

Acerca de la interpretación del silencio

Juan Pereira Anavitarte
(Montevideo)

Resumen

Se considera que el silencio es una de las formas de relación analítica, junto a la palabra y al gesto. Aunque se considera la relación entre el silencio y los gestos, se destaca especialmente en este trabajo el problema transferencial y contratransferencial de la relación silenciosa en el análisis. La tesis es que los contenidos contratransferenciales y su análisis en ese momento, son el recurso interpretativo del silencio.

Se describen varios ejemplos de situaciones de silencio en distintos análisis y cómo las vivencias y fantasías del analista en ese momento, en estrecha relación con la situación de convivencia con el paciente, aunque tienen el aspecto superficial de un acting out del analista, pueden ser disueltas y utilizadas en la relación con el paciente mediante la interpretación. Interpretación que incluye no sólo el contenido sino también la forma. Se destaca la actitud

- silenciosa del paciente en ese momento, en relación con determinadas ideas o fantasías que impiden, por su índole, la verbalización.

Se señala también la existencia de silencios “que no dicen nada”. Esta situación debe también ser interpretada muchas veces en términos de vivencia contratransferencial.

La interpretación del silencio adopta, a veces un carácter “adivinatorio” inquietante no sólo para el paciente, sino que también puede ser vivido como tal por el analista, quien, en esos casos, se siente paralizado y llevado a una actitud de espera no siempre adecuada.

Se destacan a través de la descripción de los ejemplos clínicos, significados mágico-regresivos de la situación de silencio, con fantasías de inmovilización, de miedo a la pérdida de objetos valiosos. del mundo interno, de temores a dañar y ser dañado por las palabras, de poder alejar (espacialmente) determinadas ideas, que la palabra “acercaría” y de duración inmóvil para postergar el contacto.

Summary

One considers silence as a form of analytic relation, together with speech and gestures. Although the relation between silence and gestures is examined, this article emphasizes the problem of the transference and counter-transference in the silent situation in analysis. The thesis is that silence can be interpreted through the analysis of the counter-transference contents at the same moment.

Some examples of silent situations which occurred in the course of different analysis are given. One shows the way in which the analyst's experiences and phantasies at the same moment (closely related to the daily contact with the patient), despite a superficial aspect of an “acting out” on the part of the analyst, can be dissolved and used in the analytic relation by means of interpretation, both of the content and form.

One emphasizes the silent attitude of the patient, in connection with some ideas and phantasies which their own character prevents from being verbalized.

Silences “which mean nothing” are pointed out also. This situation too has often to be interpreted in terms of Countertransference experiences.

Sometimes there seems to be a touch of “divination” about the interpretation of silence and this makes the patient feel uneasy. The analyst may experience this too, feeling paralyzed and lead to adopt an attitude of expectation not always proper.

Through the description of clinical examples, magic-regressive meanings of the silent situation are pointed out, with underlying phantasies of immobilization, of fear of loss of valuable objects of the internal world, of injuries inflicted or being inflicted by words, of keeping away (spatially) some ideas that words make “come closer”, of motionless duration in order to delay contact.

El descubrimiento por Freud de los contenidos latentes señala y limita el margen de la actividad psicoanalítica, y, en especial, la función del analista: descubrir los contenidos latentes y comunicárselos al paciente en la interpretación. Además sabemos que la interpretación como recurso único del analista supone una serie de condiciones para ser tal. Condiciones que están determinadas por la estructura de la situación, que podemos definir como la relación de dos personas, en la cual una habla (se dirige a “alguien”); el “alguien” en la realidad es el analista, de quien se ignora la personalidad y vida, tanto pasada, como actual privada. Pero se establece una relación, relación en la que la figura del analista pasa a formar parte, generalmente muy importante, de la vida del paciente. Como parte del paciente, no es parásita detecta las formas y características de la relación. El carácter “no parásito” define aún más profundamente la relación y señala la existencia implícita de la posibilidad fantaseada por el enfermo de convertirlo en tal: personaje de su vida en el plano transferencial, que podemos entender como compulsión a la repetición; en la fantasía el desconocido comienza a ser “el conocido” (padre o madre, hermana o hermano, etc., en forma más o menos rígida o combinada por un principio de equiparación emotiva de situaciones). La conversión en ese “alguien” del analista desconocido, despierta en nosotros una situación de alarma descrita ya por Paula Heimann y que llamamos contratransferencia; pero también y por otro lado hay un mínimo de aceptación del “papel” otorgado por el paciente, que también entra en los contenidos no conscientes para el analista de esa contratransferencia y que define en calidad —según pienso— la diferencia entre el analista más consciente de la situación terapéutica, y aquél más comprometido en la relación neurótica del analizado. Con esto pretendo señalar los peligros de la situación del analista así como los rasgos de la fantasía parasitaria que en forma latente está en los pacientes desde la primera entrevista.

