

EL LENGUAJE DE LOS GESTOS Y DE LOS CUERPOS: EL SILENCIO EN LA PERSPECTIVA CLÍNICA DE SÁNDOR FERENCZI.

Sergio Gomes da Silva (*)

RESUMEN:

El objetivo del presente artículo es analizar el silencio en la clínica psicoanalítica, con base en las contribuciones del principal heredero teórico de Freud, Sandor Ferenczi. Para ello, el autor parte de las consideraciones metapsicológicas del psicoanalista húngaro para investigar los referentes del silencio, consignado en sus escritos como resistencia, censura, transferencia/contratransferencia y represión. También se investigan las innovaciones teórico-clínicas de Ferenczi, fundamentadas en la descripción del lenguaje de los gestos y de los cuerpos en su relación con la técnica activa, elasticidad de la técnica, relajación, neocatarsis y el tacto del analista. Se considera que Ferenczi fue el primer autor en intentar problematizar el silencio en el psicoanálisis, comprendiéndolo como un lenguaje y una comunicación, además de manejarlo teniendo por referencia los afectos vividos en la diada analítica.

Palabras clave: Silencio, comunicación, lenguaje de los gestos, lenguaje de los cuerpos, Ferenczi.

RESUMO:

O objetivo do presente artigo é analisar o silêncio na clínica psicanalítica, com base nas contribuições do principal herdeiro teórico de Freud, Sandor Ferenczi. Para isso, o autor parte das considerações metapsicológicas do psicanalista húngaro para investigar os referentes do silêncio, pontuado em seus escritos como resistência, censura, recalque e transferência/contratransferência. São também investigadas as inovações teórico-clínicas de Ferenczi, fundamentadas na descrição da linguagem dos gestos e dos corpos em sua relação com a técnica ativa, elasticidade da técnica, relaxamento, neocatarse e o tato do analista. Considera-se que Ferenczi foi o primeiro autor a tentar problematizar o silêncio na psicanálise, compreendendo-o como uma linguagem e uma comunicação, além de manejá-lo tendo por referência os afetos vividos na dupla analítica.

Palavras-chave: Silêncio, comunicação, linguagem dos gestos, linguagem dos corpos, Ferenczi.

ABSTRACT:

This study aims at analyzing silence in the psychoanalytic practice as far as the contributions of the main theoretical heir to Freud, Sándor Ferenczi, are concerned. To this purpose, the author examines the referents of silence, in the metapsychological considerations of the Hungarian psychoanalyst, such as: resistance, censorship, repression and transference/countertransference. In addition, the author investigates Ferenczi's theoretical and clinical innovations regarding the description of the language of gestures and bodies as it relates to the active technique, elasticity technique, relaxation, neocatharsis and the analyst's tact. Ferenczi is considered to be the first author who tried to problematize silence in psychoanalysis, assuming it as language and communication, as well as managing it from the perspective of the affections experienced by analyst and patient.

Keywords: Silence, communication, language of gestures, language of bodies, Ferenczi.

Hablar es imitar. El gesto y el habla (voz) imitan objetos del mundo circundante (*Diario clínico*, FERENCZI).

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de los primeros casos clínicos, Freud incentivaba a sus pacientes a verbalizar sus pensamientos, recuerdos o memorias, sin ninguna censura, en el intento de no dejar escapar nada. Ellos tenían que decirlo todo, absolutamente todo, sin ocultar nada a su médico, ni la más simple idea, palabra o imagen, ya fuese durante el estado de vigilia, ya durante el dormir a través de los sueños. Esta fórmula constituyó el “imperativo de decir todo” y la “regla de oro” del psicoanálisis. Pero, poco a poco, Freud se fue encontrando con el rechazo de los pacientes a recordar algo, ya que, entonces, nada acudía a sus mentes y ellos se callaban, exigiendo que el médico viesés emprendiera una serie de recursos para soslayar esa situación.

Con un tratamiento centrado eminentemente en la palabra, Freud como un incansable investigador del mundo inconsciente, pronto se enfrentó, innumerables veces, con lo no verbalizable, lo no dicho, lo no comunicable, al tratar de los padecimientos del alma de aquellos que llegaban a su consultorio. Al mismo tiempo, para que poder alcanzar el inconsciente de los pacientes, Freud recurría a su silencio, con una escucha profunda, atenta, investigadora, cuestionadora.

En efecto, la regla de oro del psicoanálisis nunca fue explícitamente anunciada por Freud, a pesar de que encontramos, en sus escritos técnicos y casos clínicos, indicaciones de cómo el médico viesés se comportaba ante sus pacientes. Por sus propios relatos y los de sus herederos teóricos, sabemos que los analistas vieneses eran muy poco silenciosos y se pasaban por alto la neutralidad recomendada por el maestro. La tentación por el discurso era una característica de aquel grupo de analistas pioneros, que desarrollaron algunas de sus ideas, no sólo en lo que se refiere a la metapsicología sino también en el manejo del silencio durante una sesión de análisis.

De este selecto grupo, Sandor Ferenczi fue aquel con quien Freud no solo estableció un franco diálogo a través de artículos, sino también quien desarrolló y contribuyó al escenario psicoanalítico con su sensibilidad clínica. En aquellos tiempos en que el psicoanálisis se consolidaba en los diversos círculos, Freud era la teoría y Ferenczi era la práctica clínica. Se conocía como el teórico de la clínica y sus construcciones sobre la técnica fueron extremadamente sofisticadas, al punto de llevarlas a sus últimas consecuencias, algo que hizo su clínica muy singular (Pinheiro, 1996).

Si Freud le bridó poca atención teórica al advenimiento del silencio producido en una sesión de análisis, Ferenczi fue uno de los primeros en cuestionar su valor para el paciente y para el analista. Con todo, entre sus herederos, Ferenczi fue el más prolífico de los psicoanalistas en su práctica clínica y fue quien prestó más atención a lo que era interdicto, silenciado o no verbalizado en una sesión de análisis. Así, el objetivo del presente artículo es analizar el silencio a partir de sus contribuciones teórico-clínicas.

“EL SILENCIO ES DE ORO”

A pesar de que el tema en cuestión no ha sido objeto de estudio e investigación a lo largo de su obra, es posible verificar en Ferenczi un doble estatuto en lo que se refiere al silencio: por un lado, en la línea de Freud, el autor va a tratarlo como un epifenómeno de la transferencia, de la represión y de la resistencia, pudiendo seguir por dos caminos distintos: o necesitará ser eliminado para una buena ejecución del trabajo de análisis por medio del manejo de la técnica, en la cual el analista es más activo en la sesión; o será utilizado como recurso del propio analista para provocar las ansiedades del paciente, disminuyendo su resistencia. Por otro lado, el silencio puede ser comprendido como parte del desarrollo de la libido y en términos de pulsiones. En ambos casos, el *enfant terrible* propondrá un trabajo de escucha diversificado por medio de una “técnica del silencio” a partir de la acogida de las demandas del paciente, y de una “ética del cuidado” hacia el sufrimiento de sus pacientes. Veamos cómo esto ocurrió.

De acuerdo con Pellegrino (1988), una de las ideas más originales de Ferenczi fue operar un deslizamiento de la concepción tópica para una concepción más dinámico-económica en lo que se refiere a la comprensión de las neurosis. La fórmula “hacer consciente lo inconsciente” estaría subsumida en la dinámica de la resistencia, derivada de la relación transferencial entre el médico y el paciente. En esta relación, habría un

desplazamiento del afecto producido por la transferencia cuyo silencio, cuando se hiciera presente, podría ser interpretado singularmente, ora como represión, ora como satisfacción de la pulsión sexual. En términos de manejo, la técnica adoptada sería siempre revelar al paciente, por medio de interpretaciones graduales de los contenidos inconscientes, el sentido latente del silencio producido en la sesión.

¿Qué son esas transferencias, se pregunta Ferenczi, desde el principio? Volviendo a Freud, responde: son “reediciones, reproducciones de tendencias y de fantasmas que la progresión del análisis despierta y debe traer de vuelta a la conciencia, y que se caracterizan por la sustitución, en la persona del médico, de personas otrora importante” (Ferenczi, (1909/1991, p. 77).

La mayor dificultad en el manejo de la técnica psicoanalítica en estos casos dice el autor, es lidiar con la fuerza de los sentimientos transferidos por los neuróticos al analista. Una vez familiarizado con el psiquismo de su paciente, es posible identificar que esos sentimientos no aparecen sólo durante el curso de un análisis: “la transferencia se presenta como un mecanismo psíquico característico de la neurosis en general, que se manifiesta en todas las circunstancias la vida y abarca la mayor parte de las manifestaciones mórbidas” (Ferenczi, 1909/1991, p.78) y que, por consiguiente, será sostenida por la posición libidinal del sujeto.

