

## **LA PARTE MUERTA: EL EXCESO DE VACIO – ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA CON PACIENTES JOVENES PSICOTICOS.**

### **Resumen**

Basándose en su experiencia de psicoterapia con niños y adolescentes psicóticos, el autor plantea y discute la idea de que una "parte muerta" psíquicamente, "un exceso de vacío", se encuentra en el núcleo del self psicótico. A través de la presentación de su trabajo clínico con Aldo, un adolescente psicótico, el autor muestra la naturaleza profundamente sensorial, perceptiva, presimbólica y consecuentemente preverbal de estos núcleos psíquicos originarios, junto al trabajo arduo que permite que emerjan durante el tratamiento. Además, el artículo se centra en el fenómeno de la regresión a la dependencia y el análisis de las características primitivas corporales de las dinámicas contratransferenciales en el trabajo con estos pacientes, lo que puede estar relacionado con la emergencia de la "parte muerta" en la relación analítica. En este trabajo se examinan y se discuten la experiencia psicósomática del analista que caracteriza el encuentro con estas ansiedades intensas junto al complejo trabajo de figurabilidad que el analista tiene que realizar.

### **Palabras claves**

Parte Muerta; Psicosis; Contratransferencia Corporal; vacío; regresión a la Dependencia; Sensorialidad.

Al reflexionar sobre las dramáticas interrupciones en la continuidad del ser que a menudo son experimentadas por pacientes psicóticos en el curso del tratamiento, Winnicott hipotetiza que, en los orígenes de su vida psíquica, estos pacientes han vivido experiencias de ruptura del sentimiento de existencia que son tan intensas, tan prolongadas, que establecen "una cierta cantidad de caos" (Winnicott 1988, 155) de discontinuidad, que se vuelven una parte de su estructura individual.

Para el recién nacido, la sensación interna de la existencia de la madre, de quien es totalmente dependiente y de quien todavía está totalmente indiferenciado psíquicamente, dura x minutos. Si ella se ausenta por más tiempo – y esto es esencial para entender *ausencia*, aquí no solamente en el sentido físico, sino también y especialmente la ausencia de la disponibilidad

psíquica (la madre inmersa en un duelo sin procesar o un secreto del que no se puede hablar, narcisismo frágil...)- la imagen se desvanece y el bebé termina siendo perturbado. Cuando la madre puede volver, (está disponible) en un tiempo  $x+y$ , el estado de perturbación es curado sin daño para la estructura del yo. Pero “en  $x+y+z$  minutos el bebé se ha traumatizado. En este tiempo el retorno de la madre no enmienda el estado alterado del bebé. El trauma implica que el bebé ha experimentado un quiebre en la continuidad de la vida,” así se activan las defensas primitivas (splitting, negación, proyección...) “para defenderse de una repetición de “ansiedad impensable” o un retorno al agudo estado confusional que pertenece a la desintegración de la estructura del yo naciente” (Winnicott 1971, 97).

De acuerdo con este modelo, entonces, es la calidad de la relación lo que une al sujeto recién nacido a su propio objeto primario que determina la posibilidad de crear una estructura límite entre el interior y el exterior, uno mismo y el otro, y la adquisición de un *pensar* (*pensoir*) que pueda tolerar y simbolizar la experiencia emocional, sin necesidad de distorsionarla o (splitting) separarse de ella. Para que el *Self* (verdadero) del infante adquiera una realidad personal psíquica (la sensación de ser un sujeto diferenciado con su propio mundo interno) y un esquema corporal personal (integración psicósomática), es necesario que el trabajo de *holding* del entorno materno permita que el bebé viva plenamente su omnipotencia primaria, sin preocuparse por lo que sucede a su alrededor. Es únicamente gracias a esta capacidad activa y continua del medio ambiente para sintonizarse con las necesidades de *los infans* (es decir, que el bebé encuentre a la madre en el punto exacto en que el bebé la crea) que el bebé puede transformar su propio potencial originario en un continuo sentimiento de existencia.

La alternativa a ser es reaccionar. Las reacciones interrumpen, aniquilan la continuidad de ser, con el riesgo de destruir cualquier sentimiento de unidad e integridad personal. En este nivel de funcionamiento, de hecho, la capacidad de incorporar los impactos del medio ambiente en el campo de la omnipotencia para inscribirlos dentro del self como experiencias subjetivas, todavía está en proceso de ser adquirido. Es la cualidad de la presencia, del reflejarse en la madre, que permite al recién nacido completar la construcción de su propia función simbolizante, haciéndose así mismo relativamente inmune a las penetraciones traumáticas. Cuando eso no sucede, el yo del bebé se ve obligado a emerger demasiado pronto, demasiado apresuradamente de la indiferenciación originaria,

todavía no para apoyar sus propios impulsos creativos, sino contra los impactos (situaciones del tipo  $x + y + z$ ). Faltan las herramientas para integrar una experiencia traumática en una red de significado capaz de reducir su impacto cuantitativo y que asegure una transformación cualitativa, el sujeto recién nacido no puede hacer más que retirarse de su propia experiencia. “La paradoja radica en el hecho de que el self asegura su supervivencia al aislarse de la vida mental subjetiva. El individuo ya no "siente" el estado traumático” (Roussillon 1999a, 12). El yo se forma antes de su tiempo, con gran urgencia, y por eso es un yo deformado, roto. Su tejido psíquico está perforado. Su capacidad para la síntesis está comprometida en gran medida. El "rescate" que logra conlleva un alto costo: al no tener otra opción, el sujeto se ve obligado a separarse de su propia historia, un núcleo caótico, aterrador, incomprensible, que determinará a partir de ese momento en adelante la naturaleza de sus lazos consigo mismo y con el mundo<sup>1</sup>.

En sus artículos sobre psicosis, Winnicott describió con gran sensibilidad la naturaleza de la ansiedad que determina la formación de estas áreas caóticas del ser, así como los valientes esfuerzos movilizadas por los pacientes para evitar su reactivación ( la psicosis podría verse, en este sentido, como una defensa extremadamente rígida destinada a evitar que se presenten agonías primarias:<sup>2</sup> la vuelta a un estado desintegrado, cayendo para siempre, una pérdida de cohesión psicósomática, pérdida del sentido de realidad, pérdida de la capacidad para entrar en contacto con los propios objetos). Por otro lado, la descripción de Winnicott de la naturaleza de estas áreas de caos sigue siendo más vaga, es decir, de la manera en que las situaciones traumáticas originarias se inscriben y continúan estando en el núcleo del psiquismo del sujeto.

