

**CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSQUIATRIA**



Ana Claudia Marcolan Zanchet

**A Abordagem do Silêncio em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica:
uma revisão do tema a partir de um relato de caso**
The Silence Approach in Psychoanalytic Guidance Psychotherapy: a review of
the topic from a case report

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Estudos José de Barros Falcão**

Porto Alegre, 2017.

**CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



Ana Claudia Marcolan Zanchet

**A Abordagem do Silêncio em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica:
uma revisão do tema a partir de um relato de caso**
The Silence Approach in Psychoanalytic Guidance Psychotherapy: a review of
the topic from a case report

Correspondência: Rua dos Andradas, 793/114.
Centro, Porto Alegre/RS.
CEP: 90020-003
Telefone: (51) 998963348
E-mail: draanazanchet@hotmail.com

**Trabalho de Conclusão de Curso
Centro de Estudos José de Barros Falcão
Curso de Especialização em Psiquiatria**

Professor Orientador: Dr. Theobaldo Oliveira Thomaz

Porto Alegre, 2017.

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO.....	2
2. AGRADECIMENTOS.....	4
3. CONFLITOS DE INTERESSE.....	6
4. RESUMO.....	7
5. INTRODUÇÃO.....	8
6. MATERIAL E MÉTODOS.....	10
7. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	11
8. DISCUSSÃO.....	21
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Arilde e Luiz Carlos, por sempre acreditarem em mim e nos meus planos profissionais, proporcionando condições para que eu pudesse cumprir mais esta etapa da minha vida. Aos meus demais familiares, especialmente aos meus avós, Luiz, Célia, Antônio e Zelinda, pelo exemplo de coragem e força, por solidificarem a base da nossa família.

Minha gratidão e amor ao meu noivo, Gustavo. Por todo apoio e carinho, por estar ao meu lado somando forças para a realização dos nossos planos. Pela compreensão e encorajamento a seguir em frente.

Agradeço ao Centro de Estudos, especialmente ao meu orientador Dr. Theobaldo Thomaz, por compartilhar comigo todo o seu conhecimento e experiências de vida durante o ano de supervisão, a ele dedico minha admiração e inspiração profissional. Ao Dr. Giovani Gheno, por supervisionar este e outros casos durante o primeiro ano de atendimento no ambulatório do CEJBF, minha gratidão pela paciência e dedicação. A equipe de funcionárias do ambulatório, pela organização e pela amizade, por tornarem nosso ambiente de trabalho mais alegre.

Ao professor Dr. Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros (*in memoriam*), meu eterno carinho por ter proporcionado meu primeiro contato com a especialidade, ainda na disciplina de Psiquiatria durante o curso de Medicina.

*É tão vasto o silêncio da noite na montanha. É tão despovoado. Tenta-se em vão trabalhar para não ouvi-lo, pensar depressa para disfarçá-lo.*¹

“Silêncio”, Clarice Lispector.

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não haver potenciais conflitos de interesse que possam interferir na imparcialidade deste estudo. O atual estudo não teve fontes de financiamento externas.

RESUMO

A fala é o principal instrumento utilizado em psicoterapia, desde sua origem trabalha-se a “cura pela fala” – a “*talking cure*”. Tão importante quanto a verbalização é o silêncio que, apesar de ser um fenômeno muito frequente em psicoterapia de orientação analítica, ainda é pouco abordado na literatura atual.

Este estudo trata de um relato de caso. A motivação para a escolha surgiu durante o acompanhamento psicoterápico da paciente S.M., atendida no ambulatório de Psiquiatria do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF). Seu silêncio constante durante as sessões semanais perdurou por cerca de 6 meses. Surgiram dúvidas sobre como diferenciar as manifestações do silêncio e sua complexidade. Procurei estudar para compreender o que havia por trás da ausência das palavras.

Palavras chave: *Silêncio, Psicanálise, Psicoterapia, Comunicação não-verbal.*

ABSTRACT

Speech is the main instrument used in psychotherapy. Since its origin we talked about the "talking cure". So important like verbalisation is the silence, wich is a very frequent phenomenon in analytically oriented psychotherapy, but is still little discussed in the current literature.