Para Ferenczi, el lenguaje de los neuróticos se compone de una gama de representaciones simbólicas de sentimientos y emociones que todavía no saben “leer” o “interpretar”; son como analfabetos frente a ese lenguaje y necesitan la ayuda del analista para traducirla. Además, sus deseos inconscientes e inconfesables, rechazados por la conciencia, reclaman explicaciones ante el enigma que se presenta en la red lingüística que va siendo tejida, apropiándose de síntomas antes impensados y aferrándose a ellos tal como un niño se apropiaría de un juguete. Los afectos despertados en ese movimiento son reprimidos por algún motivo, llegando a toparse con la persona del médico que, en este momento, actúa como un agente catalizador de los afectos abreacionados y liberados por medio de la transferencia (Ferenczi, 1909/1991).

El autor también establece una relación intrínseca entre transferencia e introyección, afirmando que el silencio es una manifestación pulsional específica de cada estructura clínica. En los neuróticos, por ejemplo, los afectos reprimidos son introyectados, o sea, van hacia dentro de su mundo psíquico, pues ellos están en busca constante de objetos de identificación, encontrando en la transferencia una posibilidad de dar flujo a esos afectos. Ellos se esfuerzan por absorber en su yo (ego) una parte del mundo para hacer de ello, el objeto de sus fantasías inconscientes, para aplacar los deseos inconscientes insatisfechos e imposibles de ser satisfechos.

Cuando el silencio se hace presente, es necesario identificar de qué tipo de silencio se trata para que se pueda comprender el tipo de afecto que está en cuestión y no sólo considerarlo como un efecto de la resistencia al tratamiento o de la acción de la represión impidiendo la curación. Como lo afirma Pellegrino (1988), “la transferencia es una clase de introyecciones que, en un análisis, toma como objeto la persona del médico” (p. 187). De acuerdo con esta autora, esos mecanismos interfieren luego en el desarrollo de las relaciones entre el individuo y el mundo exterior, pues los sentimientos de amor y odio expuestos en un análisis son sentimientos autoeróticos placenteros y desagradables vividos en términos de “objetos de amor y odio”, por lo que la interpretación ferencziana de la transferencia será formulada en términos de relaciones fantasmáticas entre el yo y los objetos buenos y malos, exteriores e interiores (Pellegrino, 1988: 187). Por lo tanto, Ferenczi es uno de los primeros analistas en señalar la importancia de las primeras relaciones de objeto, de amor y de odio, tanto en el análisis como en la hipnosis, a partir del fenómeno de la transferencia.

En el texto *La técnica psicoanalítica* (Ferenczi, 1919/1992), vuelve al tema de la resistencia y nos recuerda la regla fundamental del psicoanálisis formulada por Freud. Según el autor, en pacientes obsesivos, el deseo de permanecer callado o de hablar algunas ideas absurdas puede hacerse presente en el transcurso de una sesión. En este caso, la interpretación dada no será otra que la de una señal de resistencia, a ejemplo de Freud. Hasta aquí, ambos autores no difieren en cuanto al género, número y grado de los procesos que actúan en este momento del análisis; el denominador común que los une todavía será el trinomio resistencia-transferencia-represión. Pero ¿qué hacer si “nada ocurre” en el momento en que el sujeto se coloca ante la regla fundamental, donde ni siquiera los sonidos articulados, las palabras enteras, los gritos o melodías, en vez de las palabras, llegan al espíritu? En este caso, la indicación es la de seguir formulando de la mejor

manera posible un pensamiento coherente con lo que se exigió del paciente. Sin embargo, prosigue

Esto puede suceder sin ninguna razón particular. Si el paciente permanece callado por bastante tiempo, esto significa en general que él *calla* algo. El súbito silencio del paciente deberá siempre ser interpretado, por lo tanto, como síntoma “pasajero”. Un silencio prolongado se explica muchas veces por el hecho de que la demanda de decir *todo* todavía no se ha tomado al pie de la letra. Si se interroga al paciente, después de una larga pausa, sobre el contenido de sus pensamientos durante ese silencio, él responde que *sólo* estaba mirando un objeto en el gabinete, o experimentando una sensación extraña o una parestesia en esta o en aquella parte de su cuerpo, y así sucesivamente [Cursivas del autor] (Ferenczi, 1919/1992, p. 358).

Para Ferenczi faltaría por explicar, nuevamente, la regla fundamental del psicoanálisis para el paciente y enfatizar que aquello que interesa le interesa al médico no son sólo sus pensamientos, sino sus percepciones sensoriales, sentimientos e impulsos para vencer sus resistencias. A pesar de recibir esta nueva orientación, la resistencia en el análisis no se deshace rápidamente como un pase de magia, puesto que el paciente siempre encontrará una forma de recaer en su propia trampa ante las órdenes del analista, racionalizando su silencio y sucumbiendo a sus reticencias. “Algunos, por ejemplo, dicen que se callaron porque no tenían pensamientos claros, sólo sensaciones vagas y confusas”. Ellos demuestran así, naturalmente, que todavía critican sus ideas, a pesar de la recomendación que se les ha hecho”, enfatiza el autor (Ferenczi, 1919/1992, p. 359).

Todo es motivo para ser analizado y todo es contenido para conseguir superar, disolver y remover las resistencias del paciente. Si ese comportamiento se mantiene, la interpretación dada es la de que habría algo en el inconsciente del paciente que impide que el trabajo de análisis sea llevado a cabo, necesitando oponer al silencio del analista el silencio del analizando. Muchas veces, la alternativa adoptada por el analista es la prolongación del silencio durante toda la sesión sin que ambos digan una sola palabra, produciendo en el paciente una angustia insoportable o tensión, en las palabras del autor. Cuando esto ocurre, el paciente difícilmente soportará el silencio imperativo que se presentifica, despertándole sentimientos de tristeza, pena, rencor, rabia, odio, temor o venganza. El analizando, así, proyectará en la figura del médico su mala conciencia, llevándolo a ceder y a renunciar a su negativismo ante la regla fundamental (Ferenczi, 1919/1992).

Pero Ferenczi es guiado por un imperativo, es decir, un imperativo ético. De acuerdo con Costa (1995a, página 9-11), ¿qué podemos hacer ante el desamparo del paciente, ¿qué podemos hacer con quien sufre y no puede o no consigue saber de qué sufre? ¿qué podemos hacer cuando dependemos eminentemente del lenguaje para lograr ser lo que somos, aun cuando venga de él lo que nos tranquiliza? Nos responde el autor: una vez que el ego es un efecto del lenguaje, él puede o no atribuirle sentido, y, siendo o no lenguaje, teniendo o no sentido, tiene que convertirse en causa lingüística para poder funcionar y ser reconocida como causa inconsciente de los síntomas. De este modo, es posible y necesario interpretar el silencio del paciente cada vez que se hace presente en un proceso de análisis. Cabe al analista su sensibilidad ante el silencio del paciente, para que pueda acogerlo e interpretarlo, y así haciéndolo, intuitivamente, pueda devolver sus impresiones sobre lo que percibió delante de aquel decir nada:

El papel del silencio con relación a la manera de hablar y de asociar del paciente es revelado a partir de las siguientes operaciones: en un primer momento, el analista apunta el silencio, para destacarlo del bloque de conductas consideradas “naturales” por el paciente, a fin de transformarlo en objeto de observación. En un segundo tiempo, el analista lo describe de modo detallado al paciente, de acuerdo con la forma en que aparece: por ejemplo, muestra al paciente que éste se calla sistemáticamente cuando surge determinado asunto, etc... Cuando el paciente se vuelve capaz de aprehender esas formas de conducta, el analista intentará hacerlas comprensibles a partir de su biografía y de los

sentimientos detectados en el *hic et nunc* de la sección. De esta forma, se llega a captar, por un lado, los elementos históricos que determinan la utilización del silencio y de otro, qué sentido tiene el silencio en la transferencia.

Si la reconstrucción interpretativa es eficaz y adecuada, el paciente se acaba dando cuenta del carácter inadecuado de su comportamiento en la situación, llevándolo a una re-libidinización de los elementos formales egosintónicos (...) pero de carácter defensivo (Pellegrino, (1988: 188-189).

No es infrecuente, esta situación que puede ser observada por el analista: el surgimiento en el paciente de una sensación de somnolencia que puede derivada o no del odio, de un sentimiento de tristeza o de un sentimiento de aburrimiento, tal como describe el autor: “Una terrible somnolencia invadía una de mis pacientes cada vez que el análisis iba por un camino desagradable; y eso se producía más cuando los asuntos evocados eran de una naturaleza tal que suscitaban más tristeza e inquietud que odio “(Ferenczi, 1912/1992, 188).

