



SMAD

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

ISSN: 1806-6976

Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP: 14.040-902 Telefone: 055-16-602-3477 Fax: 055-16-602-4754



A ESCUTA NA PSICOTERAPIA DE ADOLESCENTES: AS DIFERENTES VOZES DO SILÊNCIO

Larissa Forni dos Santos¹, Manoel Antônio dos Santos², Érika Arantes de Oliveira³

Resumo

Durante muito tempo, na prática psicanalítica, o silêncio do paciente foi considerado como uma forma de resistência. Este estudo tem como objetivo discorrer sobre o silêncio e os diferentes significados que o silêncio pode assumir dentro da relação analítica com pacientes adolescentes. As reflexões são apoiadas na evolução de um caso clínico, atendido no contexto de uma clínica-escola de psicologia. Enfatiza-se a importância do terapeuta estar também atento aos canais de comunicação não-verbais estabelecidos a cada encontro, que podem ser tão ou mais importantes do que as verbalizações do paciente.

Palavras-chave: psicologia do adolescente, psicoterapia, resistência, psicanálise

LA ESCUCHA EN PSICOTERAPIA DE ADOLESCENTES: LAS DIFERENTES VOZES DEL SILENCIO

Resumen

Durante mucho tiempo, en la práctica del psicoanálisis, el silencio del paciente fue considerado una forma de resistencia. Este estudio tiene como objetivo hablar sobre el silencio y los diferentes significados que puede asumir dentro de la relación analítica con pacientes adolescentes. Las reflexiones son apoyadas en la evolución de un caso clínico atendido en una clínica-escuela de Psicología. Enfatiza la importancia del terapeuta estar también atento para los canales de comunicación no verbales establecidos en cada encuentro, que pueden ser tan o más importantes que verbalizar.

Palabras clave: psicología del adolescente, psicoterapia, resistencia, psicoanálisis

THE LISTENING IN THE PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENTS: THE DIFFERENT VOICES OF SILENCE

Abstract

For a long time, in psychoanalytic practice, the silence of the patient was considered as a way of resistance. This study aims to discuss the silence and its different meanings inside the psychoanalytic relation with adolescent patients. These reflections were supported by the analysis of a clinical case in an educational Psychology service. The importance of the therapist is emphasized to identify the non-verbal channels of communication established in each therapeutic session, which may be equally or more important than the patient's verbalizations.

Keywords: adolescent psychology, psychotherapy, resistance, psychoanalysis

¹ Larissa Forni dos Santos é psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do NEPPS - Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da FFCLRP-USP. Foi bolsista de Iniciação Científica USP/PIBIC/CNPq.

² Manoel Antônio dos Santos é psicólogo, professor doutor do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre e doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenador do NEPPS - Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da FFCLRP-USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. e-mail: masantos@ffclrp.usp.br

³ Érika Arantes de Oliveira é psicóloga do Departamento de Psicologia e Educação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre e doutora pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do NEPPS - Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da FFCLRP-USP. e-mail: erikao@ffclrp.usp.br

INTRODUÇÃO

*Nós somos medo e desejo
Somos feitos de silêncio e som
Tem certas coisas que eu não sei dizer.
Lulu Santos, Certas coisas*

Apesar de polêmico, o tema do silêncio é ainda pouco explorado em psicanálise. Desde Freud e seus trabalhos originais sobre o fenômeno da resistência, o silêncio do paciente é visto como forma particular de resistência, mas, contemporaneamente, existe tendência para se passar a compreendê-lo como maneira singular de se comunicar⁽¹⁾. No presente estudo pretende-se delinear as diferentes facetas do silêncio, apontando para outros possíveis significados que não o de resistência ao processo analítico.

O silêncio em psicanálise: revisitando a literatura

Na literatura psicanalítica o silêncio foi primeiramente interpretado como evidência do movimento de resistência do paciente ao processo analítico. Isso decorre do fato de que o processo analítico tem como pressuposto básico a livre-associação, que consiste na *regra de ouro* da psicanálise. Nesse sentido, ao permanecer em silêncio, o paciente estaria implicitamente violando um preceito fundamental do método psicanalítico. É como se ele quebrasse uma regra essencial que havia sido pactuada por ocasião do estabelecimento do contrato terapêutico, no qual ele se comprometera a dizer ao analista tudo o que viesse à superfície de sua mente durante a sessão. Desse modo, espera-se que o paciente colabore com o exame do material psíquico mediante esforço voluntário de atenção, tentando não submeter suas associações à censura prévia, que normalmente se manifesta sob a forma de pudor ou vergonha, sentimentos que geralmente embutem juízos de valor, autocrítica e auto-recriminação. É esperado, assim, que aquele que se submete ao método psicanalítico se

entregue ao livre sabor de suas associações verbais, que seriam produzidas na atmosfera permissa que o analista buscaria instaurar e preservar.

