

EL VACÍO Y SUS RESPUESTAS: apuntes clínicos

23 de mayo de 2026

Pau Borrat Rivera.

Psicoanalista y psicólogo, miembro de ACCEP, miembro del FPB-EPFCL.

pborrat@gmail.com

Ayer hablamos más desde la teoría, intentamos situar algunas coordenadas en relación al sujeto y a algunas de sus nuevas formas de hacer síntoma en la sociedad actual. Hablamos de la compulsión como una de estas respuestas posibles, aunque no es la única.

Mi idea hoy es intentar articular un poco todo esto con lo que se escucha en la práctica con pacientes, y quizás esbozar algún concepto más, pero sin entrar mucho en la teoría. Entonces, intentaremos hablar del vacío y sus respuestas, y cómo se expresa esto clínicamente.

Ayer hablé de los instintos del reino animal, que en el caso de los seres hablantes que somos, quedan anulados por el hecho de estar atravesados por el lenguaje, por las palabras, los significantes. En el bebé humano, que depende totalmente del Otro, la necesidad -el comer, dormir, cagar-, que podría ser satisfecha a partir de la conducta instintiva, se eleva al rango de demanda. La interpretación del llanto del bebé, a partir de un Otro primordial que es la madre o quien hace su función, pasa de ser solo del orden de los cuidados y las necesidades, a ser algo que va a ir acompañado de las palabras, los gestos, las caricias del Otro. “¿Qué querrá mi bebé cuando llora? ¿Qué me pide?”.

Añado un comentario, a propósito de los cuidados y la satisfacción de las necesidades. Hubo un psiquiatra y psicoanalista discípulo de Freud -quizá ya lo conocéis- llamado René Spitz, que observó, a lo largo de la década de los cuarenta, que los bebés que crecían en orfanatos o en hospitales y que recibían un cuidado carente de afectos, sufrían graves afectaciones y deterioro a nivel intelectual, físico y psíquico. Eran bebés, en su mayoría lactantes, que tenían todas sus necesidades cubiertas, eran atendidos por las monjas o

por el personal sanitario al nivel de la alimentación, el sueño y los esfínteres, pero que no recibían muestras de afecto, no les hablaban, no les cantaban, no les mecían, etc. Spitz propuso el nombre de Hospitalismo, para referirse precisamente a las graves consecuencias de la privación afectiva, que en ocasiones llevaba al bebé incluso a la muerte. Es decir, un bebé que no capta el deseo del Otro, no recibe el sentimiento de la vida. Esto, o se tiene o no se tiene. Es un deseo, el de estar en la vida. El deseo, por lo tanto, es el motor que nos permite seguir viviendo.

Decía entonces que el Otro primordial para el bebé, quien hace la función de sus cuidados, como dijimos ayer, también introduce la dimensión del equívoco, pues eso que el bebé pide no siempre llega, no siempre se satisface. Tengo caca, pero mi mamá me da el pecho; tengo fiebre, pero mi papá me cambia el pañal; quiero dormir, pero me cantan y me dan vueltas para jugar.

Estas palabras, gestos, esta multiplicidad de respuestas conforman los signos de amor, como comentábamos ayer, que vienen del Otro y que determinarán la subjetividad del niño, permitiéndole salir de su burbuja autoerótica y poder poner su interés, su deseo, en el mundo exterior. Es lo que desde el psicoanálisis llamamos la posibilidad de libidinizar el mundo, poner la libido, el deseo, más allá de uno mismo. Voy repasando algunos puntos de ayer.

Es también lo que permitirá una separación con el Otro, como decíamos, que viene dada por esta renuncia inicial a un goce autoerótico, a un repliegue sobre uno mismo. El objeto cae del sujeto, se aloja en el Otro. Este objeto que causa el deseo, que los neuróticos buscamos fuera de nosotros mismos, es lo que llamamos el objeto a.

El objeto a es un concepto de Lacan para nombrar aquello que queda sin recubrir por el lenguaje, es un espacio vacío de sentido, de palabras. El objeto a hace la función de vaciado, permite que el Otro no esté demasiado completo, y es también lo que permite que el sujeto tenga un inconsciente, y pueda desear.

El deseo es el motor de la vida, es radicalmente inconsciente. Pero tampoco hay que glorificarlo, puesto que Freud ya nos advirtió que también existe en el inconsciente el deseo incestuoso, el deseo de muerte, de aniquilación, etc. Los sueños testimonian de esto, en tanto formaciones del inconsciente. Un paciente, por ejemplo, me explicaba

horrorizado que tenía un sueño de repetición en el que él abusaba sexualmente de su hermana. Otra paciente explicaba que se imaginaba con satisfacción su fantasía en la que, si viviera en la prehistoria, despedazaría a su madre, la colgaría en su cueva y se iría comiendo.