Con frecuencia, en el transcurso de la sesión analítica (en el apogeo de la resistencia), algunos de sus pacientes se quejaban de somnolencia y amenazaban con dormirse. Decían que el tratamiento era inútil, absurdo o aburrido. Ferenczi les explicaba el sentido de esa amenaza y el sueño pasaba. En otro ejemplo dado por el autor, eso sucedió con uno de sus pacientes al dormirse independientemente de las explicaciones del médico en cuanto a la regla fundamental. Sin molestarlo, el analista esperó a que el paciente despertara del profundo sueño que lo afectó durante la sesión. De acuerdo con Ferenczi, el analizando sabía muy bien que su objetivo era descalificar su método de trabajo, o sea, impedirle hablar durante la sesión. Esta forma particular de resistencia hizo que él comprendiera los motivos por los que su paciente se había dormido durante cinco minutos, durante los cuales permaneció callado, silencioso, viéndole despertar con un sobresalto y continuar su discurso de donde se detuvo. Esta era una forma particular de resistencia que podría manifestarse en una sesión (Ferenczi, 1914/1992, p. 135). Al esperar que el paciente regresara de su letargo durante el sueño y, al comprender lo que pasaba en la dinámica de la sesión, Ferenczi acogió el silencio del paciente somnoliento para entonces dar continuidad al trabajo del análisis a partir de lo que este trajo de retorno en la vigilia.

El sueño y el silencio, muchas veces, puede no representar un movimiento de resistencia, y, sí, indicar que hay algo en el discurso del paciente o del analista que no está progresando, provocando otro fenómeno, como es, el aburrimiento. El aburrimiento no es un fenómeno raro y mucho menos inusual en el *setting*. Algunas veces, él puede hacerse presente en sesiones aburridas, perezosas, sin vida, produciendo sueño tanto en el paciente como en el analista.

La amenaza de adormecerse de aburrimiento, formulada por algunos pacientes, tampoco nos debe perturbar; es cierto que, en algunos casos, el paciente se adormece efectivamente, por un breve instante, pero su despertar rápido me llevó a concluir que el preconscious se mantenía en la situación del tratamiento incluso durante el sueño. Por lo tanto, el peligro de que el paciente se duerma durante toda la sesión no existe (Ferenczi, 1919/1992, p. 359).

Se engañaba el autor al pensar que, durante años de trabajo, sería imposible que algunos de sus pacientes se adormecieran durante toda la sesión. La cuestión no es la imposibilidad o no de que el paciente se adormezca y si lo es que, en los años en los que la técnica psicoanalítica aún no estaba totalmente desarrollada, Ferenczi aún no había elaborado todas las críticas que haría a la metapsicología freudiana y al trabajo clínico del análisis, proponiendo innovaciones teóricas y prácticas. Sin embargo, después de las proposiciones metapsicológicas de Freud, seguidas por las de sus herederos y enriquecidas por sus contribuciones, ya no era admisible dejar un paciente somnoliento a lo largo de toda una sesión. Recordemos que, en este tiempo, el silencio imperante durante la sesión a partir del aburrimiento y en la forma de sueño por parte del analizante, era insostenible para cualquier analista cuya herramienta de trabajo era el discurso

del inconsciente por medio de la palabra, ¿Cómo acceder a lo reprimido? ¿Cómo transformar en consciente lo inconsciente? ¿Cómo y qué interpretar? ¿Cómo eliminar los síntomas por medio de la “curación por el habla” o de la “limpieza de la chimenea”? Una vez que el paciente, estuviese durmiendo a lo largo de toda una sesión, no sólo habría una parálisis de sus pensamientos inconscientes sino una parálisis del expediente de trabajo del analista. Sin palabras, no habría análisis y, sin análisis, no habría como transformar un material inconsciente en consciente, eliminar los síntomas y promover la curación. Era en ese sentido que el silencio se constituía como un enemigo para el psicoanálisis clásico, desde los primeros casos clínicos de Freud hasta las contribuciones e innovaciones técnicas de Ferenczi.

De igual modo, el sentimiento de aburrimiento no es experimentado sólo por el analizando, sino que puede afectar al analista a partir del fenómeno de la contratransferencia:

Situaremos en el capítulo de la “contratransferencia” el hecho de que en ciertas sesiones el médico también deja pasar las asociaciones del paciente y sólo oye algunas de sus palabras; se puede producir en ese caso una somnolencia de unos segundos. Un examen ulterior nos lleva, en general, a constatar que reaccionamos por la retirada de la inversión consciente al vacío y la futilidad de las asociaciones suministradas en ese momento precioso; a la primera idea de la paciente relacionada, de algún modo, con el tratamiento, estamos de nuevo atentos. Por lo tanto, tampoco existe ningún peligro de que el médico se duerma y deje de prestar atención al paciente (Ferenczi, 1919/1992, p. 359).

Una vez más, se engañaba al autor en cuanto a los poderes encontrados en el fenómeno de la contratransferencia. El sentimiento de aburrimiento revela aspectos de la dinámica psíquica de todo paciente que se encuentra en análisis, despertando en el médico el mismo tipo de sentimiento. Si el aburrimiento se hace presente y se traduce en determinadas situaciones por el sueño por parte de uno u otro en la escena analítica, esto puede ser remitido al empobrecimiento del mundo interior del analizando, a un discurso patogénicamente mórbido, arraigado en la pulsión de muerte o hasta incluso en una forma de particular resistencia por parte del paciente. Superar los fenómenos contratransferenciales sólo sería posible, dice el autor, a partir de más trabajo de análisis por parte del analista, sin el cual él no tendría como enfrentar la diversidad de síntomas y de fenómenos que surgen al tratar a sus pacientes.

Sin embargo, Ferenczi es radical en lo que se refiere al silencio como sinónimo de resistencia. Sin dar oportunidad para que este tipo de silencio se manifieste y objetivando sobre todo la “curación psicoanalítica”, el analista se debe colocar ante esta situación como un médico obstetra durante el trabajo de un parto que es llevado adelante, tal como describe a seguir:

La situación del médico en la cura psicoanalítica recuerda en muchos aspectos la del partero, que también debe comportarse, tanto como sea posible, pasivamente, limitarse al papel de espectador de un proceso natural, pero que en los momentos críticos tendrá el fórceps a mano para terminar un parto que no progresa espontáneamente (Ferenczi, 1919/1992, p. 362).

Las palabras, dice Ferenczi, necesitan ser retiradas con fórceps, necesitan ser arrancadas a la fuerza por el médico para que ellas se hagan presentes, para que la resistencia sea superada. Con ello, el autor pasa a considerar lo que vendría a definir, dos años más tarde, como la “técnica activa”, un período que cubre los años entre 1919 y 1926 en su pensamiento, provocado por el estancamiento del proceso de asociación libre del paciente, es decir, una situación en la que el médico interviene directamente en la experiencia del paciente, ayudándolo en la superación de las resistencias. El término usado por Ferenczi para ello es la producción de un “parto del pensamiento” (Ferenczi, 1921/1988, 183), cuyo objetivo, dice el autor, es la educación del yo (ego) del paciente en términos de comportamientos pasivo y activo. Sin embargo, él advierte a los analistas principiantes o sin gran experiencia, pues éstos deberían evitar tal procedimiento en la inminencia de conducir a los pacientes a pistas falsas sobre su propio inconsciente, debiendo seguir

la “regla de oro” del psicoanálisis. Aquí, según podemos percibir, el autor todavía está siguiendo los pasos postulados por Freud en sus artículos sobre la técnica psicoanalítica. Aunque esto no continuaría por mucho tiempo.

En efecto, la técnica activa no sólo designa a una intervención enérgica por parte del médico en la situación del paciente, sino también en la observancia de la regla fundamental. En determinadas circunstancias el analista puede imponer situaciones al analizando para continuar el tratamiento, tales como la renuncia a acciones y sensaciones agradables en la forma de excitaciones masturbatorias, estereotipias, tics o excitaciones en otras partes del cuerpo, de modo de hacer posible el acceso a la conciencia a los materiales mnésicos y proseguir el curso del análisis (Ferenczi, 1921/1988, p. 184-185).