Uma vez silente, o paciente de algum modo infringe o que havia combinado originalmente com o analista, de maneira que acaba se insurgindo contra um preceito básico da psicanálise, sendo visto, então, como “resistente” ao processo terapêutico.

A questão do silêncio como manifestação que vai além da resistência já foi abordada na literatura psicanalítica a partir de dois conceitos que o definem: o *sileo* e o *taceo*⁽¹⁾. O *sileo* equivaleria ao silêncio estruturante, representaria a ausência essencial de palavras para representar o que resiste à significação, ou seja, o irrepresentável que constitui o inconsciente. Esse fenômeno é definido como vazio de significações⁽¹⁾. Em contrapartida, o *taceo* remeteria ao calar, ao silenciar do paciente, representaria, portanto, a palavra não proferida, ao não-dito, a palavra interdita porque algo lhe faz obstáculo, impedindo-a de ser enunciada, porém, não se trata de impossibilidade estrutural de dizer. Desse modo, segundo a formulação lacaniana, o ato de permanecer em silêncio não confere à pessoa uma ausência de linguagem⁽²⁾, uma vez que o silêncio sempre comunica algo que não pôde se manifestar no plano verbal.

Na literatura recente, encontra-se que o silêncio pode assumir diferentes significados, de acordo com o contexto em que é produzido. Com o propósito de sistematizá-los, esses distintos significados que o silêncio pode assumir no contexto psicanalítico foram separados em 10 categorias⁽¹⁾, que podem ser sintetizadas do seguinte modo: *simbiótico* – quando o paciente espera que o analista adivinhe, de maneira mágica, suas demandas não satisfeitas; *bloqueio* – quando ocorre um bloqueio da capacidade de pensar; *inibição fóbica* – medo de falar por apresentar intenso sentimento de ansiedade paranóide relacionada ao medo de “dizer alguma besteira”, ou proferir algo que pode ser mal interpretado ou, ainda, por se temer a quebra do sigilo em relação ao que é dito na sessão analítica; *protesto* – ocorre devido à intolerância do paciente frente à situação assimétrica que caracteriza a relação com o analista;

nesse caso, o protesto ocorre pelo fato de o paciente achar que o analista *deve* falar mais do que ele; *controle* – maneira de testar a tolerância do analista e impedir que ele tenha material psíquico disponível para construir interpretações que possam ferir sua auto-estima; *desafio narcisista* – nesse caso, o paciente acredita que, em silêncio, triunfará sobre o analista e, assim, o derrotará. Mas é bom lembrar que, de acordo com o pensamento lacaniano, no curso de um diálogo quem cala permanece no poder, uma vez que é ele quem confere significações ao que o outro diz; *negativismo* – nesse caso, o silêncio pode representar uma forma de identificação com objetos internos frustradores que não respondiam ao paciente ou, ainda, o necessário e estruturante uso do “não”; *comunicação primitiva* – captado pelos efeitos contratransferenciais que desencadeia no analista, o silêncio do paciente pode fazer uma importante comunicação a respeito de seus aspectos inconscientes e que ele não consegue transmitir verbalmente; *regressivo* – o silêncio arrastado por longo período de tempo e com um relativo distanciamento pode representar a busca de construção de um sentido na presença da mãe, ou seja, a *capacidade para estar só* tal como formulada na psicanálise winnicottiana; *elaborativo* – aparece apenas como um espaço de tempo para que o paciente possa refletir e integrar *insights* parciais rumo à obtenção de um *insigh* total⁽¹⁾.

