



ARTIGO DE REVISÃO

Reflexões sobre o silêncio em psicoterapia de orientação analítica

Nathália Janovik da Silva^a

Sidnei Samuel Schestatsky^b

^a Médica Psiquiatra/UFRGS. Psiquiatria de Adição/UFRGS. Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Médico Psiquiatra/UFRGS. Mestre em Saúde Pública/Harvard University. Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS. Professor titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Instituição: Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resumo

Desde a origem da psicoterapia/psicanálise, trabalha-se a “cura pela fala” – a “*talking cure*”. A fala é, por assim dizer, um dos principais recursos utilizados em psicoterapia, sendo considerado pressuposto importante para promover o acesso ao inconsciente e levar às mudanças psíquicas almejadas no processo terapêutico. Ampliando esse conceito, acredita-se que tão importante quanto a verbalização é o silêncio em psicoterapia, que, embora seja bastante frequente na prática psicoterápica, sua abordagem como alvo de estudos na literatura atual ainda é relativamente escassa. O objetivo deste trabalho é apresentar uma concisa revisão bibliográfica focada nos diferentes significados que o silêncio pode adquirir durante o processo psicoterápico – tanto do paciente quanto do terapeuta –, desde as contribuições de Freud até reflexões mais atuais sobre o silêncio em psicoterapia, fazendo uma ligeira inserção sobre o tema na cultura contemporânea. Conclui-se, pois, que o silêncio em psicoterapia de orientação analítica pode adquirir diferentes significados e que acolhê-lo nas suas

distintas esferas significa, acima de tudo, oferecer uma escuta verdadeiramente psicoterápica para os nossos pacientes, conseguindo ouvir o não dito.

Palavras-chave: Psicoterapia; Psicanálise; Teoria psicanalítica.

Abstract

Since the very beginning, psychotherapy/psychoanalysis has worked with the “talking cure” concept. The speech is one of the main resources used in psychotherapy and is considered an important prerequisite to promote access to the unconscious and give rise to the desired psychic changes in the therapeutic process. Extending this concept, it is believed that silence is as important as verbalization in psychotherapy. Although it is quite common in the psychotherapeutic practice, studies on silence are still comparatively scarce in the contemporary literature. The objective of this paper is to present a concise literature review focused on the different meanings that silence can acquire during the psychotherapeutic process – both the patient’s and the therapist’s –, from Freud’s contributions to more current reflections on silence in psychotherapy, incorporating this subject in the contemporaneous culture. We conclude, therefore, that silence in psychoanalytic psychotherapy can carry different meanings and that accepting it in its different spheres means, above all, to offer our patients a truly psychotherapeutic listening, being able to listen to the unspoken.

Keywords: Psychotherapy; Psychoanalysis; Psychoanalytic theory.

Introdução

Considerações gerais sobre a noção de silêncio

A etimologia da palavra silêncio – do latim *silentiu* –, aliada aos seus significados na língua portuguesa – estado de quem cala, privação de falar, sigilo, segredo –, remete aos conceitos de subjetividade e singularidade, que, no *setting* terapêutico, estão relacionados à existência de um sujeito que se recusa a fazer o uso da linguagem¹

Desde a origem da psicoterapia/psicanálise, trabalha-se a “cura pela fala” – a “*talking cure*”. A fala é, por assim dizer, um dos principais recursos utilizados em psicoterapia, sendo considerado pressuposto importante para promover o acesso ao inconsciente e levar às mudanças psíquicas almejadas no processo terapêutico. O terapeuta trabalha a partir de técnicas expressas pela linguagem, como a associação livre, apontada pela obra freudiana como uma potente forma de revelação do inconsciente em psicoterapia.

No entanto, já em 1895, em “Estudos sobre a histeria”², Freud já observava a existência de forças que se opunham à associação livre e à expressão verbal, o que chamou de resistências, fazendo uma alusão indireta

ao silêncio. Posteriormente, no seu artigo “A dinâmica da transferência”³, Freud define a transferência como resistência, mas ao mesmo tempo como a principal ferramenta de trabalho da psicoterapia/psicanálise. Afirmou que “se as associações de um paciente faltam, a interrupção pode invariavelmente ser removida pela garantia de que ele está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico ou com algo a este vinculado”. Assim, é através do silêncio, quando muitas vezes o paciente não tem nada a dizer e o analista se cala, que se cria o espaço para a transferência.

O silêncio é um tema bastante presente em psicoterapia de orientação analítica, ainda que seja pouco explorado pela literatura. O objetivo deste trabalho é, portanto, apresentar uma revisão bibliográfica desse tópico, tanto por parte do paciente quanto do terapeuta, ampliando a leitura dos diversos significados que podem ser atribuídos ao fenômeno do silêncio. Para isso, foram selecionados artigos a partir das bases de dados MEDLINE e LILACS com os descritores “psychotherapy, psychoanalysis, psychoanalytic theory and silence”, bem obras clássicas da psicoterapia/psicanálise.

