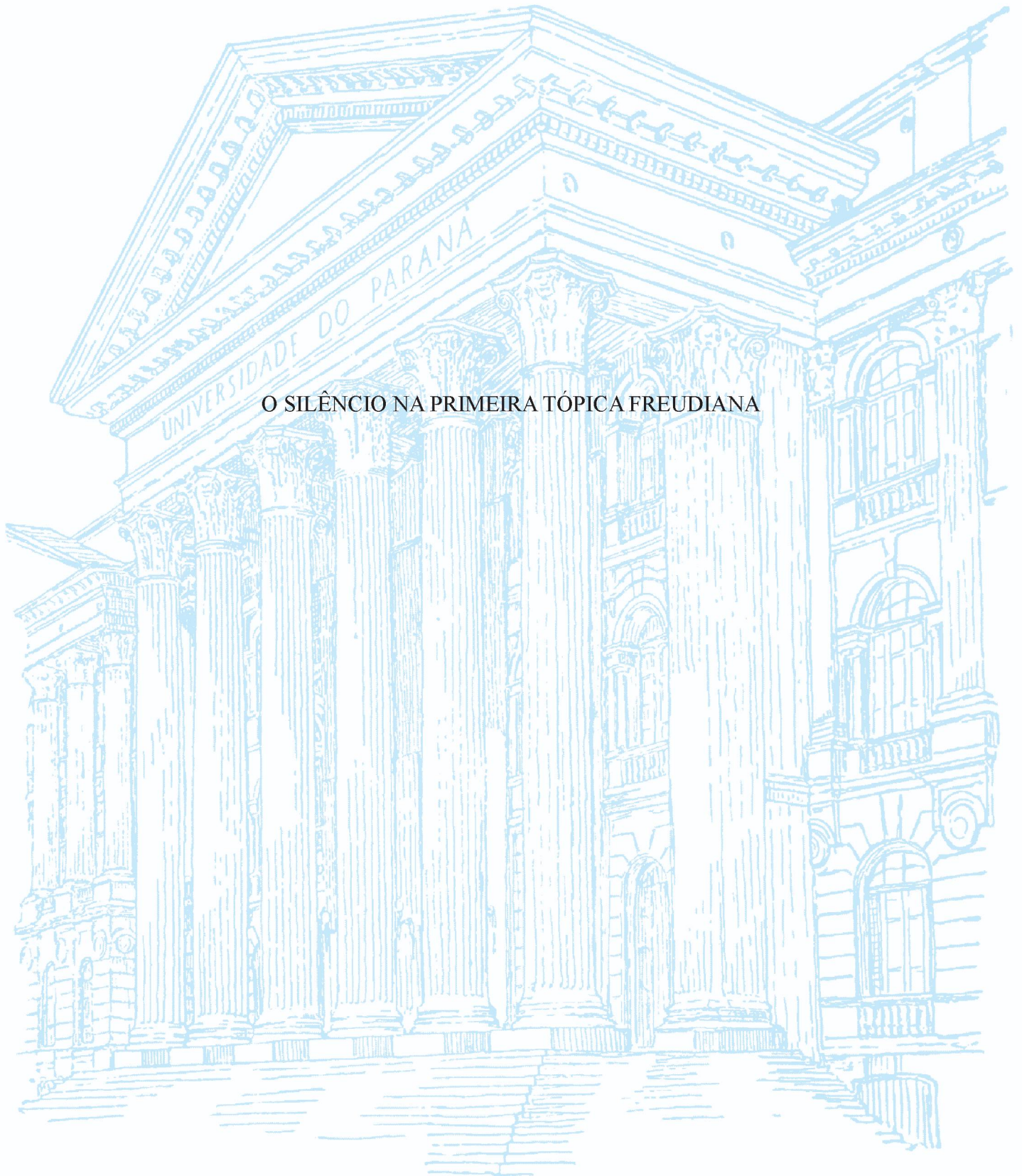


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

IARA DEL PADRE IAREMA ULKOWSKI



O SILÊNCIO NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA

CURITIBA
2019

IARA DEL PADRE IAREMA ULKOWSKI

O SILÊNCIO NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia, no Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro

CURITIBA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Ulkowski, Iara Del Padre Iarema
O silêncio na primeira tópica freudiana. / Iara Del Padre Iarema
Ulkowski. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas
da Universidade Federal do Paraná.
Orientadora : Profª. Drª. Nadja Nara Barbosa Pinheiro

1. Musicoterapia. 2. Silêncio - Psicanálise. 3. Psicologia freudiana.
4. Afeto (Psicologia). 5. Repressão (Psicologia). I. Título.

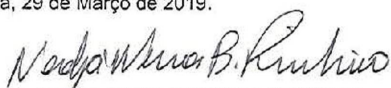
CDD – 615.85154

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **IARA DEL PADRE IAREMA ULKOWSKI**, intitulada: **O SILÊNCIO NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA**., após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Março de 2019.



NAJJA NARA BARBOSA PINHEIRO
Presidente da Banca Examinadora



MAURICIO JOSE D'ESCRAGNOLLE CARDOSO
Avaliador Interno (UFPR)



JOSAIDA DE OLIVEIRA GONDAR
Avaliador Externo (UNIRIO)

Para Francisco e Antonio, com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, que me deram todo respaldo e incentivo para a realização do mestrado.

Em especial, ao Fábio Pagliosa Ulkowski, pelo companheirismo, paciência e ternura no nosso dia-a-dia.

À Luzinete Del Padre, pelo gosto pelos estudos e pela inestimável presença, de perto e de longe.

Ao Demétrio Del Padre Iarema, pela parceria de longa data.

Ao Geraldo Del Padre Trabaquini e à Gláucia Alves, pela amizade e carinho.

À Maria Carmen Del Padre Trabaquini, pela disposição em ler o meu trabalho e fazer a revisão do texto.

À Carolina Luna, pela ajuda lá de longe com a tradução.

À Ana Lize Pagliosa, pela disponibilidade e acolhimento.

Ao César Iarema, amor que não tem fim.

Às minhas amigas e colegas do mestrado, em especial: Caroline Coelho Vieira, Josmeri do Nascimento, Esther Tribuzi, Arisangeli de Fatima Paiva, Paola Basso Scalzo e Luiza Drehmer. Pela partilha e amizade que possibilitaram que este processo ganhasse leveza.

Aos colegas do grupo de orientação, pelas contribuições relevantes ao trabalho.

Às minhas amigas e colegas da UNESPAR – FAP, pela inspiração no percurso acadêmico. Especialmente às que participaram da minha formação como professoras: Jônia Maria Dozza Messagi, Sheila Beggiano, Pierângela Simões e Márcia Maria Menin.

Aos amigos que conheci na Associação SERPIÁ e que permaneceram em minha vida. E à própria SERPIÁ, como espaço institucional onde a psicanálise floresceu na minha prática clínica, em especial à Maria Carolina de Oliveira Serafim e Ingrid Fabian Cadore.

À minha orientadora Nadja Nara Barbosa Pinheiro, por ter aceitado me orientar. Por sua leitura, ao mesmo tempo rigorosa e acolhedora, que me propiciou um entendimento mais fundamentado e complexo da teoria psicanalítica. E pelo aprendizado valioso no estágio em docência, que certamente deixará marcas em minha prática profissional.

À professora Rosemyriam Cunha, pelas contribuições substanciais para a pesquisa, com gentileza e precisão.

Aos professores Maurício d'Escragnolle Cardoso e Débora Nemer Pinheiro, pela leitura atenta do relatório de qualificação e pelas contribuições pertinentes.

À professora Jô Gondar, por ter aceitado compor a banca de defesa da minha pesquisa.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da UFPR, que contribuíram para a minha formação como pesquisadora e docente.

À Mariangela Ronchetti, Marcel Santos e Milena Oswald, por se mostrarem sempre solícitos a esclarecer os assuntos de ordem administrativa referentes ao Mestrado.

Há um grande silêncio que está à escuta...

*E a gente se põe a dizer inquietamente qualquer coisa,
qualquer coisa, seja o que for,
desde a corriqueira dívida sobre se chove ou não chove hoje
até a tua dívida metafísica, Hamleto!*

*E, por todo o sempre, enquanto a gente fala, fala, fala
o silêncio escuta...
e cala.*

(Quintana, 2013, s/p)

