orientador de la psicopatología de Winnicott. En todos estos casos en los que no se ha producido un proceso de maduración adecuado, se desarrolla un falso *self*, definido por el psicoanalista inglés como el resultado de un proceso motorizado por una madre no suficientemente buena. “*El proceso que lleva a la capacidad para el uso de símbolos no se inicia (...) el infante vive, pero de modo falso* (Winnicott, 1960, pág. 190).

El sentimiento de realidad está afectado, el sentimiento de vacío puede ser “compensado” con la instalación de un falso *self*. “*... (el) self falso, que ahora vemos que constituye una defensa, una defensa contra lo impensable, contra la explotación del self verdadero que daría por resultado su aniquilación.*” (Winnicott, 1960, pág.191).

Winnicott (1963b) se refiere a las patologías que están más allá de las psiconeurosis: depresiones, trastornos psicosomáticos y los trastornos del carácter, entendidos estos últimos como “*...la distorsión de la personalidad generada cuando el niño necesita hacer lugar a algún grado de tendencia antisocial*” (pág. 268). La tendencia antisocial, dice Winnicott, siempre proviene de una deprivación.

Sintetizando, entonces, los estados de vacío corresponden a muchos cuadros psicopatológicos surgidos de graves traumas en la temprana infancia, que tienen como denominador común la imposibilidad de alcanzar el sentimiento de realidad y que se expresan en formaciones fronterizas, depresivas, antisociales, atravesadas por la falta de autenticidad.

2) O. Kernberg

Kernberg (1975) relaciona los estados de vacío con diferentes estados psicopatológicos:

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

b) en pacientes con *personalidad esquizoide* aparece el vacío como característica innata. Son incapaces de tener vivencia alguna. La sensación interna de dejarse llevar, de irrealidad subjetiva y el relativo alivio derivado de esa misma irrealidad les hace más tolerable la vivencia de vacío;

c) pacientes *narcisistas*: El vacío es un aspecto sobresaliente de su patología. En la experiencia de vacío de estos pacientes intervienen fuertes sentimientos de hastío o desasosiego. Son incapaces de empatizar profundamente con los otros. Cuando las gratificaciones cesan, reaparece el sentimiento de vacío;

d) pacientes *borderline*. Las vivencias de vacío de estos pacientes no son tan duraderas como las de las personalidades narcisistas ni como las esquizoides.

O. Kernberg decía que la depresión severa, en donde se produce desorganización yoica o marcado retraimiento de los vínculos emocionales con la sociedad, puede ser vista como un índice presuntivo de organización *borderline*.

Cuando habla de las personalidades narcisistas, que Kernberg diferencia de los cuadros fronterizos (aunque otros psicoanalistas no ven tantas diferencias) Kernberg dice que la vida emocional de estos sujetos carece de profundidad. Tienen poca empatía por los sentimientos de las demás personas. Envidian a las personas que brillan, idealizan a algunos individuos de quienes esperan gratificaciones narcisistas y desprecian a aquellos de quienes sienten que ya no pueden esperar nada. Tienen relaciones de carácter explotador. Se comportan como vampiros. No tienen consideración hacia los otros. Las personas a su disposición son objetos descartables.

En la clínica se observa que los sueños, en estos cuadros, suelen ser de evacuación, casi como los que suelen aparecer en las neurosis traumáticas.

En los casos típicos caracterizados por este tipo de sentimientos, dice Kernberg, los pacientes tratan de escapar del vacío participando en muchas actividades, o teniendo una vida social desenfadada, haciéndose adictos a las drogas, el sexo, el alcohol o lo que fuere. Otros pacientes ingresan en un estilo de vida monótono y mecánico, ausentes de ellos mismos, con sensación de irrealidad.

3) André Green

Green advierte que la experiencia nos enfrenta con una realidad en la cual la frontera entre la psicosis y la neurosis no es una línea sino un territorio amplio, una tierra de nadie.

También señala que en la práctica clínica, la cualidad de la comunicación es lo que le permite al analista saber que se encuentra frente a un fronterizo, que le despierta respuestas interiores que el terapeuta podría describir solo si escribiera poesía.