Nesse rol de categorias que permitem enquadrar os distintos silêncios do paciente na sessão de psicanálise é possível acrescentar ainda uma modalidade bastante peculiar que se observa no atendimento de pacientes mais jovens: está-se, aqui, fazendo referência ao silêncio do adolescente. Nesse aspecto em particular, um estudo destacou que, nessa etapa do desenvolvimento, é comum que os pacientes permaneçam em silêncio na análise⁽³⁾. Esse fenômeno se deve ao não desenvolvimento pleno da capacidade de discriminar e abstrair; desse modo, o adolescente não compreende a dimensão abstrata do *como se* que é própria da interpretação. Assim, o jovem paciente tende a levar tudo para o concreto, exigindo respostas imediatas do analista, chegando a mesclar, em certos momentos, o real com o imaginário. Ao

falar, o faz como se fosse adulto; por várias vezes irá cobrar do analista opiniões e conselhos e, caso as ponderações do analista contrariem seus pensamentos, intensos sentimentos de frustração e mágoa poderão emergir na relação da dupla.

Frente à emergência de tais sentimentos, o adolescente tende a reagir por meio de *actings*, ou seja, de passagens ao ato, que podem consistir em faltas frequentes e conseqüente abandono da psicoterapia. Uma outra modalidade muito usual de *acting* na psicoterapia de adolescentes se manifesta também por meio de longos períodos de silêncio durante as sessões ou, até mesmo, pelo silêncio absoluto que perdura durante muito tempo da análise.

Para a psicanálise contemporânea, é necessário que o analista se atenha ao silêncio como uma forma de comunicação, de modo que possa pensá-lo como um *idioma desconhecido* que precisa de tradução⁽¹⁾. Nos momentos de silêncio o analista precisa, então, pensar nos tipos de comunicação não-verbal estabelecidos pelo paciente, uma vez que durante o processo analítico existem momentos em que as palavras não conseguem exprimir o que está acontecendo no plano emocional, tal a intensidade com que são vivenciadas essas experiências.

Atualmente, pode-se dizer que há certo consenso de que o bebê se comunica com a mãe não por meio de palavras, mas predominantemente por seu comportamento e, sobretudo, pelo choro. Denominou-se de *linguagem sígnica* os sinais emitidos para aliviar a tensão sem a representação do estímulo que a originou⁽⁴⁾. Tome-se como exemplo o choro do bebê: é a *linguagem sígnica*. São sons que servem para aliviar a tensão, contudo, o que a originou ou incrementou não é expresso por palavras, não pode ser discriminado. Cabe à mãe fazer a decodificação da inquietação que está sendo veiculada pelo choro – ou seja, cabe à mãe a tarefa de interpretação, emprestando seu aparelho mental para o bebê realizar inicialmente as transformações que ele ainda não é capaz de elaborar por conta própria.

Guardadas as devidas proporções e diferenças, é possível transpor essa explicação para o âmbito da relação terapêutica, em que, por vezes, não acontece linguagem simbólica, apenas a linguagem sígnica⁽¹⁾. Disso se conclui que o analista deve estar preparado para a escuta das diferentes formas de comunicação utilizadas pelo analisando. A modalidade de comunicação aparece didaticamente separada em: verbal e não-verbal. Ambas, *a priori*, têm a função de comunicar algo, contudo, nem sempre essa função é efetiva, às vezes o discurso pode estar mais a serviço da incomunicação como forma de ataque aos vínculos perceptivos⁽¹⁾.

O pensamento simbólico, próprio da condição humana, permite a comunicação. É um pensamento que resulta de um trabalho de transformação, que se insere no processo da hominização; já a linguagem sígnica se manifesta nas formas psicossomáticas do adoecimento⁽⁴⁾, onde houve falhas no processo de simbolização.

Considerando esses pressupostos teóricos, o presente estudo propõe-se a tematizar o silêncio na situação analítica. Para tanto ater-se-á, aqui, às formas de comunicação não-verbais, que permitem subdivisões específicas de expressão. Cada subdivisão solicita uma escuta especial⁽¹⁾.

A primeira dessas escutas especiais é a *escuta da linguagem pára-verbal*. Esse termo se refere às mensagens que estão ao lado do verbo; nesse caso, as palavras estão presentes, mas o analista permanece atento não apenas a elas, mas também à entonação, volume, intensidade e amplitude da voz do paciente. Dentro dessa percepção dos sentimentos que aparecem junto ao verbo, também se deve considerar a escolha das palavras, a seleção de assuntos e possíveis lapsos acompanhados pelo discurso⁽¹⁾.

