

O silêncio na clínica psicanalítica
a partir das concepções de Donald Winnicott e Wilhelm Reich
Silence in the psychoanalytic clinic
through the concepts of Donald Winnicott and Wilhelm Reich

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Professora e coordenadora do curso de psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp)

E-mail: dianapsar@hotmail.com

Henrique Uva do Amaral

Mestrando em psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp)

E-mail: henrique.uvaa@gmail.com

Resumo: O silêncio sempre foi um tema que provocou muita discussão na história da clínica psicanalítica, de modo que muitos analistas tinham dificuldade em lidar com ele no *setting* terapêutico. Considerando as várias possibilidades com as quais psicanalistas manejam o silêncio no *setting*, notamos que Donald Winnicott e Wilhelm Reich trazem importantes contribuições para essa questão. O objetivo deste artigo é, portanto, o de apresentar os posicionamentos deles acerca do silêncio na clínica psicanalítica e estabelecer um breve diálogo entre eles, descrevendo possíveis diferenças e semelhanças. Nossa escolha por esse diálogo se justifica pelo fato de que, apesar de suas diferenças técnicas e metodológicas, ambos os autores possuem um dos objetivos terapêuticos em comum: a espontaneidade. Embora estejamos tratando de tendências, concluímos que, em Reich, o silêncio do paciente é visto, predominantemente, como resistência, enquanto em Winnicott o silêncio também pode ser entendido como hesitação e como uma conquista tida pelo paciente no processo terapêutico.

Palavras-chave: psicanálise; Donald Winnicott; Wilhelm Reich; silêncio; espontaneidade.

Abstract: Silence has always been a theme which has generated extensive discussion throughout the history of psychoanalytic clinic, since many analysts had difficulties in dealing with it in the therapeutic setting. Considering the various possibilities with which psychoanalysts deal with silence in the setting, we note that Donald Winnicott and Wilhelm Reich give important contributions to this issue. The goal of this article is, therefore, to present their viewpoints on silence in the psychoanalytic clinic and to establish a brief dialogue between them, describing possible differences and similarities. Our choice of a dialogue is justified by

the fact that, despite their technical and methodological differences, both authors have a common therapeutic objective: spontaneity. Although we are dealing with tendencies, we conclude that, to Reich, the silence of the patient is seen predominantly as resistance, and to Winnicott, silence can also be understood as hesitation and as an achievement of the patient in the therapeutic process.

Keywords: psychoanalysis; Donald Winnicott; Wilhelm Reich; silence; spontaneity.

1) Introdução

O silêncio sempre foi um tema que provocou muita discussão na história da clínica psicanalítica. Além de os analistas terem dificuldades de lidar com ele no *setting* terapêutico, podiam lhe ser atribuídas inúmeras interpretações, o que era visto como um problema (Lombard, 2005).

Inicialmente, como indicam Santos, Santos e Oliveira (2008), a psicanálise tratava do silêncio como uma resistência, ou seja, como uma forma que o analisando tinha de se opor ao acesso ao seu inconsciente. Para Costa, Ribeiro, Volpato e Abrão (2013, p. 50), “essa proposição se faz quando pensamos na livre-associação enquanto regra essencial para a ocorrência da análise”.

A chamada livre-associação se baseava na ideia de que o analisando deveria “dizer o que pensa e sente sem nada escolher e sem nada omitir do que lhe vem ao espírito, ainda que lhe pareça desagradável de comunicar, ridículo, desprovido de interesse ou despropositado” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 438), sendo considerada por Freud como regra básica, pois era a partir dela que os conteúdos inconscientes não seriam totalmente barrados pela censura. Assim, tudo o que violasse essa regra seria considerado como resistência. Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914/2010, p. 201) confirma esse pressuposto, salientando que o silêncio “se evidencia como resistência contra qualquer recordação”.

A partir disso, então, questionamos: como devemos encarar e lidar com o silêncio do paciente na clínica psicanalítica? Ele deve ser visto apenas como resistência? Se não, com quais outras formas devemos abordá-lo?

Notamos que Donald Winnicott e Wilhelm Reich trazem importantes contribuições para essas questões, sendo que suas propostas quanto à intervenção podem ser muito válidas e úteis para a prática clínica. Nossos objetivos serão, por conseguinte, o de apresentar seus posicionamentos acerca do silêncio na clínica

psicanalítica e o de possibilitar uma breve comparação entre eles, descrevendo possíveis diferenças e semelhanças.

Nossa escolha por essa interlocução entre Reich e Winnicott se justifica pelo fato de ambos os autores possuírem um dos objetivos terapêuticos em comum: a espontaneidade. No entanto, percebemos que a forma pela qual eles buscam obtê-la no tratamento é diferente uma da outra. Dessa maneira, pensamos que essa discussão pode trazer importantes reflexões, além de enriquecer o trabalho clínico e ampliar nossas possibilidades de intervenção – que devem variar de acordo com cada paciente.

Cientes de que não conseguiremos abordar todos os conceitos que consideramos importantes, dividiremos este trabalho em quatro tópicos: no primeiro, denominado “O silêncio e a análise do caráter”, discorreremos sobre como Reich compreende o silêncio, sua crítica à postura dos analistas de sua época e suas propostas quanto à intervenção; no segundo, “Para além da resistência: a hesitação e a capacidade de estar só”, apresentaremos as novas formas de se entender o silêncio a partir do pensamento winnicottiano e suas possibilidades, ou não, de intervenção; no terceiro, intitulado “Sobre o silêncio em Reich e Winnicott”, pretendemos fazer um breve debate entre os dois autores, a fim de construir gradativamente um espaço para reflexões e questionamentos; e, por último, exporemos algumas considerações finais.

2) O silêncio e a análise do caráter

Desde seu começo na clínica psicanalítica, Reich (1942/1975) nunca escondeu a sua insatisfação para com a psicanálise freudiana no que dizia respeito à técnica, principalmente quando se tratava de pacientes inibidos ou silenciosos. Na verdade, ele afirmava que poucas pessoas eram realmente capazes de seguir a regra básica, já que possuíam muitas resistências e desconfianças em relação ao analista. “Quando um paciente não fazia associações, ‘não queria ter’ sonhos, ou não tinha nada a dizer sobre eles, o analista ficava lá, sessão após sessão, sem saber o que fazer” (Reich, 1942/1975, p. 48).

Para Reich, então, a questão que deveria ter maior prioridade (quanto à técnica) seria a eliminação de resistências, uma vez que estas impossibilitariam que os conteúdos inconscientes se revelassem. Isso criava certa dificuldade, pois, embora a análise de resistências tivesse sido compreendida teoricamente, ela não era empregada na prática.

O simples assinalamento ao paciente de que ele tinha uma resistência ou a tentativa de persuadi-lo a abandoná-la se apresentava, segundo ele, pouco eficaz.

Havia, ainda, outros métodos que se propuseram a eliminar as resistências, os quais Reich (1942/1975) criticava duramente: um deles era o de que, caso o paciente ficasse em silêncio, o analista também deveria ficar, mesmo que isso durasse meses; o outro era o de fixar um término para a análise, caso esta se estagnasse e o paciente não conseguisse se livrar das resistências. Conforme o autor, isso não dava em nada, e “os pacientes apenas revelavam uma profunda sensação de desamparo, uma má consciência, e a resistência que caminha de mãos dadas com ambas” (Reich, 1942/1975, p. 80).