Veamos cómo esto ocurre, a partir de un ejemplo dado por el propio autor: se trata de una joven música croata que sufría de una cantidad diversificada de síntomas fóbicos y temores obsesivos. La joven tenía miedo de tocar en público, se ruborizaba, tenía dificultad para ejecutar determinados ejercicios en público, los cuales eran perfectamente ejecutados cuando se encontraba sola, inviabilizando sus presentaciones. Durante una determinada sesión, esa joven recuerda el estribillo de una canción popular que la hermana mayor (que la tiranizaba) tenía el hábito de cantar; en cierto momento, al relatar el tramo de la canción, calla y se queda en silencio durante bastante tiempo. Ferenczi pide que la muchacha que cante la música durante esa y otras dos sesiones, lo que fue imposible; el analista insiste hasta que la joven cede al pedido y canta, no sin antes interrumpir el canto cuando recuerda la estrofa que la hermana cantaba, sintiéndose incomodada. Alentada por el analista, la cantante es llevada a cantarla del mismo modo, con voz cada vez más fuerte hasta conseguir repetir el mismo refrán del modo como lo cantaba la hermana, incluso con gestos, revelándose no sólo una excelente cantante sino superando su desánimo a responder a la solicitud de su médico.

Aquí, la sensibilidad y la capacidad intuitiva del analista húngaro se revelan en la posibilidad de lidiar con el silencio de un modo bastante diverso al de su maestro. Con la técnica activa, Ferenczi no deja de conceder al silencio un estatus de resistencia, pero produce en el *setting* un expediente condenable por Freud en términos de técnica analítica: poner en acto el fenómeno que impedía el acceso a los síntomas inconscientes, ya que, para Ferenczi, el psicoanálisis debería ser libertario en cuanto a nuestro deseo. En otras palabras, Ferenczi posibilitó a su paciente un nuevo comienzo, una capacidad de elaborar los afectos reprimidos en forma de acto dentro del propio *setting* y junto con su analista. ¡Nada más creativo para un analista no clásico! Para ello, no media esfuerzos para innovar en la práctica clínica, alentando a algunos de sus pacientes a producir pensamientos y fantasías (Ferenczi, 1924a/1988) o disuadirlos de ese intento, simulando sueños por medio de “proyectos de pensamiento”, ora eludiendo el “abuso de la actividad asociativa, ora impidiendo que sus pacientes “hablasen” o “pensasen de lado”, es decir, produjesen un discurso vacío y sin sentido, que no llevara a ningún lugar en el análisis (Ferenczi, 1921/1988, p. 189).

La técnica activa sólo debería ser usada en la solidez de la transferencia y nunca al inicio del tratamiento, ya que ella trabaja en contra del principio del placer. Si en ese momento el analista habla y es más imperativo, en otros debe permanecer más silencioso, reservado y pasivo para no perturbar la transferencia ni interferir en la posible resistencia de su paciente (Ferenczi, 1926/1988). Para Ferenczi, la “actividad” es algo que sólo puede aplicarse al paciente a diferencia del analista. Este, por sí solo, ya es activo durante sus intervenciones, interpretaciones y construcciones junto al psiquismo del paciente, al promover el acceso a la cadena de asociaciones libres (Pinheiro, 1995).

En el caso de la técnica psicoanalítica, habría dos grandes peligros en el uso de la técnica activa: primero, que el paciente se “curara demasiado rápido” y de “forma incompleta” como consecuencia de las sucesivas intervenciones (aquí el autor sugiere moderación en la cantidad de observaciones dirigidas a su paciente y en la cantidad de interpretaciones dadas); y segundo, el peligro de exacerbar la resistencia, impidiendo la curación, y, por el contrario, prolongándola. La técnica activa es en realidad una forma particular de manejo en el análisis con el objetivo de incitar al paciente a ciertas actividades, inhibiciones, actitudes psíquicas o descarga de afectos, para que se pueda acceder al material inconsciente o mnésico, o sea, un medio de alcanzar el efecto catártico que Breuer y Freud conseguían en la época de los primeros casos clínicos.

La técnica activa asume por lo tanto sólo el papel de un agente *provocador*, con sus mandamientos e interdicciones favoreciendo las repeticiones que luego deben ser interpretadas o reconstruidas en recuerdos. (...) La técnica activa no tiene otra finalidad que traer a la luz, por la acción, ciertas tendencias todavía latentes a la repetición y ayudar, así, a la terapéutica en la obtención de ese triunfo tal vez un poco más rápidamente [cursiva del autor] (FERENCZI, 1921/1988, p. 192-197).

A lo que el psicoanalista húngaro no prestó atención era a que, con la técnica activa, el analista resaltaba el confort del analizando o el placer que éste puede experimentar durante las sesiones, provocando concomitantemente el surgimiento de las defensas organizadas del paciente en la medida en que el analista interfiere en la cadena de las asociaciones libres. La técnica activa pretendía incidir sobre ese placer del paciente a lo largo de las sesiones, lo que hizo que Ferenczi criticara en 1924 ciertas reglas que se referían al comportamiento del analista que, a su ver, podría funcionar como un escudo protector contra las defensas del paciente.

Ahora bien, si la interpretación fuese una interferencia activa sobre el psiquismo del paciente, el analista sólo debería usarla de modo económico y sólo después de una evaluación cuidadosa del paciente. Ferenczi, entonces, produce un giro en su pensamiento, al proponer una innovación en términos de técnica: “el tacto del analista”. En el *setting*, el analista necesita “tacto” con su paciente, o sea, *entender, comprender y estar atento* a todo lo que sucede durante la dinámica psíquica y no apoyarse cómodamente en su sillón, pensando que, con una orden objetiva, hará todo el trabajo necesario y posible para el paciente. Con el “tacto del analista”, Ferenczi trae al primer plano el poder de manejar el afecto (tanto del paciente, como del analista) por medio de la transferencia y de la contratransferencia.

La segunda innovación en su pensamiento ocurrió en 1928. Con la comprensión del “tacto del analista” y haciendo una dura crítica a la posición que ciertos analistas ocupaban en el análisis de sus pacientes, Ferenczi abandonará la técnica activa por la “elasticidad de la técnica” psicoanalítica. De acuerdo con el autor, el uso de la técnica activa no se refiere a ceder a la resistencia del paciente. Lo que se busca es sentir con él todos sus caprichos, todos sus humores, sin con ello perderse en el trabajo clínico (Ferenczi, 1928/1992, p 36).

De acuerdo con Pinheiro (1995: 107), Ferenczi se dio cuenta de que la técnica activa no le traía los objetivos que tanto buscaba. Primero porque su carácter autoritario no provocaba la agresividad y hostilidad del paciente hacia el analista por medio de la transferencia, sino que, por el contrario, la técnica remitía al paciente de vuelta a la escena traumática y a una nueva sumisión con el agresor. Segundo, porque el material investigado con la técnica activa siempre aparecía en el curso del análisis, y, si el analista supiera esperar, acabaría encontrándose con él; el uso de la técnica activa reforzaba la prisa del analista, lo que sólo podría llegar a ser útil en la cercanía del final de un análisis, permitiéndole al paciente resolver su transferencia, pero el efecto era justamente lo contrario, éste se identificaba con el analista sometiéndose a lo desagradable que le era impuesto, aumentando aún más su conexión transferencial. Por otra parte, el confort combatido por la técnica activa, en vez de desaparecer, permanecía, y, en vez de surgir una transferencia negativa, material con el cual el analista trabajar, lo que aparecía era un estado de docilidad del paciente frente a su analista. El confort no puede ser un confort ni para el paciente ni para el analista. Si uno de ellos está cómodo en ese lugar, hay algo mal en ese proceso. Si el analista está cómodo al atender a su paciente o si el paciente se siente cómodo en la atención con su analista, algo necesita ser hecho por el primero para promover algún cambio en el tratamiento del segundo. Sin ello, el análisis estaría condenado al fracaso, o, dicho en otras palabras, no habría posibilidad de elaboración, ni disminución de las resistencias y, consecuentemente, no habría la promoción de la cura de los síntomas del paciente.

Así, la elasticidad de la técnica acabó prevaleciendo sobre la técnica activa. Con eso, Ferenczi pudo resaltar el mundo interno del psicoanalista, o sea, aquel que se afecta y se deja afectar por su paciente, en oposición a la neutralidad del analista recomendada por Freud. Repensando el lugar del analista, el *setting* y lo que pasa dentro de su mundo interno, Ferenczi propondrá una “metapsicología del analista en sesión”, rompiendo con la idea de neutralidad y pasando a cuestionar la comodidad del analista con su paciente.

Una experiencia analítica puede comportar cualquier cosa, menos la idea de confort. El lugar del analista, para el autor, no es sólo un lugar de escucha; sino por el contrario, es también un lugar de promoción de actos ligados al estancamiento libidinal del analizando, en el cual el analista debe recolocar en movimiento aquello que la palabra interpretativa le es imposible. (Birman, 1996)

Contrariamente a las proposiciones técnicas y a la neutralidad freudiana, Ferenczi viene a oponerse al analista que se vuelve impermeable a su propio psiquismo. No era así como un análisis funcionaba. Para el analista húngaro, debería existir sinceridad en relación a sí mismo y al paciente, y sólo un buen análisis personal podría producir en el analista esa sinceridad. Además, ello debía ser un ejercicio constante en el analista, pues, con la elasticidad de la técnica, él debería encontrarse en condiciones de asimilar el interior de los fundamentos teóricos de su práctica clínica por intermedio de su propio análisis personal.