A partir do momento em que o paciente chega ao consultório, já passa a comunicar algo por meio de sua linguagem não-verbal, que pode ser percebida pelo horário em que chega à sessão, o modo como se veste, a postura física e a expressão facial, a maneira como se dirige ao analista e como o cumprimenta, o modo como inicia a sessão, se induz o analista a

realizar algum tipo de papel, entre outras pistas. Durante a sessão, o paciente pode aguçar a percepção do analista e sua *escuta de gestos e atitudes* por meio de sinais de mímica facial, gestos sugestivos de impaciência, inquietação, contrariedade, sofrimento ou alívio, choro ou riso⁽¹⁾.

A *escuta do corpo* se dá desde o início da vida: o bebê “fala” com sua mãe por meio de sua gestualidade, pela coordenação de ações motoras, pelos movimentos articulados de seu corpo. Na situação analítica, o corpo “fala” e se comunica de diferentes maneiras, por exemplo, o modo como o paciente vivencia sua imagem corporal pode indicar a possibilidade de despersonalização. Deve-se atentar também aos sinais dos cuidados corporais, à higiene pessoal, às conversões, manifestações hipocondríacas e somatizações. Essas reações mostram que alguma parte daquele corpo está funcionando como uma caixa de ressonância para os conflitos psíquicos que não puderam alcançar uma inscrição simbólica. É observação corriqueira da clínica psicanalítica o fato de que aquilo que o corpo “fala”, por vezes, é muito mais informativo do que certas palavras que mal conseguem tangenciar a dor mental.

A *linguagem metaverbal* se caracteriza por uma vivência ambígua por parte do paciente. Ele comunica algo verbalmente, que é anulado por outro conteúdo, diferente e oposto ao verbalizado. Na situação analítica, isso ocorre quando o paciente aparentemente aceita a interpretação oferecida pelo analista, mas, na verdade, a anula em surdina, em um plano latente.

Por meio de devaneios, fenômenos alucinatórios e sonhos pode emergir no contexto terapêutico a *linguagem oniróide*. Esses fenômenos podem ser verbalizados ou não, podendo, inclusive, adquirir dimensão mística⁽¹⁾.

A *escuta da conduta* tem como aspecto mais importante a expressão do fenômeno dos *actings*. Por muito tempo esse fenômeno foi visto apenas de maneira negativa, contudo, tal conduta pode apresentar facetas positivas que favorecem a estruturação do *self*. Sob esse

aspecto é importante fazer uma diferenciação: perceber os atos rotineiros da conduta do paciente na vida cotidiana ou na análise não é o que se denomina de *escuta da conduta*⁽¹⁾.

Os sentimentos contratransferenciais também devem fazer parte da escuta do psicanalista. É a *escuta dos efeitos contratransferenciais*⁽¹⁾. A partir das sensações despertadas pelo paciente no terapeuta pode-se estabelecer uma relação de empatia, uma vez que essas reações provocadas no profissional tendem a ser análogas aos sentimentos vividos pelo paciente. Apesar de lhe causarem desconforto e angústia, o paciente não consegue expressar tais sentimentos em palavras.

Por fim, existe a *escuta intuitiva*. O analista deve ir para a sessão de análise preparado para permitir que aflore uma intuição encontrada de forma subjacente e latente⁽¹⁾, conforme postula o pensamento bioniano. O analista deveria entrar na sessão em um estado psíquico especial, *sem memória, sem desejo e sem ânsia de entendimento*⁽⁵⁾. Ao cunhar a expressão “sem memória, sem desejo”, o pensamento bioniano levou às últimas conseqüências o estado de atenção flutuante preconizado por Freud como próprio da disciplina mental que o analista deve cultivar no exercício de seu ofício.

Pode-se separar essas formas de escuta para melhor explicação didática, mas é preciso lembrar que elas ocorrem simultaneamente no processo terapêutico. Junto com a comunicação verbal formam-se canais alternativos de expressão que permitem ao paciente transmitir o que deseja. Constituem-se, assim, canais de comunicação, que podem ser categorizados em quatro grupos: a livre associação de idéias, as formas de comunicação não-verbais, a intuição não-sensorial e os efeitos contratransferenciais⁽¹⁾.