De todos modos, lo que es importante que nos guíe en la clínica es la relación del sujeto con ese objeto perdido, con el objeto causa del deseo. Ya expliqué ayer porqué en el autismo esto no se da. El objeto nunca se extrae, el sujeto autista queda atrapado en sí mismo, no entra en el lazo social, no se extrae nada. Esto explica las autoagresiones o los intentos de mutilación del propio cuerpo que vemos en los autistas más graves, como intentos de sustracción de este goce de más, esto que irrumpe sin ningún tipo de regulación y que desestabiliza su mundo interno. Precisamente lo que el sujeto autista no soporta, es la inconsistencia del Otro, por eso intenta que nada cambie. Intenta preservar siempre lo mismo, que nada falte, que nada entre.

[viñeta clínica omitida por razones de confidencialidad]

Este vacío, entonces, esta muesca que en el autismo no se da, sí se constituye en los sujetos psicóticos y neuróticos. La psicosis y la neurosis son para el psicoanálisis lacaniano un tipo de estructura psíquica. No es un estado transitorio, no es un trastorno mental que puede ser curado, como por ejemplo sería el TOC o el Trastorno delirante para la psiquiatría y la psicología moderna. Se trata de un andamiaje estructural, que determina el psiquismo de ese sujeto. Y por supuesto, la neurosis o la psicosis puede desencadenarse, puede desestabilizarse y conducir a la angustia y al sufrimiento, aunque de maneras distintas.

Digo esto porqué puede resultar interesante pensar una clínica diferencial del vacío, en relación a como cada sujeto, neurótico o psicótico, vive este agujero en el lenguaje. Formas distintas de los sujetos, en relación a su estructura y su síntoma particular, de vivir este vacío.

Cuando he hecho referencia antes a que, gracias a la sustracción del objeto, y a su pérdida, podemos buscarlo en el Otro, y desear más allá de nosotros mismos, esto es lo que se da en la neurosis. El sujeto neurótico es el sujeto del inconsciente, movilizado por el objeto causa de deseo que se aloja en el Otro. Es el sujeto que viene esperando algo

de nosotros, en la consulta, con una pregunta, con la demanda de ser escuchado y de que nosotros, como profesionales, le demos la solución a su malestar, puesto que supuestamente sabemos sobre aquello que le pasa. Nos pide que le demos aquello que le falta para dejar de sufrir, en forma de *tips*, de consejos, de satisfacción y solución inmediata.

Entonces el neurótico es un sujeto que está atravesado por una falta en su ser, que a su vez es el motor de su deseo. La falta neurótica, es un vacío que ha podido ser subjetivado. ¿Qué significa esto? Significa que aquello que no puede ser dicho por el lenguaje, este agujero en el Otro que hace referencia a la muerte y a la sexualidad, sí puede ser bordeado con las palabras, o recubierto con los fantasmas de cada uno para que no resulte insoportable. Podemos pensar en esa expresión “corramos un tupido velo”. Velar el agujero es una forma de tratar con este vacío que de otra forma puede volverse insoportable.

En relación al vacío insoportable, la compulsión aparecía ayer como una solución posible, cuanto menos en un caso de neurosis. ¿Qué pasa cuando esto no es así, cuando el sujeto no puede velar o recubrir este vacío?

Cuando este vacío se hace presente para el sujeto sin palabras posibles para recubrirlo y nombrarlo, es decir, sin posibilidad de ser subjetivado, escuchamos experiencias como la de Alberto:

[viñeta clínica omitida por razones de confidencialidad]

Bien, aunque las visitas con este sujeto fueron pocas, cómo podéis imaginar, podemos extraer algunos apuntes del caso. Esta depresión crónica, como él la llama y cómo suele nombrarse en estos casos en la salud mental pública, vemos que es algo distinto. La depresión es una falta de deseo, además es reaccional a una pérdida concreta. En este chico, esto es un estado de fondo, es algo que ha determinado su ser desde el inicio. Vemos que como él indica, el afecto que él siente la mayor parte del tiempo, y que lo invade, es algo que no se puede decir. Al contrario, sí puede nombrarse la tristeza en la depresión. En la depresión, el sujeto puede nombrar aquello que ha perdido. No es su caso. Él sabe que ha perdido algo, pero no sabe lo que es.

Aquí el sujeto perdió algo que nunca tuvo, en su caso es el sentimiento de la vida. Como decíamos, se tiene o no se tiene. Es algo que nunca le fue dado, que nunca pudo abrochar en su subjetividad. Es interesante puesto que, cómo nombrábamos antes, el objeto causa de deseo, cuando puede situarse en el Otro, nos permite libidinizar el mundo. Este sujeto nos deja claro que no es así para él. Que él escoge la soledad, pegado a esa bola negra que lo hace caer como un residuo.