---

<sup>1</sup> Subrayar la naturaleza traumática del encuentro originario entre el paciente psicótico y su ambiente no significa, por supuesto, desconocer la existencia en el sujeto mismo de áreas de la personalidad cuyo funcionamiento es de naturaleza neurótica. De hecho, estoy convencido que se pueden encontrar “islas” del yo relativamente bien preservadas de la invasión de la psicosis, por supuesto en distintos grados, en cada individuo. En este sentido, la distinción hecha por Bion (1957) entre la parte neurótica y la parte psicótica de la personalidad es de fundamental importancia. Integrar esta distinción a nuestra forma de pensar la psicosis nos permite no interpretar todo el material del paciente de la misma forma, sino permanecer sensibles a las oscilaciones entre varios niveles de complejidad y simbolización que pueden presentarse en el curso del tratamiento y en el desarrollo de cada una de las sesiones.

<sup>2</sup> De acuerdo a Roussillon (1999b,140) – cuyo trabajo, en mi opinión, constituye uno de los más valiosos y creativos desarrollos del pensamiento de Winnicott- la psicosis representa “uno de los medios para unir la psicosis o de una “solución” psíquica al tratamiento del trauma primario”. “Yo propongo”, agrega el autor, ubicar “en el centro de la experiencia subjetiva esencial de psicosis una experiencia de “terror agonizante”, no trabajado, contra el cual es construido el aparato psíquico entero”. (Nota del traductor: Esta cita no está incluida en la publicación inglesa traducida (Roussillon 1999a) de la fuente del francés original (Roussillon 1999b). Por lo tanto, es del autor y traductor).

Mi experiencia en psicoterapia con niños y adolescentes psicóticos que han seguido en psicoterapia individual o en psicodrama psicoanalítico individual me ha llevado, luego de algunos años, a pensar en estos núcleos psicóticos como *partes muertas*, cuya característica básica es ser *un exceso de vacío*. En lo que sigue, trataré de ilustrar el significado de mis hipótesis a través de algunas consideraciones teóricas y un ejemplo clínico.

### **La parte muerta: un exceso de vacío**

El concepto de una "parte muerta", muerta para la vida psíquica, ha tomado forma dentro de mí durante el curso de algunos años de intenso trabajo clínico con pacientes jóvenes psicóticos que han estado sufriendo gravemente, pero que son capaces de confiar en su analista hasta el punto de regresar a la dependencia (Winnicott 1954) y de alcanzar, en la transferencia, lo que Searles (1965) definió como la fase simbiótica del tratamiento. Es en estos decisivos momentos en el tratamiento, cuando el paciente y el analista están inmersos en estados de indiferenciación tan profundos como para tocar las raíces mismas de su ser, que las sesiones están coloreadas por una tonalidad sensual-perceptiva única en la que el aspecto esencial de lo que ocurre me parece que se produce más allá de las palabras, en estados corporales.

Con Virginia, una niña psicótica en su sexto año de terapia que durante muchos meses había actuado a través de repetidas escenas de ruptura, su ansiedad aterradoramente de caer para siempre – de la cual fui testigo impotentemente – experimenté sesiones en las cuales yo sentía que mis pensamientos se enredaban tan profundamente en mi mente que una confusión letal parecía apoderarse de mí casi totalmente. En esos momentos, mi cuerpo comenzaba a temblar, como si tuviera que caer o disolverse. Hacía frío. Entonces sentía la necesidad de un apoyo en el que apoyarme, de algo que llenara una especie de abismo aterrador, como un vacío sin fondo y sin forma que se había desgarrado violentamente dentro de mí.

Con Tara, una adolescente seriamente psicótica que desde la más tierna infancia había estado invadida por una terrible ansiedad de fragmentación, estas experiencias asumieron en mi contratransferencia (estábamos en el quinto año de psicodrama) la forma de una sensación de inestabilidad extremadamente intensa, de que mis propias piernas ya no me sostenían ni me llevaban. En esos momentos, era como si estuviera envuelto

en una especie de niebla espesa, que hizo que me sintiera "solo en el mundo" ... dudando que hubiera (todavía) algo o alguien "vivo" a mi alrededor. Si lograba escuchar a mi cuerpo sin defenderme (demasiado) de esas sensaciones aterradoras, rayando en la despersonalización, muy gradualmente tomaba contacto con una suerte de núcleo psíquico que inicialmente ubiqué en el estómago, pero pronto pareció volverse "la única cosa de mí que realmente sentía", y no podía calificarlo como otra cosa que no fuera un vacío extremadamente pesado, tan pesado como bloques de piedra y frío. Un exceso de vacío.

Creo que estos sentimientos, tan intensos como aterradores, que en esos momentos colonizaron literalmente mi psique-soma, fueron producto de un fenómeno muy primitivo de identificación proyectiva en el que estos pacientes me utilizaron como una especie de "depositario" donde podrían confiar experiencias de sí mismos que, por sí solas, nunca hubieran podido integrar o transformar. Pero, ¿por qué definir estas áreas de la mente como si tuvieran un "exceso" de "vacío"? ¿Qué significa esto?

Unir el exceso y el vacío puede parecer, a primera vista, una tontería. Pero no creo que tengamos otras herramientas a nuestra disposición, además de las de la lógica paradójica, con las que intentar captar en forma de lenguaje verbal algo del modo de vida del psicótico, del terror que lo atormenta.

Procedamos por grados. Primero, el vacío. Winnicott (1971), *Realidad y Juego*, habló de pacientes para quienes lo único que parece existir es, literalmente, lo que no está: la falta, la ausencia. Sin embargo, la leve propensión de Winnicott a la sistematización metapsicológica significa que no se detiene en la diferencia entre ausencia-falta y ausencia-vacío. Bion (1970) introdujo una aclaración decisiva en este sentido, con su distinción entre no cosa y nada. André Green (1993) lo desarrolló en su ensayo sobre el trabajo de lo negativo, recordando la diferencia básica que existe entre la oscilación de presencia-ausencia (falta) en el encuentro con un objeto que ha podido provocar que el sujeto recién nacido tenga experiencias de satisfacción (Freud), por un lado, y, por otro, la ausencia (física, pero sobre todo psíquica) de un objeto deprimido o narcisista que sufre, incapaz de llevar a cabo (imposibilidad de hacerlo) las funciones básicas *de holding* y organización de la experiencia emocional primaria en el encuentro con el bebé (precisamente el vacío). La ausencia estimula la creatividad y permite el nacimiento del pensamiento representativo. El vacío destruye las capacidades creativas, provocando la aparición de profundas fallas en la

construcción del yo y en sus capacidades para integrar la experiencia emocional. Hablamos, es decir, de un vacío de representaciones (no sólo de palabra, sino también de cosa) y de presentaciones afectivas. Las experiencias están inscriptas en el self sin transformar, incomprensibles. Son núcleos muertos - piedra.