Segundo Cukiert (2000), Reich passa a observar, baseado em suas experiências clínicas, que a simples interpretação do conteúdo (tal como fazia a psicanálise freudiana) não alcançava bons resultados com a maioria dos pacientes, tanto em relação aos sintomas quanto à personalidade. Ele cita uma frase de Freud a respeito disso: “Temos que fazer uma correção. O sintoma pode, mas não é obrigado a desaparecer quando o significado houver sido descoberto” (Freud *apud* Reich, 1942/1975, p. 49). Isso faz com que Reich mude sua postura e técnica diante dos pacientes.

Para o autor, não é só o *que* o paciente diz que é importante, mas *como* o diz. É valorizada, assim, não apenas a comunicação verbal, mas, principalmente, a comunicação não verbal, ou seja, era preciso fazer uso do próprio comportamento do paciente como material: a maneira como ele fala, seu grau de polidez, sua expressão facial, sua postura corporal etc., visto que as resistências estariam incrustadas no *caráter* do paciente, isto é, “é a ‘personalidade’ total, ou o ‘caráter’, do paciente o que constitui a dificuldade da cura” (Reich, 1942/1975, p. 122).

Quando ele menciona que é o caráter que traz a dificuldade ao tratamento, é preciso levar em consideração que ele não está igualando caráter a resistência, mas está se referindo propriamente ao que ele chama de *caráter neurótico*. De acordo com Albertini (1993, p. 32), “é necessário compreender que: caráter indica a existência de uma estrutura egoica organizada; caráter neurótico aponta para o fato de essa estrutura ser relativamente crônica, rígida e repetitiva”. Ademais, Reich (1933/2001) aponta para uma outra estrutura denominada *caráter genital*, tendo como características, dentre muitas outras, a espontaneidade e a capacidade voluntária a se abrir ou se fechar ao mundo, relacionada à concepção de saúde, a qual não discutiremos diretamente neste trabalho.

O caráter surge como um mecanismo de defesa narcísico. Teria por finalidade a proteção do ego, seja contra os perigos do mundo externo, seja contra os perigos implicados na satisfação de pulsões, estruturando-se, segundo Wagner (1996, p. 92), como “a forma típica (inconsciente) de o ego reagir para se defender”.

Já o caráter neurótico se origina da necessidade de recalcar as pulsões, absorvendo parte da energia e impedindo-a de circular livremente. Para que se mantenha o recalque e uma defesa operante e automática, é necessário que o caráter se enrijeça. Esse enrijecimento é denominado por Reich (1933/2001, p. 151) como uma espécie de *couraça*, “pois constitui claramente uma restrição à mobilidade psíquica da personalidade como um todo”, ocorrendo no indivíduo em razão da identificação com a realidade frustrante, representada pela pessoa que o reprimiu; e o retorno, para si mesmo, da agressão que foi direcionada à pessoa repressiva. Isso faz com que haja “um desenvolvimento constante das formações reativas do caráter (por exemplo, ideologia ascética etc.) contra as exigências sexuais desenvolvidas em conexão com conflitos atuais em situações de vida importantes” (Reich, 1933/2001, p. 155), aparecendo na clínica na forma de *resistências de caráter*.

De acordo com Dadoun (1975), Reich compreende que essa couraça tem uma estratificação, ou seja, se organizou de um modo sistemático, histórico e estrutural, e se “solidificou”. O autor compara essa forma a depósitos e camadas geológicas, sendo que essa organização se manteria na situação atual como atitudes de caráter.

Essas considerações acerca da estratificação e solidificação das resistências e da agressão retraída foram de grande importância para o trabalho clínico reichiano. Implicavam que não se deve “fazer interpretação do sentido quando ainda não há interpretação da resistência” (Reich, 1933/2001, p. 40); a interpretação do material não deveria acontecer “na sequência em que é oferecido sem a devida consideração pela estrutura da neurose e pela estratificação do material” (Reich, 1933/2001, p. 38); inicialmente, sempre haverá uma resistência e uma *transferência negativa latente*.

Reich (1933/2001, p. 43) defende que “todos, sem exceção, começam a análise com uma atitude mais ou menos pronunciada de desconfiança e ceticismo, que em geral fica escondida”, afirmando que, além disso, “não há transferência positiva genuína no começo da análise, nem pode haver, devido à repressão sexual, à fragmentação dos empenhos libidinais objetivos e às restrições do caráter” (Reich, 1933/2001, p. 126). Assim, seria necessário um certo tempo para que os pacientes realmente confiassem no

analista ou que houvesse uma transferência positiva genuína, sendo essencial que o analista trouxesse essa desconfiança logo no começo da análise.

A *análise do caráter*, portanto, tem como principais características: interpretação da desconfiança e resistência do paciente direcionada, necessariamente, ao seu comportamento e personalidade (caráter) na relação transferencial; interpretação sendo sempre gradativa, consistente e sistemática, levando não só em consideração a profundidade do conteúdo, como também a da resistência, analisando primeiro a situação atual para que a situação infantil surja espontaneamente na transferência; interpretação do conteúdo ocorrendo somente quando o paciente estiver mais livre de resistências; e, por fim, não apenas o apontamento de que o paciente tem uma resistência, mas sua conscientização, ou seja, o analista “primeiro esclarece ao paciente que ele tem resistências, depois o mecanismo do qual estas se servem e finalmente aquilo contra o que se dirigem” (Reich, 1933/2001, p. 40). Reich afirma ainda que as interpretações devem ser entendidas espontânea e automaticamente, para haver algum valor terapêutico. Dessa forma, segundo ele, o analista corre menos risco de cometer um equívoco na interpretação, além de os conteúdos virem “carregados” de afeto.¹

Porém, ao mesmo tempo em que o autor parece decidido quanto à opinião de que “o paciente só tem comando nas fases livres de resistência” (Reich, 1933/2001, p. 49), ele se mostra sempre preocupado em proporcionar um espaço para que o sujeito possa se expressar sem qualquer julgamento moral ou imposição de autoridade. “Minha intenção era conseguir que me considerassem um ser humano, e não que me temessem como uma autoridade” (Reich, 1942/1975, p. 152), permitindo, desse modo, que os pacientes trouxessem críticas a seu respeito. Ademais, ele valoriza a “vivência” do paciente no *setting* e não apenas a lembrança, o que parece ter certa influência de Ferenczi.

Outra regra era que o paciente só devia “lembrar”, mas nunca “fazer” algo. Concordei com Ferenczi em rejeitar esse método. Não havia dúvidas de que se devia “permitir” ao paciente “fazer” também. Ferenczi teve dificuldades com a Associação porque, com grande intuição, permitia que os pacientes brincassem como crianças. (Reich, 1942/1975, p. 152)

¹ Ver também *A transferência na clínica reichiana*, de Wagner (2003).