Pero al mismo tiempo este rasgo especial de la relación analítica es el recurso básico para la comprensión de las relaciones objetales del paciente y motor de las

interpretaciones, que en este plano suponen la aceptación del compromiso impuesto por la fantasía del enfermo, y la proyección en la verbalización por parte del analista.

Podemos entender estos mecanismos en términos de identificación proyectiva por parte del paciente, y la actuación del analista (hablar es forma de actuar; lo es más específicamente en la voluntad de curación del analista, vale decir de hacer cambiar) como elaboración de esa proyección en términos conscientes y también de proyección (aunque no en un sentido idéntico al realizado por el enfermo). La diferencia está en la estructura de una y otra proyección, tanto que supongo que sería *mejor no* usar ese término. Creo, sin embargo, que contratransferencialmente me vi impulsado a hacerlo, quizá por el contenido no siempre positivo de las proyecciones de mis pacientes y mi necesidad de defenderme de ellas por el mismo mecanismo elemental del yo de mis enfermos, en cuanto los viví como amenazantes o simplemente “ajenos”.

La verbalización de los enfermos nos lleva así a preguntarnos qué quieren decirnos con sus palabras; pienso que esta es la fantasía básica de nuestra actitud de detectores de los contenidos latentes. Pero también es experiencia de todos que, en oportunidades, el paciente no habla, queda en silencio, situación que muchas veces es vivida con desaliento y como planteo de situaciones técnicas difíciles. Considero, sin embargo, que aquella interrogante se mantiene y que en estos casos podemos preguntarnos: ¿qué expresa este paciente con su silencio?, ¿qué me dice cuando no habla?

El silencio entra así en la relación analítica junto al gesto y a la palabra.

En este trabajo deseo mostrar los contenidos que he encontrado más frecuentemente en los silencios de mis pacientes, así como su interpretación, vale decir, mi interpretación (aspecto contratransferencial predominante en las situaciones de silencio) así como las fantasías subyacentes (contenido transferencial del silencio).

Aparentemente el contenido transferencial es más fácilmente observable cuando el paciente habla; es evidente que hay sentimiento de colaboración de parte del enfermo, nos anima, nos alienta a la interpretación. En ese sentido el silencio es frustrador, y esto muchas veces nos desorienta. *Considero* que esa desorientación es un estado contratransferencial útil y que como tal debe ser elaborado en la interpretación; más concretamente:

el silencio tiene un contenido, dice algo y debe ser interpretado, tanto en su forma (silenciosa) como en su contenido. Al mismo tiempo la desorientación surge del hecho que los contenidos *contratransferenciales* son vividos por el analista, pero muchas veces no son elaborados hasta concluir en la interpretación.

El silencio no nos deja indiferentes, y si esto ocurre considero que no es porque sí. He vivido frecuentemente vivencias que aparentemente consideraría de distracción respecto al enfermo silencioso; sin embargo, si logro analizar el contenido de esas distracciones, veo que puedo interpretar el silencio en forma *operante*, de modo que el contenido de pensamiento del analista en ese momento, que aparentemente es un *acting out* de la relación con el paciente silencioso puede ser disuelto en la relación analítica.

La tesis de este trabajo es que la relación *contratransferencial* y sus contenidos son el recurso interpretativo del silencio.

El mecanismo de proyección ya descrito en la relación *transferencial* actúa no solamente en la relación verbalizada sino también en la silente. La conexión aparentemente rota se mantiene en la presencia y actitud del enfermo, se erige así en otro medio de comunicación, en una forma de actividad del enfermo diferente a la que nos sugiere la regla fundamental de la libre asociación. Descubrimos así que hay una comunicación que se tiende a negar, que lo callado es activamente silenciado por el paciente por algún motivo, que este motivo puede ser activado por la interpretación.

Al mismo tiempo descubrimos que la interpretación en estos casos está exclusivamente regida por la vivencia *contratransferencial*, o sea por lo que nos frustra o anima en ese momento; también por la disposición interpretativa, o sea que el silencio nos lleva a determinadas ideas o pensamientos y no a otros, que de algún modo están en relación con la situación que estamos viviendo. Podemos suponer que el paciente nos deja descubrir el contenido de su silencio y que no debemos comprometernos en la continuación de la situación. Tampoco debemos simplemente esperar que estemos *contratransferencialmente* seguros. Es posible, sin embargo, la duda de si debemos integrar o no en la interpretación el contenido de nuestra aparente ausencia-distracción-participativa de la relación silenciosa del enfermo. Concretamente: si es un contenido nuestro de nuestra vida propia o si proviene de él. Pienso que este problema puede plantearse para cualquier tipo de interpretación, aunque reconozco el carácter más "arriesgado" en el caso del

silencio. Supongo que la nota de riesgo es dada porque la comunicación silenciosa tiene caracteres mágico-regresivos que son normalmente rechazados, y que dan a ese tipo de interpretaciones un carácter “adivinatorio” inquietante.