El fronterizo, dice este autor, es como un collar de perlas sin cuerda, que se mueve entre la escisión y la depresión. Un concepto fundamental para entender estos cuadros es el de depresión primaria. Los rasgos clínicos propios de este tipo de depresión son: dificultad para la representación mental, mala concentración, imposibilidad de pensar. Es lo que Green llamó 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, de irrealidad. La defensa frente

a la depresión primaria impulsa a relaciones de objeto precipitadas, lo que produce conductas psicopáticas, personalidades como sí, adicciones, etc. En estos pacientes no hay diferenciación clara entre representaciones, pensamientos y afectos.

Cuando habla del trabajo de lo negativo, Green (2003) dice: “...describimos un síndrome de descompromiso subjetal del yo, en el cual el paciente adopta una posición general de retiro. Recibe con indiferencia las interpretaciones referidas a su transferencia y a su funcionamiento mental adhiriendo a estas en forma ocasional y efímera, sin que entrañen decisión judicativa alguna por parte de su yo” (pág. 298).

La función desobjetalizante tiene relevancia en la melancolía, el autismo infantil, en formas no paranoides de psicosis crónicas, en la anorexia mental y en expresiones de la patología psicósomática.

4) Frances Tustin

Tustin (1990) postula la existencia de un encapsulamiento autista, que no se encuentra presente solo en casos de autismo. Esto ocurre con niños esquizofrénicos, ciegos, sordos y también con pacientes neuróticos y personas con trastorno de Asperger. “*La encapsulación autista parece ser una protección específica frente al miedo de ser lastimado, miedo este que nace de la vulnerabilidad y el desvalimiento corporales*” (pág. 173).

En otro texto, dice Tustin (1987) que los pacientes neuróticos con una cápsula de autismo pueden verbalizar “...los estados primordiales no verbales en que el desarrollo de un sentir del propio ser resultó gravemente dañado o perturbado. (...) probablemente lo que nos dicen (y lo que nos dicen los poetas) se acerca, en todo lo que nos es posible alcanzar, a una descripción de esas experiencias. Las afecciones psicósomáticas de estos pacientes también suelen ser un intento de procurar expresión manifiesta a estas experiencias centradas en el cuerpo” (pág. 232). Como se verá, así como Green, Tustin alude a lo inexpresable que caracteriza la expresión de estas patologías y que solo puede ser puesto en palabras a través de metáforas en muchos casos herméticas.

“Lo malo en el caso del autismo psicógeno es que, una vez iniciado, fácilmente se convierte en un modo de vida arraigado, vacío, que interminables manipulaciones mantienen en vigencia. Utilizado de manera masiva, produce un carácter psicopático desviado y una cultura psicopática desviada (...) muchos de nosotros (...) tenemos un fragmento de autismo psicógeno que nos ha apartado de los dolores y dificultades de la relación con otros seres humanos (...) Levantamos barreras para impedir que ese fragmento contamine el resto de nuestra personalidad, y procuramos no percatarnos de él” (Tustin, 1987, pág.168).

5) David Maldavsky

Hay pacientes, dice Maldavsky (1994), con un núcleo autista en su desarrollo (psicósomáticos, adictos, traumatofílicos, *borderline*) e incluso las patologías alexitímicas, “...en que se evidencia una imposibilidad para cualificar los afectos, sobre todo el

dolor. En su lugar aparecen ciertos estados limítrofes entre lo somático y lo psíquico, sobre todo el sopor, la abulia, la apatía, la astenia, el desgano, el letargo..." (pág. 253).

Refiriéndose a los pacientes cuya patología gira en torno de la apatía, Maldavsky hace una comparación entre ellos y Zelig, el personaje ideado por Woody Allen (EE.UU., 1983), en tanto que estas personas carecen de representantes anímicos para su vida emocional. Todo tipo de patologías graves pueden desplegarse a partir de esta condición que implica la presencia de un discurso "... *inconsistente, catártico, especulador*" (Maldavsky, 1998). La inconsistencia es un punto central, puesto que los pacientes aquejados de estados de vacío tratan de amoldarse al otro, de decir lo que suponen que el otro quiere escuchar.