RESUMO

A percepção de que o silêncio pode ser inquietante surgiu no âmbito da clínica musicoterapêutica, sustentada pela teoria psicanalítica. Assim, esta pesquisa se desenrola em torno da questão ‘o que faz com que algumas vezes seja difícil sustentar o silêncio?’. Para tanto, tivemos como referência o método de pesquisa em psicanálise, que nos remeteu aos textos freudianos, para melhor entendermos o que nomeamos como ‘natureza árdua do silêncio’. O ponto de partida da dissertação foi a apresentação da musicoterapia, com seus entrelaçamentos epistemológicos e, especificamente, da orientação da teoria psicanalítica para esta prática terapêutica. Pudemos notar que a musicoterapia com frequência se fundamenta sob o respaldo da combinação de mais de uma vertente teórica. Os textos pesquisados que se sustentam na teoria psicanalítica, apesar de apresentarem diferenças de leitura entre si, contemplam, também, características em comum, tal como o entendimento de que há similaridades entre os processos inconscientes e as manifestações sonoro-musicais. A imersão nos textos freudianos se deu com a realização de um estudo longitudinal que buscou conhecer as ocorrências do termo ‘silêncio’ e seus derivados na obra deste autor, bem como de situar cada uma delas com relação a noções e conceitos da psicanálise, ou a outras categorias. Com este estudo, localizamos que, diversas vezes, Freud fez uso da palavra ‘silêncio’ em analogia à repressão e à pulsão de morte, conceitos que, como hipótese, estariam ligados aos aspectos inquietantes do silêncio percebidos na clínica. A delimitação desta pesquisa na primeira tópica freudiana se mostrou pertinente à formação acadêmica e profissional da autora e, com os resultados do estudo longitudinal, decidimos iluminar a articulação entre silêncio e defesa, e silêncio e repressão. A pesquisa sobre a noção de defesa, centrada nos textos iniciais de Freud, propiciou que levantássemos a seguinte hipótese: mesmo quando se dá a operação de defesa, afastando os representantes ideativos inassimiláveis ao ego da consciência, o afeto permanece imutável e, portanto, não silenciado. Ou seja, o afeto seria o que não pode ser silenciado. Na sequência, o estudo da noção de repressão e seu uso em analogia ao silêncio, já no contexto da primeira tópica freudiana, permitiram que chegássemos a considerações parcialmente diferentes da anterior. Dos três tipos de neurose discutidos pelo autor no texto *Repressão* (1915d), dois deles indicavam que, com a operação de repressão, em que representantes ideativos são forçados a se manterem no inconsciente, os afetos permaneciam idênticos a si mesmos. Nesses casos, a hipótese de que o afeto é o que não pode ser silenciado se confirmaria, pois em ambos os casos restaria a angústia. Mas em outro tipo de neurose, a histeria de conversão, o afeto seria completamente silenciado. Sobre este tipo de neurose, permaneceram em aberto algumas indagações, instigadas tanto pelo texto freudiano, quanto pela clínica. Sobre a analogia do silêncio com a repressão, entendemos que se dá sempre contemplando um paradoxo. Pois ao mesmo tempo em que a repressão remete ao silenciamento de noções inaceitáveis para o ego, o reprimido que tenta retornar provoca efeitos ruidosos ao paciente. Trata-se, então, de uma operação sempre mal resolvida, já que este silenciamento parcial tenderá a caminhar lado a lado com a angústia.

Palavras-chave: Silêncio. Repressão. Defesa. Afeto. Musicoterapia.

ABSTRACT

The perception that silence can be disquieting arose within the scope of the clinic Music Therapy, supported by the Psychoanalytic Theory. Thus, this research takes place around the question 'what makes it difficult to sometimes sustain the silence?'. For that, we had as reference the Psychoanalysis method of research - which referred us to the Freudian texts - to better understand what we call the 'arduous nature of silence'. The starting point of the dissertation was the presentation of Music Therapy, with its epistemological interlacings and, specifically, the orientation of Psychoanalytic theory to this therapeutic practice. We have noted that Music Therapy is often based on the combination of more than one theoretical aspect. The researched texts that are based on Psychoanalytic theory, although presenting differences of reading among themselves, also contemplate common characteristics, such as the understanding that there are similarities between the unconscious processes and the sonorous-musical manifestations. The immersion in the Freudian texts occurred with the realization of a longitudinal study that sought to know the occurrences of the term 'silence' and its derivatives in the work of this author, as well as to situate each of them in relation to notions and concepts of Psychoanalysis, or other categories. With this study we have observed that on several occasions, Freud used the word 'silence' in analogy to repression and death instinct. These concepts, as hypothesis, would be related to the inquieting aspects of the silence perceived in the clinic. The delimitation of this research in the first Freudian topical was pertinent to the author's academic and professional background and, with the results of the longitudinal study, we decided to illuminate the articulation between silence and defense, and silence and repression. The research on the notion of defense, centered on the initial texts of Freud, gave rise to the following hypothesis: even when the defense operation is carried out, distancing the ideal representatives that cannot be assimilated to the ego of consciousness, the affect remains unchanged and, therefore, muted. Hence, affect would be what cannot be silenced. The study of the notion of repression and its use in analogy to silence, already in the context of the first Freudian topical, allowed us to arrive at partially different considerations from the previous one. Of the three types of neurosis discussed by the author in the text "Repression" (1915d), two of them indicated that with the repressive operation, in which ideational representatives are forced to remain in the unconscious, the affects remained identical to themselves. In these cases, the hypothesis that affect is what cannot be silenced would be confirmed, since in both cases the anxiety would remain. But in another kind of neurosis, the conversion hysteria, the affect would be completely muted. On this type of neurosis, some questions remained open, instigated by both the Freudian and the clinical texts. On the analogy of silence with repression, we understand that it is always contemplating a paradox. For while repression refers to the silencing of motions unacceptable to the ego, the repressed who tries to return causes noisy effects to the patient. It is, then, an operation always badly resolved, since this partial silencing will tend to walk side by side with anxiety.

Keywords: Silence. Repression. Defense. Affect. Music Therapy.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 – Produção científica sobre musicoterapia e psicanálise no Brasil.....	41
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 PRIMEIRO CAPÍTULO: Da musicoterapia à musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica: fundamentos epistemológicos.....	21
2.1 Musicoterapia geral.....	23
2.1.1 <i>Os entrelaçamentos epistemológicos da musicoterapia.....</i>	28
2.1.2 <i>A Teoria Psicanalítica como orientação para a Musicoterapia.....</i>	32
2.1.3 <i>A produção científica sobre Musicoterapia e Psicanálise no Brasil.....</i>	38
2.2 Apreensões do segundo capítulo.....	43
3. INTERLÚDIO: sobre o estudo longitudinal.....	46
4. SEGUNDO CAPÍTULO: Silêncio e defesa nos textos iniciais de Freud: o percurso até as primeiras publicações psicanalíticas.....	53
4.1 Silêncio e defesa nos textos iniciais de Freud.....	56
4.1.1 <i>Inconsciente.....</i>	58
4.1.2 <i>Afeto.....</i>	61
4.1.3 <i>O estalido que rompe o silêncio: um caso clínico de Freud.....</i>	64
4.1.3.1 <i>Emmy von N. e seu não-silêncio.....</i>	64
4.1.3.2 <i>As contribuições do caso para a cena psicanalítica.....</i>	66
4.1.3.3 <i>Elaboraões sobre a noção de defesa.....</i>	68
4.2 Apreensões do terceiro capítulo.....	69
5. TERCEIRO CAPÍTULO: Silêncio e repressão na obra freudiana: da <i>Interpretação dos Sonhos</i> aos <i>Artigos Metapsicológicos</i> de 1915.....	72
5.1 Das primeiras publicações psicanalíticas aos <i>Artigos sobre metapsicologia</i>.....	74
5.1.1 <i>A descrição dos processos psíquicos por meio da interpretação dos sonhos.....</i>	75
5.1.2 <i>A apresentação do conceito de pulsão.....</i>	81
5.2 A repressão como destino pulsional.....	84
5.3 Afeto, pulsão e silêncio.....	86
5.4 Apreensões do quarto capítulo.....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
Referências.....	98

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho nasce de uma prática clínica cujas especificidades devem ser apresentadas antes de quaisquer outras manifestações, até mesmo devido à dificuldade de nomeá-lo. Minha¹ prática profissional se dá sustentada por duas bases: a formação superior como musicoterapeuta e a teoria psicanalítica. Trata-se de uma clínica apoiada por esta teoria, não apenas como arcabouço conceitual ou designativo dos fenômenos percebidos, mas também como direção para o quê e como são escutadas as manifestações do paciente, da atenção dedicada à relação que se estabelece entre paciente e terapeuta, e de uma ética própria do trabalho. Considero que há aspectos inconscientes a serem escutados no processo de tratamento, que estão ligados de forma primitiva ao sofrimento enunciado pelo paciente como queixa. Atentamos, também, ao fato de que se estabelece uma relação especial entre profissional e paciente, em que se atualizam vivências primitivas, e que o trabalho deve se dar, em grande parte, no manejo desta relação. Tais pressupostos, ao mesmo tempo em que se fundam na teoria psicanalítica e, concomitantemente, na clínica, estão postos em constante movimento, já que cada paciente atendido leva o musicoterapeuta a repensar a teoria. A partir deste movimento imposto pela clínica, especialmente no que tange ao silêncio, pensa-se ser valioso retornar aos textos de Freud, buscando conhecer a quem este autor se referia quando se aproximava deste tema. Assim, compartilhando da teoria psicanalítica, entendemos que as indagações mobilizadas na clínica devem ser um convite a se repensar a teoria.

Na clínica, a experiência se constitui por infindáveis elementos que costumam ser percebidos, sentidos, escutados e analisados pelo profissional como um todo interligado, mas não de modo homogêneo. Pois entendemos que em cada caso atendido, ou em cada sessão, um ou mais elementos se sobressaem. Entre eles, poderíamos destacar os aspectos técnicos como a transferência, a contratransferência, e as facetas pelas quais se apresentam. Ou então, poderíamos dedicar uma análise mais atenta aos conceitos metapsicológicos, como a pulsão ou toda a dinâmica no aparelho psíquico. Os aspectos diagnósticos podem assumir especial relevância com relação aos demais elementos, em alguns casos clínicos. Outro conjunto que pode se apresentar predominante é o dos meios de manifestação e expressão do paciente e do profissional na sessão, tais como as palavras, os gestos, a configuração do setting adotada pelo

¹ Nos trechos em que estiver sendo feita referência à clínica musicoterapêutica da autora ou às suas impressões sobre ela, os verbos serão conjugados em primeira pessoa do singular. Quando se tratar de decisões, compreensões ou conduções da pesquisa, será utilizada a primeira pessoa do plural.

profissional e redesenhada pelo paciente, os ruídos e o silêncio. Este último – o silêncio – em vários momentos da minha atuação profissional como musicoterapeuta, tem sobressaído como elemento mobilizador de inquietações, sobre o qual me dedico a pensar. Neste trabalho, a investigação se dará aportada pelo referencial acadêmico e pelo método de pesquisa em psicanálise.