Apresentar-se-á, a seguir, material clínico de uma paciente adolescente, o que permitirá articular a teoria revisada nesse estudo com o objetivo de compreender os diferentes significados que o silêncio pode assumir dentro da relação analítica com pacientes adolescentes.

MATERIAL CLÍNICO

Dados da paciente

Juliana tem 14 anos, é solteira e mora com os pais e duas irmãs, sendo uma delas sua gêmea univitelina e a outra, dois anos mais velha. Esteve em atendimento psicoterápico de orientação psicanalítica, realizado em uma clínica-escola de psicologia, em contexto de estágio supervisionado, onde era atendida duas vezes por semana, com sessões de 50 minutos.

Procurou o serviço espontaneamente e relatou que já havia feito psicoterapia anteriormente. Referiu ter recebido o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Aludiu, ainda, que, com frequência, se sentia triste e que chorava quase todos os dias. Alega que havia abandonado os acompanhamentos psicoterápicos anteriores por dificuldades financeiras.

Freqüentava escola regularmente, cursando a oitava série do ensino fundamental na mesma escola e turma que sua irmã gêmea. Dizia não gostar de ir à escola, nem de estudar e que, por várias vezes, ao acordar, pensava em alguma desculpa para poder faltar às aulas. Ainda sobre seus estudos, referiu que se sentia pressionada para sempre tirar boas notas *ir melhor que minha irmã* e, por sentir-se pressionada, não conseguia estudar direito para as provas, o que a deixava bastante *estressada* e triste.

Fazia ainda aulas de diversas modalidades de dança, além de curso de inglês e catecismo. Dizia gostar muito das aulas de balé e que as fazia por prazer. Falou que gostava de dançar e que na academia se sente bem e que não fazia *por obrigação*, como as demais atividades.

A respeito dos relacionamentos familiares, referiu que brigava muito com as duas irmãs, que se juntavam para *deixá-la estressada*, pois bagunçavam seu quarto e riam de seu modo de agir, recheado de manias, regras e rituais. O pai era tido como figura ausente por

trabalhar demais e a mãe como alguém que, por vezes, a ajudava a se defender das irmãs. Porém, em outros momentos, assim como o pai, a mãe ria das brincadeiras feitas pelas irmãs “contra” a paciente. Esse fato a deixava bastante incomodada.

Juliana contou que tinha algumas amigas com quem gostava de conversar e passear, mas não conseguia contar para elas como se sentia triste em determinadas situações. Guardava esse sentimento só para si, com medo de ser mal compreendida pelos outros.

Vinha para os atendimentos trazida pela mãe, que, no início, a aguardava na sala de espera e, com o passar do tempo, a deixava e vinha buscá-la no horário do término da sessão. Chegava sempre pontualmente às sessões, tendo faltado apenas uma vez, justificando antecipadamente essa falta.

EVOLUÇÃO DO CASO

Desde o encontro em que foi realizada a entrevista inicial com a paciente, ela se mostrou quieta e evasiva; respondia apenas àquilo que era perguntado. Trazia conteúdos que indicavam forte exigência para consigo mesma. Parecia inquieta na presença da terapeuta, falando pouco sobre si. Falava baixo, chorava em alguns momentos de maior densidade psicológica. A terapeuta não conseguia perceber claramente o que trazia Juliana a essa primeira entrevista. Chegou a questionar qual seria sua real motivação para o início do processo terapêutico e suas expectativas em relação a ele.

T- Em que você acha que eu poderei te ajudar aqui?

P- Eu não quero mais ficar triste, chorar como eu chorava no ano passado. Quero saber por que me sinto assim.

A partir dessa comunicação a terapeuta percebeu que ela havia recorrido à clínica por acreditar que precisava de ajuda. Pareceu genuína em seus sentimentos e ansiosa por receber apoio terapêutico. Apesar disso, durante os primeiros encontros, a terapeuta não entendia bem porque Juliana permanecia em silêncio durante a maior parte das sessões.

Apesar de angustiantes para a terapeuta iniciante, os longos períodos em que Juliana permanecia calada não passavam a impressão de resistência à análise. Ela vinha a todas as sessões, faltara apenas uma vez, tendo inclusive justificado sua impossibilidade de comparecer. Contudo, em determinada sessão foi questionada se vinha por vontade própria ou por ser trazida pela mãe, ao que a paciente respondeu *venho porque eu quero, porque eu gosto de estar aqui*, o que mostra envolvimento e investimento na psicoterapia.

