



ARTIGO DE REVISÃO

Ecos do silêncio

Fábio Bisol Brum^a

^a Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica de Adultos pelo CELG/UFRGS e em Psicoterapia Psicanalítica de Crianças e Adolescentes pelo IEPP. Membro Aspirante da SPPA. Porto Alegre, RS, Brasil

Instituição: Centro de Estudos Luís Guedes.

Resumo

A complexidade do silêncio para a teoria psicanalítica e as dúvidas sobre como diferenciar suas múltiplas formas de manifestação em psicoterapia me motivaram a escrever este trabalho. Além do já conhecido papel do silêncio como manifestação de resistência no tratamento psicoterápico, o estudo do silêncio como via comunicativa possibilita a compreensão de aspectos primitivos ou precariamente representados na mente dos pacientes. Esse tema vem gerando debates de grande relevância na atualidade da clínica psicoterápica. Iniciando pelos meus questionamentos, procurei compreender as diferentes formas do silêncio e a importância dessa diversidade para a técnica. Construo uma linha de pensamento na qual a ausência de palavras também revela a organização das estruturas psíquicas. Chego à conclusão de que o silêncio é uma comunicação fundamental, assim como a fala, que possibilita uma abertura ao mundo interno do paciente e expressa, pelos ecos que flutuam pela relação transferência-contratransferência, aquilo que não foi possível pensar e/ou dizer.

Palavras-chave: Psicoterapia; Psicanálise; Comunicação; Comunicação não verbal.

Abstract

My motivation to write this paper was to understand the complexity of silence in psychoanalysis. Besides the already known role of silence as a manifestation of resistance in psychotherapy, the study of silence as a communicative way expands the understanding of primitive aspects or poorly represented states in patient's mind. This topic has been generating highly relevant debates in current psychotherapy. I am willing to discuss the multiple forms of silence and the relevance of this diversity to the technique. Therefore, I constructed a line of thinking in which the absence of words may reveal the organization of psychic structures. Furthermore, by having this line of thinking as a reference, my conclusion is that silence is a fundamental means of communication, as well as speech, which enables an open door to the inner world of the patient and his communication capability through the echoes that float through transference-countertransference, through what was not possible to be thought and/or said.

Keywords: Psychotherapy; Psychoanalysis; Communication; Non verbal Communication.

Introdução

“O silêncio do fundo dos mares deve ser o mesmo do ventre materno”¹

O que é o silêncio para a psicanálise? Quais são suas qualidades e funções? E sua importância no desenvolvimento psíquico? Como é vivenciado em psicoterapia?

O objetivo deste trabalho é tecer algumas ideias relacionadas a tais questões, visando compreender a diversidade do silêncio na clínica e os significados deste para a teoria psicanalítica. A técnica psicoterápica de orientação analítica atual estimula o terapeuta a captar diversas formas de expressão do psiquismo, tanto verbais quanto não verbais. Nesse sentido, o estudo do silêncio como uma das vias de comunicação é fundamental para ampliar a capacidade de compreender aspectos intrapsíquicos do paciente ou intersubjetivos na sessão.

Ademais, formas de comunicação primitivas não verbais possibilitam uma aproximação com os pacientes de difícil acesso e de zonas psíquicas que carecem de representações. Alcançar esse objetivo auxiliaria a pensar na técnica indicada para lidar com os silêncios nas sessões, principalmente com pacientes que apresentam precariedade de representações.

O caminho que pretendo percorrer inicia com uma breve contextualização histórica do silêncio na psicanálise, partindo de Freud e de alguns de seus contemporâneos. Em seguida discuto algumas questões referentes à contribuição estruturante do silêncio para o psiquismo, apoiado, principalmente, nas ideias de Winnicott. Na terceira parte do trabalho discuto sobre os ecos do silêncio que aparecem na sessão para

comunicar uma parte silenciosa do *self*. Por fim, ilustro, com vinhetas clínicas, formas de trabalhar com o silêncio de maneira a permitir um espaço que favoreça a construção simbólica.

A cura pela fala e a fala pelo silêncio

Início pelas seguintes ideias: o silêncio *existe* como ausência ou interrupção na fala. É um estado, uma condição: estar em silêncio. Ocupa um lugar e um tempo. Pode representar uma sensação de calma, paz e tranquilidade, mas também pode ocultar algo não dito, algum segredo, sigilo. Portanto, comunica. Se admitirmos sua qualidade de representar e comunicar, é possível ser significativa. Na psicoterapia pode aparecer de duas formas: como resistência, mecanismo de defesa e expressão de desinvestimento pulsional, ou como elaboração, espaço necessário para pensar e significar vivências. Possui uma característica invariável: é comunicativo.