Atuando na clínica e na orientação de estudantes de um curso de graduação em musicoterapia, pude perceber em diversas situações que as longas pausas no discurso do paciente desencadeavam inseguranças no terapeuta e, não raras vezes, a concretização do ímpeto de preencher o silêncio na sessão, cantando, falando ou tocando um instrumento musical. Estas longas pausas a que me refiro devem ser entendidas menos no sentido cronológico do que no perceptivo. A dificuldade em sustentar o silêncio diante de alguém que demanda tratamento é particularmente complicada pelo fato de que o silêncio pode ser entendido, também, como parte importante da técnica do profissional em sua proposição a escutar o outro. Pude notar, ainda, que uma atitude semelhante pode se passar com o paciente que evita deixar vazios em sua sessão. O oposto disso, o paciente silencioso, suscita outras tantas questões. Consideramos que o silêncio na clínica pode ser escutado como mais um elemento por meio do qual a subjetividade se manifesta. Levando em conta este ponto de vista, em que o silêncio pode ser entendido como mais uma possibilidade de manifestação subjetiva, indagamos o que faz com que algumas vezes seja difícil sustentá-lo. É em torno desta questão que se comporá esta pesquisa.

Qualquer caminho fácil que associe o silêncio a um ou outro conceito psicanalítico sem seu estudo cuidadoso na obra freudiana tende a ser equivocado. Como cada sujeito vai experimentar, viver e atribuir ou não significado ao silêncio vai depender da singularidade de cada história, cada contexto e cada momento. Por isso a proposta de buscar na teoria de Freud e em seus conceitos a compreensão acerca dos aspectos ligados ao silêncio na clínica e que são percebidos como difíceis de lidar.

Reiteramos que o tema principal que nos propomos a discutir decorre de questões oriundas da experiência como musicoterapeuta, sustentada pela teoria psicanalítica. Essa é uma característica do método de pesquisa em psicanálise, ou seja, trata-se de investigações que partem de interrogações que são cernidas da clínica e que retornam para ela. Este método de pesquisa não se propõe à apresentação de estudos de casos clínicos ou vinhetas, e sim a um tipo de elaboração teórica que não pode ser desvinculada da clínica por ter se originado dela.

Entende-se que o retorno à clínica se dará depois da conclusão e divulgação do trabalho. Outra característica marcante é a implicação do pesquisador naquilo que está sendo pesquisado, desacreditando, portanto, da ideia de que ele se encontra neutro neste processo. O que não quer dizer, no entanto, que não se mantenha abstinente quanto a inferir suas crenças e suposições no percurso da pesquisa. Parte-se de um problema de pesquisa, mas o pesquisador procura não se manter enrijecido com relação a ele, e sim receptivo às novidades que possa encontrar. (Dockhorn e Macedo, 2015). O modo de se posicionar diante do objeto de pesquisa e de estar atento a ele também condiz com o da escuta analítica.

A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, “tratamento e investigação coincidem” (Freud, 1969). O que significa que há um modo específico de conhecer o fenômeno que é o modo propriamente clínico: inclinar a escuta e o olhar sobre o sujeito investigado, compartilhar com ele angústias e ansiedades, implicar-se com ele. O conhecimento que daí advém não confirma um determinado modelo teórico preexistente. O investigador não está descolado e olhando de fora o investigado. (Kahl, 2007).

Já que o que está em questão na pesquisa é a função do silêncio na clínica, a partir das delimitações conceituais sobre o tema na obra freudiana, consideramos ser necessário abarcar a compreensão da palavra ‘silêncio’ conforme a multiplicidade significativa encontrada no referencial pesquisado. Convém apresentar o silêncio do ponto de vista etimológico e cultural, mas interessará principalmente os usos que Freud fez desta palavra, por meio da leitura de um de seus tradutores para o português. Mesmo a clínica sendo o foco da pesquisa todo o tempo, podemos afirmar que, em muitos momentos, faz-se necessário mirar os textos de Freud também como obra literária, tendo em vista que as várias nuances da palavra ‘silêncio’ empregadas por ele exigem nossa disponibilidade interpretativa e cuidado para captar nos contextos o sentido mais fiel de cada silêncio enunciado pelo autor. Percebemos que Freud utilizou a palavra ‘silêncio’ e seus derivados muito além do sentido rígido atribuído pelo dicionário, passeando confortavelmente por metáforas, para manifestar suas ideias e formular seus conceitos. Caso o descritor central deste trabalho estivesse sendo considerado confinado nos limites de sua relação com a palavra ou, melhor dizendo, como sinônimo de ‘não dizer palavra’, muito se perderia das contemplações do autor acerca do silêncio. É possível encontrar na escrita freudiana frases como: “A crítica do superego silencia” (Freud, 1933/1996, p. 43)². Ou: “Tentávamos silenciá-la [à morte](...)” (Freud, 1915/1996, p. 173).

² A primeira data indica o ano de publicação original da obra e a segunda data indica a edição consultada pela autora. Todas as citações da *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, da Editora Imago (Freud, 1996) realizadas em diante no texto, terão registradas apenas a data de publicação original.

Com elas, notamos que o uso dado aos derivados de ‘silêncio’ transita desde algo que não se manifesta, passando pelo sinônimo de calar. Além dessas conotações, são encontrados na obra em questão o silêncio no sentido de ausência de palavras faladas, ausência de palavras faladas, mas presença de palavras pensadas: fazer cessar, fazer calar, entre outros. Gramaticalmente, percebemos a utilização de ‘silêncio’ e seus derivados como substantivos, verbos flexibilizados em acordo com várias pessoas e tempos verbais, adjetivos e locuções adverbiais. Além disso, o silêncio na obra de Freud não é sempre algo atribuído à manifestação, intencional ou não, de uma pessoa. Uma casa ou uma instância psíquica são descritas como silenciosas em textos diferentes, explicitando a desenvoltura metafórica do autor. Com base nisso, constatamos que o silêncio para Freud ultrapassa a compreensão sinônima a "não dizer palavra".

Desde 1952, quando John Cage revolucionou a história da música com a sua obra *4'33"*, abriu-se um imenso campo de visão sobre o tema do silêncio, cheio de possibilidades. Quando na execução da sua peça, o artista se propõe a executar *4'33"* de silêncio, tudo se ouve, menos silêncio. Pessoas pigarreiam, inquietam-se em suas poltronas, das quais se ouve o ruído, cochicham, enfim, sonorizam. O artista enfatiza, assim, o silêncio e a importância dele na música, pois sem silêncio não há som. Da mesma forma, demonstra quanto som há no silêncio: “nenhum som teme o silêncio que o extingue” (Cage apud Wisnik, 1989, p. 16). Numa rasa abreviação, podemos constatar que: o silêncio está repleto de sons e os sons estão repletos de silêncio; o silêncio nunca é absoluto; o silêncio é incômodo. Além disso, tal obra lançou luz sobre a efemeridade de cada momento, pois quando o espectador firma atenção aos mínimos ruídos da sala de concertos, pode se dar conta de que nenhuma execução será igual à outra. Essa não é uma característica exclusiva desta obra, mas sim algo que ficou ressaltado com a novidade e a sutileza reveladas por ela.

No campo da musicoterapia, Benenzon também explicita a natureza relativa do silêncio:

O movimento é relativo, já que não se conhece um só ponto no universo que se encontre em repouso absoluto e com relação ao qual os outros corpos se movam. O mesmo conceito é válido a respeito do silêncio. Parte-se da base de que o silêncio também é uma identidade relativa. Não se acredita que exista o silêncio absoluto. Uma coisa pode ser mais silenciosa que outra. Portanto, o conceito de silêncio como ausência de som não existe. (BENZON, 2011, p. 28, tradução nossa).³

3 El movimiento es relativo ya que no se conoce un solo punto en el universo que se encuentre en reposo absoluto y con relación al cual los otros cuerpos se muevan. Este mismo concepto es válido con respecto al silencio. Se parte de la base de que el silencio también es una identidad relativa. No se cree que exista el

Etimologicamente, a palavra ‘silêncio’ está associada à fala; mais precisamente à sua ausência. Sua origem é do latim *silentium*, derivado de *silere*, que quer dizer ‘calar-se, não dizer palavra’. Da mesma forma, seu significado atual em português remete à ideia de fala em muitas interpretações, mas não em todas, pois em consulta ao dicionário, encontramos: “1 estado de quem se cala ou se abstém de falar; 2 privação, voluntária ou não, de falar (...)”. O silêncio também pode ser entendido como ausência de som, nesse caso: “2 privação, voluntária ou não, (...) de pronunciar qualquer palavra ou som, de manifestar os próprios pensamentos (...) 5 ausência ou cessação de barulho, ruído ou inquietação.” Percebemos, também, uma certa ambivalência quanto aos sentidos possíveis para a palavra silêncio, que tanto pode dizer da “6 qualidade do que é calmo, tranquilo; sossego, paz”, quanto de “3 taciturnidade, discrição” ou de “7 sigilo, mistério, segredo”. (Houaiss e Villar, 2001, p. 2570).