This is a case report study. The motivation for the choice arose during the psychotherapeutic follow-up of a female patient, attended at psychiatry outpatient clinic José de Barros Falcão (CEJBF). Her constant silence during the weekly sessions lasted for about 6 months. Doubts have emerged on how to differentiate the manifestations of silence and its complexity. I tried to study to understand what was behind the absence of words.

Keywords: *Silence, Psychoanalysis, Psychotherapy, Non verbal Communication.*

INTRODUÇÃO

A abordagem do silêncio por parte do paciente é pouco frequente na literatura psicanalítica, o que chama atenção, já que a fala é o instrumento essencial da psicoterapia. Tanto se discute a palavra em psicanálise, que muitas pessoas evitam quase inteiramente os efeitos emocionais do silêncio.³

Frequentemente, o silêncio é associado à resistência. Porém, é importante considerar que, sentimentos mais primitivos muitas vezes se expressam através de comunicação não verbal, justamente por serem mais difíceis de serem expressados através das palavras.

Para Zimmermann, o paciente silencioso não deve ser considerado um sinônimo de resistência. O silêncio excessivo pode construir um grande obstáculo para o curso do tratamento, mas é importante compreendê-lo como um “idioma de comunicação” que precisa ser traduzido para palavras mais simples.³

O paciente pode se tornar silencioso devido a um intenso temor de culpa ou medo de retaliação/punição por parte do terapeuta, é quando o superego se opõe ao ego no desejo de colaborar com o tratamento psicoterápico.⁴

O silêncio também representa a presença de algo que, naquele momento, não pode ser dito no *setting*, e não simplesmente a ausência das palavras. Pode ser uma forma de evitar algo a ser dito ou uma maneira de dizer que não há palavras que possam expressar o que está se passando. Representa raiva, desespero, tristeza, vazio, alegria, angústia, vergonha ou qualquer outra emoção.⁴ Assim como, pode demonstrar muitos gritos entalados na garganta, lágrimas a serem choradas e sentimentos dolorosos a serem decodificados, pensados, sofridos.³

Theodor Reik, em seu texto “No início é só o silêncio” escrito em 1926, ressalta a importância de escutar o que as palavras não dizem. O analista escuta com a “terceira orelha”, ouvindo o paciente e suas vozes interiores que surgem das profundezas do inconsciente.²

Portanto, o estudo do silêncio nos possibilita compreender aspectos primitivos ou precariamente representados na mente do paciente e é fundamental para ampliar a capacidade de visualizar os seus aspectos intrapsíquicos.⁵

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trata de um relato de caso que aborda o silêncio estabelecido pela paciente durante os seis primeiros meses de tratamento. A paciente S.M. foi primeiramente atendida em abril de 2015 em uma clínica privada e, em junho do mesmo ano, encaminhada pela cursista que descreve o caso, ao ambulatório de psiquiatria do Centro de Estudos José de Barros Falcão para iniciar acompanhamento psicoterápico semanal.

O aporte teórico abordou publicações por intermédio de buscas utilizando os bancos de dados eletrônicos: PUBMED, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde e o acervo bibliográfico disponível na Biblioteca do Centro de Estudos José de Barros Falcão. O uso das palavras chaves inclui a combinação dos seguintes termos: silêncio/silence; psicoterapia/psychotherapy; psicanálise/psychoanalysis, o silêncio e a teoria psicanalítica/psychoanalytic theory and silence.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

I. DADOS GERAIS:

A. IDENTIFICAÇÃO:

S.M., feminina, solteira, 21 anos, branca, natural de Palmeira das Missões/RS e procedente de Porto Alegre/RS, católica não praticante, ensino superior completo, cursou faculdade de marketing.

B. CIRCUNSTÂNCIAS DO EXAME:

Encaminhada ao ambulatório de psiquiatria José de Barros Falcão para dar seguimento ao tratamento iniciado em outra instituição. Consultas semanais, sempre pontual com seu horário, não costuma desmarcar.

II. ANAMNESE:

A. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

1. QUEIXA PRINCIPAL:

“Dra., está tudo muito estranho.”