Veamos algunos ejemplos:

A. inicia su sesión hablando con cierto desgano. Dice: “anoche estuve leyendo Historia, me sorprendió que las Cruzadas hubieran tenido importancia económica”. . . (silencio) . . . (mete las manos en el bolsillo, gira la cabeza y mira la estufa un rato, bosteza). “Tengo sueño (mira un cuadro que tiene enfrente)... “en ese cuadro hay algo que no entiendo... es una mancha en el total”. Siento una atmósfera de tirantez, me doy cuenta de que hay algo en mi paciente que no entiendo, me incomoda el silencio, me “distraigo”, pienso que estamos a principios de mes y que debo pagar una cuenta..., en ese momento se me ocurre interpretar: “se siente lejano y resentido por tener que pagar su análisis, le sorprende que haya relación económica entre yo y usted (las Cruzadas manifiestamente de contenido religioso puro), que eso es como una mancha en la relación conmigo, que esa relación no debiera contener dinero, que éste debiera quedar para usted (las manos en el bolsillo) que sólo debiera tener mi apoyo y mi afecto (la estufa)”. El paciente da la impresión de ser despertado; cambia de posición, dice: “Cierto, sabía que hoy tenía algo que hacer, sin duda veo que era ir al banco, me olvidé... no sabía qué decir cuando entré, me prendí de la Historia como de una tabla de salvación. .. me sentía incómodo, quería irme y pensaba que usted no entendería nada”.

Pienso que esta interpretación estaba determinada por la situación de tensión; había algo que se me escapaba (que el paciente no quería darme) y que yo estaba esperando. El contenido estaba en *sus* dificultades para pagar, *que no correspondían* a su situación económica (muy buena) sino a significados del dinero que en esa sesión y siguientes el paciente pudo elaborar.

El mismo paciente A. en otra oportunidad también inició una sesión en silencio; dice que está muy deprimido, que no tiene ganas de hablar; queda en silencio. Luego relata que fue a cenar con su esposa, tomando ambos bastante vino. Pudieron mantener una relación muy cordial durante la cena, pero luego del regreso se sintió impotente aunque la esposa le insinuó su deseo de coito. Nuevamente hay un largo silencio; luego dice que está preocupado por haber faltado a su oficina. Le interpreto

que está desplazando a. la falta en la oficina su “falta” en la relación matrimonial, su impotencia. En ese momento se duerme, me doy cuenta que no ha oído totalmente la interpretación; queda en silencio somnolento y pregunta qué le había dicho yo. Le señalo que se había dormido y le repito la interpretación; nuevamente se duerme unos segundos, despierta y vuelve a preguntar: dice haber oído una parte pero no todo. Queda en silencio, siento cierta incomodidad. Inexplicablemente me asalta una sensación de fatiga; miro la hora: prácticamente la sesión había durado hasta ese momento ocho minutos. Pienso que trabajo demasiado, que me vendrían bien unas vacaciones; percibo que la situación me disgusta por algo, me cansa, me agota. En ese momento interpreto: “Me está chupando, se siente debilitado, interpreta su impotencia de anoche como debilidad, por eso además no fue a trabajar, porque podía perder energías y debilitarse más”. El paciente dice: “tengo hambre, es cierto pensé en comer antes de venir acá, pero supuse que llegaría tarde y no quise, a veces siento necesidad de comer, pero es algo distinto al hambre de comida que uno siente cuando llega el mediodía o a veces la cena, cuando era chico pensaba que eso me daría más potencia”. Le interpreto que ahora estaba comiendo de mí; que se quedaba en silencio y dormía para protegerme, pero que al mismo tiempo le angustiaba perderme (mi fantasía de las vacaciones junto a la sensación de agotamiento vaciamiento). “Sí, a veces pienso que se puede aburrir de mí y mandarme al diablo”. Asocié después esta situación a la de los lactantes que se duermen durante la mamada, dando la sensación de que alargan el placer de la comida así como inquietan a la madre que se siente esclavizada; eso me explicó el porqué del nombre “lactante” que había puesto íntimamente a ese paciente a quien vivía como especialmente voraz y exigente.

Veamos otro ejemplo:

B. comunica que *estuvo dolorido toda la tarde...* “Sentía algo en la barriga, como si me fuera a descomponer”. Queda en silencio; luego agrega: “en realidad no me descompuse, pero siguió el dolor..., ahora” (se toca el vientre con cuidado y deja las manos en los costados, permanece quieto, inmóvil). Silencio. Era un paciente hipocondríaco, me sentía “acosado” por las quejas en ese momento de su análisis, pensé que era un “tratado de Patología andante”. Recordé que en una oportunidad había pedido para salir del liceo porque me sentía descompuesto y que luego de haber defecado me sentí bien. Le interpreto: “Desea inmovilizar los fecales que tiene adentro, teme descomponerse acá, trata de preservarme como al

resto de su cuerpo, desea que todo quede en sus intestinos

El paciente se mueve un poco, vuelve a *colocar las manos en el vientre* y dice: “ahora creo que no me duele. . . Alicia (una enferma internada en un sanatorio psiquiátrico, pariente del paciente) jamás siente nada, mi madre estuvo a verla el domingo y me contó en casa que con el frío que hacía andaba con una blusa finita y pollera sin sentir frío. Le interpreto que “es preferible tener algo malo en la barriga y no en la cabeza, estar mal del vientre que loco; por eso había estado en silencio: temía que yo pudiera contaminarme con sus cosas malas, descomponerse acá, y que yo lo enloqueciera con mis palabras. Con el silencio me inmovilizaba como con las manos tapaba y aquietaba lo que sentía en su barriga”. El paciente se ríe, y dice “yo no la emboco una, no pensé que me enloquecería, pero no tenía ganas de hablar, pensé que un dolor de barriga no tenía nada que ver con el análisis”.