El procedimiento que aplico y recomiendo, de la elasticidad, no equivale, en absoluto, a ceder sin resistencia. Todos intentamos ciertamente situarnos en la onda del paciente, sentir con él todos sus caprichos, todos sus humores, pero todos nos atenemos también hasta el final a nuestra posición dictada por la experiencia analítica: (...) La única base confiable para una buena técnica analítica es el análisis terminado del analista. Es evidente que, en un analista bien analizado, los procesos de “sentir con” y de evaluación, exigidos por mí, no se desarrollarán en el inconsciente sino en el nivel preconscious (Ferenczi, 1928/1992, p. 36).

El tacto del analista se refiere a su capacidad de “sentir con” o “ser como” el paciente, o sea, representar lo vivido del paciente -algo que iba contra de los preceptos del método creado por Freud. La elasticidad de la técnica pasó a ser el método usado por Ferenczi con determinados tipos de pacientes, los llamados casos más difíciles, los tipos obsesivos, falso *self*, *borderline* o personalidad narcisista (Pinheiro, 1995; 1996). Fue a partir de este tipo de trabajo que él pasó a prestar más atención al silencio en el análisis, constituyendo el esbozo de una primera teoría sobre el tema enfatizando el manejo del silencio y repensando la técnica psicoanalítica. Dos de sus pacientes arrojarían nuevas luces sobre el fenómeno del silencio en el análisis.

El primero de ellos era un paciente avaro en sus palabras, o sea, muy comedido en su hablar, inhibido en sus asociaciones y muy meticuloso durante algunas sesiones. Al ser llamado la atención sobre este hecho, el paciente responde “el silencio es de oro, doctor”. Esta asociación dio al psicoanalista húngaro la oportunidad de explicarle al paciente la relación entre heces y oro (o cualquier otro objeto de valor), mostrándole cómo éste había sido de económico en su habla, del mismo modo que probablemente también lo era en su relación con el dinero o con su tracto intestinal. Para el psicoanálisis, Ferenczi le explica, “el silencio es de oro” porque no hablar representa en sí una economía, estableciendo una relación directa entre dinero, oro y heces. El psicoanálisis, desde Freud (1908/1996), ya había trazado esta relación por medio del erotismo anal y determinados rasgos de carácter, sobre todo aquellos que tienen relación con el habla. Por ejemplo, el propio Ferenczi (1911/1991) ya había expuesto la posible relación existente entre la vocalización y el erotismo anal en un texto sobre las palabras obscenas, mientras que Jones (1918) había propuesto la hipótesis de un desplazamiento de la libido anal hacia el ámbito fonético.

En otro paciente, esa relación se muestra perfectamente consistente al establecer un paralelo entre los espasmos en las cuerdas vocales y los espasmos en el esfínter anal, pues, cuando éste estaba de buen humor, su voz era clara y fuerte y, consecuentemente, tenía una evacuación abundante y satisfactoria. Pero cuando estaba deprimido o tenía que hablar con personas mayores o mayores, la afonía surgía de repente y él era acometido por espasmos esfínterianos simultáneamente. De acuerdo con Ferenczi, el análisis de estos tipos característicos mostraba que algunos individuos que retiene inconscientemente sus heces esperaban quedar fortalecidos en el plano físico y psíquico, mientras que temían quedar debilitados por la evacuación (Ferenczi, 1916-1917 / 1992, p. 277-278).

Aquí el autor establece una estrecha relación entre la “fuerza” para expulsar las heces y la “retención” de las mismas, remontándose a la primera infancia de todos nosotros. Esta relación está vinculada a dos

fases del desarrollo de la libido por las cuales todos pasamos, más específicamente a las fases oral y anal tal como era propuesta por Freud (1905/1996) y por Abraham (1921/1927; 1924/1927). Por lo tanto, para Ferenczi, existe una relación directa de la vocalización y de la dicción con el erotismo anal, tal como en el dicho popular: si la palabra es de plata, “el silencio es de oro”, pues se guarda el valor de las palabras, así como los niños guardan sus heces que pueden regalar a su madre.

Las nociones de las relaciones fantasmáticas del yo con sus objetos internos permiten a Ferenczi el establecimiento de ecuaciones simbólicas tales como las que aparece en el silencio: palabras-heces, anus-boca. Aquí se comienza a esbozar toda una nueva red de decodificación para la aprehensión del comportamiento global del paciente como metáfora de sus contenidos psíquicos inconscientes, en la base del inter-juego de los desplazamientos sobre los objetos fantasmáticos, lo que caracteriza la dinámica del mundo interno del sujeto. (Pellegrino, 1988, p. 188).

Como vimos, Ferenczi no dejó de prestar atención a las proposiciones teóricas de Freud, como en *Carácter y erotismo anal*, pero fue más allá de su maestro al puntuar la naturaleza de las fuerzas libidinales que operaban en el discurso de sus pacientes (Ferenczi, 1930b / 1992).

Era necesario aprender de ellos. Los analistas, afirma el autor, prestan mucha atención en lo que los pacientes dicen, pero atienden muy poco a lo que los pacientes no dicen y, a veces, lo que ellos callan es infinitamente más interesante e importante que lo que dicen. Los analizandos identifican los sentimientos del analista por medio de la transferencia, lo reconocen por su timbre de voz, y por la elección de palabras o por el lenguaje de los gestos identifican los pensamientos y las emociones de él y, por lo tanto, no pueden ser engañados una vez que estos llegan al análisis (Ferenczi, 1924, 1988, 1933/1988). El analista experimentado debe prestar atención a este conjunto de comportamientos, tanto suyo como de sus pacientes, y hacer uso de ese material para el bien de ellos. Aquí vemos, claramente, el énfasis del autor en el papel de la transferencia y de la contratransferencia en la trama analítica, en lo que, denominados la intersubjetividad, o sea, la subjetividad que no está expresada en el propio lenguaje, sino que se expresa por medio de formaciones no verbales inconscientes.

EL LENGUAJE DE LOS GESTOS Y DE LOS CUERPOS

Con su reflexión atenta a lo que pasaba en la sesión y con sus técnicas innovadoras, Ferenczi no dejó de privilegiar el lugar del cuerpo en el análisis, por medio de lo que él denominó “lenguaje de los gestos” -observados a través de bostezos, sueño, toses repentinas, mímicas, actitudes corporales, espasmos, miradas alrededor del *setting*, deseos súbitos de orinar, modo de cruzar y descruzar las piernas e incluso movimientos que repetían y recordaban el acto de la masturbación en plena sesión de análisis. Con eso, sería posible admitir que el paciente hablara no solo con palabras, sino también con expresiones corporales tales como el lenguaje de los gestos referido por el autor: “en los momentos en que el sistema psíquico falla, el organismo empieza a pensar” (Ferenczi, 1932a/1990, p. 37). Todo ese “nuevo lenguaje”, al que Freud no dio gran atención, tenía como finalidad llenar lagunas psíquicas en el discurso del paciente por medio de su corporeidad, pues, es ese cuerpo desgastado, dolido y maltratado lloraba por atención, y es justamente ese cuerpo el que va a alcanzar una sensación de unidad psíquica mediante su sufrimiento a partir de los traumas vividos.

De acuerdo con Pinheiro (1995, p. 97), sólo el cuerpo guarda el recuerdo de los traumas provocados en el paciente, y es justamente él quien se expresa en los silencios del paciente durante una sesión de análisis. La voz que se calla, así como las representaciones del evento traumático, dice la autora, deja el cuerpo expresarse y son las palabras de ese cuerpo las que el analista debería escuchar, pues el analista no escucha sólo con sus oídos, sino también con los ojos y con toda su dimensión corporal que está igualmente presente durante un análisis.

La elasticidad de la técnica, asimismo, se constituyó como método de trabajo, objetivando el transgredir la regla analítica clásica, ora prolongando las sesiones, ora frustrando las expectativas de los pacientes,

ora aumentando la tensión al provocar angustia por medio de un silencio duradero por parte del analista o actuando inmediatamente al observar un comportamiento no deseado durante la sesión, provocando un posterior estado de relajación: “El psicoanálisis trabaja, de hecho, con dos medios que se oponen mutuamente: produce un aumento de la tensión por la frustración y una relajación al autorizar ciertas libertades” (Ferenczi, 1930a/1992, p. 59).