Hablando sobre patologías tóxicas y traumáticas, Maldavsky (1994) dice que "... *el sopor letárgico parece ser la expresión de un estado afectivo específico, al que podría definir como un dolor inconciente, un sufrimiento sin sujeto...*" (pág. 62) y refiriéndose específicamente a un cierto rasgo de carácter propio de las patologías tóxicas, el carácter apático, dice Maldavsky (1994) que es expresión de un trauma al que podría describirse como estar muerto". *Este rasgo de carácter apático, que a menudo puede ser detectado a lo largo de las generaciones como un blasón de astenia, en el marco de una heráldica singular, que exalta el poder de un linaje abúlico, conmemora pues un desenlace anímico particular, núcleo esencial de las neurosis tóxicas y traumáticas*" (pág. 49).

C) Conceptos teóricos

Winnicott

En la obra de Winnicott, los estados de vacío están relacionados con fallas en la integración del sujeto, ocasionadas por traumas severos en la primera infancia, debidos a la ausencia de un medio circundante apto para que el niño pueda llevar adelante su proceso de maduración. El vacío es una condición para llenarse, dice Winnicott, pero para que este estado tenga carácter significativo se precisa madurez. Cuando esa madurez no está presente, el paciente organiza lo que Winnicott llama vacíos controlados (como no aprender, por ejemplo). Debe poder alcanzar el vacío y tolerarlo para que comience la incorporación. Si esto no ocurre, el vacío se transforma en algo terrorífico. Los estados de vacío patológicos corresponden a un desarrollo no logrado del psiquismo. "*Las depresiones (...) están más asociadas con la despersonalización o la pérdida de esperanza en relación a las relaciones objetales; o con un sentimiento de futilidad resultante del desarrollo de un falso self*" (Winnicott, 1954-55, pág. 362-363).

Solo es verdadero *self*, dice Winnicott (1960), puede ser creativo, y solo el verdadero *self* puede sentirse real. "*Mientras que un self verdadero se siente real, la existencia de un self falso da por resultado una sensación de irrealidad o futilidad*" (pág. 193).

O. Kernberg

Como Winnicott, es la falta de integración del psiquismo la que tiene que ver con el establecimiento de las vivencias de vacío. Cuando estos estados se instalan es porque no hay un sí mismo normalmente integrado. "*Cuando por motivos diversos se perturba la normal relación entre el sí-mismo y el mundo interno de objetos (representaciones*

objetales integradas) y se produce lo que podríamos llamar abandono interno del sí mismo por parte de los objetos internos o una pérdida de objetos internos, surgen experiencias subjetivas patológicas sumamente dolorosas y perturbadoras” (Kernberg, 1975, pág. 192).

La vivencia de vacío implica una pérdida temporal o permanente de la relación normal del sujeto con sus objetos internos, es decir, tiene que ver con severas alteraciones de la identidad del yo. “...*todos los pacientes con el síndrome de difusión de la identidad (...) son propensos a sufrir vivencias de vacío” (Kernberg, 1975, pág. 197). Y esto ocurre cuando predominan la escisión y la disociación.*

En cuanto al tema de la influencia de las características de la cultura en la generación de este tipo de cuadros, dice Kernberg: (los hábitos sociales y sexuales) “...*no producen vivencias crónicas de vacío y futilidad, a menos que exista una severa patología de las relaciones objetales internalizadas, cuyo origen se remonta a la infancia o los primeros años de la niñez.*”¹ (Kernberg 1975, pág. 200).

André Green

Los estados de vacío en este autor tienen que ver fundamentalmente con la acción de la pulsión de muerte. El señala que el objetivo fundamental de la pulsión de vida es asegurar la función objetalizante. “...*la función objetalizante no se limita a las transformaciones del objeto, sino que puede hacer advenir al rango de objeto algo que no posee ninguna de las cualidades, de las propiedades y de los atributos del objeto, a condición de que en el trabajo psíquico efectuado se mantenga una sola característica: la investidura significativa*”² (Green, 1993, pág. 122).