A angústia suscitada na terapeuta a mobilizava no sentido de quebrar o silêncio, procurando um canal pelo qual pudesse entrar em contato mais íntimo com a paciente. A terapeuta sentia-se fracassada a cada nova longa pausa da paciente. Ainda não conseguia se ater às comunicações não-verbais estabelecidas a cada encontro e às potencialidades de compreensão que elas poderiam proporcionar.

Pensou, então, que essas interferências em seu silêncio podiam despertar-lhe o sentimento de invasão, assim como ela relatava que ocorria em sua casa.

P- Lá em casa é assim, minhas irmãs ficam indo no meu quarto toda hora, por causa do computador. Entram, ligam a TV, ficam na Internet, meu quarto é como se fosse a sala. Isso me incomoda, elas tiram tudo do lugar!

Pode-se pensar que as intervenções no momento de silêncio poderiam ser compreendidas por Juliana como se a terapeuta estivesse invadindo o seu quarto (possível representação psíquica de sua mente), tirando “tudo” do lugar (isto é, revirando seus conteúdos psíquicos). Sendo assim, seu *quarto* poderia representar, do ponto de vista psíquico, seu mundo interno, sua organização psíquica, assim como o *tirar tudo do lugar* poderia equivaler, simbolicamente, ao movimento de se aproximar de seus sentimentos e pensamentos.

Assim, o silêncio em que Juliana mergulhou logo após essa interpretação pode ser pensado como um desejo de proteger sua auto-estima: se ela não mostrasse o que tinha *no*

quarto, a terapeuta não poderia *bagunçar*, preservando a ordem preestabelecida por ela. Seria o que a literatura psicanalítica pontua como o silêncio que busca testar a tolerância do terapeuta⁽¹⁾, além de proteger o paciente de possíveis desestruturações em sua auto-estima, pois a ausência de material verbal fazia com que a terapeuta se sentisse incapaz de agir e oferecer interpretações – por ela consideradas ameaçadoras para a integridade de seu *self*.

Deixá-la em silêncio por longos períodos foi uma decisão difícil de ser tomada. A terapeuta sentiu que precisaria estar ali à disposição, de forma não-intrusiva, sem intervir, mas também de modo a não reforçar o sentimento de desamparo. Juliana até então não se sentia plenamente à vontade na situação de análise. Por diversas vezes iniciou a sessão trazendo conteúdos referentes à cobrança sentida em relação à escola, onde suas notas deviam ser sempre altas porque não podia decepcionar ninguém. Certo dia, a terapeuta fez o seguinte comentário:

T- *Lembrei de algumas vezes em que você chegou e ficou em silêncio, depois me disse que não sabia o que dizer, que não tinha o que me contar. Será que isso não acontece porque você pensa que tem algo que seja “certo” para me falar?!*

P- *Hum... (risos).*

Aparentemente, essa interpretação transferencial não surtiu muito efeito, contudo, ainda na mesma sessão, Juliana foi capaz de se permitir fazer associações livres *sabe, lembrei de uma coisa, nem sei se tem a ver, mas eu vou contar*. Pode-se postular, então, que o silêncio que permeou as sessões, na maioria das vezes, ocorria por medo de dizer algo que pudesse parecer uma “besteira” ou um erro aos ouvidos do analista, resultado de uma inibição fóbica perante o medo de ser julgada indevidamente pelo outro.

Ao perceber o medo que Juliana sentia em se expor na sessão, por imaginar que a terapeuta poderia fazer algum tipo de censura ao que fosse dito, uma mudança se operou. A terapeuta retomou parte do contrato, esclarecendo que durante a terapia ela poderia falar o que

quisesse, o que sentisse e o que pensava. A terapeuta não estava ali para julgá-la ou lhe dar uma nota, como uma professora, mas para acolher tudo o que ela quisesse falar, na medida em que se sentisse segura e confiante para se expor, porque essa abertura era o mais importante no contexto da psicoterapia.