2. INÍCIO E CURSO DA DOENÇA ATUAL:

Sua primeira consulta ocorreu em abril de 2015 em uma clínica privada na qual presto atendimento. Veio acompanhada pelos familiares (mãe, pai e namorado) com queixa de paranóia e pensamentos obsessivos, já medicada com divalproato de sódio em dose baixa, 250mg/dia, prescrito pelo clínico na emergência em que havia consultado no mês anterior. Havia iniciado investigação clínica nos 3 anos anteriores por sintomas gastrointestinais, diminuição significativa do apetite e do peso. Neste período consultou com diversos especialistas e realizou exames variados, sendo descartadas hipóteses orgânicas. Nos 6 meses que antecederam a procura pelo atendimento, os sintomas de ansiedade ficaram mais evidentes, os delírios surgiram após uso experimental de maconha e motivaram a procura pelo atendimento psiquiátrico. Já no primeiro atendimento fiz a substituição do medicamento em uso por um antipsicótico atípico, quetiapina, iniciada com

25mg/dia e aumentada gradualmente até a dosagem de 200mg em uma única tomada diária. Após 2 meses, já com bom controle em relação aos delírios, a paciente foi encaminhada ao ambulatório do CEJBF para dar início ao acompanhamento psicoterápico semanal.

Durante os primeiros meses vinha sempre acompanhada de um dos familiares, geralmente a mãe, que a aguardava na sala de espera. Por aproximadamente 6 meses, a paciente S.M. permaneceu em silêncio por todo o período das consultas (cerca de 40 minutos), respondendo de forma simples e monossilábica quando questionada sobre algum assunto.

3.HISTÓRIA PREGRESSA:

Nega patologias clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas prévias.

Clinicamente hígida, refere um único uso de maconha em fevereiro de 2015, nega uso de outras substâncias psicoativas.

III. ESTUDO BIOGRÁFICO:

A. HISTÓRIA FAMILIAR:

Mãe com história de ansiedade, atualmente não vem sendo tratada, sem comorbidades clínicas.

Pai hígido.

Tem duas irmãs paternas, uma com 13 e outra com 3 anos. O nascimento de ambas despertou o sentimento de substituição.

Prima materna em tratamento por transtorno de ansiedade.

Desconhece outros transtornos psiquiátricos na família.

Não há relatos de tentativas de suicídio ou suicídio na família.

B. HISTÓRIA PESSOAL:

1. CONDIÇÕES PRÉ-NATAIS E DE NASCIMENTO:

Gestação a termo, parto normal, sem intercorrências. Gestação planejada.

2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL:

Paciente relata desenvolvimento neuropsicomotor adequado para cada faixa etária, sem atrasos ou intercorrências. Quando questionada sobre traumas, relata o episódio da separação dos pais, quando tinha 5 anos, além de um acidente de ônibus sofrido pelo pai na mesma época. Não há história de maus tratos ou abusos.

3. ESCOLARIDADE E SOCIALIZAÇÃO:

S.M. completou o ensino médio na idade prevista e ingressou na faculdade de marketing, atualmente finalizada. Aluna regular, organizada e esforçada, com rendimento satisfatório. Nunca reprovou, porém, trancou o semestre da faculdade no início do tratamento psiquiátrico, por decorrência dos sintomas.

Não houve dificuldade no desenvolvimento interpessoal. Mesmo com atitude tímida, tinha um bom relacionamento com os professores e colegas.

4. RELACIONAMENTO PESSOAL:

Paciente tem poucos amigos, se relaciona mais com os colegas do trabalho. Costuma sair aos finais de semana, frequenta bares e boates, sempre acompanhada por uma das amigas.

Atualmente em seu segundo relacionamento amoroso, iniciado há 3 meses. O primeiro relacionamento perdurou por 5 anos.

Paciente mora com a mãe e o padrasto. Após a separação dos pais, aproximou-se da mãe e estabeleceu com ela uma relação de apego importante. Há 10 anos a mãe casou novamente, refere ter um bom relacionamento com o seu padrasto.