O silêncio em psicoterapia: revisitando a literatura

Imaginemos o seguinte cenário: o paciente está na sessão de psicoterapia, falando sobre sua mãe deprimida. O psicoterapeuta está ouvindo atentamente o relato, fazendo ligações provisórias em sua mente que podem, posteriormente, levar a uma interpretação. Então, inesperadamente, o paciente para de falar, deixando a frase no ar, como se não pudesse encontrar em qualquer lugar as palavras certas para completá-la; ou como se, tendo-as encontrado, não conseguisse pronunciá-las. Nesse momento, o mais adequado seria aguardar e pensar sobre o que poderia ter acontecido. O silêncio do paciente estaria relacionado com o conteúdo do que ele estava falando e, de tão desconfortável, subitamente cessa o discurso? Seria o resultado de uma invasão repentina na sua mente de uma fantasia perturbadora, no seu rol de associações? Seria uma resposta a algo que ele imaginava que estava fazendo, pensando ou sentindo, enquanto estava falando sobre determinado tema? Ou, ainda, estaria relacionado com alguma dificuldade encontrada na relação com o terapeuta? O fato é que alguma dessas contingências pode golpeá-lo como sendo o correto e causar-lhe uma brutal e desconfortável ansiedade. Logo após esse momento, o paciente pode ter recommençado a falar, talvez comentando sobre seu silêncio; ou continuar como se nenhuma pausa no seu fluxo de pensamentos e palavras tivesse ocorrido; ou mudar para um tópico aparentemente não relacionado, que poderia lhe dar alguma indicação das razões escondidas atrás da sua súbita interrupção verbal.

Como se percebe a partir desta breve ilustração, diversos significados podem ser atribuídos ao silêncio no contexto psicoterápico. A seguir, apresentamos alguns deles, o que contribuirá para o seu melhor entendimento na prática clínica.

Silêncio e resistência

Desde sua criação, a psicoterapia/psicanálise foi concebida como a “cura pela fala”, nome criado por Anna O. ao tratamento que estava recebendo por Breuer². Essa dimensão de uma “*talking cure*” permaneceu ligada à técnica psicoterápica, e com boas razões: a comunicação entre analista e paciente ocorre principalmente através das palavras. Freud, em 1926, dizia que “nada acontece entre eles, exceto que eles falam uns com os outros”, comparando as ferramentas do psicanalista com as de outros médicos.

Os primeiros métodos de Freud, implementados não só por razões terapêuticas, mas também para fornecer um fluxo de dados para a investigação de suas teorias recém-descobertas, foram projetados principalmente para tornar consciente o inconsciente através da verbalização de pensamentos e sentimentos reprimidos. Esse objetivo estava de acordo com a sua descoberta do conteúdo mental presente no inconsciente e com a então existente teoria da libido, após o seu abandono da hipnose. O objetivo desses dispositivos foi principalmente a própria necessidade de Freud para fazer com que o paciente pudesse falar.

Em seus artigos sobre a técnica psicanalítica, Freud abordou mais precisamente o significado e as inferências associadas ao silêncio, o que hoje reconhecemos como manifestações clássicas de resistência, isto é, o silêncio como resistência a pensamentos a respeito do analista, e o silêncio como resistência a lembrar de determinadas circunstâncias que são fonte de ansiedade, com tendência à repetição e não elaboração.

No primeiro desses casos, em “A dinâmica da transferência”³, Freud escreveu:

[...] A nossa experiência tem nos mostrado, e o fato pode ser confirmado como muitas vezes nos agrada, que se as associações livres do paciente falham (nota: eu quero dizer quando realmente param e não quando, por exemplo, o paciente as mantém retidas devido a um sentimento de desprazer), a paralisação pode invariavelmente ser removida por uma garantia de que ele está sendo dominado, no momento, por uma associação que se preocupa com o próprio médico ou com algo que o conecta ao médico. Assim que esta explicação é dada, a paralisação é removida, e a ausência de pensamentos foi transformada em uma recusa a falar [...].