A psicanálise, desde sua origem, destaca o poder da fala na cura dos pacientes. Pela hipnose e pelo método catártico, Freud² percebeu na fala a conexão da linguagem com o inconsciente, sendo a comunicação verbal fundamental para a aproximação aos conteúdos reprimidos. Ao falar, dizemos mais do que pensamos dizer, pois revelamos, pelo material manifesto, o conteúdo latente inconsciente. A regra básica da psicanálise é falar livremente sem restrições morais e éticas, favorecendo associações livres. Dentro desse contexto, o silêncio pode ser considerado como resistência ao processo analítico.

Para Nasio³, as primeiras contribuições sobre a ausência da fala dos pacientes foram escritas por Karl Abraham e Ferenczi, comparando-a à satisfação pulsional erótico-anal. Lembra que, para Ferenczi, o silêncio do paciente corresponde ao prazer anal de retenção, sendo as palavras o tesouro a ser guardado. O prazer em calar-se ocorre pela retenção da descarga de palavras, tal qual a satisfação pela retenção da descarga dos excrementos. Durante o período de 1919 a 1935, autores como Abraham, Reich e Fenichel associaram o silêncio ao conceito técnico de defesa contra o erotismo. Porém, coube a Reik o mérito de reverter a ideia de um silêncio defensivo, agregando um significado de abertura ao mundo interno: “Não seria justo, no entanto, atribuir os resultados da psicanálise unicamente ao poder das palavras. Seria mais exato dizer que a psicanálise prova o poder das palavras e o poder do silêncio” (p. 19)⁴.

Robert Fliess⁵ destaca a relação do desenvolvimento da pulsão com o aparelho de linguagem, afirmando que “funcionaria então conforme o modelo de atividade erógena de uma zona particular” (p. 63). Para o autor, existem três tipos de linguagem regressiva erótico-parcial, as quais cada uma “parece ter suas realizações condicionadas pelas características funcionais da atividade excretora cujo papel se vê obrigado a desempenhar” (p. 63), cabendo à análise conduzir a abandonar esses distúrbios para recuperar a normalidade do discurso.

Aos três tipos de linguagem regressiva, chamados por Fliess⁵ de erótico-uretral, erótico-anal e erótico-oral, existem silêncios-base correspondentes à produção excretora retida. O paciente, quando para de falar, pode estar retendo a palavra conforme retém a excreção correspondente a um dos três tipos de linguagem regressiva. Desse modo, a ausência de comunicação verbal representa o temor, deslocado para a palavra, de

incontinência. Dos três tipos, o silêncio erótico-uretral seria a forma mais normal, perceptível como uma pontuação numa conversa corrente. A função deste é controlar o afeto regressivo como se impedisse a satisfação pulsional erótica uretral. O erótico-anal aparece como inibição da fala, no discurso, de forma incongruente e perturbadora. A pessoa paralisa e apresenta dificuldades para retomar a fala, demonstrando um estado de tensão e conflito. A interrupção do discurso parece involuntária com objetivo de controlar o afeto regressivo, funcionando o aparelho da linguagem semelhante ao modelo anal. Sendo as palavras semelhantes aos excrementos, o silêncio assume a função de constipação verbal. No modelo erótico-oral, o silêncio não interrompe e não suspende o discurso, mas substitui uma verbalização. A pessoa não demonstra sofrimento ou conflito, ficando calada por um longo período, retomando o discurso geralmente de forma espontânea. É a forma mais regressiva, pois a ausência da palavra lembra a criança antes de desenvolver a linguagem. Nesses casos ocorre uma identificação primária com o terapeuta, que é incorporado pelo paciente, deixando de existir como objeto do mundo externo. Sua influência fica suspensa e a transferência fica caracterizada pela sua forma arcaica.

Considero importante destacar o silêncio no modelo erótico-oral. A ausência de palavras substituindo uma verbalização é a forma de comunicação mais primitiva e predominante no início do desenvolvimento. Mesmo sem palavras, ocorre uma comunicação por gestos, olhares, projeções e introjeções, identificação projetiva e introjetiva entre mãe/bebê, terapeuta/paciente.

É de grande utilidade à compreensão dessas diferenças observar e descrever, conforme sugere Fliess: a *forma* como começa o silêncio; o *grau* e o *tipo* de oposição à palavra e à comunicação do pensamento pelo silêncio; o *comportamento* durante o período que permanece quieto; o *cessar*, a reação do paciente quando estimulado a retomar a verbalização. Estar atento a tais características torna possível diferenciar as qualidades do silêncio⁵.