En este caso, el silencio junto a los gestos me llevaron a interpretar la fantasía de paralización del paciente, como así la fantasía persecutoria respecto a mí, que podía enloquecerlo; mi recuerdo e-n ese momento de la situación liceal pasada me llevó a identificarme con lo proyectado en mí por el paciente y comprender el miedo a dejar algo que consideraba inadecuado, así como ulteriormente supuse que aquella diarrea mía que curó en cuanto llegué a casa debía estar relacionada con alguna situación especial de miedo, tan negada como era para el paciente la relación de su dolor abdominal y la situación analítica (el síntoma además era nuevo en su constelación de “malestares”).

El paciente C. inicia su sesión hablando de la facultad donde estudió unos años; recuerda que unos compañeros tardaron varios meses en la preparación ~ una materia fácil. Queda en silencio. Agrega “no sé por qué pero recordé un día de huelga que nos fuimos al parque, anduvimos en bote y se nos ocurrió jugar carreras... (silencio). Ayer fui a casa de L., ¡qué rabiar, tiene la manía del trabajo, me dio pila de instrucciones”. Silencio. (Siento que paulatinamente me voy desinteresando del relato estoy “distráido”, no entiendo lo que ocurre al paciente. Pienso que podría leer en ese momento un libro que tengo cerca, que compré libros nuevos que me interesan mucho, recordé que antes tenía *una* veladora que iluminaba directamente lo que leía estando acostado y que me sentía muy cómodo, asocié después con otro paciente que me había hablado de aparatos de óptica y de

una lente convergente que permitía acercar objetos lejanos y fotografiarlos. A todo esto él paciente seguía inmóvil y silencioso. Le interpreto: “Desea mantener el encanto de la situación pasada, desea ponerla lejos de mí, que soy como L.: le exijo trabajo, palabras que desea no comunicar”. Sentí que aparentemente alejado y con la fantasía de ponerme a leer un libro, en realidad me hacia cargo de la rebeldía del paciente en huelga (era mi “huelga” al análisis) frente a una situación llena de exigencias (L.).

La reacción del paciente fue decirme que ese día no tenía ganas de *venir*, pero que le daba vergüenza faltar.

Hasta ahora hemos visto ejemplos de silencio como protector de algo, así como en el caso A. como medio de satisfacción de algo. En todos estos casos se diría que la vivencia contratransferencial ha sido predominantemente de disgusto, acompañada de “distracciones” cuyo contenido me permitió por otra parte comprender la relación silente.

Veamos ahora otro tipo de situación:

La paciente C. entra pausadamente, se sienta en el diván y me mira con expresión algo tensa y lejana por momentos; paulatinamente se nota cierto bienestar. (Afuera se oye el viento. Hace frío. Yo me siento también paulatinamente más cómodo). Le interpreto: “El silencio la protege del mundo externo, se aísla conmigo”. La paciente expelo una bocanada de humo y acomodándose en el diván expresa: “Recuerdo que en casa, en mi país, recibía amigos profesores que hablaban por largo rato, cuando se iban la casa quedaba con una “sfumatura” de la presencia de ellos y me gustaba quedarme allí, en silencio. Era algo hermoso...”

Sentí que se preparaba para el fin de semana y que deseaba mantener la “sfumatura” de la sesión, en relación además con

- las restantes sesiones de comunicación muy lograda que habían tenido lugar durante la semana. Con el silencio trataba de preservar y de mantener una determinada sensación transferencial, inmovilizada hasta la sesión siguiente, dos días después. Sentí además el temor de la paciente a ese fin de semana como temor a cambios en mí; la “garantía” de continuidad estaba dada por la “sfumatura” hasta la sesión siguiente. Yo era como los profesores, me iba a encontrar en ese modo.

En los ejemplos presentados podemos ver que las situaciones de silencio

responden a una fantasía de comunicación verbalmente negada; la incomunicación solamente puede ser señalada en el plano verbal; la vivencia contratransferencial mantiene la relación y puede ser verbalizada, con mayor o menor grado de dificultad, según he señalado, de acuerdo al grado de “compromiso” del analista en la situación planteada por el paciente. En último término por el tipo de satisfacción o insatisfacción vivenciado por el analista en la relación objetal proyectada transferencialmente por el enfermo.