A despeito disso, os silêncios continuaram. A terapeuta percebeu, então, que teria que ficar atenta aos outros modos encontrados por Juliana para se comunicar. Notou que ela, ao se dirigir à sala de atendimento, caminhava vagarosamente poucos passos à sua frente, até que ficassem lado a lado. Sentiu que ela precisava manter alguém ao seu lado, com quem pudesse permanecer, sentir que “estavam juntas” sem o compromisso de acertar sempre, apesar do rigor da própria cobrança.

Com o decorrer dos atendimentos Juliana pareceu ficar cada vez mais à vontade. Nos momentos de silêncio, ficava pensativa, parecia conseguir estar mais consigo mesma na presença da terapeuta. Era um momento só dela, que não precisava dividir com ninguém, como sempre havia feito em sua vida, dividindo tudo com a irmã gêmea.

Assim, pode-se perceber esse silêncio como manifestação de um movimento *regressivo*, pois, na presença da psicoterapeuta, ela descobrira que poderia elaborar a capacidade de estar só, assim como o bebê faz em relação à mãe. Esse fenômeno é descrito na teoria psicanalítica como *a capacidade para estar só*⁽⁶⁾. Em algumas ocasiões, junto de sua mãe, o bebê passa por momentos de desorganização de seus elementos psíquicos. Essas experiências são necessárias para que ele possa, posteriormente, elaborá-las e (re)integrá-las. Necessitar estar integrado o tempo todo pode ser ansiogênico nessa etapa do desenvolvimento emocional.

Por volta da vigésima quinta sessão, Juliana referiu melhora de alguns sintomas:

P- Eu até que tô mais calma, não tenho nem brigado mais com a Daniela. Não tenho me estressado mais como antes. Tem uma menina na escola que ficava me cutucando e agora eu não fico

mais atrás, na frente dela. É, tô menos estressada (risos) (...) eu tô mais calma mesmo (...) eu penso nas coisas e volto a pensar desse jeito, que não adianta ficar nervosa senão não consigo estudar. (...) E fui bem na prova, acabei tirando uma nota boa.

Desse modo, pode-se inferir que o processo terapêutico estava começando a surtir efeito e que essa maneira de estar ali, da maneira como estava podendo exercitar, utilizando-se inclusive do silenciar, possivelmente estava sendo útil para ela. O *poder estar junto* de alguém disponível apenas para si, que ajude a modular suas relações com o mundo, parece lhe ter permitido descobrir seus próprios valores, trazendo um feixe de luz e esperança de transformação em seu viver.

CONCLUSÕES

Nos fragmentos do processo terapêutico aqui apresentado, pode-se destacar diferentes facetas do silêncio, sugerindo a possibilidade de olhar para esse fenômeno não apenas como resistência ao processo analítico. Essa mudança de perspectiva favorece novas possibilidades de acolhimento para o sofrimento psíquico do adolescente. É importante que o psicoterapeuta esteja atento para outros canais de comunicação que não o verbal, estabelecidos a cada encontro, uma vez que esses canais, especialmente na psicoterapia de adolescentes, são tão ou mais reveladores do que os conteúdos verbais.

A paciente em análise pôde *recordar, repetir e elaborar* algumas de suas experiências emocionais, mesmo sem comunicá-las por meio da livre-associação⁽⁷⁾. Mesmo envolta em seu silêncio protetor, pôde fazer uso proveitoso do processo terapêutico, mostrando-se interessada e mantendo-se presente e esperançosa. O que indica que, mesmo na ausência de palavras, há possibilidades de captação da comunicação inconsciente que se processa na intimidade da relação analítica, desde que o terapeuta esteja sensibilizado para captar outras formas de abertura do inconsciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 1999.
2. Hernandez J. O duplo estatuto do silêncio. *Psicol. USP*; 2004; 15(1-2):129-47.
3. Rascovsky A. O assassinato dos filhos. Rio de Janeiro: Documentário; 1973.
4. Zusman W. A opção sígnica e o processo simbólico. *Rev. Bras. Psicanal.* 1994; p 28(1): 153-64.
5. Bion WR. Atenção e interpretação. São Paulo: Imago; 1973.
6. Winnicott DW. A capacidade para estar só. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983 p. 31-7.
7. Freud S. Recordar, repetir, elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1987 p. 191-203.

Recebido: 03/2008

Aprovado: 06/2008