En su ensayo sobre "Temor al derrumbe", Winnicott (1974) describió la naturaleza de estas agonías y las operaciones que el sujeto pone en movimiento al tratar de "aislarlas" en un rincón de su propio ser, así como el terror que estas experiencias representan para el sujeto en toda su devastadora violencia. Si las barreras defensivas erigidas en *après-coup* se disuelven, o en todo caso se debilitan, el sujeto corre el riesgo de volver a entrar en contacto con este vacío aterrador, que luego se siente como "demasiado lleno", como intrusivo.

Pero, ¿qué significa aquí "exceso"? Como sentido inicial, más superficial, podríamos imaginar que es el contacto prolongado con el vacío el que acaba siendo inquietante y "excesivamente pleno", cualitativa y cuantitativamente. Un "exceso" significaría entonces "el vacío es demasiado, demasiado intenso para ser soportado". Mi experiencia con la psicosis me ha llevado a plantear la hipótesis de que esto puede ser solo parcialmente cierto, un principio básico, pero insuficiente. El vacío es un lugar psíquico en el que, desde el punto de vista de la representación y el afecto, literalmente no hay nada. Pero en un nivel de realidad diferente y menos complejo (y de producción simbólica), está lleno de sentimientos, percepciones, sensaciones corporales inexpresables. Estas experiencias me parecen ser no sólo sin nombre - como lo es ahora, gracias a los trabajos de Bion, un comentario clásico - sino también sin forma.

La parte muerta, entonces, sería un agujero en el tejido de afectos y representaciones que componen la envoltura y el eje portador del yo. Al mismo tiempo, la parte muerta es un exceso de sentimientos, de percepciones, una proliferación de experiencias corporales intransformables que colonizan el self sin poder integrarse en el ámbito de la subjetivación. Esta concepción de sensorialidad que puede situarse en lo escrito por, por ejemplo, Bollas (1987), Ogden (1989), Racalbutto (1994, 1997) y Roussillon (1995, 1999b, 2008)<sup>3</sup> - difiere marcadamente de las concepciones más

---

<sup>3</sup> A pesar de que estos autores se refieren a modelos teóricos que no se superponen, algo que me parece que los une es la idea de que el dualismo freudiano de *representación palabra* y *representación cosa* no es suficiente para que entendamos las modalidades complejas con las cuales la experiencia puede ser inscripta en las áreas primitivas de la mente. A lo largo de estas representaciones y representaciones de

clásicas de la simbolización, nacidas del trabajo clínico con las neurosis, que veían en la percepción y la sensación la presencia de defensas contra la aparición de contenidos sexuales infantiles "demasiado calientes". Desde mi punto de vista, de hecho, en presencia de áreas psicóticas (indiferenciadas) de la mente, la germinación de experiencias corporales debe considerarse una reactivación importante de experiencias arcaicas que no se pueden expresar de otra manera. Le corresponde entonces al analista, en su trabajo de contratransferencia, acoger y transformar estas experiencias para que el paciente, en segundo lugar, las vuelva a llevar dentro de sí mismo como experiencias finalmente soportables e integradas en la subjetivación.

### **Regresión a la dependencia**

En el encuentro con la psicosis, los límites vacilan y las conexiones se deshacen o no pueden tejerse juntas. El significado explota. Es como si ese legado común de certezas que nos permite reconocernos como seres humanos que hablamos con otros seres humanos se hubiera derrumbado de repente. Algo inquietante se insinúa entonces en nuestra mente, hasta el punto de estar dentro de nuestro cuerpo. Toca las raíces más profundas de nuestro ser. Nos inmoviliza y confunde.

Durante un año entero, Aldo, un chico psicótico de 15 años, que recibe psicoterapia dos veces por semana, ha venido a sus sesiones sin que pueda decir nada sobre sí mismo, ni un recuerdo, ni un episodio de su vida cotidiana. Y ni un sueño, por supuesto, ni una emoción. Llenaba las sesiones con palabras a las que atribuía un significado que muchas veces era diferente al comúnmente compartido, pero la mera idea de interrogarlo sobre esto era absolutamente intolerable porque revelaba, dolorosamente, mi diferencia con él. "Sólo si somos idénticos puedes entenderme", me dijo en uno de los raros momentos en que el sentido de su discurso se volvía inteligible. Ser diferente, separado, era demasiado doloroso, demasiado peligroso. Intensas

---

afecto (Green), podría haber más material psíquico arcaico, presimbólico, de naturaleza sensorial y perceptiva, al cual Roussillon llamó (2003) en uno de sus trabajos "el tercer rastro". Es interesante notar también, que estas consideraciones pueden tener su origen en la carta de Freud N° 52 a Fliess (fecha del 6 de diciembre de 1896), en la que habla de "WZ (Wahrnehmungszeichen, indicación de percepción)," definida como "el primer registro de las percepciones", "bastante incapaz de consciencia y arreglado de acuerdo a las asociaciones por simultaneidad". Si esta tercera forma de registro está virtualmente ausente en los escritos de Freud después de "La interpretación de los sueños", su importancia ha vuelto a emerger en los trabajos de aquellos analistas que están más interesados en el trabajo clínico que involucra el funcionamiento no-neurótico.

ansiedades de intrusión y persecución intervinieron en la protección de un self demasiado frágil, que no podía correr el riesgo de ser visto por un objeto tan impredecible y peligroso como el que yo representaba para Aldo en ese momento.

Durante meses y meses, soporté pacientemente la incompreensión, casi sin poder existir como un ser separado a los ojos del paciente, limitándome a proponer conexiones tenues entre las cosas que decía sin formular nunca interpretaciones reales. Tenía que funcionar como un doble, resonando en unidad con él, permitiéndole utilizarme como un objeto subjetivo. A veces me sentí frustrado, desanimado. Pensé que lo que estábamos haciendo no servía para nada, que no entendía nada y que esto ciertamente no era psicoanálisis. En otras ocasiones prevalecía el odio contratransferencial. No puedo soportarlo más, pensé.