No caso de uma paciente, que chamarei de B, os momentos em silêncio me geravam a sensação de haver algo trancado, obstruído, não podendo ser liberado. Sentia-me preso nas minhas intervenções, um tanto quanto inúteis, e percebia, pelos seus gestos, uma contração e tensão muscular semelhante ao esforço das crianças para segurar as fezes. Por algum tempo pensei sobre essa percepção e pude lhe falar como a percebia tensa e obstruída com os nossos silêncios. Em seguida, ela comenta sobre sua dificuldade de defecar ao falar: “faz tempo que não consigo ir aos pés”. Interpreto dizendo: “assim como não consegue ir aos pés, também sente a mesma dificuldade para falar sobre assuntos que imaginas que iriam me agredir”. Responde dizendo ter medo de me dizer algo que possa me deixar brabo com ela.

Nessa ilustração, o silêncio assume diferentes funções simultaneamente. O não falar protege um ego frágil temendo ser retaliado caso descarregue, via palavra, a pulsão agressiva contida. Ao comunicar uma dificuldade, também possibilita ao terapeuta observar, sentir o estado emocional e compreender o conteúdo latente reprimido.

Em 1963, Masud Khan⁶ escreveu sobre a experiência de tratar um adolescente silencioso. A função primária do silêncio era comunicar, pela transferência, um relacionamento perturbado com a mãe na primeira infância. O autor enfatiza a importância da compreensão, pela contratransferência, da afetividade e das relações objetivas arcaicas expressas por meio da postura silenciosa. Ao compreender a apatia e a inércia como um pedido de ajuda, percebe a falta da comunicação verbal como uma linguagem capaz de expressar conflitos intrapsíquicos.

Pela contratransferência, Khan sentia uma sensação penosa ao lidar com a ausência das palavras. Insistindo na evolução do processo analítico para se ajustar às necessidades do paciente, vivenciava os silêncios junto a ele, observando suas expressões corporais e a “atmosfera do seu estado de espírito” (p. 209). A continência e perseverança possibilitaram perceber uma diferença entre mudez e silêncio, afirmando ser o primeiro um estado mais destrutivo e agressivo, enquanto o segundo, benigno ou neutro. Tal diferença tornou-se fundamental à técnica adotada nesse caso. Apesar de sentir-se tentado a sacudir o paciente, acordando-o para a vida, optou por trabalhar, dentro de si, a vontade de agir sobre ele com interpretações verbais, sabendo que, interferindo desse modo, o paciente ficaria ainda mais calado, potencializando a resistência ao tratamento. Kahn sentia-se preso no silêncio e com base neste sentimento pode compreender o silêncio como “um todo concatenado e ativo” (p. 211) que expressava a relação do paciente com sua mãe na infância, à qual estava preso. A assiduidade e pontualidade do paciente demonstravam seu empenho para enfrentar as dificuldades ambientais e chegar às sessões, tornando possível ao terapeuta perceber os aspectos libidinosos que o fizeram pensar nos significados latentes do silêncio para além da resistência⁶.

Entendo que a ausência de palavras também comunicava mudanças no estado do paciente, e a diferenciação da fenomenologia do silêncio só era possível distinguindo o papel analítico transferencial na relação terapêutica, reencenando dentro do *setting* as experiências infantis via regressão.

A experiência adquirida por Khan⁶ nesse caso resultou numa importante contribuição à técnica para lidar com pacientes silenciosos. Destaca ser fundamental: prestar atenção consciente, concentrada e alerta; escutar com a mente e o corpo, utilizando catexias agressivas neutralizadas, como cansaço, desinteresse e tédio, na atenção ao que acontece na sessão; fazer algumas inferências sobre as mudanças de estado de espírito e, no final, comentar, como um breve resumo, o que ocorreu na sessão, indicando a observação e atenção do terapeuta ao paciente, assim como ocorre na relação entre mãe e bebê; manter empatia com o estado mental e os sentimentos, sem ser esmagado por eles. Desse modo, o terapeuta apresenta-se como um modelo capaz de falar e perceber sentimentos, emprestando sua capacidade de ego ao paciente, que, por sua vez, não vivencia o silêncio do terapeuta como resistência ou punição à sua mudez.

O silêncio pode manifestar uma forma de proteger o *self* e o objeto contra a agressão, paralisando as funções do ego. Uma recomendação importante é o terapeuta ter o cuidado de não interpretar motivado pela irritação ou pelo cansaço, provocando culpa ou sentimento de reprovação, acentuando a necessidade do paciente de proteger-se dos sentimentos agressivos⁶.

O silêncio estruturante do psiquismo

A compreensão sobre a diversidade do silêncio pela psicanálise possibilitou uma evolução da teoria e da técnica, ampliando a forma de pensar sobre o mesmo no desenvolvimento psíquico. Considero o trabalho de Winnicott⁷ *A capacidade para estar só* de grande relevância nesse sentido. Para o autor, o paciente pode demonstrar tal capacidade quando fica em silêncio durante um período ou até mesmo ao longo de uma sessão. É uma conquista, um sinal de amadurecimento psíquico.