Vê o pai com pouca frequência, mas faz contato telefônico diariamente. Quando vai para a casa do pai encontra com as duas irmãs, que também não moram com ele. Há uma dificuldade na relação paterna, sente-se substituída

desde o nascimento das irmãs. Diz que o pai é “namorador” e que tem relações breves e superficiais, não faz questão de se aproximar quando ele apresenta uma nova namorada. Tem dificuldade de dizer o que sente para ele, diz que ele parece não “se importar”.

5. HISTÓRIA PSICOSSEXUAL E DE VIDA CONJUGAL:

Seu primeiro relacionamento iniciou quando tinha 15 anos, com G., que tinha 17 anos. Com ele teve sua sexarca, aos 16 anos. Por diversas vezes queixava-se de que ele era distante, porém se sentia entediada longe dele. Romperam há cerca de 6 meses, acredita ter sido traída e a iniciativa do término foi dele. Atualmente iniciando um segundo relacionamento, há 3 meses, parece feliz e motivada.

6. VIDA PROFISSIONAL, OCUPAÇÕES E HÁBITOS:

A paciente formou-se na faculdade de marketing há 1 ano e, desde então, trabalha em uma empresa de marketing digital, faz propaganda nas redes sociais das empresas que a contratam. É organizada e parece ter facilidade para executar suas tarefas, mas vive em constante preocupação sobre seu desempenho. Divide algumas das contas da casa com a mãe e o padrasto, costuma guardar dinheiro e não tem gastos excessivos.

Nos horários de folga do trabalho, costuma ler e assistir seriados, além de manter-se sempre conectada às redes sociais. Faz pilates 2 vezes por semana. Tem bons hábitos alimentares, mas por vezes evita as refeições por medo de sentir-se mal, já que sofre de epigastralgia (náusea e diarreia são queixas frequentes).

7. DOENÇAS E ACIDENTES:

Paciente previamente hígida, sem doenças clínicas significantes e/ou acidentes.

IV. EXAME PSIQUIÁTRICO

A. DESCRIÇÃO GERAL

1.CONDIÇÕES DO EXAME:

As entrevistas ocorreram no ambulatório do CEJBF. Paciente consulta semanalmente, não falta as sessões, sempre chega no horário marcado.

2. APRESENTAÇÃO E ASPECTO EXTERNO DO PACIENTE:

Inicialmente a paciente vinha acompanhada pela mãe nas consultas, que a aguardava na sala de espera, após o terceiro mês de atendimento passou a vir sozinha. Apresenta-se bem arrumada, porém sempre com roupas extravagantes e modernas, por vezes esquisitas, incluindo um turbante de veludo bordô e galochas de borracha. É magra, tem a pele branca, os cabelos negros e diversas tatuagens pelo corpo, às quais não atribuí significado, as considera “enfeites da pele”. Não costuma cumprimentar a terapeuta, por vezes responde a um “bom dia”, mas nunca estendeu a mão, entra no consultório e se dirige rapidamente à poltrona.

B. EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS SIMPLES:

1. AFERENTES:

1.1) CONSCIÊNCIA:

Lúcida.

1.2) ATENÇÃO:

Hipervigilante em relação a sintomas psicossomáticos, normotenz.

1.3) ORIENTAÇÃO:

Orientada auto e alopsiquicamente.

1.4) SENSOPERCEÇÃO:

Sem alterações. Não há alucinações ou ilusões.

2. CENTRAIS

2.1) INTELIGÊNCIA:

Não aferida objetivamente, porém clinicamente apresenta inteligência na média.

2.2) MEMÓRIA:

Não testada objetivamente, mas não apresenta queixas relacionadas à alteração de memória remota, recente ou operacional.

2.3) PENSAMENTO:

Delírios persecutórios presentes durante algumas consultas, conteúdo de estar sendo observada, ridicularizada, boa parte das vezes envolvendo os colegas de trabalho. Quando medicada com antipsicótico, apresenta pensamento agregado e lógico. Sem pensamento de morte e/ou ideação suicida. Conteúdo obsessivo de fracasso e desvalia.

3. EFERENTES:

3.1) AFETO:

Geralmente hipomodulado, tem se mostrado triste e ansioso.

3.2) LINGUAGEM:

Apesar dos longos períodos de silêncio, comunica-se bem verbalmente, apresenta curso e velocidade da fala normais.

