

# ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO DEL VACIO MENTAL

FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas)  
VII Simposio de la Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas  
Zaragoza, 2 y 3 de octubre, 2015

Carmen Ferrer Román

## Concepto de “Vacío mental”

**El vacío mental**, es un fenómeno que se infiere del funcionamiento que se va viendo en muchos pacientes especialmente graves o difíciles.

La idea de vacío aparece alrededor de las dificultades que aparecen en el tratamiento de estos pacientes. Una, sobresaliente, es el silencio del paciente.

Cuando un paciente se queda en silencio, podemos pensar que es por una resistencia o una inhibición; pero en estos casos es por otro motivo, detrás de ese silencio lo que hay es un vacío mental, realmente no hay nada.

El vacío mental afecta a una parte escindida del yo y no a todo este y constituye una modalidad básica de vivencia subjetiva.

Muchos han sido los autores que han utilizado la expresión de “vacío” o “estados de vacío”.

El primero que lo utilizó fue **Winnicott** (1967) que, aunque no lo desarrolló como concepto, sí que hablaba de fenómenos que tienen que ver con ello, como que el sujeto no se siente real, no siente que es, lo cual le produce el miedo al derrumbe –un derrumbe que ya vivió anteriormente- y cuya causa es que no fue sostenido en sus primeros tiempos de vida sino que se les dejó caer, situación que le produjo una angustia arcaica impensable, confusión aguda y la agonía de la desintegración.

No se trató de un trauma sino de algo que no ocurrió, cuando tenía que haber ocurrido y que impidió que pudieran elaborar adecuadamente los primeros momentos de su vida.

Para **O. Kernberg** (1975) desarrolló el concepto articulándolo como un aspecto sobresaliente de la patología en diferentes cuadros psicopatológicos como la depresión grave, la personalidad esquizoide y los pacientes borderline o narcisistas; el vacío implicaría una sensación de pérdida de contacto con los demás.

**A. Green**, habla de estados anímicos “en blanco”, en los que los núcleos del yo, están separados entre sí, como un collar de perlas sin hilo. Lo cual produce falta de cohesión, de unidad, de coherencia, que impide la unidad del yo o la

formación de la identidad personal. Pero más importante aún es el espacio que las rodea que es a lo que define como vacío.

**Tustin**, señala que algunos de estos pacientes presentan rasgos en común con los niños autistas; tienen la sensación de que son irreales y de que la vida es un sueño. No existe una imagen coherente de la vida ni del propio sujeto. Para ella, el sentimiento de vacío es como un agujero negro en el psiquismo que se asocia a la amenaza de disolución, terror, capsula de autismo, recurso autoprotector ante la vulnerabilidad y el desvalimiento corporales.

Para **D. Maldavsky**, el “vacío” es un núcleo letárgico, desvitalizado y acorazado; con un estallido de furia ante quien pretenda sacar lo anímico de tal núcleo. La conciencia es sustituida por un sopor o una apatía duradera.

Lo que caracteriza ese vacío es la falta de investidura de la conciencia originaria y la abulia característica de estos cuadros que corresponde a un dolor sin sujeto, a un afecto que no se concienta.

**Jaime Lutemberg**, por su parte, desarrolla extensamente el tema del “vacío mental”, en su obra del mismo nombre (2007) y lo define como: “el hiato –o interrupción- que se produce en el psiquismo entre el fondo simbiótico y la estructura narcisista del ser humano”.

En estos pacientes, muchas de sus dificultades tanto en su vida como en el tratamiento tienen que ver con ese vacío mental, que es una parte de ellos –disociada- que realmente está vacía porque no se ha construido en los momentos en que lo tenía que haber hecho. Son los momentos inaugurales de la formación del sujeto, cuando el niño está aún en situación de simbiosis con la madre y esta tiene que establecer un holding para que se instale el bebé, a ella le corresponde ser el sostén emocional total para él, gracias al cual podrá ir integrándose y acceder más adelante a la separación en condiciones que le permitan construir su propio yo y SER por sí mismo con los recursos necesarios para organizarse como sujeto y relacionarse con los otros.

Cuando eso no ocurre, en lugar de construirse un espacio en el que va teniendo lugar la generación de contenidos que más adelante irá pudiendo identificar –sensaciones, pensamientos, sentimientos, contacto con la realidad, etc.- lo que se generará es un vacío que se manifestará en situaciones en que no se puede captar lo que está ocurriendo dentro ni fuera del sujeto, ni que es lo que tiene que hacer para conseguir algo determinado, ni las consecuencias de lo que hace y/o como lo hace.