Sobre o silêncio, podemos perceber que em vários trechos Reich o trata como resistência, sustentando que isso também pode ser analisado e usado como material. Na citação a seguir, além desse assinalamento, ressaltamos a relação entre o silêncio, a resistência e a transferência negativa latente:

Em resposta à minha sugestão de que, para começar, o silêncio do paciente deveria ser interpretado como uma resistência, ele disse que não era possível: não havia “material” disponível para isso. Mas não havia, à parte o conteúdo dos sonhos, “material” suficiente no próprio comportamento do paciente, na contradição entre seu silêncio durante a sessão e sua amabilidade fora dela? Não estava clara pelo menos uma coisa da situação, ou seja, que através do silêncio do paciente – para falar em termos muito gerais – expressava uma atitude negativa ou uma defesa, que, a julgar pelos seus sonhos, ele denotava impulsos sádicos os quais procurava combater e esconder com seu comportamento amigável? (Reich, 1933/2001, p. 82)

Em outro momento, o autor procura mostrar a uma paciente que o silêncio ou as “inibições em geral são provocados por pensamentos sobre o analista” (Reich, 1933/2001, p. 129), apontando que ela estaria escondendo alguma coisa. Vejamos como isso se dá, a partir de um trecho desse caso:

Ela ficou de novo silenciosa, e continuei afirmando que ela estava contendo alguma coisa. Depois de grande hesitação, declarou que o que temia tinha acontecido, por fim; só que não era minha relação com ela que a aborrecia, mas sua atitude para comigo. (Reich, 1933/2001, p. 130)

Mais à frente, no mesmo livro, ele descreve o silêncio como “resistência de caráter compacta”, indicada pela concentração de forças opostas entre impulso e defesa e dissociações no caráter, e como “o resultado de uma ‘incapacidade’ de expressar verbalmente seus impulsos internos” (Reich, 1933/2001, pp. 296-297). Qualquer pedido ou persuasão intensificaria essa resistência e diminuiria a capacidade que o paciente tem de se expressar. “Na maioria dos casos, o traço de caráter do silêncio é provocado por

uma constrição da musculatura da garganta, da qual o paciente não tem consciência; essa constrição abafa excitações ‘emergentes’” (Reich, 1933/2001, p. 297).

Novamente, ele critica a “técnica do silêncio” e propõe uma solução para se tratar dessa questão, sendo que, além de permitir que o paciente se sinta mais à vontade – liberando-o da sensação de obrigação –, sua análise do caráter continua ocorrendo de maneira sistemática, consistente e gradativa:

Em vez de pedir, persuadir ou até recorrer à bem conhecida “técnica do silêncio”, o analista consola o paciente, assegurando-lhe que compreende sua inibição e que, por ora, pode passar sem suas tentativas de comunicação. Desse modo, o paciente fica aliviado da pressão de “ter de” falar; ao mesmo tempo, perde qualquer justificativa atual para ser teimoso. Se o analista consegue então *descrever* ao paciente suas atitudes, de maneira precisa e simples, sem esperar quaisquer mudanças imediatas, o paciente imediatamente se sente “compreendido”, e seus afetos começam a despertar. De início luta contra eles, intensificando o silêncio, mas, por fim, começa a ficar inquieto. Essa agitação nascente é o primeiro passo para afastar a rigidez. Depois de alguns dias – no máximo algumas semanas – de cuidadosa descrição e de pinçamento das suas atitudes, o paciente começa pouco a pouco a falar. (Reich, 1933/2001, p. 297, grifo do autor)

Percebemos, até aqui, a forma como Reich trata o silêncio e suas possíveis intervenções. Todavia, essa deve ser a única maneira de se pensar o silêncio? Existiriam outras formas de intervenção? Reich apenas trataria o silêncio como resistência? Em trabalhos posteriores, haverá indícios de que nem sempre isso acontece. Mas, por ora, prossigamos.

3) Para além da resistência: a hesitação e a capacidade de estar só

Ao longo dos anos, Winnicott vem sendo reconhecido como uma das figuras mais importantes e inovadoras dentro do movimento psicanalítico. Quando estudamos o tema do silêncio em sua obra, percebemos que ele traz grandes contribuições, em

relação tanto ao silêncio do analista e do paciente quanto ao conceito de resistência, acrescentando a este último um novo entendimento, o de *hesitação*.

O autor apresenta esse conceito pela primeira vez em 1941, no artigo chamado “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, com base na observação do comportamento de bebês em relação a um determinado objeto, a espátula, estando na presença da mãe. Winnicott denomina esse movimento como “jogo da espátula” e descreve o processo por meio de “estágios”:

Estágio 1 – O período de hesitação. O bebê é atraído pela espátula, estende a mão para a espátula e, em seguida, percebe que a situação merece ser considerada. Instaura-se um dilema, o momento é de expectativa e imobilidade. Nenhuma intervenção deve ocorrer nesse momento. Estágio 2 – O bebê põe a espátula na boca e mastiga-a com as gengivas. Ao invés de expectativa e imobilidade, surge autoconfiança acompanhada de livre movimentação corporal, relacionada à manipulação da espátula. O bebê está de posse da espátula e parece sentir que ela está sob o seu domínio, à disposição dos seus propósitos de autoexpressão. Estágio 3 – O bebê deixa cair a espátula como que por engano. Se ela lhe é devolvida, diverte-se, livrando-se dela agressivamente. Em seguida, vai para o chão e diverte-se com outros objetos. (Avellar, 2004, p. 75)

A partir desse trecho, notamos que, sem a postura ativa do observador, foi possível para o bebê sair de seu estado de imobilidade e expectativa para um estado mais ativo, de autoconfiança, com uma livre e espontânea movimentação corporal. Segundo Winnicott, “quer a hesitação corresponda ao que eu considero normal, quer difira dele em grau e qualidade, acho impossível, durante este estágio, enfiar a espátula na boca da criança” (Winnicott, 1941b/1988, p. 141).

Desse modo, a espátula, mais do que seu sentido concreto, poderia representar também as interpretações do analista na clínica, porque, no “período de hesitação”, as interpretações poderiam ser invasivas, impossibilitando que o paciente conseguisse se expressar ou mesmo se apropriar do que lhe foi dito. Entretanto, o que exatamente possibilitaria essa passagem de um estágio a outro? Isso depende da confiança que o bebê tem por seu ambiente.

Para Winnicott (1988/1990), ao nascer, o bebê não possui um *self* formado, ou seja, não há uma totalidade nem uma consciência sobre si e sobre o outro e nem, portanto, a capacidade de cuidar de si mesmo, sendo que ele e o ambiente se encontram num estado de total fusão. Por isso, ele dependeria totalmente do meio externo para sua sobrevivência e para a constituição de seu ser.

Assim, para que o bebê possa sentir confiança no ambiente, é necessário que haja uma *mãe suficientemente boa*, um ambiente suficientemente bom, que se adapte ativamente às suas necessidades, “uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração” (Winnicott, 1953c[1951]/1988, p. 401). Essa adaptação deve levar em conta não apenas as necessidades puramente fisiológicas, como também as afetivas, isto é, a mãe: além de oferecer o alimento, ela também deve estar atenta à maneira como olha, toca e segura o bebê e à sua postura corporal, o que Winnicott chamará de *holding*.

Na clínica winnicottiana, a função do *holding* é desempenhada na forma de cuidado pelo paciente, que pode ser transmitido: por meio de palavras “no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando” (Winnicott, 1965vd[1963]/1983, p. 216); pelo silêncio, não deixando de demonstrar ao paciente que ele está em um ambiente seguro, demonstração essa que se dá por meio de expressões não verbais como postura corporal, gestos, respiração etc.; e, somente em último caso, pelo *holding* em sua forma física.