É essa observação de Freud – ou seja, “a situação é alterada de uma em que as associações falham para outra em que estão sendo retidas pelo paciente” – que esboçou muitas das percepções posteriores, bem como problemas na interpretação do silêncio com base nas posições metapsicológicas estruturais e adaptativas. Com efeito, Freud parecia estar dizendo (em termos de seu modelo estrutural) que, se a resistência não é removida, pelo menos ela foi transformada em um silêncio intrassistêmico⁴; ou um silêncio em que “as portas estão abertas” e a informação (conflito) está chegando, mas o paciente, por uma variedade de razões, ainda não é capaz de falar sobre isso. Em sua obra “Recordar, repetir, elaborar”⁵, Freud concentrou-se no silêncio sob a égide de repetir, em vez de lembrar, num ato de compulsão à repetição. Ele observou:

[...] Quando se anuncia a regra fundamental da psicanálise a um paciente com uma história de vida cheia de acontecimentos, e uma longa história de doença, então, quando se pede para que ele diga o que ocorre à sua mente, espera-se que derrame uma enxurrada de informações; mas, muitas vezes, a primeira coisa que acontece é que ele não tem nada a dizer. Ele é silencioso e declara que nada lhe ocorre. Isso, é claro, é apenas uma repetição de uma atitude homossexual que vem à tona como uma resistência contra lembrar de nada. Enquanto o paciente está em tratamento, ele não pode escapar dessa compulsão à repetição [...].

Aqui, a ênfase de Freud é colocada sobre a passividade escondida atrás de um silêncio, como uma “repetição de uma atitude homossexual” para lembrar; ou, dito em termos mais gerais, o silêncio serve como manobra defensiva contra um impulso ou desejo instintivo. Estendendo esse conceito para as noções atuais de ego, podemos afirmar que, quando o paciente começa a psicoterapia com o silêncio, trata-se, com toda a probabilidade, de uma reação passiva através da qual ou se defende dos seus impulsos inconscientes ou, como mais tarde outros autores vieram a melhor compreender, “descarrega-os”. O paciente está, na verdade, dizendo: “diga-me o que fazer”. O reconhecimento desse aspecto do silêncio, como tendo a ver com a defesa e descarga de impulsos, foi importante para desvendar outros significados ocultos e obscuros de silêncio.

Freud fazia referência ao significado específico de silêncio como o protótipo da repressão. A repressão como defesa poderia falhar, permitindo a entrada dos conflitos na consciência, sendo imediatamente repelidos através das defesas de projeção, isolamento e negação. Nesses casos, estamos justificados ao falar de um conflito intrassistêmico, um conflito dentro do ego, no sentido de que os derivados instintivos entraram no reino do ego, mas ainda estão sendo repudiados por ele. Clinicamente, Freud propunha observar como o paciente continuaria a falar, desde que essas defesas intrassistêmicas fossem imperturbáveis. Se o terapeuta apontasse tais defesas ao paciente, um silêncio de maior ou menor duração poderia se instalar. Freud demonstrava ainda como a resistência inconsciente podia ser transformada em uma relutância consciente para falar, e pode ser usado de forma muito eficaz para demonstrar ao paciente a realidade de um conflito que até então havia sido inconsciente. Na verdade, o silêncio foi levado à resistência à enésima potência, uma vez que era contrário à direção do esforço terapêutico para facilitar a descarga dos impulsos negada pela barreira da repressão.

Um raciocínio semelhante é válido quando as forças do superego se opõem ao desejo do ego de colaborar com o tratamento psicoterápico, uma vez que o paciente pode tornar-se silencioso devido ao intenso temor de culpa, responsabilidade ou medo de retaliação/punição por parte do terapeuta, através da verbalização dos seus conflitos e/ou impulsos. Portanto, no que tange à estruturação do aparelho psíquico proposta por Freud, o silêncio apareceria como uma manifestação consciente do ego em afastar ansiedades associadas às demandas do id ou do superego, bem como facilitar a descarga de derivados desses impulsos instintivos. O silêncio, à serviço da descarga, não é necessariamente uma tentativa do paciente de controlar ou frustrar o

psicoterapeuta, retendo o que as palavras faladas podem simbolizar, mas pode ser usado para induzir o analista a sentir o que ele, naquele momento, não é capaz de tolerar dentro de si. De uma forma mágica, os pacientes vão sentir que, quando o intervalo do silêncio foi preenchido pelo psicoterapeuta, isso pode deixar a mensagem para o paciente de que ele não é responsável por tais pensamentos. Há, portanto, silêncios por parte do paciente que exigem silêncio do analista.

Seguindo a revisão da literatura, encontramos em Ferenczi⁶ e Abraham⁷ os primeiros autores a lançarem ideias inovadoras sobre a técnica psicoterápica e a presença do silêncio na sessão. Ferenczi vinculou o silêncio a uma manifestação de erotismo anal e a um caráter marcadamente “retentor”. A pausa do discurso estaria relacionada a uma retenção das fezes e a um sentimento de superioridade, igualando essa força com o aprisionamento de todos os sentimentos. Por outro lado, a verbalização poderia ser equiparada à evacuação das fezes ou a um sentimento de fraqueza e debilidade. Já Abraham apontava que a função do discurso não é apenas comunicativa, mas também serve para descarregar sentimentos instintivos, e, nesse sentido, o silêncio representaria uma defesa inconsciente contra a descarga de tais sentimentos conflituosos. Não é por acaso que, em linguagem comum, a logorreia é, muitas vezes, descrita como “diarreia verbal”, e o silêncio, considerado “de ouro”. Quando as palavras são simbolicamente associadas a fezes, o silêncio torna-se a expressão de prisão de ventre; um silêncio exibindo tais conotações anais seria caracterizado também por uma atitude agressiva. Mais tarde, por volta de 1940, o processo do discurso foi conceituado por Ella Freeman Sharpe⁸ como um deslocamento da maturação das zonas erógenas, formulando-a como se segue:

[...] Quando o ego estabiliza a realização do controle do corpo e torna-se automático, as emoções de raiva e prazer, que até então acompanhavam descargas corporais, devem ser tratadas de outra maneira. Ao mesmo tempo em que o controle esfinteriano sobre ânus e a uretra está sendo estabelecido, a criança está adquirindo o poder do discurso [...]. [...] Em primeiro lugar, a descarga da tensão quando esta já não é aliviada por descargas físicas pode ocorrer através da fala. A atividade de falar é substituída pela atividade física agora restrita a outras aberturas do corpo, enquanto as próprias palavras tornam-se os próprios substitutos para a substância corporal [...].

Quase uma década mais tarde, Fliess⁹ estendeu, sistematizou e validou esses conceitos prévios, ainda que altamente empíricos. Esse autor teorizou que o ato da fala, liberando afetos agressivos através da vocalização, ajuda a superar a repressão de tais sentimentos. Dessa forma, esclareceu como alguns pacientes buscam regressivamente – através do silêncio, por exemplo – a mesma satisfação que tinham anteriormente, através do controle das zonas erógenas. De acordo com Fliess, o silêncio poderia corresponder a uma forma de fechamento do esfíncter, deslocado a partir das zonas erógenas para os órgãos e funções da fala, de modo a manter a repressão de impulsos pré-genitais. Tais pensamentos de Fliess eram extensões diretas de formulações teóricas de Sharpe no campo da metapsicologia da linguagem. Fenichel¹⁰, à semelhança de Sharpe

e Fliess, também menciona a origem erótico-anal das dificuldades no processo da fala: “a retenção de palavras, assim como antes a retenção de fezes, pode ser uma garantia contra possíveis perdas ou uma atividade autoerótica prazerosa”. Também poderia se postular a existência de um silêncio “fálico”, termo empregado em publicação mais recente¹¹. As palavras podem ser experimentadas como uma extensão do corpo, ou da psique, com a capacidade de “penetrar” nos ouvidos e mentes do ouvinte. Por sua vez, a linguagem em si é frequentemente erotizada e utilizada para fins sedutores. Nesse sentido, o silêncio é inconscientemente associado com uma impotência fálica e pode se tornar defesa contra ansiedades que pertencem a esse estágio de desenvolvimento. Manter o silêncio é uma forma de proteger os pais, o terapeuta e a si mesmo da exposição aos perigos da sexualidade e da agressão e retaliação que caracterizam o complexo de Édipo. O silêncio se torna uma espécie de autocensura, com efeito tranquilizador para que o paciente não corra o risco de dizer nada de “errado”.

Silêncio e comunicação

Nos últimos anos, com o crescente foco sobre a compreensão da comunicação total – verbal e não verbal – entre terapeuta e paciente, o significado do silêncio tem sido objeto central de pesquisa, com significados diversos, que não apenas o de resistência, defesa ou descarga. Não é sem razão, portanto, que o fenômeno do silêncio na situação psicoterápica, com sua ênfase no “paciente-falante” e “terapeuta-ouvinte”¹², deve ser visto cada vez mais como uma forma particularmente significativa de comunicação psicoterapêutica. Expressões pré-verbais e não verbais, a linguagem corporal e o *acting out* estão quase sempre presentes e são peças importantes se quisermos entender toda a complexidade do que os nossos pacientes estão, consciente e/ou inconscientemente, tentando nos dizer. Mas o que acontece entre as palavras?

Diferentes silêncios têm diferentes significados e todos são ricamente sobrepostos uns aos outros. O silêncio não é apenas uma ausência (de palavras), mas uma presença ativa de algo que, naquele momento, não pode ser colocado no *setting* terapêutico. Já em 1901, Freud¹³ trouxe à tona a descoberta do significado dos atos falhos como ativos processos para a comunicação de algo que está reprimido. Tanto quanto nós nunca nos esquecemos de uma consulta médica, mas “decidimos” não nos lembrar dela, o silêncio é mais do que somente uma falta de expressão verbal: é o resultado de um ativo processo que, como a repressão, requer um gasto de energia mental.