El analista se sorprendió con los resultados de esta técnica en los pacientes neuróticos, particularmente los obsesivos. Con todo ello, él creó una atmósfera de confianza para el pleno desarrollo de su trabajo, recibiendo severas críticas por parte de su maestro y de sus compañeros de profesión. Sin embargo, al dar margen a estos nuevos aspectos en la escena analítica, Ferenczi constituyó lo que se llamaría una “ética de la contención”, principalmente al observar las situaciones de los traumas revividos en el análisis por parte de algunos de sus pacientes. La “ética de la contención” sólo fue posible tras el abandono del uso de la técnica activa en favor de la elasticidad de la técnica, del uso del relajamiento y de la neocatarsis como herramientas de trabajo clínico. Según el autor, él preconizó una “especie de acogida cálida en la preparación del análisis propiamente dicho de las resistencias. Las medidas de relajación que acabo de proponer reducen aún más, por cierto, la diferencia, excesivamente acentuada hasta hoy, entre los análisis de niños y los análisis de adultos” (Ferenczi, 1930a/1992, p. 65).

El lector desatento podría preguntarse por qué hablar sobre la importancia de la contención, el papel del cuerpo y del lenguaje de los gestos, o del énfasis en la técnica activa o en la elasticidad de la técnica en un texto que trata eminentemente del silencio en el psicoanálisis. Ahora bien, si no prestamos atención al llamamiento de ese cuerpo que habla sin palabras, sin la debida acogida de esta forma particular de lenguaje, que se escenifica en plena sesión y sin una técnica que pudiera dar cuenta de las especificidades de los síntomas presentados por los pacientes, no habría como sostener el silencio de éstos, sobre todo en lo que se refiere a las grandes diferencias representadas en el trabajo clínico con adultos y niños, y particularmente a partir de una conceptualización del trauma, que pasó a formar parte de las preocupaciones de Ferenczi.

Por ejemplo, en algunos textos publicados, Ferenczi sostiene que el trabajo analítico con niños y adultos difieren entre sí. Los niños hablan el lenguaje de la ternura, mientras que los adultos hablan el lenguaje de la pasión, provocando en ellos traumatismos precoces de toda suerte. La ternura y la sensualidad de los niños, es decir, su inocencia ante la vida y el mundo exterior chocan con las respuestas que los adultos les dan, ora determinadas por un erotismo seductor, ora por un erotismo perverso, produciendo, en el menor las más de las veces, algunos traumas de difícil remoción. Los niños, a su vez, se identifican con su agresor e introyectan sentimientos de culpa del adulto por el abuso que sufrieron, perdiendo la confianza en sus cuidadores (Ferenczi, 1931/1992, 1933/1988, 1934/1992). En su *Diario Clínico*, el analista se refiere al sentimiento de responsabilidad en los niños pequeños, cuando los adultos actuaron mal con ellos. Él afirma que las investiduras sexuales, el lenguaje de la pasión de los adultos, produce una reacción en los niños: la promesa muda de no divulgar nada de lo que sufrieron, porque o si no sus familias se podrían deshacer. Las preocupaciones del niño se vuelven, sobre todo, a la posible pérdida de uno de sus objetos de amor, el cual, en la mayoría de las veces, es encarnado por la figura materna. Para garantizar todavía más el silencio, dice Ferenczi, hay que olvidar, reprimir todo lo que fue vivido como displacer y dejar que las huellas del tiempo apaguen las cicatrices, si es posible, por supuesto (Ferenczi, 1932a/1990, p. 157).

No es raro, por lo tanto, que algunos niños que sufrieron abusos lleguen reticentes al análisis, callados, sin conseguir exponer el trauma que sufrieron o presentando síntomas de difícil detección por el analista. Necesitan encontrar, por tanto, un ambiente acogedor para exponer todo lo que sufrieron. Lo mismo ocurre con los adultos que pasaron por experiencias traumáticas cuando fueron niños. En este ambiente, los mecanismos psíquicos y orgánicos entran en colapso, pues no hay en el centro del Yo una fuerza capaz de sostener ese evento en el psiquismo infantil. Los niños, dice Ferenczi, ni siquiera tienen un Yo (ego) o Ello (id) que pueda elaborar el evento traumático por el que pasaron, donde la necesidad del análisis proporciona al paciente un medio favorable a la elaboración del trauma (Ferenczi, 1932a/1990), p. 259).

Para el autor, la palabra a ser destacada aquí es el “choque” resultante del trauma por el abuso. El choque, dice el autor, es equivalente a la aniquilación del sentimiento de sí, de la capacidad de resistir, de actuar y de

pensar con vistas a la defensa del sí mismo (*soi*). La palabra *Erschütterung*, es decir, “conmoción psíquica” en alemán, deriva de la palabra *Schutt*, que significa restos, destrozos; y engloba no sólo el desmoronamiento de sí, como la pérdida de la forma propia y de la aceptación fácil y sin resistencia de una forma otorgada.

La conmoción psíquica sobreviene siempre sin preparación. Tiene que ser precedida por el sentimiento de estar seguro de sí mismo, en el cual, como consecuencia de los acontecimientos, la persona se sintió decepcionada; antes, tenía un exceso de confianza en sí mismo y en el mundo circundante; después, muy poca o ninguna. Subestimado en su propia fuerza él vivió en la loca ilusión de que tal cosa no podía suceder; “No a mí”. Una conmoción puede ser puramente física, puramente moral o física y moral. La conmoción física siempre es psíquica; la conmoción psíquica puede, sin ninguna interferencia física, engendrar el choque (Ferenczi, 1931/1992, p. 109-110)

Ferenczi, además se pregunta: ¿qué ocurre cuando el sufrimiento infligido por el adulto sobrepasa la capacidad de comprensión del niño? ¿Qué le ocurre al pequeño ser cuando es colocado ante una situación para la cual no tiene condiciones psíquicas de asimilar? Respuesta del autor: el niño se constituye como fuera de sí mismo, es decir, sus síntomas se ven desde afuera, no por ellos mismos, sino por un adulto que los identifique. ¿Y cuáles serían esos síntomas? El responde: ausencia de reacción desde el punto de vista de la sensibilidad, calambres musculares generalizados y frecuentemente seguidos de parálisis generalizada o incluso ausencias vividas por el niño durante el estado de vigilia. Es como si en él se extinguiese el tiempo presente vivido y buscarse un otro tiempo en el que no sabe cómo colocarse. O, como dice el autor, no es como “no estar”, es más que eso: es un “no estar allí”. Aquí, se pueden construir dos hipótesis: o ellos se encuentran dentro de sí mismos, en un tiempo limítrofe entre el pasado, el presente y el futuro vividos como un solo -y de ahí su confusión espaciotemporal o, también según el autor, ellos partirían lejos y se encontrarían en otro universo, volando entre los astros, sin encontrar obstáculos. Dicho en otras palabras, presente, pasado y futuro estarían siendo vividos como uno solo; y el tiempo y el espacio, por otro lado, son vividos “desde fuera”, utilizando para ello mecanismos de defensas propios de la omnipotencia, a los cuales Ferenczi denominó “alucinación negativa”, y que se construyen para que se pueda dar cuenta de la violencia del trauma. Desde esta perspectiva, finaliza el autor, la importancia del propio sufrimiento desaparece (Ferenczi, 1931, p. 65).

La señal de alarma que resuena en el psiquismo es un inesperado y extremo sufrimiento. El peligro catastrófico es el desmoronamiento de los soportes que están en la base de la organización aún precaria del sujeto. Hacer coincidir en un solo momento el pasado, futuro y presente, es un espacio psíquico que se expande hasta abarcar todo el universo, y es algo que permite el alejamiento hasta una estrella distante, y “allá de arriba”, mirar lo que pasa “aquí abajo”. La conmoción psíquica se destina, pues, a distanciarse del propio cuerpo y del propio psiquismo. Es el elemento fundamental que, aliado a la alucinación negativa, le posibilita al sujeto volver a la tierra, a sí mismo, después de la reubicación del ego, lo cual le permite seguir su curso, retomar la propia vida en las manos, cuando ésta parecía estar que se escurría por los dedos (Pinheiro, 1995, p. 90).

Sin condiciones para asimilar lo que le sucedió, la persona que sufrió el choque demora en significarlo o resignificarlo; este es siempre un “*a posteriori*”, pues recordar la escena que se ha vivido causa un profundo displacer. Por lo tanto, no es raro que el paciente pierda el flujo del pensamiento por medio del habla cuando se acerca a los recuerdos que provocaron el trauma que sufrió, ya sea hombre o mujer, niño o adulto. “Lo que el niño [o el adulto] desea, de hecho, incluso en lo que se refiere a las cosas sexuales, es solamente el juego y la ternura, y no la manifestación violenta de la pasión” [*añadido nuestro*] (Ferenczi, 1930a / 1992, p. 64).