Durante una sesión especialmente molesta, miré de reojo una pelota en el rincón de la habitación (en ese momento trataba niños en el mismo consultorio), y de repente sentí el impulso de levantarme y darle una patada. No sería correcto decir que lo imaginé; más precisamente, en contra de mi voluntad, lo sentía en mí como equivalente a la descarga motora que se producía siempre que pateaba una pelota. En ese momento me llamó la atención esta experiencia corporal. Pero el hecho de superarlo (y soportarlo) me permitió tomar conciencia del precio que me estaba cobrando el tratamiento y de lo decepcionado que estaba con este paciente. Probablemente, este episodio también reveló, a través de la identificación proyectiva, la profunda destructividad de Aldo. En ese momento, sin embargo, no se pudo abordar el asunto. Hablar de ello habría sido prematuro y, de todos modos, violento. Sin embargo, el trabajo silencioso contratransferencial permitió al paciente, en un apres-coup, comenzar a sentirse más libre y seguro, y luego permitirme vislumbrar, poco a poco, algunas de las partes más auténticas de su self.<sup>4</sup>

En mi experiencia, no se encuentra la parte muerta hasta después de algunos años de trabajo preparatorio como el descrito, encaminado a construir un entorno suficientemente estable y seguro para permitir el

---

<sup>4</sup> Algunos meses más tarde, cuando la relación analítica fue mucho más sólida, Aldo habló extensamente de su fantasía, de que su padre “siempre esperaba demasiado de mí” (¡un padre analista que nunca estaba satisfecho, decepcionado!) Y de su deseo de hacerlo a él, y de hacerme –en la transferencia-, orgulloso de él. Creo que, en un sentido más general, a menudo existe la posibilidad de que el analista logre identificar, en su contratransferencia, un afecto exacto que le permita al paciente, en el apres-coup, sentir ese afecto particular que antes había tenido reconocido y/o identificado solo como sensaciones incomprensibles y en la sesión lo conecta a episodios relacionales.

despliegue de aquellos fenómenos de regresión a la dependencia que Winnicott y Searles describieron de manera tan vívida. Mi hipótesis es que, en las fases iniciales del tratamiento (y más generalmente en la vida fuera del análisis), las ansiedades esquizoparanoideas y -todas las defensas asociadas con ellas-, protegen el verdadero self (del cual la parte muerta es el núcleo último y más dolorosamente traumatizado) del contacto con el sujeto mismo -a través de la escisión del yo- y del contacto con el mundo externo.

Estas ansiedades esquizoparanoideas no son el núcleo primordial del ser psicótico, sino las defensas postraumáticas –post atómicas, casi se podría decir- que permiten la anestesia de las partes más dolorosas del self bajo una capa defensiva muy gruesa, de manera que las huellas de la experiencia de derrumbe, queden encerradas en ella para nunca ser reactivadas. El derrumbe, temido como algo en el futuro, es así un derrumbe experimentado en los orígenes de la vida psíquica en una fase en la que aún no había un sujeto para pensarlo y atravesarlo (Winnicott 1974; Roussillon 1999b).

En mi opinión, es a través de la lenta erosión de esta barrera, provocada por la calidad de la presencia psico-corporal del analista y por la confiabilidad continua del setting, que se logra el proceso de regresión a la dependencia, a través del cual la parte muerta puede volver a la luz. En los casos que he tratado, este proceso rara vez ha adquirido las connotaciones extraordinarias descritas por Winnicott (1954) y, en menor grado, por Searles (1965). Pero eso podría depender del tipo de dispositivo analítico elegido (cara a cara) en mi caso; el diván para Winnicott) y en la menor frecuencia de sesiones (dos o tres veces por semana en mi caso; cuatro, cinco, o quizás más sesiones semanales con Winnicott y Searles).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> La elección del setting cara a cara en mi caso se basa en la idea de que el reflejo psicósomático que ofrece no solo el rostro del analista, sino también todo su cuerpo, es esencial para permitir que estos pacientes que sufren tanto se sientan "seguros de ser" (Little 1985) en el espacio de tratamiento. En cuanto a la frecuencia de las sesiones, la decisión estuvo generalmente limitada por cuestiones parcialmente externas al análisis. Sin embargo, estoy convencido de la importancia que puede asumir un ritmo más sostenido en la organización de un objeto interno estable al que uno puede apelar dentro del self cuando el objeto externo está ausente o no disponible. Tal proceso se puede lograr, en cualquier caso, también en dos o tres sesiones por semana (es importante recordar que, según el modelo francés, la forma estándar de tratamiento psicoanalítico se realiza con una frecuencia de tres sesiones por semana), aunque probablemente de una manera más lenta y más difícil.

Por lo que he podido observar hasta ahora, y dentro de los límites de las condiciones que he descrito, la regresión a la dependencia se configura como un viaje lento y gradual por el que ceden ansiedades de intrusión y de ruptura de límites subjetivos, poco a poco, a la posibilidad de mostrar al analista (y de confiarle poco a poco) -y también de volver a sentir- partes del self cada vez más profundas y auténticas. De esta manera, la regresión a la dependencia significa hacer posible que las experiencias desastrosas originarias del sujeto sean reactivadas y revividas en la transferencia sin que el paciente sienta una necesidad permanente de movilizar sus defensas psicóticas para disipar la experiencia emocional actual.

Hasta cierto punto, quizás sea interesante pensar en este proceso como el deshielo de un glaciar arcaico, uno que a primera vista es impenetrable. El sustrato de sensaciones, percepciones y proto-emociones que se revela al ojo del analista, a la sensibilidad del analista, cuando el hielo comienza a encogerse señala el despertar, o quizás el nacimiento, de una preciosa semilla de intimidad que debe ser "amamantada" con el mayor cuidado.

### **Primitivas comunicaciones y contratransferencia corporal**

Cuando por fin la parte muerta se vuelve accesible a la transferencia, se revela que el clima emocional de las sesiones tiene una cualidad única. Más que significados verbales, la relación se organiza en torno a atmósferas sensoriales y estados afectivos que prevalecen y colonizan todo el espacio analítico. No es que no haya comunicación; por el contrario, las palabras no parecen suficientes para transmitir el peso de las agonías primitivas en las que están inmersas estas experiencias. El encuentro adquiere así su definición a través de canales de transmisión insólitos y misteriosos. Algo circula más allá de las palabras, entre los cuerpos. Es como reproducir el cuerpo a cuerpo original creado con la madre ambiente.