La pulsión de muerte, por el contrario, garantiza la función desobjetalizante, mediante la desligazón. Lo que es atacado, dice Green, no es solo la relación con los objetos, sino también el yo. “...*la manifestación propia de la destructividad de la pulsión de muerte es la desinvestidura*”³ (Green, 1993, pág. 122).

Cuando tiene éxito esta función desobjetalizante, dice Green, se produce una extinción de la actividad proyectiva “...*que se traduce fundamentalmente por el sentimiento de muerte psíquica (alucinación negativa del yo) que precede a veces en poco a la amenaza de pérdida de la realidad externa e interna” (Green, 1993, pág. 125). Esto se ve claramente, por ejemplo, en la patología psicósomática.*

F. Tustin

La cápsula autista presente en pacientes neuróticos puede ser un elemento protector, que resguarda al paciente de los efectos de traumas intolerables. “*La situación traumática insufrible es segregada del resto de la personalidad...*” (Tustin, 1990, pág. 172).

¹ Kernberg, obra cit., pág. 200.

² Green, A., *El trabajo de lo negativo*, pág. 122.

³ Green, A.; obra cit., pág. 122.

El encapsulamiento autista es una técnica de protección generada por un psiquismo vulnerable y desvalido frente al miedo de ser herido. “*En una situación como la del Holocausto, se produce un estrechamiento de la conciencia, que puede llegar a salvar la vida*” (Tustin, 1990, pág. 173).

En la generación de estos estados es determinante cómo se ha producido la separación corporal del infante con su madre. “*...una sensación de separación corporal es el corazón partido en el centro de toda existencia humana, y que por diversas razones algunas personas la viven más ásperamente que otras. El modo en que se la resuelva parece afectar el desarrollo de la personalidad en su conjunto*” (Tustin, 1990, pág. 187).

Maldavsky

Un elemento central en la determinación de estos estados tiene que ver con problemas en la constitución de la conciencia originaria. “*La no constitución de la conciencia ligada al universo sensorial deja a lo anímico empobrecido, carente de un universo representacional y simbólico que exprese su subjetividad*” (Maldavsky, 1998, pág. 111).

En la apatía, dice Maldavsky, lo que falta es la cualificación del afecto. “*...falta el primer representante psíquico de la pulsión, falta el nexo anímico con los componentes libidinales, los más vitales del ello, y simultáneamente faltan los nexos anímicos iniciales con la vitalidad pulsional ajena*” (Maldavsky, 1994, pág. 287).

V) Análisis de los enunciados de los autores que forman la muestra

A) Sobre la descripción del vacío

Antes de entrar directamente en el análisis de la descripción de estos estados, es interesante tener en cuenta una diferenciación que establece Jaime Lutenberg en su libro *El vacío mental* (2007) entre dos conceptos de vacío:

a) el vacío mental emocional, en el que “*lo que falta atañe al plano de las emociones, de los afectos y de los derivados de ellas*” (Lutenberg, 2007, pág. 25).

b) el vacío mental estructural, que corresponde “*...a lo que ocurre solo a un sector escindido de la totalidad de la mente. Dentro de dicho sector se ha producido un detrimiento en el proceso de diferenciación del ello en su camino a la construcción del yo y del superyo...*” Lutenberg, 2007, pág. 26). Lutenberg dice que lo que lo decidió a estudiar el vacío mental estructural fue una comprobación clínica: la de que detrás del silencio de algunos pacientes lo que había era vacío.