A ideia de silêncio para os musicoterapeutas converge com a inovação de Cage e, pode-se dizer até que deriva dela. Ou seja, trata-se de um silêncio permeado de sons simultaneamente ao fato de que os sons são permeados de silêncios. E, dessa forma, ultrapassa a compreensão etimológica de ausência de fala ou mesmo de ausência de som. A mesma flexibilidade pode ser encontrada nos textos freudianos, que serão a base para o aprofundamento teórico deste elemento tão inquietante na lida com o paciente na clínica psicanalítica, que é o silêncio.

Conforme manifestamos acima, esta pesquisa parte da experiência clínica musicoterapêutica, sustentada pela teoria psicanalítica. Mais especificamente, da percepção de que o silêncio durante alguns momentos da sessão, se mostrava angustiante, a ponto de a musicoterapeuta ou o paciente não suportarem mantê-lo. O primeiro capítulo é destinado, portanto, a discorrer sobre aspectos históricos e os entrelaçamentos epistemológicos da musicoterapia. Nele, damos especial ênfase à musicoterapia articulada à teoria psicanalítica, apoiadas por autores que se propõem a este tema, tais como Lecourt, Benenzon, Pellizzari e Cirigliano. Apesar da grande diversidade de leituras acerca da intersecção musicoterapia e psicanálise, há alguns pontos em comum neste campo híbrido. Alguns conceitos e noções psicanalíticas são fundamentos para o trabalho destes profissionais. Também é apresentado um levantamento realizado em um buscador de textos acadêmicos, por meio do qual procuramos conhecer as denominações dos profissionais deste campo – musicoterapia

silencio absoluto. Una cosa puede ser más silenciosa que outra. Por lo tanto el concepto de silencio como ausencia de sonido no existe.

articulada à teoria psicanalítica – ao seu próprio fazer profissional e sua auto-denominação como tais.

A introdução à teoria freudiana, pautada diretamente nos textos deste autor, se dará na introdução aos capítulos dois e três. Neste entremeio serão apresentados o percurso do estudo longitudinal realizado na obra de Freud, bem como os resultados da pesquisa sobre a palavra ‘silêncio’ e seus derivados. Com ele, pudemos cernir algumas constatações que nos ajudaram a delinear o caminho a ser percorrido na pesquisa. Em primeiro lugar, de que o uso da palavra ‘silêncio’ e seus derivados foi feito pelo autor de modo multifacetado e flexível e que, devido a esta gama de possibilidades, algumas escolhas deveriam ser feitas na delimitação deste trabalho. A partir do que foi encontrado sobre o silêncio no estudo longitudinal e também das indagações que me acompanham em minha prática clínica, decidimos, delimitar o aprofundamento da questão inicial sobre o silêncio na obra freudiana, na natureza árdua do silêncio. Ou seja, indagando e discutindo, sempre a partir de Freud, o que há no silêncio, personificado em quem o cala e em quem o escuta, que é mobilizador de incômodos e até mesmo de angústia. Em segundo lugar, entendemos que havia passagens na obra deste autor, que estariam próximas a isso que nomeamos como “a natureza árdua do silêncio” ou o que há de angustiante nele. Então, a partir deste estudo realizado na obra freudiana e balizadas pela questão norteadora da dissertação, decidimos nos dedicar a investigar a noção psicanalítica da repressão⁴ em analogia com o silêncio. Posteriormente, constatamos que se fazia necessário para a melhor compreensão da noção de repressão, um estudo atento dos textos iniciais de Freud, especialmente sobre a noção de defesa em analogia ao silêncio.

No capítulo seguinte, consideramos necessário investigar a noção de defesa nos textos iniciais de Freud, em analogia ao silenciamento. No período que é considerado por alguns autores como a pré-história da psicanálise (Andersson, 2000), o silenciamento é uma metáfora utilizada por Freud para se referir tanto à defesa, como à repressão. Para melhor compreender esta relação, fez-se fundamental investigar qual era ou, melhor dizendo, quais eram as concepções de inconsciente utilizadas pelo autor. Outro ponto abordado neste capítulo é a questão da dinâmica dos afetos, pois constatamos que trata-se de um ponto elementar quando se pretende entender a relação entre silenciamento e defesa. Um caso clínico de Freud é emblemático para se pensar as várias facetas do silêncio. O caso intitulado *Sra. Emmy Von N.*

4 Nesta dissertação a noção psicanalítica ‘repressão’, será nomeada dessa forma, em acordo com a *Edição Standard das Obras Completas de Sigmundo Freud* (Freud, 1996), da Editora Imago. No entanto, outros conceitos e noções psicanalíticas serão nomeados diferentes do que a referida edição utiliza: ‘pulsão’ e ‘angústia’. Dessa forma, nas citações diretas constarão ‘instinto’ e ‘ansiedade’.

(Freud, 1893a) permite inferirmos analogias do silêncio como técnica, como defesa do ego, além de oferecer subsídios para a pesquisa sobre a dificuldade em sustentar o silêncio, já que um dos principais sintomas apresentados pela paciente era diretamente ligado a isso.

Dando continuidade à proposição de entendermos a proximidade entre silêncio e angústia, anunciada pela questão ‘por que algumas vezes é difícil sustentar o silêncio, no contexto da clínica?’, chegamos ao último capítulo. Ele está delimitado na primeira tópica freudiana e apresenta o estudo realizado sobre conceitos e noções necessários ao entendimento da relação entre o silêncio e a repressão. Para que seja possível a investigação da repressão no âmbito da metapsicologia, faz-se imprescindível estudar o aparelho psíquico tal como formalizado por Freud na *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900-1901). Tão inovadores quanto o conceito de inconsciente e a descrição do aparelho psíquico, foram a Teoria da Sexualidade postulada por Freud e o conceito de pulsão, que também compõem o capítulo em questão. A dinâmica dos afetos, além dos processos econômicos e topológicos volta a ser abordada, porque permanece como ponto central para o entendimento da relação, ainda que por analogia, entre o silêncio e a repressão. As vicissitudes dos afetos nas neuroses, tais como anunciadas por Freud, nos ajudam a entender a proximidade entre o silêncio e a angústia, percebida na clínica.

2. PRIMEIRO CAPÍTULO: Da musicoterapia à musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica: fundamentos epistemológicos

As indagações acerca do silêncio na clínica tiveram origem em minha experiência como musicoterapeuta. Trata-se de um trabalho repleto de nuances, pois a escuta do profissional desta área e suas técnicas são específicas desta profissão. No Brasil, os musicoterapeutas costumam ser músicos antes mesmo da formação em musicoterapia e, na música, o silêncio é algo a ser escutado e respeitado como elemento fundamental da obra. Por isso, a escuta do musicoterapeuta com relação ao silêncio tende a ser tão cuidadosa quanto o é com relação aos sons manifestados pelo paciente e por si mesmo na sessão. Em minha prática clínica, percebo que há muitas formas diferentes de paciente e terapeuta manifestarem o silêncio, que se diferenciam umas das outras no contexto da sessão, no conjunto com as expressões corporais, faciais e com o olhar. Além disso, um aspecto fundamental que motivou a escolha deste tema e a realização desta pesquisa é o afeto despertado pelos momentos de silêncio, nos pacientes e na terapeuta. O silêncio pode ser gerador de tranquilidade e de serenidade mas, para mim, muitas vezes é gerador de inquietude, de ansiedade ou de apreensão. O mesmo ocorre com alguns pacientes. Noto, por exemplo, que alguns deles preenchem todas as pausas em potencial na sessão com mais música ou mesmo reclamando do silêncio. É importante ressaltar que o que cada um percebe e nomeia como silêncio pode variar imensamente. Para alguns pacientes, silêncio é não ser cantada nenhuma música. Nesse caso, se o atendimento é em grupo e, entre uma canção e outra, alguém relatar uma situação evocada ou um sentimento, este tempo de manifestação em palavras pode ser entendido como silêncio.

Neste primeiro capítulo, serão apresentadas algumas especificidades da musicoterapia, especialmente no que tange à orientação psicanalítica para esta prática. Pelo fato de o método do trabalho aqui desenvolvido ser o da pesquisa em psicanálise, sabe-se que as inquietações disparadoras da pergunta da pesquisa são indissociáveis de uma prática clínica. Neste caso, uma clínica específica que é a musicoterapêutica, daí a necessidade de se apresentar mais detalhadamente esta prática e de como tem se dado o diálogo entre ela e a psicanálise, principalmente na teoria freudiana como sustentação teórica para o trabalho do musicoterapeuta.

Pretendemos traçar um percurso que descreva a história da musicoterapia de modo geral e chegue em seu entrelaçamento com a psicanálise. Tal percurso inicia-se pelo uso terapêutico da música pelos povos antigos, chegando até a musicoterapia dos dias atuais, que busca ancorar-se no discurso científico. Serão descritas algumas características gerais desta prática profissional, antes de se chegar às suas especificidades quando orientada pela teoria psicanalítica. Será valoroso descrever os entrelaçamentos epistemológicos da musicoterapia, para que se entenda o percurso de alguns profissionais desta área pela via da psicanálise. Ressaltamos que o modo como esta dissertação se organiza prioriza apresentar uma parte destes entrelaçamentos, buscando apoiar minha prática clínica em uma base epistemológica sólida e clara. Acrescentamos que há musicoterapeutas pesquisadores, especialmente nos contextos acadêmicos, atuando em processos semelhantes. Ou seja, buscar fundamentações sólidas para suas pesquisas, vinculados à psicanálise ou em outras bases de pensamento, vem sendo um esforço de muitos.