En los últimos años, numerosos autores han señalado la importancia del cuerpo del analista como el lugar desde el que se puede iniciar la elaboración de núcleos psíquicos traumáticos, impensables e irrepresentables (Badoni 2015; Bergstein 2015; Civitarese 2004; Lemma 2014; Lombardi 2008, 2011). En mi experiencia, el encuentro con estas áreas aterrorizadas de la mente no puede proceder -al menos, no desde el principio- a través de esos canales más clásicamente reconocidos como apropiados al

marco analítico. El lenguaje, los sueños e incluso las fantasías inconscientes no pueden transmitir los aspectos más oscuros del caos psicótico. Los materiales que componen la parte muerta están hechos de sensaciones, percepciones y estados corporales. Esa es la forma en la cual las experiencias originarias alienantes fueron inscriptas en el self; esa es la única forma en la que se pueden reactivar en el tratamiento.

No se trata de transgresiones de las reglas del encuadre - transferencia por la palabra en la que se asienta el marco analítico (Green 1984)-, ni ataques a la vincular o al pensamiento. La parte muerta simplemente se manifiesta según la lógica que la organizó durante el período en el que quedó inscripto en la mente del paciente, a partir de ese momento las defensas que he descrito lo han utilizado para hibernar y sellar en un área inaccesible y subjetiva de la mente.

Pero estas defensas no lo han transformado. Literalmente, ningún trabajo de après-coup ha sido posible; nada ha cambiado. Las defensas psicóticas son precisamente un indicio de esta imposibilidad de après-coup: cuando entran en juego es porque hay una parte de la experiencia que no se puede simbolizar ni destruir. En un nivel de funcionamiento extremadamente primitivo, en el que todavía no existía un objeto interno claramente diferenciado, el paciente se encontraba en una situación de tal pasividad (la pasivización de la cual habla Green) que una parte de su ser fue completamente aniquilada. Esta experiencia primaria de aniquilación, de muerte psíquica, ese núcleo caótico básico, que puede reactivarse en el espacio de tratamiento cuando la relación alcanza un nivel suficientemente profundo para que se produzca la regresión.

## **Aldo**

Aldo, cuyas tempranas fases de tratamiento describí antes, viene después de una larga separación de dos meses. Es su cuarto año de psicoterapia.

Aldo: Durante las vacaciones, no podía dejar de mirar mis rodillas<sup>6</sup> ... tenía miedo de que se me escaparan ... de que me amputaran ... pero ¿por qué estaba haciendo eso?

Analista: nuestra separación fue para ti una amputación.

---

<sup>6</sup> La terapia fue conducida en Francés. La palabra rodilla, genoux, tiene un sonido que evoca y hace pensar en je-nous: nosotros.

Aldo: No podía dejar de pensar en eso, en el miedo a perder las rodillas  
-Estaba obsesionado ...

Analista: Pasó mucho tiempo desde que nos vimos, y tenías un gran miedo de no volver a encontrarme ... que ya no estaría allí.

Aldo: Tenía miedo de que me estuvieran arrancando la piel.

Analista: La psicoterapia es como una piel que te envuelve.

Aldo: y seguí preguntándome si sería arrancado.

Analista: Una separación dolorosa, como un desgarro.

Dos meses después, fue él quien se ausentó. La primera vez desde el comienzo de la terapia, cuando fui a buscarlo, la sala de espera estaba vacía. A la sesión siguiente, Aldo me dijo cuando llegó al centro<sup>7</sup> que encontró la puerta cerrada. Esto lo aterró tanto que voló a la casa.

Aldo: El lunes no nos vimos...cuando llegué toqué timbre pero nadie abrió la puerta...volví a casa pero desde entonces he tenido algunas ideas bizarras.

No era la primera vez que Aldo hablaba de ideas bizarras. Hasta entonces, sin embargo, no habíamos podido darles voz (palabras), ni rostro (imágenes). Fue como si, en el momento en que empezó a hablar de ellas, un pesado manto hecho de una densa sensorialidad descendiera sobre nosotros y nos impidiera ir más allá. Por un instante, todo se detuvo.

Así nos encontrábamos juntos, en un denso vacío corporal hecho de percepciones y sensaciones pero desprovisto de representaciones. Estos eran pensamientos que no se podían pensar, pensamientos sin un pensador (Bion).

Confiado en mis impresiones contratransferenciales, le sugerí al paciente que se trataba de una especie de "exceso que impedía el pensamiento". Un exceso de vacío.

En esa sesión en particular, sin embargo, tuve la impresión de que había algo diferente. El manto de inquietante sensorialidad que usualmente, habiendo llegado a ese punto, comenzaba a envolvernos, permanecía. El pensamiento se mantenía fluido.

Aldo duda durante un buen rato, preguntándose si sus extrañas ideas me destruirán, o si seré lo suficientemente sólido para soportar el peso (para soportar su furia destructiva), si seré capaz de comprenderlas. Pero es una

---

<sup>7</sup> La terapia se llevaba a cabo en el Centro médico-psicopedagógico

vacilación que me parece prometedora. Quizás el vacío esté comenzando a tomar forma. Por tanto, permanezco en silencio y espero.

Aldo: te digo de qué se trata .... Pensé en volver a untarme el cuello (me tartiner) con shampoo y no enjuagarlo.

Unos meses antes, asociando a la separación de sus padres, me había dicho que un día, sin saber por qué, se había untado el cuello con shampoo y se quedó así durante algunas horas. El contacto prolongado entre su piel y el champú había producido una gran quemadura, una especie de eczema. Mientras el paciente hablaba de este acto que para él no tenía sentido, la imagen de una espada se formó gradualmente dentro de mí, una espada que dañaba el cuello del paciente hasta el punto de arrancar la piel, de cortar el tracto respiratorio, evitando así que el aire circule.

En ese momento, me había dicho a mí mismo que con su gesto, Aldo había intentado dar una inicial forma afectiva a la desesperación letal, indecible, que lo había invadido (y que había invadido su objeto primario) cuando a los cuatro años había sido abandonado por su padre.

En el momento en que el paciente habló de esta fantasía, la vívida imagen de una espada que presiona contra la piel del cuello se reactivó repentinamente dentro de mí, haciéndome sentir un intenso dolor corporal.

Analista : No haber tenido tu sesión fue muy doloroso.... Te sentiste morir por dentro.

Aldo: ¿Qué hubiera pasado si lo hubiera hecho? La última vez que me quemé, tuve eczema.

En ese momento, una nueva imagen, muy intensa, toma forma en mi interior. Yo "veo" dos superficies perfectamente ajustadas que están desgarradas, creando grandes marcas rojas en las áreas que antes habían estado perfectamente adheridas.

Analista : Ser privado de tu sesión fue para ti como ser arrancado.

Aldo entonces me habla del hecho de que, esa misma mañana, se miró a sí mismo en el espejo y tuvo la impresión de que su rostro tenía una expresión triste.