Esta diferenciación es interesante porque alude a dos momentos clínicos diferentes: el de la observación de un estado del cual el paciente es conciente, “*me siento vacío, siento hastío, mi vida no tiene sentido, no pienso nada*” (esta es la descripción de un observable) y la observación de fenómenos clínicos: cansancio, necesidad compulsiva de consumo, falta de ideas, pánico, adhesión a una secta, etc., en los cuales el analista lee la presencia de un estado de vacío. Esta es una inferencia realizada a partir de observables que deben ser interpretados. En términos de Perelman, en un caso estamos frente a la presencia de hechos de observación y en el segundo caso, en términos de hechos probables. Probablemente, si nos encontramos con una persona que manifiesta

falta de interés en sus actividades, desgano, aburrimiento, o frente a otra que se produce lastimaduras en el cuerpo para salir del letargo, probablemente estamos frente a un estado de vacío estructural.

Si analizamos los autores de la muestra, el que más claramente habla del vacío como enunciado empírico de primer nivel es Otto Kernberg, puesto que él realiza una exhaustiva descripción de observables clínicos a partir de referencias concretas de los pacientes acerca de un vacío del que son concientes. Kernberg es el único que habla decididamente de “sentimientos” de vacío.

En el caso de Winnicott hay también una presencia clara de lo observable clínicamente: angustia inconcebible, miedo al derrumbe, sensación de irrealidad, sentimiento de nada, retracción, etc.; pero el eje no está puesto tanto en el vacío sentido como en el vacío de ser. Es decir, es el estado de vacío lo que constituye el centro de su preocupación, a partir de diferentes observables. La categoría “vacío” tiene en él un significado que oscila entre concepto teórico psicopatológico y concepto ontológico. Por eso dice que la salud tiene que ver no solo con “sentirse real” sino con “ser real”.

Green, como Winnicott, toma observables clínicos de los que infiere la existencia de estados de vacío, fundamentalmente la angustia, los estados en blanco, la alucinación negativa, la dificultad para pensar, la depresión. El campo observable clínico en el que se basa es muy amplio y diverso y no está centrado en la conciencia de los pacientes sobre el vacío sino más bien en las actuaciones del vacío en ellos. Por otro lado, Green toma muy en cuenta lo que el analista experimenta frente a ese paciente como un recurso diagnóstico auxiliar para inferir la existencia de estados de vacío.

Tustin se refiere a lo que teoriza como encapsulamientos autistas en pacientes neuróticos. En los pacientes de los que habla sí hay conciencia de incoherencia, de falta de comunicación, de falta de sentido. Estos observables clínicos son claros. La autora no los llama estados de vacío sino cápsulas de autismo.

Maldavsky habla de sopor, apatía, inercia, todos estados de desvitalización, que, junto con otros como el pánico o la anestesia frente al dolor son expresiones observables de estados de vacío. Estos se presentan, en síntesis, como una diversidad de fenómenos de lo que se puede inferir empobrecimiento psíquico.

En todos estos autores, en términos de Perelman, estamos frente a la presencia de hechos (clínicos) de diferente magnitud, todos observables en una primera o segunda mirada. En algunos casos hay observables directos: el aburrimiento, por ejemplo y en otros observables más encriptados, como el sentimiento de irrealidad.

B) Sobre la relación entre vacío y estructura psicopatológica

Winnicott no está tan interesado en la diferenciación de categorías psicopatológicas basadas en el vacío sino en la descripción de grandes divisiones entre los neuróticos y todos aquellos que no han podido constituir un psiquismo integrado. Todos los que han sido dejados caer en su primera infancia y que se orientan hacia la constitución de estados fronterizos son los que presentan esta condición de inconsistencia e irrealidad.

Aquí nuevamente, en términos de Perelman, nos encontramos frente a una interpretación de los hechos, o, más exactamente, una presunción.

Kernberg, a partir de diferentes tipos de sentimientos de vacío, procura determinar cuáles de ellos se relacionan más con estructuras esquizoides y cuáles con estructuras depresivas, a las que agrega los borderline y las personalidades narcisistas. En este campo bien descriptivo, sus observaciones empíricas de segundo nivel son claras y observables.

En el caso de Green, la relación que ya hemos descripto más arriba entre estados de vacío y estructura psicopatológica no tiene tampoco la intención de presentar una nosografía, sino lo que él llama la tierra de nadie, la enorme franja que hay entre neuróticos y psicóticos, en donde lo que importa fundamentalmente no es tanto la diferencia entre ellos sino que todos son expresiones de descompromiso subjetal.