Silêncio, então, tanto pode ser uma forma que o paciente tem de evitar dizer alguma coisa quanto ser uma maneira – talvez a única que o paciente dispõe – de dizer que não há palavras que possam expressar o que está se passando com ele naquele momento. Pode expressar raiva, emoção, desespero, gratidão, vazio, alegria, vergonha, desamparo ou qualquer outra emoção. Por trás do silêncio, há uma fantasia inconsciente que o silêncio, como um sonho ou o sintoma, pode, ao mesmo tempo, esconder e/ou manifestar alguma coisa. Um silêncio, durante uma sessão psicoterápica, pode ser tratado como o conteúdo manifesto de um

sonho: a ser “ouvido” e, à medida do possível, a ser traduzido para os desejos latentes, ideias e fantasias a partir dos quais pode se originar.

O silêncio, a serviço da comunicação na relação terapeuta-paciente, é significativo e merece ser escutado, porque invariavelmente está enraizado nas fantasias inconscientes e é fundamental no entendimento dos conflitos psíquicos do paciente. Pode-se postular que ele corresponde ao produto final de uma tensão entre diferentes forças psíquicas que, no contexto da relação terapêutica, é experimentado dentro da transferência e encontra sua manifestação como uma interrupção do livre processo associativo. Nesse momento, a tarefa terapêutica mais importante é tentar esclarecer com o paciente por que ele não pode falar, ao invés de tentar fazê-lo falar. Assim, como psicoterapeutas, temos a responsabilidade de ajudar nossos pacientes a não entender exatamente o que eles dizem, mas também por que eles não podem falar sobre o que eles estão silenciosos, ou seja: que tipo de informação eles estão tentando nos transmitir através do silêncio. Muitas vezes, situações como estas são encaradas como sinal de resistência por parte do paciente. No entanto, essa distorção conceitual pode ser esclarecida se permitirmos que comportamentos não verbais não sejam necessariamente entendidos como resistência: nem sempre eles negam o acesso ao inconsciente, nem impedem o trabalho terapêutico. Isso é especialmente verdadeiro na comunicação de experiências que foram não verbais, ou que pertenceram a uma fase pré-verbal do desenvolvimento.

Muitos silêncios compartilhados entre terapeuta e paciente são momentos inundados de comunhão, onde pessoas diferentes podem compartilhar momentos de profundo apreço sem, no entanto, borrar os limites de cada um. Nos últimos anos, houve um questionamento cada vez maior da visão convencional do silêncio como resistência simples e de explorar seus valores comunicativos e integrativos. A própria estrutura da sessão psicoterápica presta-se a uma comunicação não verbal. Qualidades “silenciosas” do *setting*, como a constância do meio ambiente, as horas fixas, a habilidade do psicoterapeuta para a empatia, a neutralidade, a contenção para manter o paciente e a situação, representam uma comunicação contínua em um nível não verbal, análoga à comunicação na relação precoce estabelecida entre mãe e filho. Outras abordagens da comunicação não verbal incluem a expressão simbólica dos sintomas, os fenômenos de transferência e contratransferência. Algumas dessas interações podem estar relacionadas a fenômenos sensoriais prévios e podem se tornar o ponto de partida para uma troca emocional, dando acesso à memória pré-verbal, onde é o corpo que se lembra. Fenômenos não verbais, como postura corporal, coordenação motora, formas de respiração, dentre outros, podem conter importantes informações para a compreensão da sintomatologia subjacente que, por enquanto, ainda não pode ser verbalizada¹⁴. Especificamente na relação psicoterápica, como já havia apontado Kris¹⁵, o silêncio do paciente convida o terapeuta a vivenciar internamente as suas próprias fantasias emocionais. Os pacientes que tendem a cair em silêncios frequentes passam a observar mais atentamente seus terapeutas, a fim de avaliar sua reação e convencer-se de que tanto o silêncio quanto a comunicação afetiva que ele carrega serão tolerados pelo médico. Certos silêncios podem ser interpostos na continuidade das produções do paciente para que ele possa alcançar o “momento adequado” para a sua entrega.

Em muitas sessões de psicoterapia, o silêncio como uma forma pré-verbal de comunicação pode ser

uma maneira de regredir para um espaço mais seguro, assemelhando-se à fantasia do útero, do berço ou do dormir. Se o terapeuta, então, respeita o silêncio do paciente, se empaticamente compreende e é capaz de responder a ele de forma adequada, seja através de boas interpretações ou de seu próprio silêncio, o *setting* psicoterapêutico pode se tornar um espaço seguro tal que a psicoterapia passa a adquirir um caráter emocionalmente enriquecedor.

Silêncio e morte

Desde a antiguidade, inúmeros poetas, e não apenas os psicanalistas, postularam uma simbólica ligação entre o silêncio e a morte, não apenas no sentido literal da palavra, mas principalmente com o significado de perda. O silêncio pode, assim, expressar a perda de um objeto amado (incluindo, aqui, o terapeuta) ou mesmo de partes de si mesmo; uma perda que pode ser real ou imaginária, experimentada no passado, temida no presente ou antecipada no futuro que se aproxima.