Para o autor, o *holding* teria o papel de proporcionar segurança e relaxamento ao bebê, sendo que, desse modo, este começaria a sair de seu estado de não integração e fusão com o meio externo para um estado integrado e mais individualizado. Enfatiza Barone: “Durante esse período inicial, a comunicação estabelecida entre o bebê e sua mãe se dá de maneira silenciosa [e] por meio da confiabilidade” (Barone, 2011, p. 76).

Dias (2014) afirma que a qualidade essencial do que podemos oferecer ao paciente é a confiabilidade. Semelhante à mãe, o analista deve ser regular, previsível, e manter o mundo previsível ao seu paciente. Essa comunicação inicial mãe-bebê se dá de forma silenciosa. Assim, este poderá vir a manifestar seu gesto espontâneo para que o cuidador (mãe, terapeuta) possa ir ao encontro de sua necessidade. Dessa maneira, com a repetição de cuidados a partir da espontaneidade manifestada, o bebê e o paciente poderão vir a se aproximar do mundo compartilhado. Barone acrescenta: “por

intermédio da regressão à dependência, o paciente necessita de que sejam reconstruídas as fundações dessa forma silenciosa de comunicação, com base na experiência de confiabilidade, proporcionada pela posição de sustentação exercida pelo analista” (Barone, 2011, p. 77).

O *handling*, ou seja, a manipulação do bebê enquanto ele é cuidado, também teria importância para a integração, mas, principalmente para a *personalização*, quer dizer, a sensação de que o *self* se localiza no próprio corpo. Assinala Winnicott:

A tendência a integrar é ajudada por dois conjuntos de experiência: a técnica de cuidado infantil através da qual a temperatura do bebê é mantida, ele é manipulado, banhado, embalado e nomeado e, também, as experiências instintivas agudas que tendem a tornar a personalidade uma a partir do interior. (Winnicott, 1945d/1988, p. 276)

Juntamente às funções de *holding* e *handling*, é necessário que a mãe, por ser suficientemente boa, apresente o seio ao bebê exatamente no momento em que ele precisa. Com isso, ela lhe propicia, repetidamente, a ilusão de onipotência. Para Winnicott, dessa forma, “a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade” (Winnicott, 1988/1990, p. 121). Do contrário, o bebê não teria qualquer capacidade de perceber a realidade como sendo externa nem, tampouco, de se relacionar verdadeiramente com objetos.

Winnicott chama essa capacidade de criar do bebê de *gesto espontâneo*. Esses gestos espontâneos têm a ver com a agressividade, o que, de acordo com o autor, se relaciona inicialmente à atividade motora. Para ele, “o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto por causa da motilidade” (Winnicott, 1958b[1950]/1988, p. 365). Assim, embora o bebê possua um componente interno que o impulsiona a se integrar e a buscar objetos, é essencial que a mãe esteja lá para receber o gesto espontâneo, bem como para sobreviver aos impulsos agressivos de seu bebê.

Quando tudo corre bem e a mãe consegue atender às necessidades do bebê, respeitando sua ilusão de onipotência e sobrevivendo a seus impulsos agressivos (hostis ou não), ela pode, gradativamente, e à medida que ele pode suportar, ter pequenas falhas no cuidado, sem que ele precise *reagir a invasões*. Em outras palavras, tendo passado por várias experiências de ilusão, o bebê “consegue construir recordações de situações

sentidas como boas, de forma que a experiência da mãe sustentando a situação se torna parte do *self*, é assimilada pelo ego” (Winnicott, 1955c[1954]/1988, p. 449), como um ambiente interno, o que o leva a aceitar ou mesmo a utilizar a desilusão. A confiabilidade é que possibilitará que o bebê seja desiludido.

Chegamos, então, à questão da *realização*, isto é, como se dá a percepção do bebê da realidade externa. Inicialmente, os objetos externos são tomados por ele como *objetos subjetivos*, e a mãe tem a cuidadosa tarefa de *apresentar objetos* do mundo externo ao bebê à medida que ele possa criar. Assim, ao mesmo tempo em que o bebê é o objeto que cria, ele está criando um sentido de Ser, uma experiência de identidade com o objeto. Tendo-se instaurado um mundo subjetivo em decorrência de um ambiente de confiança, “gradualmente, surge uma compreensão intelectual do fato de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece” (Winnicott, 1988/1990, p. 131).

Portanto, a percepção da realidade externa vai se tornar possível especialmente por meio de duas formas: pela desadaptação gradativa da mãe, a qual dará início ao processo de desilusão do bebê, de modo que, exatamente por fugir de seu controle onipotente, ele passará a distinguir entre eu e não-eu; e pela atividade mental do bebê, que, na saúde, surge para compensar essas pequenas falhas maternas, tornando-as mais suportáveis ou mesmo previsíveis.

No entanto, antes que o bebê perceba os objetos objetivamente, surge uma área intermediária de experiência, chamada por Winnicott (1953c[1951]/1988) de *espaço transicional*. Essa área facilitaria a passagem entre a realidade interna e a realidade externa, de maneira que o bebê não precisaria perder seu sentido de existência nem sua criatividade e espontaneidade.

Emergindo da área de ilusão de onipotência, os fenômenos e objetos transicionais, tais como uma melodia, um ursinho ou um pedaço de pano que o bebê elege, marcam a passagem do autoerotismo e satisfação oral para a apreensão de um objeto. Nesse processo, já podemos observar algumas mudanças: embora o objeto transicional se adapte ao bebê, já não o faz de modo absoluto, como a mãe; o bebê deixa de *ser* o objeto para *possuir* o objeto, ou seja, nessa fase, predominará menos o controle mágico e onipotente e mais o controle pela manipulação e motilidade; e, ainda, o objeto transicional cumpre um papel calmante e de amparo ao bebê, como um substituto da mãe que se ausenta.

Porém, como indica Dias (2003), é importante ressaltar que o objeto transicional não é, do ponto de vista do bebê, nem objetivo nem subjetivo. Ele representa a mãe, mas *não é* a mãe. Segundo a autora, da mesma maneira que o espaço transicional, ele “não está nem dentro nem fora; não pertence nem à realidade psíquica interna nem à realidade externa; não é delírio nem objetividade” (Dias, 2003, p. 238). Para Winnicott (1953c[1951]/1988), o espaço transicional é uma área em que o bebê não se questiona (e nem deve se questionar) se o objeto vem de fora ou se é criado por ele, e que, posteriormente, ocupará o lugar das artes, do brincar e da vida cultural de forma geral.

Após esse processo, se tudo correr bem, o bebê passará a ter a capacidade de usar objetos e, gradativamente, de reconhecer a realidade externa como sendo distinta da interna. Na verdade, Winnicott afirma que “não há nenhum contato direto entre a realidade interna e eu mesmo, há apenas uma ilusão de contato, um fenômeno intermediário que funciona muito bem quando não estou cansado” (Winnicott, 1988/1990, p. 135).

Podemos compreender que é apenas por meio da transicionalidade que uma interpretação fará real sentido para o paciente, pois é com base na primeira que ele pode se dar conta da realidade de uma forma criativa. Para isso, é preciso que o analista tenha muita empatia para com suas necessidades, assim como a mãe suficientemente boa tem com seu bebê, mantendo as funções de *holding*, *handling* e apresentação de objetos.