Analista : ¿Como si yo fuera tu espejo?

Aldo: En esta habitación también hay un espejo, ¿te has fijado? Desde que vine aquí, yo siempre me sentaba de este lado. [En el consultorio, hay una tercera silla junto a la cual Aldo se sienta habitualmente, que se coloca frente a un espejo.] En esa posición, no me veo en el espejo. Pero podría sentarme del otro lado y entonces me vería en el espejo.

Luego se desliza discretamente de su silla y se sienta en la que está al lado; observa su imagen reflejada por un momento. Luego regresa a su lugar habitual: "Me parece que lo que he dicho hoy te ayudó mucho a aclarar lo que sucedió".

Analista: Quizás lo que me haz dicho también te ha ayudado a entenderte a ti mismo. Hoy tú puedes tolerar el contacto con el enorme dolor que generan los momentos de separación dentro de ti.

Unas semanas más tarde, Aldo comienza su sesión contándome que "había salido un poco de casa antes de lo habitual para tomar un poco de aire". Entonces siento una pronunciada sensación de asfixia, como si hubiera sido absorbido por un universo indiferenciado en el que incluso respirar era difícil. Mientras trato de dar sentido a estas experiencias primitivas, el paciente lo asocia con el hecho de que muy pronto tendrá que decidir qué hacer después de la escuela secundaria. Él no se siente libre de elegir. Tiene la impresión de que su madre no tomará en cuenta sus propias ideas. Entonces exclama: "Es suficiente ser tratado como un niño!"<sup>8</sup>

Analista : Ser tratado...

Aldo: Mi madre.

Analista: Salir a tomar aire es quizás también querer hacer algunas cosas solo ...

Aldo: Ser autónomo.... En un momento, dije que a los quince, tal vez estaría cansado de las caricias y abrazos de mi mamá.... Y ahora es

---

<sup>8</sup> Aunque los ecos transferenciales de la secuencia que sigue pueden ser evidentes, me es imposible discutir en el artículo actual los desarrollos a los que dio lugar en las sesiones posteriores.

así.... tengo quince años.... Pero creo que estaré obligado a aceptarlos durante mucho tiempo todavía.

Analista : Quizás, para un adolescente, las caricias y abrazos de una madre también pueden ser muy emocionantes.

Aldo: Sí ... y me pregunto qué pasaría si le dijera que no los quiero más, sus abrazos.

Analista: ¿Qué imaginas?

Aldo: La haría enojar ... o entristecerla ... pero especialmente triste.

Analista: ¿Una madre que necesitaría abrazarte para no estar triste?

Aldo: Podría decirse.

Analista : Tal vez a veces tu también te sientas triste ante la idea de que, al crecer, renuncias a los abrazos de tu mamá ...

Aldo: Algo así... pero no como ella.

Analista: Una mamá muy, muy triste.

Aldo: ¿Como si quisiera que siguiera siendo un niño para siempre?

Analista: Entonces sería una madre muy frágil, de quien no te puedes separar.

Aldo: Una madre que siempre está pegada a mí [ *qui me colle tout le temps* ].

Analista: Cuando uno está pegado a otra persona, es difícil respirar.... Tu tienes que ir afuera para tomar aire.

En la siguiente sesión, Aldo explica que está escribiendo un informe autobiográfico para la escuela. Así que hablamos del hecho de que puede comenzar a preguntarse sobre su propia historia, y él me dice por primera vez que, cuando solo tenía unas pocas semanas, se mudó con sus padres a Japón. “Mi padre tuvo que ir allí por trabajo. Vivíamos en una torre muy alta. Yo no tenía miedo en absoluto; mi madre, en cambio, sufría de vértigo”. Entonces pienso muy intensamente sobre una madre sola y deprimida, una madre que se aferraba dolorosamente a su bebé para mantenerse (psíquicamente) con vida.

Aldo: Mi padre nunca estuvo ahí.... Trabajaba todo el tiempo. Mi madre no tenía trabajo; ella se quedaba en casa todo el día conmigo. Mi padre me extrañaba ... y tal vez mi mamá también hubiera querido que se quedara con nosotros a veces.

Analista: Una mamá y su bebé (que se quedan) pegados [ *tous collés* ] para no sentirse tristes.

## Algunas reflexiones sobre el material clínico

El encuentro con Aldo nos permite captar la manera en que lo sensual-perceptivo y los fenómenos afectivos que pueblan el aquí y ahora de la sesión se entrelazan

con el trabajo de historización que poco a poco va dando forma y sentido a las experiencias que determinaron, en su origen, la configuración de la parte muerta.

El fragmento clínico que he elegido se pone en marcha tras una larga separación. En mi experiencia, cuando la relación analítica se ha vuelto lo suficientemente sólida para que el paciente sea capaz de sentir lo importante que es el análisis (el analista) para él, estos momentos de separación a menudo inician fases particularmente intensas del tratamiento en las que psíquicamente las zonas muertas comienzan a desvelar sus dolorosos misterios.<sup>9</sup> ¿Por qué? Para pacientes como Aldo, la separación es un agujero, una interrupción en la continuidad del sentimiento de existir. El significante formal (Anzieu [1987](#)) *piel desgarrada*, que se repite en los momentos de separación y vuelve de nuevo a ser descripto aquí, traduce y condensa una serie de inscripciones psíquicas impensables, ecos de una catástrofe lejana que la ausencia del objeto-analista reactualiza en el tratamiento. El cuerpo que arde (con eccema, y el rojo vivo de mi imagen contratransferencial) recuerda a una díada madre-bebé que fue desmembrada "demasiado pronto", mutilada en un momento en el que la piel seguía siendo "una piel para dos".

El trabajo de subjetivación que permite la construcción de una envoltura psíquica que puede contener y transformar las experiencias psicósomáticas primordiales no se puede lograr si el encuentro original no fue suficientemente bueno, si no fue uno en el que el objeto apoya y sostiene, con la calidad de su presencia corporal y afectiva, la edificación de un límite estructurante entre el interior y el exterior, el self y el otro. Por otro lado, separarse de uno mismo se vuelve casi

---

<sup>9</sup> Dicho de otra manera, eso significa que el paciente ha podido ceder a alguna forma de regresión a la dependencia. De lo contrario, el corazón de la psicosis permanece inaccesible, envuelto (y protegido) por una serie de defensas rígidas y primitivas (escisión, negación, proyección...) que luchan contra la reactivación de la experiencia originaria de muerte psíquica.

imposible. Despegarse demasiado pronto, demasiado dolorosamente (en la realidad externa<sup>10</sup>) a menudo conduce (en el mundo interno) a no ser capaz de diferenciarse realmente.