Los ejemplos podrían multiplicarse. Deseo señalar sin embargo que el uso del silencio en algunos casos responde directamente a la estructura de la neurosis. Pienso en particular en los fóbicos que he tratado, y especialmente en uno de ellos. El relato entrecortado de este paciente producía en mí la sensación extraña de que nunca terminaba de conocerlo en su sintomatología. Pude comprender que esa vivencia mía de “desconocimiento” correspondía a la desconexión que el enfermo trataba de imponer entre sus distintas partes; concretamente, la separación de las frases en la sesión como también de una sesión a otra respondían al miedo de reunir sus conflictos y a la fantasía que manifestó después, de que yo podía considerarlo demasiado perturbado y no atenderlo; fantasía que surgía del temor a la locura que podía sobrevenir si todos sus síntomas se agrupaban y se “unían” contra él. El silencio o los silencios en este caso respondían a una modalidad “fóbica” de manejo de las palabras y frases cargadas cada una de ellas de peligrosidad, siendo más manejable ésta en la medida en que podía dividir aquellas, separarlas con el silencio. Respondía obviamente a la fantasía de separarlas en mí, la vivencia mía era realmente esa; de ahí la sorpresa y cierta desorientación que me hubieran llevado también a interpretaciones parciales, localizadas, en paralelo manejo fóbico de la situación.

En otros casos los silencios prolongados me han llevado a satisfacer al paciente en su fantasía ‘de observación visual de mi parte más atenta y descubrir así contenidos eróticos, aparentemente ausentes en la verbalización escasa. Me refiero especialmente a algunos casos de histeria en los que, además, el lenguaje gestual era especialmente rico y con alto contenido de seducción. Recuerdo el caso de una paciente que usaba un perfume sumamente penetrante; sentía que “invadía” toda la casa. En una sesión, después de haberse recostado, con ostensible elegancia, se queda largo rato en silencio. Me sorprende observando atentamente su arreglo personal, su posición elegante, sus manos muy cuidadas, especialmente

una colocada en la cabeza, de mi lado y que hacía pequeños movimientos que interpreté como de llamado pero también como si se despidiera; el resto de su cuerpo tenía inmovilidad estatuaria. Recordé la “Maja vestida”, de Goya, luego el hermafrodita yacente, sentí una sensación de incomodidad; me reproché el no interpretar todo eso de alguna manera. La paciente suspiró. En ese momento surgió la interpretación: “Estaba esperando que yo dijera algo sobre usted, que le hablara, con su silencio trataba de exigírmelo pero al mismo tiempo de negarlo (veo ahora el porqué de la asociación con el hermafrodita, que tiene un cuerpo evidentemente femenino, negado por la presencia del pene); es lo que le ocurre a usted en este momento respecto a las fantasías que ha hecho sobre mí”. Sentía que la paciente estaba alarmada; comunicó que había tomado un coche y pasado varias veces por la puerta de mi casa con la esperanza de verme el día anterior, en que le había avisado que no podía atenderla; surgieron las fantasías de abandono, de que ese día podía ser el de mi casamiento. Toda la situación respondía a una fantasía de seducción histérica, de llamado y de rechazo; sucedía también esto con el silencio: “pasaba” por mi consultorio para ser observada, como ella había pasado por mi casa para observar lo que ocurría.

En este caso, como en el del enfermo hipocondríaco, señalé la presencia de los gestos. Al principio del trabajo dije que el silencio entraba en la relación analítica junto con la palabra y el gesto. Esto me plantea el problema de la existencia de niveles expresivos y con él la situación de los pacientes psicóticos, en quienes la dificultad de verbalización es mucho mayor que en los neuróticos, y los silencios mucho más frecuentes. También es evidente en estos casos que la comunicación aparentemente negada por el silencio verbal está mantenida por el lenguaje gestual, y que la contratransferencia puede lograr la unión de los contenidos de ambas situaciones. Podemos interpretar la situación de silencio como miedo a la pérdida de un objeto o, más adecuadamente, de una relación objetal que mágicamente (omnipotentemente) desea mantener inmóvil: no hablar para no perder, para no modificar. Pero también y por otro lado, en la medida en que podemos ver este hecho, y que el lenguaje gestual sea la pista en ese momento, nos lleva a suponer que hay una disociación. Los gestos acompañan parcialmente la fantasía anterior y expresan un manejo - diferente del objeto, indican transferencialmente el contenido persecutorio, rechazante, de la relación total con el analista (los gestos de la mano de la paciente histérica así como otros que describiré en psicóticos quizá aclaren

algo más esta idea). Por otra parte, el contenido disociativo de la actuación silenciosa del paciente, significa que alguien está presente pero al mismo tiempo “ausente”. Podemos suponer que está en relación parcial, que puede relacionarse con una parte del analista, pero no con otra, que trata de excluir, de negar. La palabra es el instrumento expresivo de esa disociación; lo es más concretamente “la ausencia de palabra”. La dificultad de interpretación en este plano podríamos entenderla como vivencia de la disociación en el plano contratransferencial, como una dificultad de superar esa división vivenciada en nosotros, tanto más evidente en la medida en que la contratransferencia lleve elementos ambivalentes, pero más grave en los casos en que se niega la existencia de pulsiones agresivas de nuestra parte. Winnicott ha desarrollado este aspecto y me remito a su trabajo.