Já na subdivisão que trata da articulação entre musicoterapia e psicanálise, serão descritas algumas delimitações teóricas e técnicas que especificam esta leitura. Para abordar a interseção ‘musicoterapia e psicanálise’, propriamente dita, serão utilizados como base autores de livros abrangentes sobre musicoterapia, como Ruud (1990) e Wigram et al (2002) e também autores que, no campo da musicoterapia, são comumente associados à orientação psicanalítica, como Lecourt (1996, 1997, 2011) e Benenzon (2011). Neste campo, é indispensável mencionar o trabalho de Mary Priestley, musicoterapeuta britânica que desenvolveu a abordagem que chamou de “Musicoterapia Analítica”, sustentada pela teoria psicanalítica. Sua abordagem, assim como a de Benenzon, foi considerada pela Federação Mundial de Musicoterapia em 1999 um dos cinco principais modelos teórico-práticos de musicoterapia. Apesar da importância deste trabalho e da pertinência a esta parte da pesquisa, os textos de Priestley não puderam ser incluídos na bibliografia. Pois no Brasil, tanto os originais em inglês, quanto traduções para o português são raramente encontrados, mesmo em bibliotecas que concentram bibliografia musicoterapêutica. Há autores que publicam trabalhos com base em Priestley, geralmente em periódicos estrangeiros, mas por não se ter acesso direto aos escritos da autora, optamos por não incluir a Musicoterapia Psicanalítica na presente pesquisa, apesar de sua importância para o campo de articulação entre musicoterapia e psicanálise.

Além da pesquisa bibliográfica propriamente dita, serão demonstrados os resultados de uma busca pelas produções científicas referentes a este tema no Brasil. Tendo em vista a confusão teórica que pode se dar na interseção de dois campos distintos, buscamos observar como os autores se autointitulavam quanto à sua profissão, e como nomeavam a própria prática.

2.1 Musicoterapia geral

É recorrente os textos que retomam a história da musicoterapia ressaltarem e exemplificarem que o uso terapêutico da música remonta à antiguidade. (Wigram, Pedersen e Ole Bond, 2002, p. 17; Barcellos, 2016, s/p; Lecourt, 2011, p. 7; Benenzon, 1985, p. 164). Desde alguns mitos gregos, como Orfeu, passando pelo episódio bíblico de Davi e o rei Saul⁵ (Wigram et al, 2002, p. 17), ou o conceito indiano de ragas⁶ (Lecourt, 2011, p. 15), o poder curativo da música é amplamente registrado na literatura como parte das práticas terapêuticas. Lecourt destaca que o que diferencia o uso terapêutico da música nos últimos cinquenta anos⁷ das práticas anteriores é a importância que esta adquiriu no rol de cuidados atuais, que se desenrola em preocupações quanto à sua cientificidade e à formação profissional. (Lecourt, 2011, p. 7).

Quanto ao termo “terapia” que será utilizado com frequência neste capítulo, convém destacar o aspecto abrangente com que será abordado. Faremos uma retomada histórica, desde a antiguidade até o que se reconhece atualmente como musicoterapia, ou seja, uma linha de tempo extensa. Sabemos que a própria noção de “terapêutica”, para além da musicoterapia, passou por grandes transformações e pode ser entendida por perspectivas diferentes. Não se trata, então, de aprofundar cada uma delas quando em referência ao uso terapêutico da música. Isso será feito com mais atenção na seção que discorrerá sobre musicoterapia e psicanálise, onde serão traçados pontos em comum entre autores que se propõem a atuar nesta interseção, e de onde se poderá esboçar um discernimento ético.

5 Consta na Bíblia que o Rei Saul, tendo sido desobediente a Deus, encontrava-se acometido por um mal que o aterrorizava. Ele pediu aos seus servos, então, que encontrassem um homem que soubesse tocar bem a lira, e esta passou a ser uma das atribuições de Davi no reino. “Todas as vezes que o espírito do Deus o acometia, Davi tomava a lira e tocava; então Saul se acalmava, sentia-se melhor e o mau espírito o deixava.” (1Sm 16:23).

6 Lecourt (2011) afirma que, em algumas culturas, a música é entendida como essencialmente terapêutica e exemplifica esta questão com os ragas indianos. Neste contexto, entende-se que cada música tem o momento certo a ser executada e que possui em si determinadas características, correspondentes a estados físicos e psíquicos (ternura, calma, satisfação, etc.). (Lecourt, 2011, p. 15-16).

7 Com referência ao seu livro publicado em 2011.

A palavra “terapia” tem origem no grego *therapeia*, “arte de curar, de restabelecer”, de *therapeuein*, “curar, fazer tratamento médico”, “tomar conta de, atender, fazer serviços”, de *therapon*, “servente, aquele que atende alguém”. O musicoterapeuta Kenneth Bruscia traça seis características do terapeuta, que são: “1) a ajuda ao cliente; 2) em base contratual, 3) com uma necessidade de saúde. 4) em um contexto de uma relação profissional, 5) baseada na especialização do terapeuta, 6) e governada por regras éticas de conduta.” (Bruscia, 2000, p. 52-53). Pautados nestas informações, propomos discriminar neste capítulo como o que se entende por “terapêutico”: uma ação cuja meta é o restabelecimento da saúde, onde estão envolvidas pelo menos duas pessoas com papéis distintos na relação entre elas, sendo que uma delas é dotada de conhecimentos que possibilitarão o alcance da meta (a posse de tais habilidades pode ser entendida literalmente ou como suposição por parte do paciente e da sociedade). O uso terapêutico da música a ser contemplado subsequentemente implica, de modo mais ou menos complexo, tais pressupostos.

Contrapondo as pesquisas de Kümmel (1977) e Horden (2000), Wigram et al (2002) problematizam a inserção do uso terapêutico da música no campo da ciência. Se, por um lado, Kümmel argumenta que a prática musicoterapêutica científica atual decorre direta e continuamente das práticas antigas, Horden marca que a literatura médica, desde os tempos antigos, tratava o uso terapêutico da música de maneira cética: “No entanto, a questão é se existe uma tradição contínua e ininterrupta conectando a musicoterapia moderna e científica com a prática e a filosofia da música e da medicina herdadas da antiguidade.” [Tradução nossa].⁸ (Wigram et al, 2002, p. 17). Esta discussão é de grande importância quando buscamos entender a epistemologia da musicoterapia. Tradicionalmente se pensa o percurso que parte das práticas musicais terapêuticas da antiguidade e que chega à musicoterapia como um caminho único e fluido. No entanto, a tese de Horden procura explicitar que há uma quebra do discurso religioso e filosófico para o médico e científico no contexto do uso terapêutico da música. O mesmo autor salienta, ainda, que a música não é mencionada em trabalhos de referência sobre a história da medicina e psiquiatria, como mais um argumento de que o entendimento científico do uso terapêutico da música é uma proposição bem mais recente. Não se trata de negar a histórica relação da música nas práticas de cura e, sim, considerar que a fundamentação para o uso e os efeitos que se davam era mais religiosa e filosófica do que

8 “However, the question is whether there exists a continuous, unbroken tradition connecting modern, scientific music therapy with the practice and philosophy of music and medicine handed down from antiquity.”

científica. Com base nisso, Wigram et al defendem que a musicoterapia é uma “disciplina periférica” da medicina (Wigram et al, 2002, p. 18) e consideram que ela emergiu como profissão nos últimos cinquenta anos⁹, a partir de uma gama de práticas profissionais e em diferentes países. (Wigram et al, 2002, p. 29).

Dada a dificuldade em precisar o momento exato em que a musicoterapia passa a ser considerada como prática científica, o que podemos fazer é apresentar alguns marcos conhecidos deste movimento. Barcellos (2016), no *Caderno de Musicoterapia I*, traz informações a respeito, tais como os autores das primeiras dissertações médicas sobre o tema, no final do século XVIII e início do século XIX. A primeira tese médica sobre o tema no Brasil data de 1845, é intitulada *Acerca da Música, e suas influências sobre o organismo*, de Sabino Olegário Ludgero Pinho. Nesse caso, percebemos a associação entre o uso terapêutico da música e o discurso científico, diferente, portanto, de como se davam os discursos sobre o tema nas práticas mágicas antigas, em que a música era utilizada para espantar maus espíritos ou fundada em outros modos de pensamento que não o científico. Outra passagem amplamente difundida nos textos musicoterapêuticos é o uso da música nos hospitais que atendiam os soldados feridos nas duas guerras mundiais. Músicos iam aos hospitais tocar para os pacientes que haviam sofrido traumas físicos ou psíquicos nas batalhas e os efeitos positivos destas intervenções passaram a atrair a atenção de médicos e enfermeiros. Diante disso, na década de 1940 são criados nos Estados Unidos os primeiros cursos em universidades para a formação de musicoterapeutas. (Barcellos, 2016, s.p.). Tanto a tese mencionada acima, quanto a música nos hospitais no tempo das guerras mundiais ainda não se caracterizavam como musicoterapia, conforme se denomina atualmente, em sua gama de possibilidades. Mas marcam a mudança discursiva no contexto do uso terapêutico da música.