Acogedor del sufrimiento de su paciente, afectuoso en las respuestas dadas a ese sufrimiento, observador

del discurso y del lenguaje de los gestos y del cuerpo, atento a la escucha profunda de lo que su paciente no verbalizaba, Ferenczi no se cansaba de innovar en su clínica, siendo el primer analista contemporáneo a Freud en proponer algo más cercano de lo que llamaríamos una clínica psicoanalítica del silencio por medio de los dispositivos incorporados al psicoanálisis clásico.

Con la elasticidad de la técnica, el principio de relajación y la neocatarsis, Ferenczi propuso que lo prohibido, lo no verbalizado, lo reprimido, la resistencia e incluso la introspección de sus pacientes fueran tratados de forma no invasiva. El analista freudiano siempre quiere saber de los procesos inconscientes de su paciente, cueste lo que cueste. Ferenczi, en este caso, era freudiano en la teoría, pero ¡ferencziano en su práctica clínica! El descubrimiento de un lenguaje que se expresaba por el cuerpo y no disponía de palabras, hizo que Ferenczi empleara la técnica de la relajación y de la neocatarsis.

Con la técnica activa, él impuso tareas al paciente, con el objetivo de aumentarle la tensión (angustia) para que surgieran asociaciones libres con las que se pudiera trabajar. Sin embargo, se dio cuenta que esos pacientes se mostraban extrañamente dóciles ante la orden dada, no trayendo ningún material que manifestara una transferencia negativa. Con ello, estableció una relación directa entre el analista de la técnica activa y el agresor que imponía tareas al paciente traumatizado. Por otro lado, la técnica del relajamiento y la neocatarsis ofrecían a los pacientes una posibilidad de elaboración del evento traumático por medio de la vivencia corporal del trauma durante el proceso de análisis, reconstruyendo y reintegrando al paciente con su propia historia (Pinheiro, 1995).

Así, sin poder dar una representación psíquica de aquello que fue vivido como traumático, solo le queda al cuerpo convertirse en el único depositario de la memoria del trauma, trayendo para el proceso analítico una posibilidad de resolución de ese trauma. Para el autor, el sueño ya no tendría la función de realizar el deseo del paciente, si comprendemos el sueño desde el punto de vista freudiano, sino de recuperar los rasgos mnémicos de un habla que se calló, por medio de una vivencia sensorial y corporal. Si el analista no tiene las condiciones de lidiar con las palabras naturales de su paciente, todo lo que le queda es escuchar lo que el cuerpo dice por medio de los sentidos y expresado sin palabras, para, de ahí, reconstruir la historia del paciente, transformando en recuerdo lo que fue prohibido por el aparato psíquico de ser pronunciado¹. Era lo que Ferenczi denominó “símbolos mnémicos corporales”, es decir, cuando las palabras pasaban a ser hechos de carne. Es como si el recuerdo del evento traumático quedara comprimido en el cuerpo para sólo de ahí poder levantarse, o sea, revivirse. Para el autor, no hay como solicitar al paciente revivir algo que jamás se constituyó en el sistema consciente, sólo el análisis podría proporcionar la elaboración del trauma reprimido por medio de su proceso clínico. Una vez en el análisis, correspondería al paciente revivir el trauma y al analista comprenderlo y de ahí interpretarlo, liberando los afectos reprimidos por medio de la verbalización. De acuerdo con Tereza Pinheiro,

El recuerdo comprimido en el cuerpo hace de él [el paciente] esclavo de su papel de portavoz y de mártir de una palabra que perdió la voz. El único medio de aliviar este cuerpo, según Ferenczi, es el de la reconstrucción por el análisis. Para ello, es necesario que este cuerpo se exprese, como potencial, de manera que la vivencia traumática sea reconocida como pasado. Las lagunas de las memorias del paciente traumatizado vibran en algún lugar del cuerpo sin encontrar, sin embargo, una traducción posible en su habla. Este trabajo, según Ferenczi, es largo y difícil. Exige del analista tacto y una gran capacidad de interpretación de esos enunciados corporales [énfasis nuestro]. (Pinheiro, 1995, p. 99-100).

Para Ferenczi, habría una desventaja en el “hablar continuamente”, ya que ella sería, un obstáculo a la relajación que produce la comunicación intermitente, pues simplemente hacen conscientes y especulativas las asociaciones que de ellas surgen, las que permanecen en la superficie o dando vueltas en círculos (como

1.- Bajo otra perspectiva teórica, es necesario que el analista posibilite al paciente soñar sueños no soñados, así como vivenciar gritos interrumpidos durante su proceso de análisis (Ogden, 2010).

es el caso de los discursos que nada dicen, vaciados de sentidos, y palabras o pensamientos “indirectos”). Los momentos de silencio que se prolongan, para el autor, producirían una relajación más profunda semejante a la relajación producida en el sueño. No obstante, él se pregunta: ¿Cuándo es necesario, seguidamente, hablar a *pesar de todo*? ¿El analista debe interrumpir (sorprender) el silencio? ¿Cuándo deben comenzar las “sesiones de silencio” (Ferenczi, 1932b/1992, págs. 265, *cursivas del autor*)?

Al enfatizar el silencio del paciente, Ferenczi esperaba que en el momento siguiente fueran producidas imágenes o escenas a partir de las asociaciones libres provenientes de esos momentos, sin que fuera necesaria ninguna intervención por parte del terapeuta. Este era el momento de la acogida, en el tiempo y en el espacio, del psiquismo del paciente. Este era también el momento en que el autor hablaba de elaboración psíquica proveniente del silencio, en la forma conferida por Freud (1926/1996) o, en sus palabras, por vía de la “translaboración” (Ferenczi, 1927/1992)².

La translaboración, para el autor, se refiere al trabajo psíquico al que el paciente se entrega con la ayuda del analista, envolviéndose en una relación de fuerzas entre lo reprimido y la resistencia, por lo tanto, es un factor puramente cuantitativo, mientras que la elucidación de la causa patógena y la formación de los síntomas se refiere a un análisis meramente cualitativo. Sin embargo, después de las repeticiones de los mecanismos de transferencia y resistencia vividos en el análisis, es posible que haya un avance importante en el análisis a partir del proceso de translaboración, mientras que, a veces, lo que ocurre es exactamente lo contrario: después de un largo período de la translaboración, el camino queda abierto para que un nuevo material mnémico anuncie el fin de un análisis (Ferenczi, 1927/1992, p. 20).

En lo que se refiere a la técnica del manejo del silencio, no sólo la elaboración, perlaboración o translaboración son necesarias para suscitar una relajación, sino que la misma asociación libre va a ser señalada por el autor como coadyuvante en el trabajo clínico. La elaboración, para el autor, también es una relajación pasajera, la que puede ocurrir por medio del silencio bajo la forma de un desligamiento del pensamiento consciente hasta la irrupción de la asociación libre. Cuando esto ocurre, el silencio y la voluntad de no pensar es interrumpido espontáneamente por el analista a partir de sus cuestionamientos (¿Qué le acude al espíritu? ¿Qué está pensando? ¿Dónde se encuentra?). Generalmente, el paciente se calla por algún tiempo, tiene un conjunto de asociaciones -profundas y superficiales-, olvidándose de la presencia de una tercera persona, y luego pasa a comunicar una serie de asociaciones orientadas en una dirección completamente opuesta a lo que había comenzado a enunciar, aproximándose al material reprimido. De ese modo, dice el autor, no hay ninguna diferencia de principio entre una técnica del silencio usada ocasionalmente y la asociación libre. Se trata sólo de una diferencia de grado, o sea, el silencio un poco más prolongado (pensamiento no consciente) lleva el analizando un poco más lejos y más profundo en términos asociativos (Ferenczi, 1932c / 1992, p. 265-266)

La regla más importante, en ese trabajo, es la economía de las palabras del analista y de sus interpretaciones hacia las asociaciones de su paciente. Por primera vez en el análisis, lo que está en discusión es el doble estatuto del silencio: del analista y del analizando. ¿En qué momento este último debe ser requerido a hablar de lo que le ocurre a su alma y en qué momento el analista debe callarse para que se produzcan asociaciones libres a partir del propio silencio de su paciente? Ferenczi, a ejemplo de la paciente de Freud, ejemplifica esta situación a partir de un caso clínico en el que su paciente ordena: “No hable tanto, no me interrumpa a cada rato; usted ahora ha estropeado todo de nuevo”. Frente a eso, el analista interpreta que una asociación libre interrumpida permanece siempre en la superficie. La comunicación y el habla del analista traen al paciente de vuelta a la situación presente (el análisis) y pueden impedir la inmersión en la profundidad (Ferenczi, 1932c/1992, p. 266).