A capacidade de estar só é diferente de estar sozinho, pois ocorre na presença de outra pessoa. É necessário ter uma boa relação com o objeto primário, que, ao ser introjetado como objeto bom, proporciona segurança à criança de que sua mãe existe independente de sua presença ou ausência. Naturalmente essa capacidade é desenvolvida a partir de maior integração e diferenciação entre *self* e objeto⁷.

A criança a brincar sozinha (na presença do objeto) vivencia um momento consigo mesma, podendo tornar-se não integrada, devanear e permanecer por algum tempo num estado de não orientação em relação aos estímulos externos. Tal vivência propicia uma experiência do id, na qual o surgimento de um impulso ou sensação poderá ser sentido como real e verdadeiro⁷.

Winnicott⁷ afirma que a capacidade de estar só “é um fenômeno altamente sofisticado [...] intimamente relacionado com a maturidade emocional” (p. 37). Sua base consiste na experiência de estar só na presença de alguém, como um ego consistente de apoio, auxiliando aqueles que possuem uma organização psíquica mais fragilizada. As experiências do id e suas conexões com o ego fortificam e amadurecem as capacidades egoicas. Gradualmente o ambiente auxiliar do ego pode ser introjetado e construído dentro da personalidade do indivíduo, favorecendo o desenvolvimento de sua capacidade de estar realmente só.

O mesmo efeito do brincar só da criança acontece com os pacientes numa sessão de psicoterapia. O silêncio pode representar o momento no qual o paciente entra em contato consigo mesmo, brincando com seus objetos internos e experimentando seu id entre devaneios e sonhos acordado. A presença do terapeuta, semelhante à da mãe na relação com a criança, pode ser pensada como um objeto disponível para fazer parte dessa experiência. Ao acompanhar o silêncio dos pacientes, o terapeuta faz mais do que assegurar um ambiente adequado e propício. Ele vivencia sentimentos, sensações e devaneios, podendo significá-los com o paciente ao comentar sobre as experiências no aqui e agora.

O silêncio é assim a “respiração” (o fôlego) da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido se faça sentido. Reduto do possível, do múltiplo, o silêncio abre espaço para o que não é “um” (da unidade, sentido fixo), para o que permite o movimento do sujeito⁸.

Ecos do silêncio

Diferenciar a qualidade do silêncio numa sessão definitivamente não é uma tarefa simples (se é que existe tarefa simples em psicoterapia). Exige atenção por parte do terapeuta aos fenômenos do campo analítico, para observar e compreender as múltiplas formas de comunicação do paciente, como, por exemplo, a não verbal. Olhares (ou falta de um), gestos, movimentos ou paralisias podem auxiliar nessa complexa tarefa, assim como prestar atenção nos sentimentos, sensações e pensamentos que circulam dentro do terapeuta nos momentos de silêncio.

Entretanto, mesmo estando atento às múltiplas formas de comunicação, o que teremos serão *ecos do silêncio*. Por mais que o silêncio possa ser uma porta de entrada para o mundo interno do paciente ou momentos de resistência, elaboração e significação, o conteúdo do material comunicado será de resíduos, e nunca partes inteiras, das experiências emocionais.

Na mitologia grega, Eco era uma ninfa das montanhas (Oréades) portadora de belíssima voz e que adorava falar. Zeus utilizava o dom de Eco para distrair Hera enquanto satisfazia-se na companhia das ninfas. Ao descobrir que era enganada, Hera amaldiçoa Eco a repetir somente a última palavra dos outros, ficando impossibilitada de começar uma conversa. Vagando certo dia pelos bosques, encontra Narciso, um homem belo que despertava paixão em homens e mulheres. Eco logo se apaixona pela beleza dele e passa a segui-lo pelos bosques. Sentindo-se perseguido, Narciso intimida, com palavras, seu perseguidor a sair do esconderijo. Eco, repetindo somente as últimas palavras e não podendo falar sobre seus sentimentos, aparece e tenta se expressar por gestos. Mas o belo rapaz desdenha sua admiradora, aumentando seu sofrimento⁹.

Assim como a ninfa, o inconsciente não pode nos dizer exatamente o que ocorre, mas expressa, por meio de representantes, o conteúdo latente que dele se origina. Tanto pela fala quanto pelo silêncio, podemos perceber os ecos do que não pode ser comunicado diretamente, seja pelo conteúdo reprimido, seja pela ausência de representações. Apesar da fala ser mais elaborada e facilitar a comunicação, o silêncio, por ser anterior e um meio de comunicação menos evoluído, possibilita uma aproximação maior com o primitivo e as relações objetais arcaicas.