Na França, a musicoterapia tem início já no campo médico em contextos de tratamento de saúde, com o nascimento da psiquiatria. Philippe Pinel relatou um restabelecimento de enfermidade na qual a prática do violino foi fundamental. Posteriormente, conforme afirma Lecourt (2011, p. 27), Esquirol, discípulo de Pinel, viria a desenvolver oficialmente a prática da musicoterapia no Hospital da Salpêtrière, em Paris.

Barcellos (2016, s/p) entende que há três vertentes para o início da musicoterapia: as práticas mágicas, a música em hospitais e a educação especial. Esta última, tendo sido o embrião da profissão no Brasil, com destaque para a atuação pioneira de Cecília Conde,

9 Com referência ao livro publicado em 2002.

Gabrielly de Souza Silva e Dóris de Carvalho, na década de 1960 (Conde e Ferrari, 2008, p. 33). Um aspecto destacado pela mesma autora é de a musicoterapia ter tido seu início pela prática, antes, ainda, de ser considerada uma profissão.¹⁰ No entanto, a partir do momento que começam a ser organizados os primeiros cursos e palestras sobre o tema (com as vindas de Rolando Benenzon, Edgar Willems e Juliette Alvin para o Brasil), começa-se a zelar pelo caráter científico da musicoterapia: “Eu tinha receio que a musicoterapia caísse na tendência mística, em voga na época”, afirma Cecília Conde, em entrevista a Pollyana Ferrari. (Conde e Ferrari, 2008, p. 36).

Simultaneamente às pioneiras do Rio de Janeiro, no Paraná a educadora musical Clotilde Espínola Leinig passa a se interessar e buscar fundamentação para a musicoterapia. Interesse desencadeado em uma aula que teve no Rio de Janeiro, intitulada *A Terapêutica pela Música* e, posteriormente, aprofundado em uma especialização em Musicoterapia, nos Estados Unidos. De lá, Leinig trouxe o currículo e o material teórico que culminou na implantação da Especialização *Lato Sensu* em Musicoterapia, na Faculdade de Educação Musical do Paraná. (Messagi, 1997, p. 59). Ao relatar a história da profissão no Paraná, Messagi (1997, p. 60) enfatiza, também, a influência do médico e psicanalista Rolando Benenzon na implementação do curso, visto que seus livros sobre musicoterapia já eram reconhecidos. Dessa forma, com a proximidade de Benenzon com os grupos precursores da musicoterapia no Brasil, tanto no Paraná quanto no Rio de Janeiro, podemos afirmar que conceitos e noções psicanalíticas estiveram presentes desde o início na fundamentação teórica da musicoterapia praticada no país.

A musicoterapia está formalizada institucionalmente no Brasil em universidades e associações de classe há cinquenta anos e atualmente é requisito para a formação e reconhecimento do profissional musicoterapeuta, a graduação ou especialização em cursos autorizados pelo Ministério da Educação (MEC). Trata-se de uma prática profissional que conta com a peculiaridade de sua natureza “híbrida”, como concluíram Chagas e Pedro (p. 60): “A realidade de um ser humano que vivencia simultaneamente músicas e sofrimento, explorações sonoras e deficiências sensoriais é a terra híbrida onde se desenvolveu o conhecimento musicoterapêutico.” As mesmas autoras afirmam que se trata de um campo de conhecimento caracterizado pela integração de saberes (p. 47). Conforme é possível perceber na definição da Federação Mundial de Musicoterapia (1996), há vários caminhos possíveis na

10 Entende-se que neste trecho a autora se referia ao início da musicoterapia no Brasil, especificamente.

musicoterapia, tanto quando se trata de clientela a ser atendida, como quando de abordagem que fundamenta o trabalho:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

Ainda sobre a natureza híbrida da musicoterapia e sobre os questionamentos que daí derivam, Ruud discorre:

O campo de atuação da musicoterapia refletiu sempre uma estreita relação com diversas orientações encontradas na psicologia e na filosofia. Se bem que o objetivo final da musicoterapia, enquanto profissão de tratamento, seja sua afirmação como disciplina própria, até o momento tem sido amplamente necessário fundamentar seus processos básicos em teorias prevaletentes na psicologia e outras filosofias de tratamento. (Ruud, 1990, p. 11).

Neste mesmo livro, o autor apresenta quatro caminhos possíveis para a musicoterapia: o modelo médico, as teorias behavioristas, a tendência humanista/existencial em psicologia e as teorias psicanalíticas. Este é um dos muitos livros de referência da musicoterapia que consideram a psicanálise como possibilidade de fundamentação para a musicoterapia. Notamos que, neste livro, a psicanálise é abordada dentro de limites estreitos, possivelmente devido à característica geral da obra, que é introdutória e contempla várias abordagens diferentes.

Wigram et al (2002), na mesma proposição de apresentar as teorias terapêuticas nas quais a musicoterapia se fundamenta, diferencia três grandes blocos: as abordagens psicanalítica e psicoterapêutica, as abordagens comportamentais, e a neuropsiquiatria tradicional. Os autores subdividem o bloco ‘abordagens psicanalítica e psicoterapêutica’ em: psicanálise, psicoterapia analítica, terapia centrada na pessoa, gestalt terapia, psicologia e psicoterapia transpessoal.

A musicoterapeuta e psicanalista Édith Lecourt (2011, p. 50-56) também situa a musicoterapia em relação às correntes psicoterapêuticas inspiradas por grandes correntes

teóricas, tais como: a psicanálise, o comportamentalismo, o cognitivismo, as terapias familiares e sistêmicas e as psicoterapias ditas humanistas.

Para traçarmos o percurso histórico da musicoterapia como profissão ou como prática terapêutica dotada de características próprias, que a delimitam para que possa ser distinguível de outras práticas terapêuticas, temos que considerar diversos status da relação homem – música – saúde. Sendo assim, consideramos aqui o processo histórico, iniciado pela percepção da influência da música sobre a saúde e o comportamento humanos que já existia nos povos antigos. Seguido pelo uso da música contextualizado em espaços de saúde/hospitais, por exemplo, como ocorria nas I e II Guerras Mundiais, concomitante ao uso da música em contextos educacionais, mas com fins terapêuticos com alunos portadores de necessidades especiais. E depois disso, e até os dias de hoje, o uso sistematizado da música como terapia, como se propõe atualmente encerrado no nome musicoterapia.

Tendo visto como se deu a composição da musicoterapia ao longo da história, desde o uso terapêutico da música na antiguidade até os dias de hoje, convém apresentarmos suas características no campo científico. Então, no próximo tópico, serão abordados os entrelaçamentos epistemológicos constituintes da musicoterapia.

2.1.1 Os entrelaçamentos epistemológicos da musicoterapia

A forma como foi se dando a construção da musicoterapia como profissão, deriva em certas características que devem ser mencionadas neste trabalho acadêmico. O hibridismo estudado por Chagas e Pedro (2008), toca no entrelaçamento entre música e tratamento, ou entre o que é do campo das artes e o que é do campo da saúde. Mas também, no que se está denominando aqui como combinação ou entrelaçamento de conceitos, que é o uso de ideias de duas ou mais correntes teóricas em um mesmo trabalho, o que as referidas autoras também incluem na ideia de ‘hibridismo’ na musicoterapia. Ou seja, o que será abordado nesta seção é o uso combinado de conceitos de diferentes proposições teóricas em muitas produções textuais da musicoterapia.

Este modo de se pensar teoricamente a musicoterapia fica explícito na introdução do artigo de Wheeler (1981, p. 9), cujo objetivo principal apresentado por ela é “demonstrar, para os musicoterapeutas, os benefícios de se usar **uma ou mais** teorias psicoterapêuticas como

estrutura de referência para o seu trabalho.” [Tradução e grifo nossos].¹¹ A autora se propõe a apresentar algumas teorias da psicoterapia e suas possíveis articulações com a musicoterapia. Sobre as teorias psicodinâmicas, marca a origem comum freudiana e nomeia alguns autores pós-freudianos. E novamente se mostra condescendente ao uso de teorias combinadas: “Estas teorias podem ser aplicadas individualmente ou combinadas.” (Wheeler, 1981, p. 13). [Tradução nossa].¹² Apesar da concordância de Wheeler com o uso de mais de uma teoria como estrutura para o trabalho do musicoterapeuta, o referido artigo se propõe a demonstrar a importância de ter como sustentação para o trabalho do musicoterapeuta referências teóricas que delimitem pontos importantes, tais como a natureza da saúde mental e as maneiras de alcançá-la, enfatizando que o alinhamento teórico permitiria um progresso mais sólido à musicoterapia.

No artigo de Cunha (2018), que discute a pluralidade epistemológica da musicoterapia, destaca-se, novamente, a construção híbrida da musicoterapia na proximidade de saberes de vários campos combinados dentro de um só. Apesar disso, a autora argumenta que, para que esta prática seja viável como ciência, é necessário que se apoie em bases conceituais e afirma: “São elas que oferecem fundamentos para o entendimento de realidades.”

Apresentamos aqui o uso combinado de teorias como uma característica, não geral, mas de muitos na musicoterapia, no intuito de favorecer o entendimento de como ela vem sendo organizada como profissão e como ciência. Podemos levantar algumas hipóteses para este caminho híbrido e de entrelaçamento de teorias, trilhado pela musicoterapia como ciência: 1) o princípio da musicoterapia pela prática; 2) origem híbrida da musicoterapia; 3) dificuldade de explicar a musicoterapia; 4) busca de espaço no mercado de trabalho.