2.- En una breve nota a pie de página en el texto El problema de fin de análisis (Ferenczi, 1927/1992), la cuestión sobre el concepto de elaboración, perlaboración o translaboración es discutida por los traductores franceses de su obra. La palabra alemana para la translación es “Durcharbeiten”. Durch quiere decir “a través de”. En latín, la preposición “trans”, a través de, además de, no corresponde a la preposición “per”, que significa también “entre”, “en”, “sobre”, “delante de”, “a través de”.

CONSIDERACIONES FINALES

Como hemos visto, el silencio en la clínica ferencziana alcanza una importancia mayor que la clínica y la metapsicología freudiana. Ferenczi, sin embargo, no fue el único que tuvo en cuenta el manejo del silencio junto a su paciente. Theodor Reik, perteneciente al Círculo de los Analistas de Viena también trabajaba *pari passu* con las concepciones clínicas del analista húngaro. Para Reik (1926/2010, p. 17) escuchar nunca es suficiente, nunca puede ser suficiente si el analista no está dispuesto a escuchar profundamente lo que su paciente tiene que decir. Es necesario algo más: hay que oír con la “tercera oreja”, pues, para el paciente, es difícil entregar a un extraño los hechos más íntimos de una vida y más difícil aún confiarle sus pensamientos y sus emociones que ni siquiera se atreven a ser dirigidas hacia sí mismo. “El analista no escucha solamente lo que está en las palabras, él escucha también lo que las palabras no dicen. Escucha con la “tercera oreja”, escuchando lo que dicen los pacientes y sus propias voces interiores, lo que surge de sus profundidades inconscientes” (Reik, 1926/2010, p. 23).

El analista nunca oye sólo palabras, palabras y más palabras. Lo que él escucha tiene que ver con sentimientos y emociones que son difíciles de exponer a otro que acoja ese material en su totalidad, pues el sujeto no siempre logra admitir para sí mismo lo que está hablando o tratando de encubrir con su silencio. Para Reik, no sería justo atribuir los resultados del psicoanálisis únicamente a los poderes de las palabras, sino al poder de las palabras y del silencio (Reik, 1926/2010, p. 19).

Este es, por lo tanto, un encuentro de a dos que ocurre en un mundo que no es el de la realidad. Lo que se escenifica en un consultorio de análisis, de Freud a los días actuales, en realidad, es una gran “alucinación” de lo que fue un día vivido en forma de gran sufrimiento. De ahí la importancia de que el analista se haya sometido a un proceso analítico para tener conocimiento de sus límites, cuando va al encuentro de otro sujeto que le pide ayuda ante su sufrimiento. Este encuentro, podemos afirmar, es ante todo un encuentro entre inconscientes, en el cual la palabra no necesita estar presente. Reik afirma que el silencio del psicoanalista se hace presente en el *setting*, puesto que cuando alguien habla, necesariamente, otro tiene que callarse para oír a su interlocutor. El analista, por lo tanto, no tiene ni puede tener miedo del silencio, independientemente de los innumerables sentidos que tenga. Cuando hablamos, las palabras tienen un valor diferente que cuando pensamos en nuestras representaciones verbales, dice Reik. “La palabra articulada tiene un efecto retroactivo sobre quien habla. El silencio del analista intensifica esa reacción; “actúa como un quebrador de la voz” (Reik, 1926/2010, p. 22).

Muchas veces, en las primeras sesiones, todo lo que el paciente necesita es encontrar un ambiente acogedor, tranquilo y silencioso ante el ruido de su mundo interno. Este silencio, dice Reik, parece pedirle que hable libremente, olvidándose temporalmente de sus inhibiciones convencionales, sin ningún juicio de valor. El silencio del analista, en ese sentido, marca una mirada hacia un otro que no es mirado, a lo más espiado, escrutado, observado, y el analizando penetra en la situación analítica saliendo de un silencio que tenía como un compañero, pero ahora creando un silencio de sus experiencias, de sus emociones y de sus pensamientos (Reik, 1926/2010).

Es en este sentido que Ferenczi se propone escuchar a sus pacientes, colocando el afecto en la escena analítica, pues, según afirma, sólo la simpatía cura (*curativo*). La comprensión de lo que se habla en una sesión de análisis sólo debe ser usada en el momento adecuado y de la mejor manera posible en favor del paciente. Sin simpatía, dice el autor, no hay curación, como máximo, una visión general del sufrimiento humano (Ferenczi, 1932a/1990, p. 248).

Al comprender el lenguaje de los gestos y de los cuerpos, el analista húngaro fue quien produjo las primeras elaboraciones teóricas y técnicas sobre el silencio en la clínica psicoanalítica y su manejo. Con eso, Ferenczi no sólo es uno de los primeros en teorizar el silencio en el psicoanálisis, sino también en comprenderlo como una forma de lenguaje y de comunicación entre el analista y su paciente ante su sufrimiento psíquico.

(*) Psicoanalista, doctor en Psicología Clínica / PUC-Rio, supervisor de formación/Instituto Psicologia-UFRJ (Rio de Janeiro-RJ-Brasil), Miembro Asociado en formación/CPRJ (Rio de Janeiro-RJ-Brasil).

Sergio Gomes da Silva
sergiogsilva@uol.com.br

REFERENCIAS

- ABRAHAM, K. (1921). Contributions to the theory of the anal character. In: Selected papers of Karl Abraham. London: Hogart Press, 1927.
- _____. (1924). The influence of oral erotism on character-formation In: London: Hogart Press, 1927.
- BIRMAN, J. Freud e Ferenczi: confrontos, continuidades e impasses In: KATZ, C. S. (Org.). Ferenczi: história, teoria, técnica. São Paulo: Ed. 34, 1996. p. 65-90.
- COSTA, J. F. Uma fonte de água pura In: PINHEIRO, T. Ferenczi: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/UFRJ, 1995^a. p. 9-17.
- FERENCZI, S. (1932c). Ainda sobre a técnica do silêncio. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 265-267. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1931). Análise de crianças com adultos. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 69-83. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1933). Confusão de língua entre os adultos e as crianças In: Escritos Psicanalíticos (1909-1933). Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 347-356.
- _____. (1934). Reflexões sobre o trauma. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 109-117. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1932b). A técnica do silêncio. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 265. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1932a). Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. (1930b). O tratamento psicanalítico do caráter. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 215-221. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1930a). Princípio de relaxamento e neocartase. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 53-68. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-36. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1927). O problema do fim de análise. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 15-24. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1926). Contraindicações da técnica ativa In: _____. Escritos Psicanalíticos (1909-1933). Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 271-280.
- _____. (1924b). Perspectivas da psicanálise (sobre a interdependência da teoria e da prática) In: Escritos Psicanalíticos (1909-1933). Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 215-230.
- _____. (1924a). Os fantasmas provocados (atividade na técnica da associação) In: _____. Escritos Psicanalíticos (1909-1933). Rio de Janeiro Taurus: 1988. p. 231-270.
- _____. (1921). Prolongamento da “técnica ativa” em psicanálise In: _____. Escritos Psicanalíticos (1909-1933). Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1988, p. 182-197.
- _____. (1919). A técnica psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 357-368. (Obras completas Sándor Ferenczi, 2).
- _____. (1916-1917). O silêncio é de ouro. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-278. (Obras completas Sándor Ferenczi, 2).
- _____. (1914). Quando o paciente adormece durante a sessão de análise. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 135. (Obras completas Sándor Ferenczi, 2).
- _____. (1912). Sintomas transitórios no decorrer de uma psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 185-195. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).
- _____. (1911). Palavras obscenas: contribuição para a psicologia do período de latência.. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 109-120. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).

- _____. (1909). Transferência e introjeção. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 77-108. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).
- _____. (1908). Caráter e erotismo anal. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 9).
- JONES, E. Anal-erotic character traits. The Journal of Abnormal Psychology, v. 13, n. 5, p. 261-284, 1918.
- OGDEN, T. H. Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PELLEGRINO, M. C. Silêncio, silêncios. In: BIRMAN, J. (Org.). Percursos na história da psicanálise. Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 175-198.
- PINHEIRO, T. Ferenczi: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/UFRJ, 1995.
- _____. Trauma e melancolia. In: KATZ, C. S. (Org.). Ferenczi: história, teoria, técnica. São Paulo: Ed. 34, 1996. p. 43-63.
- REIK, T. (1926). No início é o silêncio. In: NASIO, J.-D. O silêncio na psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 17-23.

Publicado en: Caderno de Psicanálise.-CPRJ, Rio de Janeiro, v. 37, Nº 32, p. 197-222, jan./jun. 2015.

Versión electrónica:

http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno32_pdf/11_A-linguagem-dos-gestos-e-dos-corpos.pdf

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter-7