El objeto primario, a la vez demasiado sofocante y demasiado excitante, invade el self, impidiendo su subjetivación. Algunas de mis intervenciones (sobre la mamá triste o la frágil), como la utilización que propongo de imágenes que el encuentro con el sufrimiento del paciente provocó dentro de mí, tal vez pueda parecer audaz. Creo, sin embargo, que contribuyeron decisivamente a dar forma a algunas de las experiencias que yacen dentro de Aldo como informes e incomprensibles. Muerte, de hecho.

En el momento en el que comienzan las "ideas bizarras" del paciente (el exceso de vacío) empiezan a ser pensadas en el tratamiento, asumen la forma, en mi contratransferencia, de una navaja que roza la piel del cuello hasta el punto de desgarrarla, de cortar el tracto respiratorio, impidiendo así la circulación del aire. A mi entender, la figura de la muerte, de suicidio, surge aquí como el eco lejano de situaciones traumáticas muy primitivas, que, incapaces de ser simbolizadas, se inscribieron en el sujeto como amenazas reales de muerte (psíquica). Cometer suicidio sería, es decir, desde este punto de vista, un intento (desesperado) de controlar activamente, a través de mecanismos de inversión, la reactivación de rastros de experiencia originaria en las que algunas áreas del self fueron asesinadas sin que el sujeto hubiera podido montar incluso una resistencia mínima. No se trata de manifestaciones agresivas hacia los objetos internos que se sentían malos. Evocar el suicidio significa intentar—inconscientemente, por supuesto— introducir la experiencia de la muerte psíquica en el tratamiento haciendo que el analista la viva.

Creo que fue algo de este tipo lo que Winnicott (1974) había intuido cuando escribió este increíble relato, pensando en una paciente que se había suicidado unos años antes:

---

<sup>10</sup> Me gustaría enfatizar que, por *despegar*, no me refiero únicamente a la separación física del entorno materno. Muchas experiencias de muerte psíquica, quizás incluso la mayoría de ellas, son producto de situaciones de "no encuentro" en el que el objeto primario, aunque físicamente presente, está psíquicamente ausente; por tanto, es imposible que el objeto garantice las experiencias de *sosten* y contención que subyacen a la construcción del aparato psíquico subjetivo.

Ahora entiendo por primera vez lo que quiso decir mi paciente esquizofrénica (que se suicidó) cuando dijo: "Todo lo que te pido es que me ayudes a suicidarme por la razón correcta en lugar de la razón equivocada ". No lo logré y ella se suicidó desesperada por encontrar la solución. Su objetivo (como lo veo ahora) era conseguir que yo dijera que murió en la primera infancia. En esto creo que ella y yo podríamos haberle permitido posponer la muerte corporal hasta que la vejez pasara factura.

(Winnicott [1974](#), 106).

Durante las sesiones con Aldo, hubo momentos en los que sentí, literalmente, muerte / la parte muerta

(parte) me invade. No era la idea o la preocupación de que el paciente pudiera suicidarse que atormentaba mi mente; estaba en el cuerpo, especialmente al nivel del estómago, pero también de la cabeza, las sensaciones de plenitud y vacío, el exceso de vacío, ruidosamente me atropelló, dejándome sin palabras.

Desde mi experiencia hasta la actualidad, diría que es fundamental permitir ser penetrado por estas inquietantes e incomprensibles sensaciones al punto de sentirlos intensamente dentro del yo, en el propio ser. Debemos darles tiempo para instalarse y tomar forma (a menudo, como en el caso de Aldo, en forma de una imagen) dentro de nosotros. Querer devolvérselos al paciente demasiado rápido en forma de afectos y representaciones más complejas es arriesgarse a activar una pseudo-trabajo intelectual a través del cual en realidad puede caracterizarse como un rechazo (una identificación contraproyectiva) para entrar en contacto con la experiencia sensorial y corporal de la muerte psíquica.

En cierto sentido, es cierto que en estas situaciones delicadas, podemos sentirnos atacados al grado en el que la parte muerta nos impide funcionar a nuestro nivel "habitual" de simbolización. Nos obliga a sumergirnos en experiencias aterradoras que inicialmente no somos capaces de pensar. Pero creo que cuando el paciente se arriesga a depositar dentro de nosotros esas partes del yo que más lo aterrorizan, eso indica de su parte un nivel significativo de confianza.

Reactivar la parte muerta significa autorizar al self a "esperar" (inconscientemente) que el encuentro con el objeto-analista puede ser

diferente del que tuvo con el ambiente-madre de origen, esperando un nuevo comienzo.

Confiando en mi escucha, en mi comprensión de la transferencia, procedí a apoyar a Aldo en lo que registré como su profunda y fundamental búsqueda de sentido. Es como si con mis palabras, pero también (y quizás especialmente) con la calidad de mi presencia corporal— lamentablemente intraducible por escrito: había permitido que el paciente se reflejara en mi mirada significativa, encontrando así por primera vez imágenes y palabras con las que transformar y simbolizar la densa sensorialidad de la que estaban hechas sus "extrañas bizarras".

Cuando el analista está de acuerdo en aceptar el desafío que estos pacientes, quienes sufren tanto, representan para él (y para todo el campo del psicoanálisis, tanto para el nivel teórico como en el clínico), escuchando con paciencia su propia contratransferencia y tejiendo gradualmente una red de conexiones que enlazan las sensaciones y las percepciones que siente dentro de sí mismo durante las sesiones, imágenes y afectos más definidos comenzaran a ser construidos.

El paciente comienza así, por primera vez, a comprender el verdadero significado de las emociones (del que antes sólo tenía un conocimiento vacío, intelectual, desconectado de los estados corporales) y para reencontrar recuerdos, o relatos contados dentro la familia, que contribuyen a historizar sus primeras experiencias de muerte psíquica. Así, el objeto comienza a diferenciarse en gran parte del sujeto. El self (re) encuentra la conexión con el cuerpo. El lenguaje se vuelve más vivo, encarnado. La transferencia es vitalizada con el odio (dirigido hacia el analista, reconocido como otro que el self) y con tristeza y envidia, en un contexto general en el que el analista siente que una especie de interacción comienza a emerger entre momentos en los que sigue siendo un objeto subjetivo y otras situaciones en las que el paciente empieza a ser capaz de someterse a la experiencia de la soledad (en presencia del otro, bajo su mirada reflexiva). La dependencia es menos radical y menos continua. Los procesos de crecimiento emocional retoman su curso desigual.