A primeira hipótese levantada, o princípio da musicoterapia como profissão a partir da prática, é uma característica histórica a ser considerada, pois aponta para a relação da musicoterapia com outras teorias. Ou seja, depois de se notar os efeitos terapêuticos da música, seja como prática receptiva ou expressiva, e estando a sociedade em tempos de valorizar o discurso científico, passa-se a haver a busca por teorias que possam justificar e explicar os caminhos que levam a tais efeitos. Dessa forma, não se tem uma teoria própria da musicoterapia, e sim o empréstimo de elementos de teorias da psicologia, da filosofia ou da

11 “to demonstrate the benefits for music therapists of using one or more psychotherapeutic theories as a frame of reference for their work . . .”.

12 “These theories can be applied either individually or in combination.”

medicina, articulados a uma clínica que se difere substancialmente das de origem. Ou seja, as práticas musicoterapêuticas, mesmo quando fortemente influenciadas por uma corrente teórica como a psicanálise, ou da psicologia, da filosofia ou da medicina, passam a adquirir características próprias. Em alguns casos, como nas teorias apropriadas da filosofia e da psicanálise, passa-se por um duplo processo de apropriação, já que a origem não é sequer terapêutica. Na conclusão de seu livro *La musicothérapie* (2011), Lecourt aponta uma certa condescendência às práticas musicoterapêuticas empíricas, quanto aos aspectos teóricos e técnicos do trabalho mas, ao mesmo tempo, mostra-se otimista quanto ao trabalho dos musicoterapeutas em embasar suas práticas. Com isso, evidencia uma *praxis* que é desenvolvida inclusive profissionalmente e cujo respaldo teórico é buscado *a posteriori*. Esta postura é consonante ao discurso de Barcellos (2016), em que a autora afirma que na musicoterapia a prática teve início antes da teoria (ela afirma que em outras clínicas o mesmo também ocorre). Esta característica é determinante ao encaminhamento do pensar teórico-clínico musicoterapêutico e traços dela permanecem nas raízes das práticas atuais.

Sobre os efeitos da essência híbrida da musicoterapia na forma como até hoje muito do conhecimento pertinente a esta profissão é elaborado, parece deixarem explícito que a musicoterapia é, em si, miscigenada. Quando músicos entram em hospitais da década de 1940 e sua música passa a exercer funções terapêuticas, o princípio da arte como fim em si mesma é abandonado. Desde que foi instituída a formação de musicoterapeutas (no Brasil), os currículos propiciam e exigem que os alunos tenham conhecimento amplo de música, de disciplinas das áreas médicas, de fundamentos da psicologia, além das técnicas e articulações teóricas próprias da musicoterapia. Isso demonstra que a formação do musicoterapeuta é estruturalmente miscigenada.

Quanto à terceira hipótese, a dificuldade do musicoterapeuta em discorrer sobre elementos de sua clínica através da fala e da escrita, pode ser explicada por diferentes vias teóricas. Ansdell busca na etnomusicologia o ‘dilema da Seeger’, que trata da dificuldade em usar a fala como uma ferramenta analítica para se entender o processo musical (Ansdell, 1999, p. 52). Este autor, Ansdell (1999, p. 29-33), fez um levantamento de textos musicoterapêuticos que mencionavam esta complicação acerca de suas práticas profissionais. Cunha (2017, p. 15), também apresenta esta questão:

Outro fato desafiante é a narrativa das experiências, dos resultados e das nossas interpretações. Muitas das interações cheias de vida e afeto ficam esvaziadas quando postas em palavras ou números. Outras vezes as técnicas utilizadas são empobrecidas pela lógica da construção verbal, e detalhes (às vezes

mínimos, mas de suma importância), percebidos nos encontros, são quase que indizíveis e pouco palpáveis para dados de pesquisa. Na verdade, cada processo é único, cada encontro difere do anterior.

Os efeitos de tal dificuldade podem ter resultado na combinação de teorias. Diante de obstáculos no processo de fundamentação teórica e exposição de seu trabalho, já que a experiência vivida no setting por terapeuta e paciente não pode nunca ser repetida *ipsis literis* fora dele, o musicoterapeuta recorre à diversificação de teorias para esclarecer sobre sua prática clínica nos meios em que isso é necessário. Em outras palavras, pode ser que uma saída encontrada pelos musicoterapeutas diante da dificuldade em falar sobre as nuances do contexto musicoterapêutico, tenha sido (ou ainda seja) a busca teórica em bases diversificadas.

Há uma série de ações políticas dos musicoterapeutas como classe profissional que visam aumentar a inserção no mercado de trabalho e, com isso, ampliar o acesso da população a esse serviço. No entanto, há um discurso predominante quando se trata de cuidados à saúde, centrado em pressupostos nosológicos médicos e em técnicas intervencionistas. (Menéndez, 1983, p. 99). Uma das hipóteses levantadas sobre o modo como vem se elaborando uma parte da produção científica da musicoterapia é a tentativa de se adequar a tal discurso, sem que se problematize sua relação com outros pressupostos da clínica. Cabe ressaltar que não se trata da totalidade da produção científica da musicoterapia atual, já que há outros encaminhamentos teóricos que se distanciam do referido discurso predominante, e nos quais diversos musicoterapeutas se inserem. Além disso, há trabalhos reconhecidos do campo da musicoterapia alinhados exclusivamente ao discurso médico, não híbrido, portanto, no que concerne à fundamentação teórica.

Conhecer e reconhecer estes encontros teóricos epistemológicos da profissão abre a possibilidade de melhor entender a prática musicoterapêutica. Com a expectativa de que, ao ter maior clareza sobre em quais bases se fundamentam as decisões e leituras do musicoterapeuta na clínica, o diálogo com profissionais de outras áreas e entre os próprios musicoterapeutas passará a se dar de modo mais efetivo.

A despeito do hibridismo da musicoterapia como campo de saber e de se fundamentar em pressupostos teóricos de outras disciplinas, atualmente é fecunda a discussão sobre o que particulariza e diferencia esta prática e seus fundamentos, das demais. E neste propósito, Cunha (2018), juntamente com a musicoterapeuta Martha Negreiros e pautadas por trabalhos anteriores de autores reconhecidos enumeraram seis pressupostos fundamentais e universais

que caracterizam a musicoterapia, entre elas: a natureza polissêmica da música (Barcellos e Santos, 1996); a identificação sonora (Ruud, 1998) e a música como código distinto do verbal, regido por leis próprias, referencial e não-denotativo (Cunha e Negreiros, s/d).

Ruud (1990, p. 15) destaca a importância de os musicoterapeutas estarem atentos acerca do processo saúde-doença, em suas práticas clínicas e de pesquisa. Este autor apoia seu pensar na psicologia social e, dessa forma, contesta o entendimento da doença ou incapacidade entendida de modo isolado do contexto em que o paciente vive. Ele acredita que seja possível transformar terapêuticamente o indivíduo, a partir da transformação do contexto onde ele vive. Com isso, ampliam-se também as possibilidades profiláticas. Apesar de não nos situarmos na mesma linha teórica de Ruud, também identificamos que há pontos conflitantes entre teorias diferentes e que, nos trabalhos musicoterapêuticos que se propõem a combinar duas ou mais teorias, a problematização destes pontos se faz necessária. Ideias que alicerçam este ou aquele modo de se pensar o homem, o processo de saúde-doença, a terapêutica e a música, justamente por serem fundamentos, precisam estar claras, tanto nas produções textuais, quanto na clínica. Sendo assim, a não consideração destes pontos de conflito em textos musicoterapêuticos que se apoiam ora em uma, ora em outra teoria, torna frágil sua fundamentação.

2.1.2 A Teoria Psicanalítica como orientação para a Musicoterapia

Alguns autores costumam dedicar um ou mais capítulos em seus livros para tratar da interseção¹³ musicoterapia – psicanálise (Ruud, 1990; Wigram et al, 2002; Lecourt, 2011)¹⁴. Enquanto os livros de Ruud (1990) e Wigram et al (2002) priorizam uma apresentação compilada de alguns aspectos sobre musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, o livro de Lecourt (2011), embora se proponha a apresentar também outros vieses teóricos, se atém um pouco mais na teoria que aporta esta dissertação, pelo fato de a autora ser psicanalista. Serão utilizados como referências para apresentar este modo de entender a musicoterapia, tanto os textos mais abrangentes já mencionados, quanto outros, que se propõem mais

13 A busca no dicionário pela palavra ‘interseção’ resulta em: “ponto em que se cruzam duas linhas ou superfícies”. (Bueno, 1991). É este significado que se tem em mente no atual contexto, mas outro significado para a mesma palavra é o de “corte”.

14 O livro *La musicothérapie* (2011), de Édith Lecourt é considerado como generalista pela presente autora, por apresentar ao leitor outras orientações teóricas para a musicoterapia, além da psicanalítica. Já o livro *Freud e o universo sonoro: o tic-tac do desejo* (Lecourt, 1997), não se refere a outras linhas teóricas, além da psicanálise, mas também não aborda a musicoterapia, diretamente, apesar de oferecer valioso material de base para se pensar a clínica musicoterapêutica.

claramente a discorrer sobre musicoterapia e psicanálise (Lecourt, 1997; Cirigliano, 1993, 2004; Benenzon, 2011; Pellizzari, 1993).