Um bom exemplo disso é o chamado “jogo do rabisco”, em que Winnicott (1971b/1984) faz alguns traços e pede para que a criança os continue – o que acontece alternadamente –, sendo que, ao final de cada desenho, cada um pode dar à produção um sentido próprio (algo parecido com uma mútua livre-associação). O que percebemos aqui é que, “brincando de interpretar”, Winnicott possibilita, com a criança, o surgimento do espaço transicional, onde há a possibilidade de emergir gestos espontâneos, aliviando seu sofrimento, mesmo em poucas sessões. Nas palavras de Phillips:

Para Winnicott, o oposto do brincar não é o trabalhar, mas a coerção. Isto significa, é claro, que o analista também tem de ser capaz de brincar. É no encontro, no espaço transicional entre analista e paciente que a comunicação ocorre. O brincar acaba quando um dos participantes se torna dogmático, quando o analista impõe um padrão que esteja em desacordo com o material do paciente [...]. Não pode

haver interpretação correta que esteja além da capacidade de reconhecimento do paciente. A resistência do paciente, na visão de Winnicott, não é essencial ao empreendimento da psicanálise, como Freud acreditava, ao contrário, reflete o fracasso do analista no brincar. A interpretação inaceitável, assim como uma imposição materna, somente permite ao paciente a ela reagir, não lhe permite tomá-la para si e fazer uso dela. (Phillips, 1988/2006, pp. 200-201)

Neste ponto, retomando o “jogo da espátula”, podemos afirmar que é por meio da hesitação que “o bebê sente o ambiente, se familiariza com ele, para que então, depois de estabelecida a confiança e recebida ‘autorização’ dos responsáveis por aquele ambiente e objeto, possa explorá-lo a partir do gesto espontâneo” (Costa *et al.*, 2013, p. 52). Essa hesitação é muitas vezes expressa pelo silêncio, mas Winnicott (1941b/1988) a diferencia da resistência, pelo fato de que, enquanto a primeira diz respeito à premissa do ato, a outra se encontra no ato. Além disso, a primeira é caracterizada por uma fase em que o indivíduo está avaliando se a realidade externa é segura e confiável, sendo que, embora haja certa imobilidade no bebê, não há uma rigidez, como acontece na resistência.

O conceito do “período de hesitação” acrescenta algo de novo ao clássico conceito de resistência, como é conhecido na obra de Freud. Frequentemente, nos trabalhos analíticos, encontramos uma interpretação de resistência atribuída a um paciente, quando, na realidade, o paciente se acha no “período de hesitação”, ou em outras palavras, quando o paciente está tateando para encontrar “uma espécie de intimidade” na situação analítica na qual possa, gradualmente, dar a sua primeira contribuição verbal ou gestual. (Khan, 2000, p. 17).

Segundo Winnicott, entretanto, cada passo dado para o indivíduo é uma conquista, a qual pode ser ou não facilitada pelo ambiente. Pensar no desenvolvimento como conquista implica asseverar que este pode ser perdido ou, mais ainda, nunca ocorrer. Dessa forma, na concepção winnicottiana, o silêncio pode ser considerado como uma conquista, dentre tantas outras. Essa ideia é fortemente representada no artigo intitulado “A capacidade para estar só”:

Em quase todos os nossos tratamentos psicanalíticos há ocasiões em que a capacidade de ficar só é importante para o paciente. Clinicamente isto se pode representar por uma fase de silêncio, ou uma sessão silenciosa, e esse silêncio, longe de ser evidência de resistência, representa uma conquista por parte do paciente. Talvez tenha sido esta a primeira vez que o paciente tenha tido a capacidade de realmente ficar só. É para este aspecto da transferência no qual o paciente fica só na sessão analítica que eu quero chamar a atenção. (Winnicott, 1958g[1957]/1983, p. 31)

A capacidade de estar só difere do isolamento patológico pelo fato de que ela não é reativa nem representa uma fuga da realidade externa. Todavia, é concebida como um estado de relaxamento e, ao mesmo tempo, uma apreciação dos impulsos pessoais enquanto se tem contato consigo mesmo.

Essa capacidade para estar só é conquistada, paradoxalmente, estando só na presença de alguém. Visto que o bebê não possui um ego forte o suficiente para assimilar as experiências instintivas, ele só conseguirá relaxar caso a mãe tenha se adaptado a suas necessidades e lhe oferecido um ego auxiliar, até que ele possa criar um “ambiente interno”. Nesse sentido, é possível que ele fique “temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos” (Winnicott, 1958g[1957]/1983, p. 34).

De acordo com Winnicott, pode-se ressaltar que esse fato é importante porque as experiências instintivas fortificam o ego quando este está mais bem estruturado, o que significa sustentar que “é somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria” (Winnicott, 1958g[1957]/1983, p. 35). Além disso, “o indivíduo que desenvolveu a capacidade de ficar só está constantemente capacitado a redescobrir o impulso pessoal” (Winnicott, 1958g[1957]/1983, p. 36).

A partir do que foi expresso, podemos entender, por conseguinte, como Winnicott compreende a comunicação do bebê. Para nossa discussão, gostaríamos de destacar o que ele chama de dois opostos da comunicação: a não-comunicação simples e a não-comunicação ativa ou reativa, uma vez que, para ele, “a comunicação pode simplesmente se originar da não-comunicação, como uma transição natural, ou a comunicação pode ser a negação do silêncio ou a negação de uma não-comunicação ativa ou reativa” (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 171).

A não-comunicação simples é pensada por ele como um estado de repouso, o qual se relaciona à capacidade de estar só com suas respectivas características. Por outro lado, a não-comunicação reativa ou ativa pode ser patológica ou não. Na patologia, o bebê reage às invasões do ambiente, empregando uma defesa a que Winnicott se refere como *splitting*, a qual divide o *self* em *verdadeiro* e *falso self*:

Através de uma metade do *split*, o lactente se relaciona com o objeto como este se apresenta e para este propósito desenvolve o que chamei de falso *self* ou submisso. Com a outra metade do *split*, o lactente se relaciona com o objeto subjetivo, ou com fenômenos simples baseados em experiências corporais, sendo estes dificilmente influenciados pelo mundo percebido objetivamente. (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 167)

Nesse caso, o falso *self* surge com a intenção de proteger o verdadeiro *self*, adaptando-se aos padrões ambientais. No entanto, o indivíduo é acompanhado por sentimentos de irrealidade e inutilidade, já que apenas o verdadeiro *self* pode ser espontâneo e se sentir real. Na clínica, segundo o autor, o paciente poderia ser muito bem adaptado ao que lhe é pedido e até mesmo ser capaz de fazer livre-associações, porém, isso seria provavelmente uma fuga da comunicação silenciosa, porque, dessa forma, o verdadeiro *self* poderia ser ocultado e, conseqüentemente, não ser aniquilado.

Em pacientes como esse, aos quais Winnicott (1965j[1963]/1983) denomina de psicóticos, a comunicação mais significativa poderia ser silenciosa, pois a defesa ocorreu em uma fase na qual a comunicação era pré-verbal e pré-edípica. Na verdade, ele afirma que, quando o analista atinge as camadas mais profundas desses pacientes, pode ser extremamente prejudicial e invasivo que ele faça uma interpretação verbal, sendo necessário que esteja pronto para receber um gesto espontâneo, numa espécie de jogo de espera.