Nesses casos, o paciente silencioso aparece como uma pessoa que está em luto pela perda. Seu silêncio pode ser uma memória, uma repetição ou uma antecipação de separação de qualquer objeto, ou mesmo uma quebra psicoterápica constante, na medida em que o paciente vive na transferência a sensação de que está prestes a perder mais um objeto amado – o terapeuta. Postula-se que, por mais real que seja a experiência emocional vivida na transferência, ainda assim o silêncio não representa a perda do terapeuta como uma pessoa ou como símbolo do processo psicoterápico. O silêncio pode expressar a falha no estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa que o terapeuta está representando na transferência. O luto pela perda quase iminente de um objeto confiável, continente e cuidador, vivida no aqui e agora, é expresso através de uma resposta silenciosa por parte do paciente. Trata-se, pois, de uma perda passada simbolizada através do silêncio e, como tal, deve ser entendida e interpretada.

Bollas¹⁶ referiu que o silêncio também pode simbolizar “a morte de si mesmo” e representar um impedimento ao surgimento de um *self* ainda escondido e embrionário. Se o *self* coeso de um estágio de desenvolvimento (Winnicott’s True Self) não obtiver a resposta afetiva adequada da mãe, ou o seu representante, para confirmar a sua realidade subjetiva, ele poderá continuar indistinguível do objeto primário, ainda embrionário, “quase morto”. A tarefa do terapeuta é permitir seu aparecimento ao compreender a situação do paciente, oferecendo uma relação de confiança para que este *self*, ainda altamente vulnerável, tenha uma nova oportunidade de crescimento. O silêncio, nesse caso, é uma tentativa de proteger sua existência autêntica de uma possível destruição.

Weinberger¹⁷ sugeriu que o silêncio teria uma função narcísica e que seria uma defesa contra o medo da perda da autoestima. Nesse contexto, Modell¹⁸ salientou que determinado tipo de silêncio poderia ocorrer em pacientes com funcionamento narcisista, o que levaria a um “estado de casulo”, com o objetivo de promover um controle onipotente dos sentimentos. Essa condição seria uma ilusão grandiosa da autossuficiência,

motivada pelo medo da intimidade e da intrusão de terceiros, e serviria para tentar manter a autoestima e o controle interno dos afetos.

O silêncio do terapeuta

As explanações de Theodore Reik¹⁹ sobre “o significado psicológico do Silêncio” foram uma das primeiras discussões sobre desenvolvimento das interpretações do paciente a respeito do silêncio do terapeuta. Reik observou que esse silêncio é sentido, no início, como um interesse benevolente. Mas, pouco a pouco, muda de significado e o silêncio do psicoterapeuta assume a qualidade de uma recusa em falar. O esforço do paciente torna-se, agora, dirigido a quebrar o silêncio do terapeuta. Mas não importa o que tampouco o quanto ele produz, o silêncio continua. Então, o paciente começa a senti-lo como uma negação absoluta. Esse é um período de intensa ansiedade entre a dupla terapêutica, e Reik conclui que esse desenvolvimento traça “um retorno de um sentimento que desempenhou um papel importante na relação do paciente com um objeto antigo de amor – da ternura original para a amargura sobre uma negação imaginada ou real. A passagem de uma interpretação do silêncio para outra não é, de forma alguma, tão óbvia quanto pode parecer à primeira vista” (p. 181). Cada contrato psicoterápico inclui, em suas disposições iniciais, uma simples declaração do método de tratamento, um compromisso financeiro claro e uma programação de horário de trabalho. Por causa de sua necessidade e desejo de ser ajudado, o paciente aceita essas condições, chega na hora marcada e começa a tarefa psicoterápica de relatar verbalmente seus pensamentos e sentimentos conscientes. O psicoterapeuta observa e escuta. Nem terapeuta nem paciente tem conhecimento do curso que a psicoterapia tomará. Verbalizações do paciente, juntamente com o silêncio do terapeuta, constituem a estrutura padrão do método. O papel acordado inicialmente em cima do paciente-falante e terapeuta-ouvinte continuará como a parte estrutural central do *setting* psicoterápico. Somente quando as primeiras intervenções do psicoterapeuta ocorrem é que o paciente se torna um ouvinte. Durante o período preparatório não verbal, se a relação que está começando é pautada em sentimentos de confiança e empatia, essa atmosfera psicoterápica permitirá ao paciente sentir que o silêncio do terapeuta lhe concede o direito de também ficar em silêncio, se ele ainda é incapaz de falar. Se o silêncio do terapeuta, no entanto, denota impaciência, tédio, indiferença ou hostilidade, será sentido pelo paciente como desaprovação, rejeição ou condenação²⁰. Às vezes sentimos uma necessidade de preencher o vácuo, para dizer algo, sem saber o que dizer. O conteúdo nos escapa. Apenas olhar em vão para o paciente entre o número infinito de possíveis combinações de fonemas, e encontrar palavras sem sentido, frases incompletas, torna-se altamente ansiogênico. Resta-nos esperar, então, presos ao nosso desconforto mudo, sabendo que, quanto mais tempo o nosso silêncio passa, mais difícil será quebrá-lo. Kahn²¹ indica que o silêncio do terapeuta tem de se relacionar com o paciente de duas maneiras diferentes, sendo uma delas o trabalho interpretativo que leva à compreensão; “o outro tipo de relacionamento, que é mais difícil de definir, é de fornecer cobertura para a autoexperiência do paciente na situação clínica”. Considerando o que se passa no paciente, Bollas²² afirma que muito da passividade e do silêncio do paciente não são resistência, mas a memória da experiência precoce da criança de estar com a mãe. Ele considera que é importante para o