3.3) CONAÇÃO:

Colaborativa, cordial, faz um bom vínculo terapêutico.

V.PADRÕES DE INTEGRAÇÃO:

A. RELAÇÕES CONSIGO MESMO:

1. EGO E SELF:

Vê-se magra demais e pouco interessante. Possui baixa autoestima. Há um medo constante do abandono e uma preocupação exagerada com a avaliação externa, sempre com um desejo de aprovação. Insegura, com frequência sente-se incapaz, tanto no trabalho, quanto nos relacionamentos. Fala pouco e tem dificuldade em expressar seus afetos.

Principais mecanismos de defesa: somatização e evitação.

2. IDEAL DE EGO:

Exigente, não pode frustrar ninguém, pois fica ameaçada com a perda afetiva. Não sabe impor suas vontades e opiniões. Gostaria de melhorar a auto estima, sentir-se mais segura e capaz, além de diminuir os níveis de ansiedade.

3. SUPEREGO:

Rígido e cobrador, dá pouco espaço ao ego. Não reconhece suas qualidades. Quando recebe um elogio, se surpreende e pouco acredita no que é dito. Quando criticada, reforça sua crença de incapacidade e inferioridade. Sente-se pouco merecedora de afeto, por maior que seja seu esforço em agradar o outro. Há um sentimento de culpa exagerado.

4. CORPO:

Insatisfeita com o próprio corpo, considera-se magra demais e tem dificuldade em aumentar o peso.

B. RELAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS:

Poucas relações sociais, convive mais com sua família e com os colegas do trabalho. É permissiva e tem dificuldade em dizer “não”, talvez por medo de desagradar o outro. Sente-se insegura e tem medo do abandono. Costuma assumir compromissos e funções que a sobrecarregam, dificilmente há confrontação.

1.RELAÇÃO COM O TERAPEUTA:

1.1) TRANSFERÊNCIA:

Paciente mantém um bom vínculo terapêutico, nunca rompeu a relação médico-paciente. Compareceu a todas as consultas agendadas, mesmo quando permanecia em silêncio. Interrompia a consulta 5 minutos antes do horário previsto, com medo de se atrasar para o trabalho. Sempre manteve postura respeitosa. Durante os períodos de delírio, tornou-se mais solicitante, enviando diversas mensagens através do celular, geralmente com queixas de ordem psicossomática.

1.2) CONTRATRANSFERÊNCIA:

Os longos períodos de silêncio geraram grande dúvida e ansiedade. No início tentei quebrá-lo de todas as formas, perguntando sobre assuntos variados, mas obviamente não obtive sucesso. Ao perceber sua dificuldade para responder as minhas perguntas, muitas vezes com um “não sei” vazio, decidi acompanhá-la em seu silêncio. Por vezes sentia raiva, pois a paciente agia como se não existisse outra pessoa no *setting*, era como se eu não existisse. Foi então que passei a tentar perceber a comunicação, que não estava sendo estabelecida de forma verbal, no momento da consulta. Percebi que a ansiedade que a paciente me provocava era, na verdade, o seu próprio sintoma.

2. RELAÇÃO COM COISAS E IDEIAS:

Organizada. Aparenta ser uma profissional dedicada e ter controle de sua vida financeira.

3. RELAÇÃO COM A SITUAÇÃO PRESENTE (INSIGHT):

S.M. reconhece seu sofrimento decorrente ao quadro atual. Tem boa percepção sobre seus sintomas e parece reconhecer as consequências de seu comportamento nas relações sociais. Ouve atentamente as intervenções na consulta, porém jamais discorda delas. Parece sentir-se “confortável” com o silêncio, permanecendo assim durante longos períodos.

4. RELAÇÃO COM A REALIDADE GERAL:

Sua sintomatologia por vezes prejudica seu contato com a realidade, quando em delírios, questiona-se sobre o real e o imaginário, mas pouco consegue diferenciá-los.

VI. EXAME SOMÁTICO:

A) GERAL:

Magreza, insatisfação com o corpo, frequentemente queixa-se de sintomas gastrointestinais (náusea, vômito e diarreia), sem alterações nos

exames solicitados para investigação clínica, mantém acompanhamento com diversos especialistas.