Que la madre no realice esa función se puede deber a diferentes causas:

- Puede ser porque no esté presente –madres abandonicas que no se ocupan de satisfacer las necesidades afectivas e, incluso, las materiales del bebé- o que realmente abandonan al hijo porque no lo deseaban o no se pueden hacer cargo de él y no hay nadie que la sustituya.

- En otros casos, la madre si está presente, pero no hace su función:
  - Winnicott, hablaba de la madre no suficientemente buena para satisfacer las necesidades emocionales del niño.
  - Green, creó la expresión de “la madre muerta”. Una madre deprimida por alguna circunstancia de su propia vida (pérdidas, situaciones traumáticas para ella, etc.) que tiene un mermado interés por su hijo.

Este entonces, desarrolla también su propia depresión pero no por la pérdida del objeto sino en presencia de un objeto que está absorbido por otra situación. Ello ocurre por la desinvestidura brutal del niño que este vive como una catástrofe; se da entonces, en el niño, un trauma narcisista de alcance inconmensurable, que se transformará más adelante en un “duelo blanco”. Ya sabemos que cuando hacemos referencia a lo “Blanco” en psicopatología, estamos haciendo referencia a que no tiene las manifestaciones o síntomas típicos del cuadro de que se trate. En este caso, el duelo blanco, es un duelo que no se manifiesta como tal porque resulta intolerable la pena y la angustia que produciría por lo que se huye –inconscientemente- de ella, dando lugar a ese “vacío mental”, que tiene como finalidad evitar la vivencia de lo que Bion denominó “Terror sin nombre”.

Los cuadros que están afectados por estos sentimientos de vacío corresponden a quienes no han podido elaborar adecuadamente los primeros momentos de su vida, circunstancia que produce un déficit que les impide un adecuado tránsito por el Edipo y, por tanto, finalizar su constitución como sujetos.

## **Como se manifiesta el “Vacío mental”**

Podemos observar dos tipos de “vacío mental” o enfocarlo desde dos vertientes diferentes:

1. El vacío mental emocional
2. El vacío mental estructural

**El vacío mental emocional**, puede aparecer en cualquier estructura, en la neurosis, en la perversión o en la psicosis.

Corresponde a algunos estados de ánimo que refieren los pacientes, perfectamente identificados, , relacionados con las emociones: vivencia de hueco interior, de no tener nada adentro, son sensaciones que emergen en el presente pero que involucra al pasado (la historia) y el futuro (esperanzas, proyectos). Este sentimiento de vacío puede o no estar vinculado al vacío mental estructural.

Pienso que son bastante frecuentes en determinadas neurosis o momentos de crisis por los que pueden pasar algunos pacientes.

En cambio, **el vacío mental estructural**, es un fenómeno que ocurre en un sector escindido del yo. Es más propio de las grandes depresiones, cuadros fronterizos o limítrofes; de las estructuras narcisistas.

En el análisis, el “vacío mental” se nos muestra de diferentes maneras: en esos silencios con los que no sabemos qué hacer y que –contra transferencialmente– nos producen una sensación de inutilidad, de no tener recursos para manejarlos o hacer alguna intervención que haga reaccionar al paciente.

Suele haber también un salto entre lo que nos contaba un momento antes –a veces, incluso, de forma animada– y esa actitud silenciosa en que cae de pronto.

A la vez, estas personas, suelen demandar con apremio que solucionemos sus problemas, conflictos y malestar de forma inmediata o muy rápida. La mayoría, reconoce que saben que no puede ser así, pero acto seguido, vuelven a hacer esa demanda que nace de su intolerancia a un tipo de angustia muy profunda, intensa e inmanejable que les impide relacionar lo que les pasa con su funcionamiento psíquico profundo.

En su vida personal, acostumbra a haber un cúmulo de dificultades y fracasos porque les es difícil manejarse en la sociedad y en la relación con los demás, porque tampoco identifican con claridad los condicionantes de las situaciones en que se encuentran y porque tienen una severa intolerancia a la frustración.

Manifiestan, pérdida de contacto con los demás, sentimiento de falta de sentido de la vida, incapacidad de amar, sentimiento de irrealidad de la vida, sentimientos de hastío, desasosiego crónico, aburrimiento, pérdida de la normal capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella.

En situaciones concretas, tienen:

- Tienen tendencia a establecer relaciones simbióticas con personas cercanas, de las que lo esperan todo, apoyo incondicional y absoluto para ellos, haciéndoles unas demandas que los otros no pueden satisfacer, por lo que las relaciones suelen fracasar. Entonces les queda una profunda decepción y el sentimiento de haber sido engañados.
- Este funcionamiento les produce dificultad para encontrar pareja o amigos y en el caso de encontrarlos la relación suele ser bastante problemática porque no pueden sostenerla ni situarse en la posición que les corresponde
- Igual que ocurre, frecuentemente, en la relación transferencia con el psicoanalista durante el tratamiento.