terapeuta, nessas situações, estar ciente do fato de que a situação psicoterápica convida o paciente a se lembrar da relação de objeto mais antigo. “A expectativa do paciente de que o analista vai desempenhar uma função de transformação, não é necessariamente um desejo, ou uma resistência ao trabalho analítico, mas pode, de fato, ser a resposta do paciente ao convite regressivo que o espaço analítico propõe” (p. 106). O silêncio de um paciente pode ser uma forma de protestar contra a regra fundamental do tratamento estabelecido. O terapeuta pode ser incapaz, por sua própria intolerância, ansiedade, psicopatologia ou conflitos psíquicos, de responder adequadamente. Ele pode tornar-se excessivamente silencioso, por meio de identificação com o paciente, que, por sua vez, pode experimentar tal situação como rejeição ou punição. No extremo oposto do espectro, o terapeuta pode se tornar “superinterpretativo”, na tentativa de tranquilizar e “alimentar” o paciente com palavras. Se as palavras são comparáveis à comida – por causa de suas conotações orais e da função nutritiva e enriquecedora que pode ter –, o silêncio, em seguida, especialmente se prolongado e repetido, pode ser equiparado a uma forma simbólica de anorexia, em que tanto o paciente quanto o terapeuta são mantidos em um estado de fome emocional.

Ferenczi²³ aponta que um problema permanente para decidir é “quando se deve manter em silêncio e aguardar novas associações, e em que ponto a manutenção do silêncio resultaria apenas em causar mais sofrimento ao paciente”. Se o silêncio não é necessariamente um espaço vazio de tempo, mas, ao contrário, muitas vezes é cheio de significados, quando e em que condições o silêncio do terapeuta torna-se significativo e, assim, adquire o caráter de uma intervenção?

Intervenção em psicoterapia é geralmente considerada como um processo ativo, em que o psicoterapeuta diz ou faz alguma coisa. Obviamente, a maior parte do tempo, quando o paciente está sob livre associação, o silêncio do terapeuta não é uma intervenção, mas o complemento passivo de uma atividade do paciente. Somente quando o silêncio do terapeuta é sentido, consciente ou inconscientemente, como um estímulo, então ele é percebido pelo paciente como uma intervenção, desde que seja usado com uma boa dose de tato. Como Zelig¹² coloca: “o uso indevido da prerrogativa do terapeuta de silêncio, seja por omissão grave ou por incapacidade de fazer uma sutil ou oportuna intervenção (talvez apenas um grunhido ou um ‘ah!’), podem ter efeitos notavelmente indesejáveis”. Não raro, o silêncio do terapeuta é sentido pelo paciente como uma ameaça. Ele poderá sentir-se diminuído na sua incapacidade de realizar ou, mesmo, sentir-se culpado pela falta de associações/verbalizações do seu terapeuta. Porém, mais frequentemente, o paciente sente o silêncio do terapeuta como um momento de acolhida e reage positivamente a ele.

Nesses casos, embora em um deles o silêncio tenha um caráter ameaçador e, no outro, um caráter empático, em ambos o silêncio do terapeuta é encarado como uma intervenção. Ademais, o silêncio, por vezes, pode ser o melhor caminho para frustrar a necessidade do paciente de provocar o terapeuta, seja através de palavras ou condutas agressivas, seja através de silêncios prolongados. Nesse processo, o silêncio do terapeuta é sentido como uma frustração, uma vez que o paciente deseja provocar raiva no terapeuta. A frustração da necessidade de chocar ou provocar o terapeuta pode levar à expressão de afetos reprimidos

que, por sua vez, conduzem à exploração da motivação subjacente à necessidade de provocar ou assustar o terapeuta. O silêncio do terapeuta é inesperado e torna-se, então, uma intervenção.