B) NEUROLÓGICO:

Não realizado.

VII. EXAMES CLÍNICOS:

Leve aumento nos triglicerídeos, demais exames laboratoriais sem alterações, incluindo as sorologias.

Exames de imagem não foram realizados.

VIII. PESQUISAS PSICOLÓGICAS PSICOMÉTRICAS:

Não foram realizadas.

IX. AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE:

Paciente organizada, ativa e responsável. Consegue gerenciar a própria vida. No aspecto emocional mostra-se insegura e com baixa autoestima. Medo constante do abandono.

X. RECAPITULAÇÃO DOS ACHADOS IMPORTANTES:

A. POSITIVOS:

Bom vínculo terapêutico, aderência ao tratamento proposto, reconhecimento da doença, suporte familiar adequado, especialmente por parte da mãe, bom desempenho profissional.

B. NEGATIVOS:

Dependência, insegurança, baixa autoestima.

XI. EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Durante o tratamento houve melhora significativa, os delírios ficaram cada vez menos frequentes, havendo remissão completa quando medicada com antipsicótico atípico em dose terapêutica. Os sintomas referentes à

ansiedade diminuíram significativamente após o uso de inibidor seletivo da receptação da serotonina.

É válido salientar que, conforme os sintomas diminuam, S.M. tornava-se mais falante, fortalecendo nosso vínculo terapêutico e tornando o *setting* um ambiente mais continente para abordar os assuntos que tanto a perturbam.

Sente-se mais segura e encorajada. Fica mais confortável em lugares lotados, utiliza transporte público, vai as consultas sozinha, iniciou novas amizades e um novo relacionamento amoroso. Tem se aproximado dos colegas de trabalho.

XII. PLANO TERAPÊUTICO ABRANGENTE:

Manter acompanhamento psicoterápico semanal. Promover insights e a relação consigo mesma. Oferecer um ambiente seguro, onde possa manifestar suas angústias sem medo do abandono e desenvolver habilidades e capacidade egóicas.

Sugiro manter o tratamento farmacológico atual, quetiapina 200mg/dia e sertralina 50mg/dia, por tempo indeterminado, com o propósito de aliviar os sintomas e evitar sua recorrência.

DISCUSSÃO:

A paciente S.M. imergia em silêncios profundos que ocupavam quase todo o tempo das sessões. Adotou um mutismo quase absoluto que eventualmente era interrompido por alguma queixa psicossomática ou para, timidamente, dizer-me que não havia nada a ser dito naquele momento. Apesar disso, S.M. mantinha-se assídua e pontual nas consultas, demonstrando interesse em dar continuidade ao tratamento.

A minha sensação contratransferencial durante os primeiros meses de atendimento da paciente S.M. era difícil e muito angustiante, me sentia paralisada, confusa e por vezes impotente. Não fazia ideia do que estava se passando e, tampouco o que dizer ou fazer. Por algumas vezes tive vontade de sacudi-la fisicamente, a acordando para a vida e, até mesmo, propor a suspensão do tratamento. Sentia que a nossa dupla terapêutica estava morta, mas também havia um sentimento intuitivo de que a S.M. precisava que eu me mantivesse paciente (tanto que me aplicou um prolongado teste de paciência) e que contivesse esses sentimentos quase insuportáveis, evitando contra-ataques.

Uma forma de “comunicação primitiva” foi estabelecida no *setting*, permitindo uma leitura de elementos inconscientes, os quais a paciente S.M. não conseguia nomear e expressar em palavras, compreendidos apenas através da observação e interpretação dos efeitos contratransferenciais provocados na terapeuta.