O paradoxal do silêncio é sua capacidade de comunicar aquilo que se torna difícil de colocar em palavras. Mas como compreender essa forma de comunicação? Não me refiro a decifrar uma linguagem de sinais e gestos corporais. Escrevo sobre uma forma de comunicação primitiva, porém sofisticada, que exige do terapeuta disponibilidade para tolerar a ausência de palavras. De acordo com Bion¹⁰, o trabalho do negativo abrange a capacidade do terapeuta de tolerar o não saber, o não dito, o não representado. Para Zimerman¹¹, a capacidade negativa é indispensável para o analista suportar as dúvidas e incertezas de uma situação analítica, auxiliando a conter dentro de si os sentimentos angustiantes despertados pela contratransferência.

Concordo com Winnicott¹² quando afirma que inicialmente o lactente, apoiado pelo ambiente facilitador e pela sua onipotência, mantém uma relação subjetiva com os objetos, criando e recriando-os dentro de si. O ambiente facilitador possibilita ao objeto criado ser encontrado, tornando a experiência satisfatória.

Na fase inicial do desenvolvimento, por meio da comunicação silenciosa e a partir dos objetos subjetivos, é formado um núcleo da personalidade que não se comunica de forma explícita com os objetos percebidos objetivamente. Ao longo da maturação do intelecto, a relação com os objetos passa de subjetiva a objetiva, interferindo diretamente na comunicação. Ocorre uma mudança na qual o indivíduo utiliza e aprecia os modos de comunicar-se. Porém, esconde uma parte do *self*, mantendo um núcleo pessoal autêntico isolado. Ocorre uma divisão do *self* na qual uma parte comunica-se silenciosamente com os objetos subjetivos, enquanto outra, de forma explícita ou confusa, com os objetos percebidos objetivamente. É uma divisão natural nas pessoas, análoga à necessidade dos artistas de comunicarem por meio de suas obras, coexistindo com a necessidade de nunca serem decifrados. O núcleo isolado da personalidade estaria relacionado “ao conceito de realidade psíquica de Freud e do inconsciente que nunca pode se tornar consciente” (p. 168) e que se revela como experiências pessoais. A área de comunicação silenciosa do indivíduo com fenômenos subjetivos é uma base importante para o desenvolvimento do ego e do sentimento de ser real¹².

Sugiro que normalmente há um núcleo da personalidade que corresponde ao eu verdadeiro da personalidade split; sugiro que este núcleo nunca se comunica com o mundo dos objetos percebidos, e que a pessoa percebe que não deve nunca se comunicar com, ou ser influenciada pela realidade externa. [...] Embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado... No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável (p. 170)¹².

As experiências precoces traumáticas e perturbadoras, resultantes de falhas da mãe-ambiente, levam à organização de defesas primitivas para proteger a parte do núcleo do eu isolada da ameaça de ser encontrada e alterada, resultando em seu ocultamento. De forma semelhante, os pacientes em psicoterapia psicanalítica podem reagir quando se sentem penetrados profundamente em aspectos de suas personalidades. O silêncio pode surgir como um mecanismo de proteção dessa parte. Cabe ao terapeuta se permitir, assim como a mãe com o lactente, ser, por um tempo, objeto subjetivo, silencioso e manipulado pela onipotência do paciente, conectando-se com a parte do *self* protegida e isolada. Desse modo, auxilia no desenvolvimento do ego, não ameaçando o núcleo de sua personalidade. Nessas situações, esperar é mais prudente do que interpretar. A proteção da parte isolada em relação às ameaças do ambiente, aliada à percepção objetiva do objeto, favorece a restauração das múltiplas formas de comunicação entre paciente e terapeuta, sendo a linguagem uma delas¹².

Para Winnicott¹², existe um período transitório entre a relação subjetiva e objetiva com os objetos, no

qual fenômenos e objetos transicionais se tornam fundamentais para a formação da capacidade simbólica. Da mesma forma, tal transição ocorre ao longo das sessões de psicoterapia, e transitar junto com os pacientes, nos momentos de silêncio, permite ao terapeuta simbolizar aquilo que não pode ser ainda simbolizado e comunicado objetivamente pelo paciente.

Estamos diante de três formas de comunicação: uma para sempre silenciosa; outra explícita, indireta e agradável; e a terceira intermediária, na qual se desenvolve o simbolismo¹². Penso ocorrer, na terceira e intermediária forma, uma comunicação entre aquilo que deve permanecer isolado, oculto silenciosamente, e o que se deseja falar e expressar para o outro. É nessa área intermediária que o paciente, em silêncio e estando só, pode comunicar ao terapeuta o que não pode ser dito por palavras ou gestos. Quando alcançar outra forma de comunicação, como a linguagem verbal, o conteúdo presente nessa área sofrerá distorções.

Contudo, Winnicott¹² aponta para dois opostos da comunicação: a não comunicação simples e a não comunicação ativa. A primeira é a comunicação pelo silêncio, enquanto que no outro oposto a negação do silêncio preenchendo os espaços com falas e narrativas sem sentido, vazias de significado. Mas como podemos reconhecer um silêncio como comunicação e a fala como não comunicação?