En Tustin el concepto que parece agrupar a sus cuadros psicopatológicos con encapsamiento autista es el desprotección frente a los posibles daños. Por eso habla del autismo como cascarón protector (concepto que tiene semejanzas con el de falso *self* de Winnicott).

En Maldavsky lo que tiene relevancia en estos cuadros, que son múltiples, y que constituyen también, como en Green, una amplia frontera, es el núcleo autista, la inconsistencia y la oscilación entre desvitalización y furia.

Como vemos, el tema de la inconsistencia yoica, la fragilidad, la gravedad es un punto en común entre los cinco autores. Estamos aquí en el campo claro de los enunciados empíricos. Se están describiendo estructuras psicopatológicas observables (hechos, como diría Perelman, generalizaciones empíricas, como diría Klimovsky). Se diferencia Kernberg que tiene un objetivo más clásicamente nosográfico, en tanto que en los otros cuatro autores la preocupación no está puesta tanto en la categorización de las diferencias psicopatológicas sino en los fundamentos de la constitución de estos cuadros. Hay una clara tendencia en ellos a manejarse con enunciados empíricos más generales, que marquen más las semejanzas entre estos estados que sus diferencias clínicas.

C) Conceptos teóricos

Winnicott presenta un conjunto de conceptos extraídos de la práctica psicoterapéutica que oscilan desde lo más descriptivo y cercano a la clínica a conceptos teóricos como “falso *self*”, madurez, integración. Sus teorizaciones no son especulativas, están muy ancladas en lo observable, aunque en algún momento se trabajan términos que están entre el psicoanálisis y la filosofía (“seguir siendo”).

El vacío del que habla en sus trabajos no es necesariamente un concepto negativo, por eso dice que hay un vacío necesario, una especie de punto cero del psiquismo.

Dice André Green que Winnicott es reacio a aceptar la hipótesis de la pulsión de muerte y que un opuesto posible de la vida, en Winnicott no es necesariamente un fenómeno

patológico, sino que es “...es el soporte de la no existencia, como forma de quietud, fuente de vida” (Green, 1978, pág. 18).

En Kernberg la explicación teórica de los estados de vacío pasa por un corte entre el sí mismo y los objetos internos, que produce serias alteraciones en la identidad. Los conceptos teóricos básicos a los que apela son: sí mismo, relación de objeto e integración.

André Green fundamenta su concepto de desobjetalización, como ya lo dijimos, en la acción de la pulsión de muerte. La desinversión del yo y de los objetos está en la base de todos los estados de vacío. Si bien el concepto de pulsión de muerte no es directamente un observable, sí se acerca a la evidencia clínica el concepto de desinversión, observable en múltiples manifestaciones de falta de narcisización, abulia, conductas automáticas, etc.

En Tustin el encapsulamiento autista y este como recurso defensivo también, si bien son conceptos teóricos, pueden ser perfectamente detectados en la clínica y la autora se encarga en su obra de dar una abundante ejemplificación.

En Maldavsky los conceptos teóricos también pueden ser traducidos en expresiones clínicas claras: apatía, abulia, sopor, etc. El concepto de estrechamiento de la conciencia originaria sí es absolutamente teórico pero está absolutamente apoyado en los datos clínicos.

Conclusión

De la muestra examinada se desprenden conceptos sobre estados de vacío que, en todos los casos, parten de enunciados empíricos extraídos de la clínica, tanto en la descripción de esos estados como en su relación con distintas patologías.

Los enunciados teóricos utilizados por los diferentes autores están apoyados también en observaciones intermedias, generalizaciones empíricas en las que se afirma, por ejemplo, “todos los pacientes fronterizos padecen de estados de vacío”. En algunos casos se producen interpretaciones teóricas, presunciones como las llamaría Perelman, como ocurre con conceptos utilizados por Winnicott (específicamente el concepto de ser) y por Green (pulsión de muerte).