Por outro lado, vemos que a não-comunicação ativa pode ser representada pela normalidade. Ele dá o exemplo de um artista que busca se relacionar com seus objetos subjetivos e que, ao mesmo tempo, possui duas tendências, “a necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado” (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 168). Segundo ele, “embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, que cada indivíduo é

isolado, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado” (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 170), sendo que esse fato também deve ser respeitado pelo analista.

Na prática, há algo que precisamos deixar para nosso trabalho, a não-comunicação do paciente como uma contribuição positiva. Devemos nos perguntar se nossa técnica permite ao paciente comunicar que ele ou ela não está se comunicando. Para isso acontecer, nós analistas precisamos estar prontos para o sinal: “Não estou me comunicando”, e sermos capazes de distingui-lo do sinal de tensão associado ao fracasso da comunicação. (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 171)

Após expor sobre como Winnicott compreende o silêncio em sua clínica, devemos nos perguntar: as críticas de Reich ao silêncio do analista ainda são válidas? No que ambos os autores podem contribuir para nossa prática? No que se assemelham e no que diferem? Façamos agora uma breve discussão entre eles.

4) Sobre o silêncio em Reich e em Winnicott

Antes de prosseguir a discussão, é importante ressaltar que não pretendemos desconsiderar quaisquer contribuições feitas por ambos os autores nem, tampouco, impor uma teoria sobre a outra. Ao mesmo tempo, não exaltaremos as semelhanças como se as teorias estivessem em perfeita harmonia, desprezando todas as diferenças ou o contexto teórico proposto pelos autores. Como indica Vieira,

[...] as linhas teóricas não precisam entrar em acordo, isto é, orientar-se pelos mesmos princípios ao final da discussão sobre determinado tema. No entanto, é no encontro e trabalho compartilhado que se preserva a possibilidade de os analistas poderem, juntos, ampliar sua capacidade de tolerar os diferentes pontos de vista, de trabalhar coletivamente, de se interessar genuinamente pelas ideias uns dos outros e nutrir a crença de ser possível chegar a uma compreensão mais elaborada sobre o objeto em questão. (Vieira, 2010, p. 115)

Assim, poderíamos afirmar que a valorização do silêncio do analista, tida por Winnicott, invalida a crítica que Reich faz à “técnica do silêncio”? Se examinarmos o problema de perto, veremos que não a invalida completamente. Em “Duas notas sobre o uso do silêncio”, Winnicott (1989vs[1963]/1994) nos mostra como o manejo do paciente pelo silêncio pode ser complexo e que seus efeitos terapêuticos dependem da não-retaliação do analista.

Sem entrar nos detalhes desse trabalho, apenas convém assinalar que, quando o paciente se sente retaliado durante uma fase de silêncio, isso só pode ocorrer por meios não-verbais. Isso significa que não é “qualquer silêncio” do analista que é benéfico para o paciente. Se o analista fica em silêncio, mas mantém uma postura rígida, mecânica ou ansiosa que o paciente percebe por meios não-verbais, isso não possibilitará que este último possa se expressar. Aqui, a crítica de Reich é válida.

Por outro lado, como já frisamos anteriormente, um gesto espontâneo só tem a possibilidade de emergir, na concepção winnicottiana, quando o analista oferece um *holding* ao paciente. Nesse caso, se o analista estiver realmente vivo e envolvido com o paciente durante um período de silêncio de que este necessita, proporcionando-lhe segurança e relaxamento por meio do olhar, de gestos, de postura corporal, de respiração etc., a chance que o paciente tem de ser espontâneo e compreendido será maior.

Além disso, ainda pensando na crítica de Reich sobre a técnica do silêncio, poderíamos nos perguntar, dentro de uma abordagem winnicottiana: do que o paciente precisa? Se o que o paciente precisa é de silêncio, a postura do analista, tal como proposta por Winnicott, é extremamente frutífera e favorável para o tratamento. Por outro lado, se aquilo de que o paciente precisa não é o silêncio, isso significa que o silêncio do analista pode ser até mesmo prejudicial ao tratamento, sendo, muitas vezes, invasivo para o paciente. Nas palavras de Winnicott, “no decorrer de toda essa quinquena muitas coisas haviam acontecido e me acho muito confiante a respeito da técnica do silêncio, que estou disposto a empregar, *exceto na medida em que a paciente não possa acreditar nela*” (Winnicott, 1989vs[1963]/1994, p. 68, grifo nosso).

Outro ponto interessante a ser tratado no cotejo entre os dois autores é a análise do comportamento do paciente enquanto este está em silêncio, tal como foi sugerido por Reich (1933/2001) em sua análise do caráter. Para Winnicott, “é também reconhecido hoje que uma grande parte da comunicação que se dá do paciente para o analista não é verbalizada”, afirmando que, “gradualmente, os analistas descobriram-se interpretando

silêncios e movimentos e um grande número de detalhes comportamentais que se achavam fora do domínio da verbalização” (Winnicott, 1989o[1968]/1994, p. 163).

No entanto, vemos que a posição de Winnicott sobre esse assunto é clara: que o melhor é se ater ao material verbalizado pelo paciente, “pelo fato de o paciente não se sentir perseguido pelos olhos do observador” (Winnicott (1989o[1968]/1994), p. 163), isto é, não se sentir invadido. Ele ainda considera que, principalmente para os psicóticos, o silêncio pode ser a contribuição mais positiva que estes podem trazer. “Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os tipos, e detalhes do comportamento, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere” (Winnicott, 1965j[1963]/1983, p. 171). Citemos mais um exemplo:

Com um paciente calado, homem de 25 anos, uma vez interpretei o movimento de seus dedos, enquanto as mãos lhe repousavam entrelaçadas sobre o peito. Ele me disse: “Se você começar a interpretar esse tipo de coisas, vou ter que transferir esse tipo de atividade para outra coisa que não apareça”. Em outras palavras, estava me apontando que, a menos que ele houvesse verbalizado sua comunicação, não cabia a mim fazer comentários. (Winnicott, 1989o[1968]/1994, p. 163).

Segundo Reich (1933/2001), porém, a forma como se dá a análise do caráter não é a de imposição ao paciente nem a de agir de maneira moralista, autoritária ou pedagógica. De acordo com o autor, a participação do paciente nesse processo é essencial e é de sua escolha fazer uso ou não do material que lhe é apresentado acerca de seu caráter.

Antes de mais nada, temos que nos antecipar a um provável mal-entendido. Dissemos que a análise do caráter começa com o isolamento e a análise consistente da resistência de caráter. Isso não significa exigir do paciente que não seja agressivo, não minta, não fale de maneira incoerente, que siga a regra básica etc., o que não só seria contrário ao procedimento analítico, mas sobretudo inútil. Deve-se frisar que aquilo que descrevemos aqui nada tem a ver com a chamada educação de pacientes ou coisas semelhantes. Na análise do caráter interrogamo-nos por que o paciente engana, fala de maneira

incoerente, está bloqueado emocionalmente etc., procuramos despertar-lhe o interesse para as particularidades de seu caráter a fim de elucidar, com seu auxílio, seu significado e sua origem. Em outras palavras, apenas isolamos, da órbita da personalidade, o traço principal e mostramos ao paciente, se possível, a relação aparente entre o caráter e os sintomas. *Mas, quanto ao resto, deixamos a critério dele se ele quer ou não fazer uso desse conhecimento para modificar seu caráter.* (Reich, 1933/2001, p. 62, grifo nosso)

Na verdade, o autor reconhece que essa técnica também possui contraindicações para alguns tipos de pacientes, em particular para os que possuem um ego mais frágil, visto que aparecem fortes afetos que o sujeito pode não suportar. Nesse sentido, essa postura não só seria inadequada, como também prejudicial.