A contratransferência pode ser uma via. Por ser um conceito amplo, considero neste trabalho o aspecto comunicativo entre inconscientes, via identificações projetivas e introjetivas. Nas vinhetas que seguem, busco ilustrar como o exame da contratransferência auxilia na compreensão de uma paciente que chamarei de A.

Em psicoterapia com frequência de duas sessões semanais, A permanece prolongados períodos sem falar. Ao perceber sua dificuldade para responder a minhas perguntas, decido acompanhá-la em seu silêncio. Em determinada sessão, ficamos cinquenta minutos em silêncio, restringindo-nos apenas às saudações e a um breve comentário meu sinalizando sua dificuldade para falar.

Na sessão que segue, a paciente estava em tratamento há um ano. Observo seus olhos quase fechados ou fixos em lugares variados do consultório. Em alguns momentos, estabelece contatos visuais comigo, comunicando, penso, sua insegurança e alívio por perceber minha presença. Ficamos em silêncio por vinte minutos desde sua entrada. Procuo observar meus sentimentos e pensamentos ao longo da sessão, sem deixar de prestar atenção nos seus gestos. Em alguns momentos, A fica paralisada, como se estivesse vagando em seus pensamentos. Começo a me sentir um tanto quanto indignado: “Será que novamente terei de ir ao encontro dela? Ou fico em silêncio aguardando que comece a falar? Que tipo de silêncio é esse? Os nossos silêncios são diferentes um do outro, sendo às vezes uma resistência e às vezes acolhedor. Pô! Ela está pensando sozinha e deve saber que estou aqui aguardando para pensar com ela. Mas por que é tão difícil começar a falar? Talvez esteja com vergonha de me dizer algo. Talvez possa estar sentindo meu silêncio como uma retaliação, como se eu estivesse brabo. Estou sentindo ela triste. Seu olhar é de quem pede ajuda. Estou aqui como uma mãe olhando para seu o bebê! Talvez precise que eu suporte essa angústia. Talvez precise da minha energia, já que a sua parece esgotada. Tenho a impressão de que possui uma reserva de libido muito limitada para investir em si e nos outros.”

Partindo dos meus pensamentos sobre o que sentia e observava na sessão, falo para A, de forma calma, num tom baixo e pausadamente: “Pode ser impressão minha, mas estou te sentindo um tanto quanto desanimada, triste, sem energia para falar.”

A paciente respondeu concretamente o que sentia. Falou sobre uma forte dor de cabeça, para a qual buscava alívio utilizando um pano quente para cobrir os olhos. Comentou sobre a vontade de arrancá-los para se aliviar. Levando em conta que essa dor é considerada por seu neurologista como tendo forte componente psicossomático, pensei: Por que arrancaria os olhos? Deve ter algum significado, ou ausência de, que os torne a região onde se concentra a dor. Pergunto: “O que será que teus olhos enxergam que possa causar tanta dor e vontade de arrancá-los?”

A paciente responde com silêncio. Minha mente se agita e fico com vontade de fazer mais perguntas, como se fosse um detetive. Penso em exercitar minha capacidade de tolerar o não saber, afinal, muitas vezes a paciente não responde minhas colocações ou perguntas e, quando responde, geralmente é dizendo um “não sei” vazio que bem representa seu mundo interno. Mais calmo, aguardo algo surgir. Em seguida, ela comenta sobre a saúde debilitada de seu pai. O material que surge possibilitou-lhe questionar sobre a vontade de arrancar os olhos correspondendo à vontade de não enxergar a passagem do tempo e o medo de perder seus pais, associado à insegurança para cuidar de si mesma. Sua resposta é um silêncio prolongado, aparentemente utilizado para pensar e elaborar a interpretação. Ela interrompe para lembrar que em alguns dias completaríamos um ano de tratamento. Conversamos sobre seus sentimentos relacionados ao tempo de tratamento e, após essa breve conversa, digo: “Então podemos pensar que existe o lado bom e o lado ruim do tempo. O tempo que envelhece e pode afastar as pessoas e o tempo que aproxima. Como aqui, ao longo deste ano nos conhecemos, criamos um vínculo e estamos fazendo aniversário.” Após breve período em silêncio, a paciente lembra as aves domésticas que sua mãe havia assistido nascer em seu quintal, tendo ela acompanhado o período de chocagem dos ovos. Sua associação me faz lembrar a minha sensação de estar assistindo ao nascimento de seu psiquismo. No final da sessão, digo: “E será que aqui ao longo deste ano nós também não estávamos chocando um ovo? Antes, tinha a impressão de que era mais difícil saber o que pensavas e sentias. Ao longo deste ano, conquistastes um espaço para pensar sobre teus sentimentos, sobre o que acontece ao teu redor, como se fosse um segundo nascimento.” Ela responde concordando e ao longo dos minutos finais mantém seus olhos em contato com os meus, em silêncio, até nos despedirmos.