El problema contratransferencial se hace muy evidente en algunas situaciones en las que el silencio del paciente nos proporciona una sensación de bienestar (es más fácil admitir la existencia de sentimientos positivos que negativos, aunque en ambos casos esté presente la disociación).

Recuerdo el caso de un paciente autista, que frecuentemente caía en silencio. La sesión que voy a relatar sucedía en vísperas de un examen. El enfermo estaba tranquilamente recostado en el diván; sentía que estaba conectado, pero que al mismo tiempo no me necesitaba. Era como un entendimiento sin palabras, percibía esta situación, sabía que debía interpretarle, pero no tenía ganas. La expresión facial del paciente era plácida, se acariciaba la cara; en algunos momentos realizaba un gesto que aparentemente expresaba una fantasía de expresarse.

Contratransferencialmente vivía un estado de fusión plácido. El gesto me sugirió la presencia de algo que el paciente exprimía en él; el total estaba presidido por una atmósfera de prescindencia de mí en ese momento. Le interpreto mi presencia dentro de él, -su complacencia y su deseo de mantenerme por otro lado afuera, por que lo de adentro era bueno y gratificador (podía ser exprimido como un objeto alimentador: seno o pene); lo que quedaba y dejaba afuera era malo. Responde diciendo que eso era lo que necesitaba para dar examen. Comprendí que mi tendencia a mantenerme callado respondía paralelamente al temor a romper los aspectos mágicos de la presencia alimentadora de una parte mala. El gesto, sin embargo, era el medio de comunicación, era probar la presencia pero también tantear la posibilidad de poner afuera sin perder, por eso viví también ese hecho

como un juego. Considero además, que el “juego” gestual me permitió acceso más seguro a la fantasía del paciente.

El gesto en estos casos (me pregunto sí no ocurre lo mismo con todos los gestos) fue interpretado como dramatización y como tal permitió el acceso a contenidos que la verbalización no daba.

Me he referido al contenido paralizante del silencio; en el caso descrito, era mi temor a romper los aspectos mágicos protectores de la fantasía del enfermo. En otras situaciones la paralización responde, según he vivido, al contenido agresivo de la contratransferencia; en un plano más profundo el silencio del paciente es vivido como paralizante, hay una evidente frustración: los buenos contenidos del analista son negados, su papel es predominantemente perseguidor. Se trata de una situación de paranoia transferencial, que he observado en caracteres paranoicos y en fóbicos. En estos últimos, cuando el analista es un objeto fóbigeno repiten frente a él las defensas fóbicas adecuadas a la situación y al paciente. El silencio es en estos casos un medio de control, fantasía típica de negación de la comunicación; pero hay al mismo tiempo una comunicación controlante, mediante una concurrencia a veces puntual, rigidez de la actitud general, y silencio. También en esos casos la verbalización escasa responde muchas veces a la fantasía de control, se diría que hablan para tantear, probar la reacción del analista, en algún caso para hacerlo hablar, cuando sobre todo el silencio del paciente es acompañado por el silencio del analista (“ver qué tiene adentro”). La angustia en estos casos está relacionada con el temor a la reintroyección de los objetos malos proyectados en la imagen del analista. Esta situación es vivenciada por el analista, como vivencia personal en ese momento. La relación con ese paciente, el carácter específico y no repetido de esas vivencias fueron quizá los elementos que me permitieron concebir que los silencios son interpretables en función de la contratransferencia.

La doctora Alvarez de Toledo, en su trabajo sobre “Análisis del asociar, del interpretar y de las palabras”, señala la importancia de las vivencias contratransferenciales, las indica como pista de acceso a las fantasías. Dice que “las palabras, al representar en un nivel muy primitivo, objetos concretos, contienen las cargas libidinosas dirigidas hacia ellos”. El fin en este caso es “deshacer el proceso simbólico del lenguaje” y analizar así las fantasías que están detrás, sus objetos y sus relaciones objetales. La tesis de este trabajo es qué labor paralela podemos hacer con el

silencio. La relación analítica no se interrumpe con él sino que adopta formas, trans-y-contratransferenciales especiales.

La Dra. Alvarez de Toledo dice que “la calidad de figura buena o mala que el analista está representando en un momento dado del análisis en la situación de transferencia está dada por la calidad atribuida a los impulsos que se canalizan y se realizan en el hablar y por el carácter de las palabras que serán buenas o malas de acuerdo a la mayor o menor integración de los impulsos instintivos que el analizado coloca, en el acto de hablar, dentro del analista”. Más adelante dice: “Los objetos aprisionados en el soma y en la representación verbal son como arrastrados por la corriente libidinosa, que se restablece conscientemente, y su pasaje del analizado al analista y viceversa se vivencia casi carnalmente”. Se destaca entonces un contenido inmanente en la palabra, como también que ese contenido es anterior a la palabra, concretamente que “la actuación precede al pensamiento, que la verbalización es sólo un momento en el lapso de una actuación”. En la contratransferencia podemos captar esa actuación, sentirla y muchas veces formularla.