Isso nos leva diretamente para outro tema importante: a interpretação na clínica winnicottiana. Para Winnicott (1989o[1968]/1994), a interpretação deve ter a função de refletir o que o paciente comunicou porque o paciente que recebe a interpretação se encontra como uma pessoa total, enquanto aquele que comunicou se encontrava apenas como uma parte daquela pessoa total. A utilidade disso é que o paciente pode ter *insights* quase que por conta própria, além de corrigir mal-entendidos que o analista pode ter cometido equivocadamente. Contudo, é claro que esse modo de interpretar não precisa ser uma regra desde que a interpretação se dê por meio do espaço transicional.²

Outra questão que distingue os autores é como eles percebem a confiança do paciente. Conforme Winnicott, a confiança do paciente pelo analista é algo que vai sendo conquistada ao longo do processo terapêutico, a partir de cuidados suficientemente bons e por meio de uma experiência de mutualidade entre eles. O analista aqui sempre respeitará o ritmo do paciente e o tratamento da resistência não será mais prioridade, já que, com base na confiança que este sente pelo ambiente, ele não precisará mais “resistir”.

Reich, ao contrário, acredita que a confiança não pode se estabelecer verdadeiramente enquanto não for trazida à tona a desconfiança desde o começo da análise. Além disso, afirma que a chamada *reação terapêutica negativa* ocorre muitas vezes posteriormente porque não foi dada a devida atenção à transferência negativa

² Ver, por exemplo, “Interpretação e manejo na clínica winnicottiana”, em Dias (2014).

oculta, ou latente, logo no começo. O analista aqui dá prioridade às resistências, para apenas depois seguir o ritmo do paciente.

Tratemos, a esta altura, de algumas semelhanças entre eles. Ambos os autores concordam que o paciente não deve ser obrigado a fazer nada que não queira e também não deve se sentir inibido pelo analista. Especificamente sobre o silêncio, seja ele uma resistência, uma hesitação ou simplesmente uma comunicação, o analista não deve obrigar ou persuadir o paciente a falar. Aqui, é positiva a proposta de Reich de que “o analista consola o paciente, assegurando-lhe que compreende sua inibição e que, por ora, pode passar sem suas tentativas de comunicação” (Reich, 1933/2001, p. 297). Essa atitude poderia trazer certo alívio para o paciente e também dar tempo para que o analista entenda o que aquele silêncio significa e que intervenções poderiam ser mais apropriadas para o momento.

Outro ponto é que, quando o analista fornece uma comunicação, ela deve ser simples e de acordo com o que o paciente apresenta, fazendo-a “sem esperar quaisquer mudanças imediatas” (Reich, 1933/2001, p. 297). Nesse caso, compreendemos que tanto Reich quanto Winnicott criticam a maneira indiscriminada como muitos analistas interpretam, quando o fazem fora da área de reconhecimento do paciente. Para eles, a interpretação só tem validade quando é espontaneamente entendida pelo paciente.

É muito comum, ao ver os relatos clínicos de Reich, que seus pacientes revivessem situações traumáticas, afetiva e espontaneamente, diretamente na transferência, sem que ele precisasse interpretar de forma distinta o conteúdo inconsciente. Conforme já destacamos, ele considera que a experiência traumática se encontra “solidificada” na couraça, portanto, muitos conteúdos inconscientes eram revividos assim que a couraça era removida.

Como a agressão começa a despertar logo que a couraça é afrouxada, o paciente passa a ser mais espontâneo e independente do analista. Assim, o conceito de agressão, em Reich, se assemelha muito a como Winnicott (1958b[1950]/1988) o entende. Segundo Reich, embora a agressão possa se ligar à destrutividade, ela é concebida como “a expressão de vida da musculatura e do sistema de movimento”; além disso, “a palavra significa ‘aproximação’. *Toda manifestação positiva da vida é agressiva*” (Reich, 1942/1975, p. 137, grifo do autor). Isso mostra, mais uma vez, a importância da sobrevivência do analista em ambas as abordagens.

O que ainda não havia sido comentado é que Reich não trata o silêncio apenas como resistência. Ele afirma que, “além da função de comunicar, *a linguagem humana*

também funciona como defesa. A palavra falada esconde a linguagem expressiva do núcleo biológico” (Reich, 1933/2001, p. 334, grifo do autor). O que poderíamos concluir é que, nesse caso, ele valoriza o silêncio do paciente mais como uma forma de entrar em contato com suas emoções e sensações vegetativas (orgonóticas) do que como resistência. Ademais, segundo ele, “baseado em repetidas experiências, sou da opinião que, em muitas psicanálises que duraram anos, o tratamento estagnou devido a esse uso patológico da linguagem” (Reich, 1933/2001, p. 334). Nesse sentido, aproxima-se do que Winnicott (1965j[1963]/1983) chama de não-comunicação reativa.

Ainda é preciso nos questionar se uma atitude mais ativa do analista sempre será sentida como invasiva para o paciente. Vejamos um breve exemplo clínico. Uma paciente falava de sua dificuldade de se expressar entre amigos, ressaltando que parecia estar sendo julgada o tempo todo. Logo após dizer isso, olhou diretamente para o terapeuta e ficou em silêncio, dizendo que não sabia mais o que falar. Após certo tempo de silêncio, foi-lhe dito que não precisaria falar, se não quisesse, mas parecia que ela se sentia julgada ali também. Ela respondeu que isso fazia sentido e passou a lembrar alguns momentos da escola em que, na verdade, era ela quem julgava e difamava os colegas, mas que foi mudando com o passar do tempo. Ao final da sessão, disse estar satisfeita por ter conseguido se expressar, relatando que isso não fora possível com terapeutas que ficavam muito tempo em silêncio, o que nos leva a considerar que, mesmo uma posição mais ativa, como é proposta por Reich, pode ser válida.

Por outro lado, é preciso ter muita cautela para que a atividade do terapeuta não acabe criando uma “couraça secundária”, como aponta Gerda Boyesen (1986), indicando que algumas defesas e resistências surgem como consequência da atuação do analista. Além do mais, em nenhum trabalho de Reich foi encontrado algo semelhante ao conceito de hesitação de Winnicott (1941b/1988), implicando que também poderia ter havido algum equívoco entre esse conceito e o de resistência, como outros psicanalistas o fizeram.

Concluindo, se, assim como Cornell, concebermos o processo de “encouraçamento” como sendo a interrupção dos “gestos espontâneos” (Cornell, 1998, p. 94), talvez o diálogo entre esses autores possa dar importantes contribuições tanto na teoria quanto na prática. Além disso, posteriormente, na obra *A biopatia do câncer*, Reich (1948/2009) mostra um outro processo de encouraçamento, o qual difere daquele que ocorre em sujeitos neuróticos, de modo que veremos que existem algumas semelhanças entre o conceito de couraça e o de falso *self*. Fizemos algumas

considerações em outro trabalho (Amaral, Ribeiro & Abrão, 2015), mas seria necessária uma discussão mais aprofundada a respeito das relações entre essas concepções.