No sé hasta qué punto la psicosis puede retroceder, y probablemente el límite sea diferente para cada individuo. Ni me engaño a mi mismo que contactando la parte muerta significa "curar" a nuestros pacientes. Sostengo, sin embargo, que la reactivación en la transferencia de estos fracasos radicales de subjetivación, si se reconocen y se resuelven, pueden determinar

cambios considerables en la capacidad de pensar y simbolizar, en la posibilidad de “ser con el otro”, de vivir con el otro como algo diferente al self. Además, me parece probable que la adolescencia, con su necesaria reorganización corporal y de identidad, puede revelarse como un momento productivo para apoyar el desarrollo de estos procesos transformadores que son tan misteriosos y tan preciosos.

## **Conclusión**

Hacer contacto con el corazón del caos psicótico constituye un desafío clínico en los límites de las posibilidades del psicoanálisis y de nuestras posibilidades como analistas. En este artículo, he intentado describir la experiencia de muerte psíquica que impregna estas áreas caóticas de la mente, un *exceso de vacío*, así como para delinear algunas avenidas que podrían conducir a su reactivación y transformación en el tratamiento.

La ruta que propongo está sólidamente anclada en mi experiencia clínica. Eso fue construido a partir de la psicoterapia de pacientes psicóticos jóvenes que, al regresar a la dependencia y depositando en mí las huellas de sus primitivas agonías, lograron poco a poco encontrar imágenes y palabras con las que dar forma a experiencias que previamente viven (vivimos) como impensables. No sé hasta qué punto este modelo puede ser generalizable o puede mostrarse válido con otras diadas analíticas, ni pretendo haber elaborado una teoría que nos puede dar las "claves" con las que decodificar, *a priori*, lo inquietante y el terror sin forma de la ansiedad psicótica. El espíritu del psicoanálisis como nos lo transmitió Freud implica una investigación continua y una apertura continua a los fenómenos clínicos. Nosotros debemos lograr dejarnos sorprender por lo que nuestros pacientes nos hacen vivir, sin utilizar la teoría para filtrar o distanciar la experiencia emocional actual. Solo de esta manera el hielo a veces se derrite, y la parte muerta, dolorosamente y con dificultad, vuelve a la vida.

## **Traducciones de resumen**

El autor, en base a su experiencia en psicoterapia con niños y adolescentes psicóticos, propone y analiza la idea de que en el núcleo del self psicótico se

encuentra una “parte muerta” psíquicamente, “Un exceso de vacío” psíquico. Mediante la presentación de su trabajo clínico con Aldo, un adolescente psicótico, muestra la naturaleza profundamente sensorial, perceptiva, presimbólica, y, por tanto, preverbal de este núcleo psíquico originario, junto con el arduo trabajo que le permite emerger durante el tratamiento. Asimismo, el artículo se centra en el fenómeno de regresión-a-la-dependencia y en el análisis de los rasgos somáticos de la dinámica contratransferencial en el trabajo con estos pacientes, que pueden vincularse con la emergencia de la "parte muerta" en la relación analítica. Se revisa y analiza la experiencia psicósomática del analista, característica del encuentro con estas angustias intensas, junto con el trabajo complejo de figurabilidad que el analista tiene que llevar a cabo.

*Traducido por Graciela de Luján García, Susana Merlo y María Pistani*

## **Referencias**

- Anzieu, D. 1987. “Les signifiants formels et le moi-peau.” In *Les enveloppes psychiques*, 1–22. Paris: Dunod.
- Badoni, M. 2015. “Body.” *The Italian Psychoanalytic Annual* 9: 93–106.
- Bergstein, A. 2015. “Attacks on Linking or a Drive to Communicate? Tolerating the Paradox” *The Psychoanalytic Quarterly* 84 (4): 921–942.
- Bion, W. R. 1957. “Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities.” *Int. J. Psycho-Anal* 38: 266–275.
- Bion, W. R. 1970. *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.
- Bollas, C. 1987. *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books.
- Civitaresse, G. 2004. “Vincolo simbiotico e setting.” *Rivista Psicoanal* 50: 1117–1147.
- Freud, S. 1896. “Letter 52 from Extracts from the Fliess Papers.” *SE* 1: 233–239.
- Green, A. 1984. “Le langage dans la psychanalyse.” In *Langages*, edited by R. Green and R. Diatkine et al., 179–206. Paris: Les belles lettres.
- Green, A. 1993. *Le Travail du Négatif*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Green, A. 1999. “Passivité-passivation: Jouissance et Détresse.” *Revue Française de Psychanalyse* 63 (3): 1587–1600.
- Lemma, A. 2014. “The Body of the Analyst and the Analytic Setting: Reflections on the Embodied

- Setting and the Symbiotic Transference.” *The International Journal of Psychoanalysis* 95: 225–244.
- Little, M. I. 1985. “Winnicott Working in Areas Where Psychotic Anxieties Predominate.” *Free Associations* 1: 9–42.
- Lombardi, R. 2008. “The Body in the Analytic Session: Focusing on the Body–Mind Link.” *The International Journal of Psychoanalysis* 89 (1): 89–110.
- Lombardi, R. 2011. “The Body, Feelings, and the Unheard Music of the Senses.” *Contemporary Psychoanalysis* 47 (1): 3–24.
- Ogden, T. H. 1989. *The Primitive Edge of Experience*. New York: Jason Aronson.
- Racalbuto, A. 1994. *Tra il fare e il dire*. Milano: Cortina.
- Racalbuto, A. 1997. “Pensare. L’originario della sensorialità e dell’affetto nella costruzione del pensiero.” In *Le fonti dello psichico*, edited by E. Mangini, and M. La Scala, 20–38. Roma: Borla, 2009.
- Roussillon, R. 1995. “La métapsychologie des processus et la transitionnalité.” *Revue française de psychanalyse* 59 (5): 1351–1522.
- Roussillon, R. 1999a. *Primitive Agony and Symbolization*. London: Karnac, 2011.
- Roussillon, R. 1999b. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF, 2008.
- Roussillon, R. 2003. “Historicité et mémoire subjective. La troisième trace.” *Cliniques Méditerranéennes* 67 (1): 127–144.
- Roussillon, R. 2008. *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.
- Searles, H. 1965. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. 1954. “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up.” In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, 278–294. London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D. W. 1971. *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. 1974. “Fear of Breakdown.” *International Journal of Psychoanalysis* 1: 103–107.
- Winnicott, D. W. 1988. *Human Nature*. London: Free Association Books.
- L. QUAGELLI