Merleau-Ponty señala que: *“Les mots sont á notre disposition comme l’horizon permanent de nos possibilités: lis sont lá, comme dans la perception, les faces cacheés de l’objet. Parler, c’est exister en usant de ces proiongements de nous-mêmes. Comine l’espace extérieur, con4me notre propre corps, jis constituent un certain champs d’action tendu autour de moi”*.

Podemos localizar el silencio en esa etapa previa preverbal, los objetos y sus relaciones están encerrados en el sujeto, o gran parte al menos; pero podemos concebirlo como un modo de actuación. Suscribo lo expresado por Merleau-Ponty: *“Si nous croyons á la possibilité d’une pensée inexprimée, c’est simpleinent que nous pouvons faire remonter silencieusement en nous des pensée’s d’autrefois; mais ce silence prétendu est bruissant de paro~es, cette vie intérieure est un langage intérieur”*.

Podemos localizar las fuentes o referencias sensibles de nuestra vivencia frente al paciente silencioso, hay un cúmulo de factores: gesto, postura, presencia total del paciente que nos transmite algo determinado, concretamente “participamos” en alguna manera en la situación con una vivencia, idea, sentimiento, distracción aparente, etc. Considero, que ese modo de participación nuestro, no siempre igual, dirigido, circunstanciado, está determinado por el paciente y sus conflictos y que

debemos interpretarlo, no sólo en contenido, sino también y casi diría con preferencia en su forma, vale decir, lo que sucede y generalmente está sucediendo: el paciente “está lleno de palabras, que encierra en él”, para no dañar, para no perderlas, para no mezclarlas con las nuestras, en todo caso para controlar la situación disociativa que ahora está dramatizada en la presencia de dos personas en silencio, en comunicación implícita, participando de la misma circunstancia formal (limitaciones horarias, de lugar, el mismo analista, los mismos muebles, etc.).

La intención del silencio es diversa y depende del contenido de maldad o bondad de los objetos vehiculizados en las palabras calladas. Sólo puede ser captada por nuestra vivencia contratransferencial; la interpretación en estos casos obra como desencadenante y patentiza la intención. Recuerdo la inquietud facial y mímicamente expresada por un paciente psicótico al hablarle después de un rato de silencio al principio de la sesión. Era evidente que mis palabras eran objetos malos, las de él buenos y la entrada de las mías en él “envenenarían su pensamiento”; a su vez el pensamiento era algo muy concreto y material para- él y se identificaba no sólo con su cabeza sino también con su cuerpo, sí por ejemplo, si escupía podía “liberarse” de mi ataque.

En otro enfermo, por lo contrario, el esfuerzo, la voz “apretada” ‘entrecortada con que comunicaba sus palabras, respondían a una fantasía de salvarme de la agresión de sus palabras-armas.

Podrían multiplicarse los ejemplos; sólo deseo señalar que en todos estos casos el análisis de las situaciones de silencio permite el acceso al paciente.

Considero también, que muchas veces no es posible una interpretación del silencio tal como la he descrito; supongo que la desorientación es la nota predominante. Me ha sido útil en esos casos mostrar al paciente la situación: está él lleno de palabras que no dice, está negando toda relación conmigo pero de todos modos está en relación, está callando algo a mí, o, jio quiere darme palabras a mí, lo siento alejado y me es difícil comprender lo que ocurre, pienso que- él desea que yo no sepa porque no lo comprendería.

Una interpretación con contenido similar a este responde, sin embargo, al mismo principio de- uso de la contratransferencia volcada a la situación, para que no parasite y paralice en determinados niveles la relación analítica. Es evidente también que abriga una intención y es la de llevar al paciente a la expresión verbal,

en la fantasía más corriente a “que salga de él” para “ver mejor”, lo cual es evidentemente cierto; pero la situación contraria no es ciega, ni tampoco el paciente está “totalmente en él”. Recuerdo el caso de una paciente que estaba callada; tuve la fantasía de que me era una desconocida, me pregunté qué estaba haciendo allí. Le interpreto que estaba sintiendo o pensando cosas que consideraba que no podía volcar allí. Me dice que sí, que yo era un desconocido (lo expresa con cierta mezcla de temor y molestia). Le interpreto que más que un desconocido soy para ella un conocido cuya opinión teme. Asocia luego con un tío fallecido que era vivido por ella como especialmente severo, luego con la madre y también un profesor de química. En este caso el silencio equivalía a encerrarse en el baño para la masturbación, para hacer algo que debía yo desconocer. El silencio como actuación en la transferencia tenía un contenido bien determinado: era una forma de actuación de una fantasía masturbatoria que sólo aparece en forma latente en las asociaciones posteriores.