Talvez S.M. estivesse repetindo comigo sua relação primitiva com a mãe através da linguagem sígnica. A comunicação entre mãe e bebê não se estabelece por meio de palavras, a mãe observa predominantemente o comportamento e o choro do bebê e tenta decodificá-lo. O termo linguagem sígnica foi atribuído aos sinais emitidos para aliviar a tensão sem a representação do estímulo que a originou, podemos citar como exemplo o choro do bebê.⁶ Cabe a mãe a tarefa de compreender o choro do seu bebê, emprestando sua capacidade interpretativa para realizar as transformações que o bebê ainda não é capaz de elaborar por conta própria.⁷ Guardadas as devidas proporções, muitas vezes é possível atribuir essa explicação para a

relação terapêutica, quando não há uma linguagem simbólica, apenas uma linguagem sgnica.³

Baseada na literatura, me proponho a pensar sobre o silêncio da paciente S.M. Podemos atribuí-lo o significado de “inibição fóbica”, um medo de falar causado por uma grande ansiedade paranóide de ser mal interpretada. Outro significado possível seria o silêncio como sendo forma de “controle”, testando a paciência da terapeuta e impedindo que obtivesse material suficiente para construir interpretações. O silêncio como “negativismo”, por identificação com os objetos frustradores que não lhe respondiam, uma mãe que cuida, alimenta, mas pouco fala, que é predominantemente silenciosa.³

Uma atitude excessivamente silenciosa pode representar uma forma de defesa do ego, de proteger-se de ansiedades paranóides, depressivas e confusionais. O silêncio pode ser uma forma de organização narcisista, sendo este um indicador de um paciente muito regressivo.³

Segundo Freud, há uma passividade por trás do silêncio. Em linhas gerais, o silêncio pode servir como defesa contra um impulso ou um desejo instintivo. Pode-se afirmar que, quando um paciente inicia a psicoterapia em silêncio, está na verdade reagindo passivamente em defesa de seus desejos inconscientes, como se estivesse dizendo ao terapeuta: “diga-me o que fazer”.⁸

Bollas refere o silêncio como uma simbolização da “morte de si mesmo”, sendo um impedimento ao surgimento de um *self* ainda escondido e embrionário. Neste caso, a tarefa do terapeuta é oferecer uma relação de confiança para permitir o aparecimento e o crescimento deste *self*, ainda altamente vulnerável. O silêncio seria uma tentativa de proteger a existência autêntica de sua personalidade de uma possível destruição.⁹

Evidenciando outro autor, também de grande importância, Winnicott, a capacidade para estar só é um sinal de amadurecimento psíquico. Sendo a capacidade para estar só diferente de estar sozinho, pois ocorre na presença de outra pessoa e, para tanto, é necessária uma boa relação com o objeto primário, uma boa mãe internalizada.¹⁰

Passados os longos meses de silêncio, a paciente S.M. tornou-se verborréica, trazendo assuntos variados, sonhos e sentimentos ligados ao passado e ao presente. Talvez, S.M. precisasse de alguns meses de silêncio para estabelecer uma confiança básica e uma aliança terapêutica comigo, para então trazer os afetos difíceis de serem suportados por ela. Ou talvez estivesse me observando durante esses 6 meses, para ter certeza de que eu permaneceria ali e que não a abandonaria, como o pai havia feito.

Numa das sessões, S.M. trouxe uma carta dedicada ao pai, que nunca teve coragem de entregar. Nela diz: *“Foi muito dolorido, no alto dos meus cinco anos passar pela separação. Onde ninguém me perguntou o que eu sentia. Eu só vi brigas, discussão, uma amante e um acidente de ônibus. Ninguém quis tocar no assunto, só diziam que tudo ficaria bem e eu concordei que se as brigas parassem seria melhor cada um para um lado. E foi.”* Percebe-se, através desse relato da paciente, que a separação dos pais foi traumática, trouxe insegurança e a sensação de ter sido abandonada, especialmente pelo pai. Conta que na época o pai sofreu um acidente de ônibus e que, desde então, tem medo constante da morte dos pais, como se vivesse na iminência de perdê-los.

S.M. é uma paciente com forte comunicação corporal, mas possui pouca capacidade associativa em cima disto. É típico dos alexitímicos não verbalizar, não ter riqueza associativa, não dando forma à emoção. Quando questionada a respeito das inúmeras tatuagens que, aos poucos ficavam mais evidentes, conforme a roupa que vestia nas sessões, a paciente diz não atribuir significado a nenhuma delas, que apenas serviam para “enfeitar” a pele. Seu ex-namorado, G., era tatuador, ela permitia que ele a tocasse e a marcasse na pele de forma definitiva, porém não produzia registro deste simbolismo.