Em seguida apresento outra sessão com a mesma paciente, quando estamos prestes a completar dois anos de psicoterapia. Paciente entra no consultório e ficamos em silêncio. Há algum tempo os silêncios não se manifestavam de forma tão marcante nas sessões, mas se intensificaram quando começamos a trabalhar sentimentos agressivos presentes na transferência.

Ao longo do silêncio, percebo meus pensamentos vagando entre assuntos do meu interesse. Surge a dúvida: “Será que estamos os dois pensando sozinhos, cada um com seus interesses? Percebo ser difícil me aproximar do conteúdo de seus pensamentos, como se estivessem cercados por uma muralha defensiva

intransponível. Falta-me vontade para perguntar o que está pensando. Quando lhe faço essa pergunta, sua resposta geralmente é um ‘não sei’ ou ‘nada’ carente de representações e defensivo. Sinto-me agredindo sua intimidade, tentando invadir sua fortaleza do pensar tão bem protegida. Estou cansado, já não sei o que fazer. Venho tentando, de diversas formas, uma aproximação, mas acabo me sentindo um violentador, um cúmplice, um fracassado. Fico com raiva de mim por me sentir assim. Fico com raiva dela por me atrair para perto e depois me afastar com os ‘não sei’ e silêncios monótonos. O que fazer? Encaminhar? Desistir? Talvez alguém possa ajudá-la mais do que eu, mas ela vem mostrando alguma evolução. Temos um bom vínculo. O que fazer?”

Lembro de algumas orientações de Khan⁶ para lidar com os silêncios na sessão: prestar atenção no paciente e transformar catexias agressivas do terapeuta em investimento libidinal ao paciente. Sigo atento às expressões da comunicação pré-verbal e, depois de trinta minutos de silêncio, lhe digo que parece sozinha com seus pensamentos e que de tempo em tempo me olha para ver se sigo aqui acompanhando-a.

Após um breve silêncio, a paciente responde sobre o som que faz de mastigar dormindo. Fico perplexo e em dúvida. Ao lhe perguntar o que pensava sobre esse som, comenta que come ar dormindo. Em seguida, lembro de uma sessão anterior, na qual conversávamos sobre um médico que havia lhe dito que estava comendo ar, mas ela não entendia o que significava. Naquela ocasião conversamos sobre sentir-se ansiosa e comer rápido, mastigando pouco e junto ao alimento engolindo ar, gerando uma sensação de estar cheia, com gases e desconforto estomacal. Mas e hoje? Comer ar dormindo? Ela parece dormindo aqui no meio de tanto silêncio. Eu fico com sono, com vontade de dormir e tenho que me esforçar para ficar acordado. Ar, vazio, silêncio, o que alimenta ela aqui na sessão? Será que minhas palavras são como ar, alimento vazio? Seguimos em silêncio, e, ao questionar sobre o que estava pensando, me responde: “nada”.

Percebo na sessão a manifestação de dois tipos de silêncio ocorrendo simultaneamente: um pela carência de representações e outro protetor de algo que não quer (e ao mesmo tempo quer) falar. Comento sobre o silêncio sinalizar que algo poderia estar incomodando ela, mas que talvez não estivesse conseguindo me dizer. Responde: “Está tudo destruído. O que foi destruído não volta atrás.”

Como em sessões anteriores, a paciente não diz o que foi perdido, destruído e não volta mais. Entendo seu silêncio, em parte, como desinvestimento, buscando ao mesmo tempo proteger e atacar desvalorizando (“não é nada”) aquilo que em imaginação fora destruído. Digo-lhe que percebo seu silêncio como forma de manter o conteúdo destruído e afastado do nosso encontro.

Os silêncios se mesclam. Formam um conjunto de desinvestimento e de defesa contra o pensamento e a reparação, agravado pela precariedade de representações. Um silêncio audível pela contratransferência. Depois de um breve período sem falar, me diz: “O que foi destruído não volta, a não ser voltando no passado, como o Super-Homem.” Nesse momento, a fala da paciente possibilitou compreender o silêncio como dificuldade de investir em mim enquanto um objeto diferente do objeto onipotente predominante em suas fantasias.

A paciente pode, nas sessões seguintes, falar o que antes não conseguia. Seguiu um período no qual começou a falar mais, abrindo novas possibilidades de diálogos. Porém, ao longo dos anos seguintes, os períodos silenciosos retornavam, oscilando com períodos de maior comunicação verbal.