También en algunas oportunidades he observado silencios que no dicen nada, en los que predomina la impresión de distancia, de franco alejamiento. En estos casos, muchas veces la expresión verbal tiene un carácter paralelo, se diría que las palabras así como los silencios “quedan en el medio” entre el paciente y el analista. Lo interpreto como evidencia de serias fallas en la comunicación, casos en los que hay una mutua dificultad de acceso. La descripción de la situación señalando este hecho a veces en términos similares a los arriba mencionados permite un acercamiento, sea porque el enfermo retorna la expresión verbal o porque gesticula de alguna manera. Las fantasías en estos casos son de inmovilización mágica y, así como las palabras conservadas, están cargadas de significado mágico; en un caso puede comprender que la sesión para el paciente era un desafío a mi “capacidad adivinatoria”, a través de una asociación con una historieta en que dos personajes luchaban usando sus poderes hipnóticos.

Respecto a la “capacidad adivinatoria” del analista, es frecuente observarla en aquellos casos en los que se ha analizado el silencio y el paciente se ha sentido —según expresión de un enfermo— “transparente”; situación que crea angustia y que lleva al paciente a regresiones en las que podemos hacerle ver el significado del silencio. Así, por ejemplo, en un enfermo que había tenido una madre muy frustradora que enloquece cuando él tenía 7 años, pude observar que las palabras habían perdido en algunos momentos todo significado, como comunicación y como

llamado. No había podido elaborar depresivamente la pérdida de la madre “loca”, sino guardando dentro de él palabras, sonidos, imágenes (que correspondían a un doble aspecto en él de actividades musicales y cinematográficas), pero no siempre ordenadas, sino caóticas. Corresponde a lo señalado por Arminda A. de Pichon Rivière y la Dra. Alvarez de Toledo en “La música y los instrumentos musicales”: “la música es la evocación de la voz de la madre, es reeditar la relación con ella y con la naturaleza. Es superar la angustia depresiva, es poblar el silencio”; lo mismo puede decirse de la palabra.

Arminda A. de Pichon Rivière señala en su trabajo sobre “La dentición, la marcha y la palabra en relación con la posición depresiva infantil”, que “pronunciar la primera palabra significa para el niño reparar mágicamente al objeto amado, reconstruirlo interiormente y darlo al mundo exterior. Secundariamente, realiza la experiencia de que la palabra lo pone en contacto con el mundo y que es un medio de comunicación”.

En el enfermo citado el silencio era un modo de inmovilizar dentro de él sus buenos objetos y no perderlos hablando, así como en la transferencia reaccionaba contra mí, viéndome como a su padre que le exigía una actividad, trabajar en algo que para el enfermo era distraerlo de sus actividades reparatorias maternas (la música y el cine) ; así el horario de la sesión, el tener que hablar, el tener que estar recostado en el diván, eran vividos como “obligaciones” que despertaban agresión y eran “evidencia” de mi peligrosidad. Debía defenderse con el silencio.

El material de análisis de las situaciones de silencio en la relación con los pacientes, me ha llevado a plantear varios problemas, especialmente:

- a) La relación del silencio con el tiempo y el espacio, o mas concretamente con la percepción del tiempo y el espacio.
- b) El silencio y la creación intelectual.
- c) El silencio y los ritos religiosos, en especial el silencio y el fenómeno místico.

El desarrollo de estos problemas excederían los límites que me propuse en estas notas, especialmente los aspectos b) y c). La relación entre el silencio y la percepción del tiempo, es observable en pacientes con aguda angustia de muerte, en los que el silencio realiza una comunicación estática, “si nada cambia, si nada ocurre, no moriré” y en la transferencia “el analista tampoco morirá”. Contratransferencialmente, sin embargo, la vivencia es de muerte, de paralización, de perezosa lentitud, de un análisis “poco vivo

B I B L I O G R A F I A

- HEIMANN, P.: "On Countertransference". *Int. J. of Psycho-Analysis*, Londres. Vol. XXXI, 1950.
- ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de: "El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras". *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Tomo XI, N° 3, 1954, y Tomo XLII, N° 4, 1956.
- ARMINDA A. DE PICHON RIVIERE y L. DE ALVAREZ DE TOLEDO:
"La música y los instrumentos musicales". *Rev., de Psicoanálisis*. Buenos Aires, 1955. XII-2 y XLI-3.
- ARMINDA A. DE PICHON RLVIERE: "La dentition, la marche et le langage en relation avec la position dépressive". Comunicación hecha en el XX Congreso Psicoanalítico Internacional. París, julio de 1957.
- MERLEAU-PONTY: "Phénoménologie de la Perception". Gallimard. París, 1945.
- MERLEAU-PONTY: "La structure du comportement". Presses Universitaires de France. Paris, 1953.
- RACKER, ENRIQUE: "Observaciones sobre la Contratransferencia". *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Tomo IX, N° 3, 1952.
- GRINBERG, LEON: "Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia". (No publicado).
- WININICOTT: "Hate in the Countertransference". *Int. J. of Psycho – Analysis*. Vol. XXX-2, 1959.