Aquello que el neurótico pierde, lo puede buscar en el Otro, puesto que el objeto causa de deseo lo tendrá el Otro, lo podrá poner fuera. En el caso anterior, el objeto causa de deseo nunca cayó fuera. Digamos que se perdió junto con su narcisismo, con su yo. Es lo que Freud explica en su texto Duelo y Melancolía. La melancolía es una modalidad de psicosis, en la que como indica Freud, el yo se identifica al objeto que cae. La sombra del objeto cae sobre el yo, convirtiendo al sujeto en un objeto indigno. Entonces no solo cae el objeto, si no que cae una parte del ser mismo del sujeto, dejándolo sin sentimiento de la vida, sin deseo de vivir. Son sujetos que siempre tienen la muerte como fondo en el pensamiento. Hay algo importante, para la clínica diferencial de estos casos, que es el hecho que no tiene ningún tipo de pudor al explicar lo que le pasa. El sujeto que hace un síntoma depresivo no lo despliega exponiendo lo que le pasa, suele tener más reservas al hablar de su situación. En la melancolía, esto no se da. El sujeto habla, sin pudor, de que él se siente una mierda, de que no debería estar en el mundo, de que es un residuo a los ojos del Otro. Es lo que llamamos el delirio de ruina o de indignidad.

El vacío de este sujeto, esto es fundamental para hacer una clínica diferencial, no es nombrable. No puede decirse, no es tristeza, no es ansiedad, él mismo nos lo explica. Poco puede decir, no puede asociarlo con nada, aparece de la nada. La consecuencia es directa sobre el deseo, y sobre el vínculo con el Otro, que quedan aniquilados.

La muerte y la sexualidad, decía Freud, son dos elementos por los que no existe significante que pueda nombrarlos en el inconsciente. ¿Qué quiere decir esto? Que no hay un elemento psíquico que pueda recubrir el sexo y la muerte, por lo que su irrupción siempre resulta traumática. Es por eso que muchas psicosis se desencadenan, es decir aparecen los primeros brotes psicóticos, en la pubertad, cuando el sujeto sale de la infancia y se encuentra con el Otro sexo, o con algo traumático del orden de la muerte. El caso es que el sujeto neurótico puede bordear este agujero en el lenguaje, cifrar algo

de esto a partir de su síntoma y su fantasma. Más que bordearlo, puede construir una especie de parapeto para evitar caer en el agujero. Es lo que antes decíamos, este montaje le permite velar algo de esto indecible.

En la psicosis, por otro lado, este velo no está. Queda el agujero al descubierto, por lo que el sujeto se encuentra de caras con este vacío. Las experiencias que testimonian los sujetos psicóticos dan cuenta de ello. Falta un límite, falta un borde en el que situarse. La consecuencia es directa, como decíamos sobre el deseo y también sobre el vínculo con el Otro. Pongamos otro ejemplo, distinto al del vacío melancólico.

[viñeta clínica omitida por razones de confidencialidad]

No entraré más en detalles, pero lo interesante de este caso, desde mi punto de vista, más allá del delirio de persecución e influencia y los fenómenos alucinatorios, es el hecho de tener la certeza que ella ya nació muerta, que siempre lo ha estado. Es un tipo de vacío particular. En la psiquiatría clásica a esto se le denominaba Síndrome de Cotard o delirio nihilista, eso es la creencia delirante que el sujeto tiene el cuerpo vacío, que está muerto por dentro. En este caso esto va más allá.

El vacío en el caso de Sid hace referencia a un tipo de vacío psicótico propio de la esquizofrenia. El cuerpo de Sid es un cuerpo sin consistencia, sin pasar por el recubrimiento simbólico que otorga el Otro y que le da un brillo fálico, por lo tanto, se presenta como un cuerpo muerto, vacío. Lo que caracteriza el caso de Sid, y lo que le da un mal pronóstico, es su tendencia a la errancia, a ir de un lado para otro, a vivir en la calle, al uso de la droga. Este es su drama, puesto que su vida está vacía, la solución que le queda para sentir algo de esta vida es ponerla en peligro, rozar el borde. A falta de borde del agujero, ella lo crea con esta solución de riesgo.

Entonces todo esto aparece en crudo, de forma real, sin velar, para estos sujetos.

Bueno, no se trata de resignarse y asumir una posición de indiferencia o pesimismo. Queda la pregunta entonces, de qué podemos hacer frente a este vacío en tanto terapeutas. ¿Qué margen tenemos cuando atendemos a estos sujetos en los que el vacío se presenta sin límite alguno? Intentaré responder a esta pregunta con una última viñeta clínica.

[viñeta clínica omitida por razones de confidencialidad]

El psicoanálisis apunta al deseo del sujeto, va en la vía del deseo, que es la de la vida. En este sentido, lo que el analista puede hacer frente a la irrupción del vacío, esto es válido tanto en sujetos psicóticos como neuróticos, es hacer de límite a esta pulsión de muerte. El analista hace objeción a lo que, en ciertos momentos de la cura, apunta en el sujeto a dejarse caer.