Com os exemplos clínicos, procurei ilustrar uma maneira de trabalhar, em psicoterapia, com casos em que o silêncio é uma forma de comunicação frequente. O exame, pela contratransferência, dos aspectos agressivos e libidinosos presentes na relação do par terapêutico, aliado à escuta atenta da comunicação verbal e pré-verbal, possibilitou tanto aproximações do que não pode ser pensado nem dito quanto transformar esse material de difícil acesso em pensamentos e palavras.

“No desenvolvimento do lactente, viver se origina e se estabelece a partir de não viver e existir se torna um acontecimento que substitui o não viver, assim como a comunicação se origina do silêncio” (p. 173)¹².

Considerações finais

Este trabalho não teve como objetivo central aprofundar a discussão dos casos clínicos em seus aspectos diagnósticos ou de evolução no tratamento, mas apenas trazê-los como ilustrações de manifestações do silêncio na clínica e das formas de abordá-lo. Também não foram vistos em profundidade os mecanismos envolvidos na forma resistencial do silêncio. Aqui enfatizei as ideias de Winnicott, porém o mesmo tema pode ser discutido a partir de outras bases teóricas, como Bion e Green, por exemplo.

Estudar e escrever sobre esse tema me possibilitou compreender o valor comunicativo do silêncio por expressar, na ausência de palavras, uma abertura ao mundo interno e à relação entre paciente e terapeuta. Destaco que o silêncio pode revelar, ao longo das sessões, a organização do ego, assim como aspectos da severidade do superego e a movimentação das pulsões originadas do id.

O silêncio é anterior ao pensamento e ao desenvolvimento da fala. É a forma mais primitiva de comunicação e, portanto, possibilita maior aproximação aos objetos arcaicos. Pode revelar a capacidade de estar só, de devanear entre os pensamentos e entrar em contato com o mundo interno. Possibilita vivenciar experiências de id e entrar em contato com as partes mais profundas e misteriosas da mente, aproximando-se do *self* verdadeiro, núcleo da personalidade. A presença do terapeuta, como alguém que acompanha, é fundamental por emprestar sua disponibilidade para pensar e organizar tais experiências, estimulando o desenvolvimento da capacidade simbólica do paciente.

Em contrapartida, também comunica resistência, manifestação do desinvestimento no pensar. O mesmo pode ocorrer pela fala, quando utilizada para não abrir espaços para o pensamento. No mito, a conversa de Eco distraía Hera das verdadeiras intenções de Zeus. Revelado pelo vazio, pela sensação de impotência,

desesperança e sentimentos hostis, é possível perceber a presença negativa do silêncio pela contratransferência e pela observação das reações do paciente ao longo da sessão.

Concluo, portanto, que a presença do silêncio na sessão pode tanto contribuir no desenvolvimento do processo secundário e na formação do pensamento quanto estar a serviço da resistência, como manifestação dos impulsos de desinvestimento. Por ser uma comunicação primária e anterior à fala, é possível sentir sua presença como ecos que sinalizam o que ocorre com o paciente e com a dupla terapêutica. Assim como a ninfa, o eco do silêncio, ao ser percebido, não revela a totalidade do conteúdo latente, mas possibilita uma abertura ao mundo interno.

Por ter enfatizado o silêncio do paciente, considero ser importante ampliar este estudo no sentido de incluir discussões sobre o silêncio do terapeuta ou como um fenômeno do campo analítico. Este pode ser um ponto de partida para trabalhos futuros.

Referências

1. Jardim R. Inventário das cinzas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980. p. 11.
2. Freud S. Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago; 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).
3. Nasio J-D. O silêncio na psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2010. p. 10-11.
4. Reik T. No Início é só o silêncio. In: Nasio J-D, editor. O silêncio na psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2010. p. 17-24.
5. Fliess R. Silêncio e verbalização: um suplemento à teoria da “regra psicanalítica”. In: Nasio J-D, editor. O silêncio na psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2010. p. 59-80.
6. Khan M. Silêncio como comunicação. In: Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977. p. 205-219.
7. Winnicott DW. A capacidade para estar só. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. p. 31-37.
8. Orlandi EP. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. Campinas: Editora da Unicamp; 2007. p. 13.
9. Bulfinch T. O livro de ouro da mitologia: história de deuses e heróis. Rio de Janeiro: Ediouro; 2011.
10. Bion WR. Atenção e interpretação (1970). Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 131-135.
11. Zimerman DE. Bion: da teoria à prática – uma leitura didática. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 79.

12. Winnicott DW. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes médicas; 1983. p. 163-174.

Correspondência

Fábio Bisol Brum

Rua Felipe Neri, 366, sala 405, bairro Auxiliadora

90440-150 Porto Alegre, RS, Brasil

fabiobisol@gmail.com

Submetido em: 01/09/2015

Aceito em: 20/10/2015