- En otras ocasiones, hay una acusada tendencia a sufrir accidentes de todo tipo por distracciones, no “ver” lo que les rodea, actitudes temerarias, etc. En definitiva una prevalencia del instinto de muerte que, a menudo, pasa a ser actuado.
- También son proclives a ser engañados y estafados por profesionales a los que acuden para buscar sus servicios o en el transcurso de alguna negociación o acuerdo.
- Otros de estos pacientes son adictos: a las drogas, al sexo, a los deportes de riesgo, al juego, a Internet, etc. Necesitan huir de su vacuidad o de su profundo malestar, incorporando sustancias o realizando actividades que les haga tener sensaciones fuertes para sentirse vivos y omnipotentes.
- También encontramos cuadros psicósomáticos, en los cuales el cuerpo ha pasado a manifestar el sufrimiento que el pensamiento no puede mentalizar y la palabra no puede expresar.

## **Abordaje terapéutico**

**¿Cómo hacer nuestra labor de analistas con unos pacientes que nos confrontan continuamente con grandes dificultades e, incluso, con la manifestación de que no pueden pensar.**

Con estos casos, es difícil observar un encuadre clásico psicoanalítico. Se ha de crear otro encuadre –estamos hablando de la nueva clínica, sobre la que muchos autores han hecho formulaciones –como **A. Green, Winnicott, Bion, O. Kernberg , Mcdougall, D. Maldavsky, Jaime Lutemberg** etc.- que muchas veces estará hecho a medida de cada paciente con una gran flexibilización en las condiciones del tratamiento y apelar a otros recursos más originales.

**Dice Lutemberg, que son unos usuarios muy particulares del lenguaje y de la semántica simbólica, lo cual nos demanda una creatividad técnica constante.**

**Hemos de ir creando una manera adaptada a ellos de transmitirles lo que captamos de su funcionamiento para que puedan entender la interacción constante entre sus contenidos mentales (fantasías, deseos inconscientes, etc.) y sus acciones potenciales, ayudándolos así a resolver o mejorar la deficitaria capacidad continente de su mente.**

Se trata, también, de crear para el paciente el holding que no tuvo en sus principios, el sostén y el acogimiento necesario para intentar que pueda llenar, a posteriori, algo de ese vacío mental, crear los contenidos emocionales y desarrollar los vínculos necesarios para organizar su vida de manera más positiva.

Muchas veces, se comunicará sin “darse cuenta” a través de **indicios, gestos, signos, actitudes, con sus actos y actuaciones**. Estos mensajes nos facilitarán la comprensión del paciente, y nos guiarán en el caos de su mundo imaginario y de unos sentimientos y emociones que no puede pensar o decir, de lo cual nos hemos de hacer eco, recogerlo y darle sentido para devolvérselo al paciente convertido en algo que pueda utilizar para ir construyendo –junto con el analista- aspectos afectivos y funciones inexistentes.

**La eficacia terapéutica demanda que elaboremos con ellos –o por ellos-.**

**Estos sujetos no pueden vivir el vacío, en ningún momento ni circunstancia, sin entrar en una vivencia de terror; ya que cuando lo vivieron por primera vez no tenían el soporte necesario para parar la terrible angustia que se generaba en esa situación. Pero resulta que sin ese vacío no hay posibilidad de crear, experimentar o construir algo nuevo. Porque la base de todo aprendizaje es el vacío pero si este no fue vivido como tal al comienzo se convierte en un estado temido y a evitar.**

**Decía Winnicott, que en el análisis se trata de que el paciente pueda alcanzar el vacío mismo y tolerarlo, gracias a su dependencia del yo auxiliar del analista, para que pueda iniciar la incorporación como función placentera.**

Estos pacientes, suelen tener una transferencia muy frágil y precaria, por lo que hay que ser especialmente hábil para encontrar la manera de mantenerla e intentar que se construya una alianza terapéutica para trabajar con ellos. Porque, como dice Green, huyendo de sentir la angustia, se entregan al trabajo preventivo de blanquear representaciones y evitar pensamientos que favorezca o suscite la instalación de lazos, como si anticiparan que eso les podría llevar a zonas a las que no quieren ir.

Cuando aparece la transferencia negativa hay que señalarla de inmediato – como dice O. Kernberg cuando habla de los pacientes fronterizos- Para que esa proyección negativa no contamine y/o destruya el vínculo terapéutico entre paciente y analista.

El trabajo con ellos, requiere un esfuerzo y una posición del analista especial. No se trata solo de tener en cuenta la transferencia y la contra-transferencia, hay que emplear también los sentimientos y el cuerpo.