5) Considerações finais

Ao longo deste artigo notamos que, embora Reich e Winnicott tenham alguns objetivos terapêuticos semelhantes, a forma pela qual os buscam se diferencia muito. Em Reich, o silêncio do paciente é visto predominantemente como resistência, sendo que, nesse caso, o analista deveria manter uma postura mais ativa. Em Winnicott, o silêncio também pode ser entendido como hesitação e como uma conquista tida pelo paciente no processo terapêutico, predominando uma postura mais passiva e acolhedora do analista. No entanto, é importante ressaltar que estamos tratando de tendências, visto que Reich não trata do silêncio apenas como resistência, e Winnicott nem sempre se utiliza da técnica do silêncio.

Apesar das diferenças, percebemos que eles defendem que o analista não deve obrigar o paciente a falar ou fazer interpretações que não possam ser reconhecidas por este. Nenhum deles descarta a regra básica, mas consideram que deve haver um trabalho preparativo para que ela possa ocorrer. Em acréscimo, o analista não deve ser tomado como uma autoridade, mas, sim, deve facilitar ao paciente que este possa se expressar. Portanto, podemos afirmar que uma das principais aproximações entre os autores diz respeito à valorização da espontaneidade do paciente.

Assim, pensamos que nenhuma de suas contribuições pode ser desconsiderada. Na verdade, compreendemos que qualquer intervenção deva variar de acordo com cada paciente e a cada encontro. Por conseguinte, a crítica de Reich sobre a técnica do silêncio não é totalmente invalidada, mesmo dentro da abordagem winnicottiana, pois devemos levar em conta que o silêncio do analista, sem que este ofereça *holding*, também pode ser prejudicial ao paciente. Além disso, devemos nos perguntar do que o paciente necessita, sendo que o analista pode ou não ficar em silêncio dependendo da resposta a essa pergunta. Poderíamos reforçar ainda mais essa ideia com um trecho em que Guntrip relata sua análise com Winnicott:

Comecei a ser capaz de permitir alguns silêncios e, certa vez, sentindo-me um pouco angustiado, fiquei aliviado por ouvir Winnicott

mexer-se. Não falei nada, mas, com sua excepcional intuição, ele disse:

“Você começou a sentir medo de que eu o tivesse abandonado. *Sente o silêncio como um abandono*. O lapso não é você esquecendo sua mãe, mas sua mãe esquecendo você, e, agora, você reviveu isso comigo. Você está encontrando um trauma ainda mais primitivo, que talvez você nunca recuperasse sem a ajuda do trauma de Percy, que o repetiu. Você precisa recordar sua mãe abandonando você, na transferência comigo”. (Guntrip, 1975/2006, p. 402, grifo nosso)

Este artigo não pretende esgotar o assunto, já que não seria possível explorar todas as ideias e conceitos importantes de ambos os autores. Em Winnicott, por exemplo, deixamos de examinar mais minuciosamente os conceitos de comunicação silenciosa, integração, personalização, verdadeiro e falso *self*, entre outros. Em Reich, tudo o que se referiu à parte corporal teve de ser omitida – o conceito de couraça muscular, o trabalho da vegetoterapia caracterológica, a orgonomia etc. –, e o fizemos propositalmente, embora saibamos o quanto é perdido nesse processo.

Por fim, compreendemos que o diálogo entre ambos pode trazer importantes contribuições à clínica psicanalítica, sendo que, a nosso ver, o trabalho se enriquece ainda mais na medida em que um assume uma postura mais ativa, e o outro, uma postura mais passiva, ampliando nossa compreensão para o mesmo problema. Na verdade, seria interessante distinguir a posição passiva do analista, como a rígida e mecânica que impede muitas vezes o paciente de se expressar, de uma posição adaptativa, vinculada aos processos de cuidado tais como o fornecimento de *holding*, *handling* e a apresentação de objetos. Para Winnicott, é claro, o analista deve ser sempre adaptativo.

Referências

Amaral, H. U. Ribeiro, D. P. S. A., & Abrão, J. L. F. (2015). Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterológica. In *Anais do XX Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*. Curitiba, PR. Recuperado de http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2015/AMARAL_Henrique_Uva_Contribuicoes_winnicottianas.pdf

Albertini, P. (1993). *Reich: história das ideias e formulações para a educação*. São Paulo: Ágora.

Avellar, L. Z. (2004). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barone, K. C. (2011). Winnicott e a posição ética do analista. *Impulso*, 21(52), 75-86.

Boyesen, G. (1986). *Entre psique e soma*. São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1985).

Cornell, W. E. (1998). Se Reich tivesse encontrado Winnicott: o gesto interrompido. *Revista Reichiana*, 7, 80-97.

Costa, C. G., Ribeiro, D. P. S. A., Volpato, A. L., & Abrão, J. L. F. (2013). Reflexões winnicottianas sobre o sentido do silêncio no *setting*. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 49-63.

Cukiert, M. (2000). *Uma contribuição à questão do corpo em psicanálise: Freud, Reich e Lacan* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Dadoun, R. (1975). *Cent fleurs pour Wilhelm Reich*. Paris: Payot.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Dias, E. O. (2014). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo: DWW Editorial.

Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*. Artigos sobre a técnica e outros textos (P. C. Souza, Trad., Vol. 10, pp. 193-209). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).

Guntrip, H. (2006). Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott: quão completo é o resultado atingido por uma terapia psicanalítica?. *Natureza Humana*, 8(2), 383-411. (Trabalho original publicado em 1975).

Khan, M. M. R. (2000). Prefácio. In D. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad., pp. 7-61). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1988).

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).

Lombard, P. (2005). Silêncio. In A. Mijola, *Dicionário internacional de psicanálise* (pp. 1729-1730). Rio de Janeiro: Imago.

Phillips, A. (2006). *Winnicott. Aparecida: Ideias & Letras*. (Trabalho original publicado em 1988).

Reich, W. (1975). *A função do orgasmo: problemas econômico-sexuais da energia biológica*. São Paulo: Círculo do Livro. (Trabalho original publicado em 1942).

Reich, W. (2001). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).

Reich, W. (2009). *A biopatia do câncer*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1948).

Santos, L. F., Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2008). A escuta na psicoterapia de adolescentes: as diferentes vozes do silêncio. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(2), 1-15. Recuperado de www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v4n2/v4n2a08.pdf

Vieira, M. C. S. (2010). *Reflexos possíveis: o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Wagner, C. M. (1996). *Freud e Reich: continuidade ou ruptura?*. São Paulo: Summus.

Wagner, C. M. (2003). *A transferência na clínica reichiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In D. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958g[1957]).

Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965j[1963]).

Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vd[1963]).

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971b).

Winnicott, D. W. (1988). A observação de bebês em uma situação estabelecida. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 139-164). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1941b).

Winnicott, D. W. (1988). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945d).

Winnicott, D. W. (1988). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1953c[1951]).

Winnicott, D. W. (1988). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 437-458). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1955c[1954]).

Winnicott, D. W. (1988). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 355-374). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1958b[1950]).

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (1994). A interpretação na psicanálise. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 163-166). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989o[1968]).

Winnicott, D. W. (1994). Duas notas sobre o uso do silêncio. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 66-69). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vs[1963]).