A maioria das razões pelas quais o terapeuta permanece em silêncio é inerente à sua função no *setting*. Um silêncio um pouco menos deliberado ocorre quando o psicoterapeuta está em conflito sobre o que dizer ou como dizê-lo, e decide que o caminho mais seguro é manter-se calado. Nesse sentido, Brockbank²⁴ refere que o silêncio do terapeuta é frequentemente resultado da sua contratransferência, a qual, muitas vezes, é racionalizada como neutralidade. Isso pode influenciar o paciente a também permanecer em silêncio, e apenas a compreensão dos sentimentos contratransferenciais permitirão ao terapeuta compreender o significado dessas situações no processo terapêutico.

Se a psicoterapia de orientação analítica/psicanálise está principalmente preocupada com a atribuição de sentido à comunicação dos pacientes, e se acreditamos que os silêncios podem ser expressivos, então uma das nossas mais importantes – e não menos difíceis – funções como terapeutas é aprender sobre seus mundos interiores através da escuta dos seus silêncios, tão significativos quanto as suas palavras.

Considerações finais

Com a elaboração deste trabalho, foi possível explorar os possíveis significados do tema “silêncio em psicoterapia”, bem como ampliar o conceito inicial do significado do silêncio para além do caráter resistencial no *setting* terapêutico, nos convocando a acolher mais pacientemente os momentos silenciosos dos pacientes em nossa prática clínica. Acolher os silêncios dos pacientes significa, acima de tudo, oferecer uma escuta verdadeiramente psicoterápica que, em nosso entendimento, está para além de apenas ouvir as palavras, mas que igualmente se define pelo não dito, pela comunicação silenciosa firmada entre a dupla terapêutica.

Referências

1. Oliveira V, Campista V. O silêncio: multiplicidade de sentidos. Sinais: revista eletrônica, Vitória, CCHN, UFES, n.2, v.1, p. 107-120, out. 2007
2. Freud S. Estudos sobre histeria (1893-1895). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro; Imago; 1969. v. 2. p.309-367
3. Freud S. A dinâmica da transferência. Obras Completas. Vol. XII. Imago Editora: Rio de Janeiro, 1912
4. Arlow JA. Silence and the theory of technique. J. Amer. Psychoanal. Assn., 1961, 6:44-55
5. Freud S. Recordar, repetir, elaborar (1914). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro; Imago; 1969. v. 12. p.191-203

6. Ferenczi S. (1916-17). Silence is golden. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: Maresfield Reprints, 1980
7. Abraham K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected Papers on Psycho-analysis*. London: Hogarth Press, 1949
8. Sharpe EF. Psycho-physical problems revealed in language: an examination of metaphor *Int. J. Psychoanal.* 21:201-213 1940
9. Fliess R. Silence and verbalization. A supplement to the theory of the analytic rule. *Int. J. Psychoanal.* 1949; 30:21-30
10. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton, 1945
11. Sabbadini A. Listening to silence. *Scandinavian Psychoanalytic Review.* 1992, 15; 27-36
12. Zelig MA. The Role of Silence in Transference, Countertransference, and the Psychoanalytic Process, *Int. J. Psycho-Anal.*, 1960; 41: 407-412
13. Freud S. *The psychopathology of everyday life*. Standard Edition 6, 1901.
14. Anthi PR. Non-Verbal Behaviour and Body Organ Fantasies. Their Relation to Body Image Formation and Symptomatology. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1986, 67:417-428
15. Kris E. *Psychoanalytic Explorations in Art*. New York: International Universities Press, 1952 p. 55 (fn. 78).
16. Bollas C. *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. 1987. London: Free Association Books.
17. Weinberger JL. A triad of silence: silence, masochism and depression. *Int J Psychoanal.* 1964; 45: 304-09
18. Modell AH. Affects and their non-communication. *Int J Psychoanal.* 1980; 61: 259-67
19. Reik T. (1926). In the beginning is silence. In *The Inner Experience of a Psychoanalyst* London: George Allen & Unwin, 1949
20. Winnicott DW. Ódio na contratransferência (1941). In: D. W. Winnicott, *Da Pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago, 2000
21. Kahn MMR. (1963). Silence as communication. In: *The privacy of the self*. London: Hogarth Press, 1972:168-180
22. Bollas C. The Transformational Object. *Int. J. Psycho-Anal.* 1979, 60:97-107
23. Ferenczi S. The Elasticity of Psychoanalytic Technique (1928), in *The Selected Papers of Sandor Ferenczi*, Vol. III, 89, Basic Books, New York, 1955
24. Brockbank R. On the analyst's silence in psychoanalysis: a sunthesis of intrapsychic contente and interpersonal manifestation. *Int J Psychoanal* 1970; 57; 457-64

Correspondência

Nathália Janovik da Silva

Rua Ramiro Barcelos, 2350, bairro Rio Branco

90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil

janovik.nathalia@gmail.com

Submetido em: 01/09/2015

Aceito em: 20/10/2015