Além das compulsivas tatuagens, os sintomas de origem psicossomática trazidos pela paciente por repetidas vezes durante o tratamento, também podem nos servir como ilustrações da comunicação corporal exercida por ela.

Mesmo não preenchendo os critérios do CID 10 e do DSM 5, a paciente S.M. transita entre a psicose e a neurose (zona fronteira), mais frequentemente funcionando em nível não psicótico, sendo, portanto,

considerável o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline. Felizmente, visando o prognóstico, a paciente não se enquadra nos Transtornos Psicóticos típicos. É importante ressaltar que, na retirada da medicação antipsicótica, a paciente reiniciou com os delírios, nos autorizando a questionar sobre o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhi o caso de S.M. para ser discutido, por ser uma paciente enigmática, que despertou um olhar curioso desde o primeiro atendimento. O fato de permanecer em silêncio por tanto tempo, me trouxe a sensação de não poder ajudá-la, mas também o real desejo de entender o que ela estava me dizendo, mesmo na ausência das palavras. No entanto, formamos uma boa aliança terapêutica, o que contribuiu muito para amenizar a sintomatologia. Atualmente, nas consultas, S.M. parece mais confortável em expor suas fragilidades. No decorrer do tempo, percebi que a paciente vive em uma busca incansável por afeto. Com a aceleração ansiosa de seus pensamentos, somada aos medos, por vezes delirantes, fica difícil colocar em palavras seus sentimentos, que se manifestam mais facilmente de forma psicossomática.

Hoje me dou conta que aprendi muito com a paciente S.M., talvez muito mais do que com qualquer outro paciente atendido durante os anos do estágio. A transição entre um silêncio, representando um “nada para dizer” e um período de verborréia me faz pensar que o “nada” pode estar nos dizendo “tudo”, que uma séria turbulência emocional muitas vezes está à espera de um ambiente continente o suficiente para que então possa ser elaborada.

Na última sessão, quando nos despedimos oficializando meu término no estágio, S.M. me pediu um abraço, brindando-me com esse belíssimo desfecho para este relato de caso.

Estudar sobre o caso da paciente S.M. me possibilitou compreender o valor da comunicação através do silêncio. Considero importante a ampliação dos estudos deste fenômeno, que surge com muita frequência nas sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica e simboliza um ataque à sua principal ferramenta, a fala.

REFERÊNCIAS:

1. LISPECTOR, C. **Silêncio. Onde estivestes de noite.** Rocco, Rio de Janeiro, 1998.
2. NASIO, J.D. **O silêncio na Psicanálise.** Zahar, Rio de Janeiro, 2010.
3. ZIMMERMANN, D. **O silêncio na situação Psicanalítica. Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica: uma abordagem didática.** Editora Artmed: Porto Alegre, 1989.
4. SILVA, N.J.; SCHESTATSKY, S.S. **Reflexões sobre o silêncio em Psicoterapia de Orientação Analítica.** Rev. Bras. de Psicoterapia, vol. 18, núm.1, Porto Alegre, 2016.
5. BRUM, F.B. **Ecos do Silêncio.** Rev. Bras. de Psicoterapia, vol.18, núm.1, Porto Alegre, 2016.
6. ZUSMAN, W. **A opção sígnica e o processo simbólico.** Revista Bras. de Psicanálise. 1994; p28 (1): 153-64.
7. SANTOS, L.F.; SANTOS, M.A.; OLIVEIRA, E.A. **A escuta na Psicoterapia de Adolescentes: as diferentes vozes do silêncio.** Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.4 n.2. Ribeirão Preto, 2008.
8. FREUD, S. **Recordar, repetir e elaborar (1914).** In: **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro; Imago; 1969. v.12. p.191-203
9. BOLLAS, C. **The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known.** 1987. London Free Association Books.
10. WINNICOTT, D.W. **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.
11. GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica.** 4 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

12. CLARKIN, J.F.; FONAGY P.; GABBARD, G.O. **Psicoterapia Psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.

13. EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.** 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

14. CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

15. Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID10: Direções Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Editora Artmed, Porto Alegre, 1993.

16. American Psychiatric Association, APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-V.** Editora Artmed, Porto Alegre, 2014.