En algunos casos también se intentan relaciones entre los fenómenos psicopatológicos estudiados y la cultura en la que esos fenómenos se producen. Esto es sobre todo claro en Kernberg (aunque se lo pregunta para restarle importancia a la relación) y en Winnicott, que considera decisivo un medio circundante facilitador para el desarrollo de un psiquismo integrado.

Los cuadros psicopatológicos en los que se desarrollan los estados de vacío pertenecen claramente a un campo que va más allá de la neurosis y que, en todos los autores, corresponden a fijaciones muy tempranas en el desarrollo del psiquismo. La relación entre estados de vacío y gravedad psicopatológica es una inferencia tan contundente que puede ser considerada necesaria.

La justificación de las argumentaciones, en todos los autores mencionados, sostiene la posibilidad concreta de que ellas sean consideradas como razonables y válidas.

En todos los casos hay abundante material clínico y se establecen inferencias a partir de ellos. En los cinco autores hay una clara intención de teorizar y de justificar lo teorizado. La diferencia reside fundamentalmente en la interpretación teórica, especialmente en lo que hace al uso del concepto de pulsión de muerte.

Incluso se puede plantear que hay una posibilidad de predicción, puesto que los diferentes autores infieren que, de una mala inserción del niño en el mundo circundante y, por lo tanto, de etapas iniciales traumáticas, es posible esperar la emergencia de cuadros psicopatológicos atravesados por estados de vacío. Si bien es necesario analizar el pasaje por el Edipo y todo lo relacionado con las series complementarias, las heridas psíquicas en el psiquismo temprano parecerían determinar casi irremediablemente un cuadro más complicado que una neurosis. Como diría Toulmin, si bien no podemos garantizar la probabilidad, si podemos afirmar que es presumible pensar de ese modo.

La idea que sigue a estos planteos preliminares es encontrar una forma más objetiva y demostrable de encarar las semejanzas y diferencias entre estas conceptualizaciones y determinar si alguno de estos conceptos (o varios) pueden transformarse en definitorio para señalar la acción del vacío en el psiquismo.

Para ello deberá ampliarse la muestra, encontrar lo que es esencial en las diferentes aproximaciones al tema y cotejarlo con otras miradas acerca de los estados de vacío, que los aborden desde el campo de la psiquiatría, la neurología y la sociología.

Bibliografía

- Bancroft, H. (1957), *Introducción a la bioestadística*, Buenos Aires, Eudeba, 1960.
- Green, A. (1977), *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1990.
- Green, A., "La realeza pertenece al niño". En: Winnicott *et al*, *Donald W. Winnicott*, Buenos Aires, Trieb, 1978.
- 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.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991), *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw-Hill, 2007.
- Kernberg, O. (1975), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Klimovsky, G. (1994), *Las desventuras del conocimiento científico*, San Pablo, AZ-Editora.

- Lutenberg, J. (2007), *El vacío mental*, Lima, Siklos.
- Maldavsky, D. (1994), *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995.
- Maldavsky, D. (1998), *Casos atípicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- Perelman, Ch. y Olbrechts-Tyteca, L. (1989), *Tratado de la argumentación*, Madrid, Gredos, 2006.
- Toulmin (2003), *Los usos de la argumentación*, Barcelona, Península, 2007.
- Tustin, F. (1987), *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1997.
- Tustin, F. (1990), *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2006.
- Winnicott, D. (1959), “Nada en el centro”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1960), “La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1963a), “El miedo al derrumbe”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1963b), “La psicoterapia de los trastornos del carácter”. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- Winnicott, D. (1965), “La integración del yo en el desarrollo del niño”. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 2007.
- Winnicott (1965b), “La psicología de la locura, una contribución psicoanalítica”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1967), “El concepto de individuo sano”. En: Winnicott, D.; Green, A.; Manonni, Pontalis y otros, *Donald W. Winnicott*, Buenos Aires, Trieb, 1978.
- Winnicott, D. (1969) “La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

Fecha de recepción: 27/02/09

Fecha de aceptación: 07/04/09