Nesta seção, propomos discutir a articulação entre a psicanálise como base teórica que parte da clínica e retorna à clínica; com a musicoterapia, que parte da prática terapêutica instigantemente bem-sucedida, mas que não tem teoria própria. Ou seja, mais uma vez reiteramos que a prática musicoterapêutica, juntamente aos efeitos terapêuticos que se estabelecem e que variam conforme cada caso, historicamente antecediam a fundamentação teórica. Entre os autores que assumem ou assumiram em algum momento da carreira a orientação da teoria psicanalítica para a atuação musicoterapêutica, destacamos alguns nomes que serão apresentados a seguir. Optamos pelos textos que serão mencionados, visando tecer um fio explicativo sobre ‘musicoterapia e psicanálise’, demonstrando quão variada pode ser esta interlocução mas, ao mesmo tempo, buscando eixos temáticos conectores, especialmente aqueles mais diretamente vinculados aos textos freudianos. No entanto, sabemos que alguns deles são produções antigas e que seus autores, atualmente, podem apresentar outras maneiras de entender e atuar na musicoterapia.

Na França, Lecourt vem pesquisando e aplicando a musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica desde a década de 1970, e é dela um dos poucos artigos que aproximam os termos ‘orientação psicanalítica’ e ‘musicoterapia’. (Lapoujade e Lecourt, 1996, p. 28). No Brasil, destacam-se os artigos e teses de Cirigliano. Convém mencionar que há outros profissionais no país atuando nesta perspectiva teórica, mas com menor número de publicações em fontes acadêmico-científicas. Da Inglaterra, destaca-se como um dos modelos mais importantes da musicoterapia, o formulado por Mary Priestley na década de 1960, cuja base teórica é essencialmente psicanalítica. Devido à dificuldade de ter acesso às publicações desta autora, tanto em português, quanto aos originais em inglês, não será possível apresentar suas elaborações acerca do tema aqui discorrido. Na Argentina e com relevante papel na introdução da musicoterapia em vários outros países, como o Brasil, Rolando Benenzon é responsável pela formulação do Modelo Benenzon de Musicoterapia, hoje reelaborado e renomeado como Terapia Não-Verbal. Este autor recorre à Teoria de Freud e à Winnicott para fundamentar seu pensamento teórico-clínico. Convém mencionar o teor eclético de seu

trabalho, tendo em vista que se apoia, também, em teóricos de outras abordagens não-psicanalíticas, como Watzlawick¹⁵ e Jung¹⁶.

A complexidade da combinação de dois campos de saber distintos já foi discutida e a interlocução destes dois, especificamente, suscita indagações, algumas delas propostas na literatura musicoterapêutica. Wigram et al. (p. 81) lançam a seguinte questão sobre a interseção ‘musicoterapia e psicanálise’:

A musicoterapia é psicanalítica? Tem sido um grande ponto de discussão dentro dos círculos psicoterapêuticos se a musicoterapia pode ou não ser caracterizada como psicanálise ou análise, quando interpretação e insight deixam de ser os fatores curativos centrais e quando as estruturas mentais deixam de ser entendidas através da Teoria da Libido de Freud. [Tradução nossa].¹⁷

E, de certa forma, respondem a esta questão apontando que a psicanálise, até por vir se interessando cada vez mais por “doenças regressivas”, tem complementado ou substituído a interpretação por outros modos de atuação do “terapeuta”. Os autores incluem entre estes outros modos de atuação, nos quais consideram que a interpretação não é a principal técnica, o *holding*, proposto por Winnicott, por exemplo. E afirmam que a musicoterapia tem um grande potencial ao favorecer a oferta do referido ambiente de *holding*. (Wigram et al, p. 2002, p. 81-82).

Pellizzari (1993, p. 47), também problematiza: “Psicanálise versus musicoterapia? Trata-se de dois discursos opostos ou antagônicos? [Tradução nossa].¹⁸ A autora, que neste livro apresenta clara orientação lacaniana¹⁹ para a clínica musicoterapêutica, argumenta que há diferenças significativas entre a atuação do psicanalista e do musicoterapeuta, especialmente no manejo da transferência.

A musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, é uma prática terapêutica que adquire contornos variados, mas de onde podemos cernir algumas características em comum.

15 Paul Watzlawick é um teórico austríaco que se dedicou a desenvolver uma Teoria Sobre a Comunicação Humana. Um dos pontos relevantes de sua obra que dão sustentação para o trabalho de Benenzon é a afirmação de que é impossível não comunicar.

16 Carl Gustav Jung foi um psiquiatra e psicoterapeuta suíço. Um dos conceitos de sua obra que dão sustentação ao trabalho de Benenzon é o de inconsciente coletivo.

17 Is music therapy psychoanalytic? There has been a great deal of discussion within psychotherapeutic circles on whether or not a therapy can be described as psychoanalysis or analysis, when interpretation and insight no longer are central curative factors, and when the structures of the mind are no longer understood thorough Freud's libido theory.

18 “¿Psicoanalysis versus musicoterapia? ¿Se trata de dos discursos opostos o antagônicos?”

19 Convém informar que não é possível entender a orientação lacaniana em psicanálise a partir de uma direção única e consensual, sendo mais prudente afirmar que se trata de **um** entendimento de Lacan, entre tantos possíveis.

Há certos pressupostos que denotam tal articulação, que podem ser encontrados em vários textos. São eles: a similaridade entre a música (estruturada ou não) e o processo primário, a importância da sublimação como destino pulsional mais aceito socialmente e a musicoterapia como facilitador deste processo, a escuta da transferência e o seu manejo como parte fundamental do tratamento.

Laplanche e Pontalis (2004, p. 371) explicam que o processo primário pode ser entendido do ponto de vista topológico e do ponto de vista dinâmico. Do ponto de vista topológico, trata-se da caracterização do sistema inconsciente. Do ponto de vista dinâmico, trata-se de como a energia psíquica escoar livremente de uma representação a outra, através da condensação e do deslocamento. Quanto à similaridade entre a música (estruturada ou não) e o processo primário, Benenson afirma:

Segundo Freud as energias do inconsciente têm três características fundamentais, que são as mesmas que apresentam os sonhos. E tais características pertencem também ao contexto não-verbal.²⁰ Trata-se das três seguintes:

- 1) Atemporalidade.
- 2) Ausência de princípio de contradição.
- 3) Falta de lógica. (Benenson, 2011, p. 377) [Tradução nossa].²¹

Ruud (1990, p. 38), ao apresentar os fundamentos teóricos da orientação psicanalítica à musicoterapia, também menciona tal similaridade: “A música é considerada equivalente ao conteúdo manifesto do sonho e pode ser analisada e compreendida pelas mesmas técnicas que são aplicadas na interpretação do sonho e do chiste.”

Lecourt, abordando as práticas musicoterapêuticas “inspiradas” pela psicanálise, afirma que

As duas características essenciais das práticas psicanalíticas são, por um lado, a importância dada aos processos inconscientes, e por outro lado, a análise da relação terapêutica (transferência e contratransferência). (Lecourt, 2011, p. 50). [Tradução nossa].²²

Wheeler (1981) ressalta que a teoria psicanalítica é uma das primeiras fundamentações para a musicoterapia. Um dos argumentos apresentados pela autora para esta articulação é a facilidade de a expressão através da música burlar a censura consciente e se

²⁰ Este autor chama de “contexto não-verbal” todo tipo de fenômenos sonoros, o silêncio e de movimentos.

²¹ Según Freud las energías del inconsciente tienen tres características fundamentales, que son las mismas que presentan los sueños. Y dichas características pertenecen también al contexto no-verbal. Se trata de las tres siguientes: 1) Atemporalidad. 2) Ausencia del principio de contradicción. 3) Falta de lógica.

²² Les deux caractéristiques essentielles des pratiques psychanalytiques sont l'importance donnée aux processus inconscients, d'une part, à l'analyse de la relation thérapeutique (transfert et contre-transfert), d'autre part.

dar com menor resistência. O outro argumento, aliado a este, é o alcance da música às “partes profundas da personalidade”. (Wheeler, 1981, p. 14). A autora afirma que os pressupostos psicanalíticos fundamentais no que chama de teorias psicodinâmicas são tornar consciente o que é inconsciente e, dentro deste mesmo processo, a relação transferencial.

Por outro lado, contestando a aproximação entre musicoterapia e os conceitos psicanalíticos, propriamente ditos (a Teoria da Libido, o aparelho psíquico em suas dimensões tópica e dinâmica, etc), Wigram et al afirmam que

A musicoterapia, no entanto, tem utilizado, principalmente, as **regras técnicas** e os **conceitos clínicos** desenvolvidos dentro da psicanálise clássica, em vez da teoria de Freud sobre a estrutura da psique. Dentro da teoria da musicoterapia, tem sido feita uma tentativa de adaptar essas **regras técnicas** e **conceitos clínicos** à realidade do *setting* musicoterapêutico, onde o principal instrumento é a música. (Wigram et al, p. 72). [Tradução nossa].²³

Estes autores consideram como “regras técnicas” a “neutralidade, abstinência, atenção flutuante, consciência e escuta ativa.” (Wigram et al, 2002, p. 72). E consideram como “conceitos clínicos” a “transferência e contratransferência” e a “resistência e compulsão à repetição” (p. 76-81).

Sobre a importância do manejo clínico da transferência nos processos musicoterapêuticos orientados pela teoria psicanalítica, podemos afirmar como observação presente em todos os textos mencionados nesta seção (Wigram et al, 2002; Benenzon, 2011; Lecourt, 2011; Pellizzari, 1993; Cirigliano, 2004, 1993; Ruud, 1990; Wheeler, 1981). No entanto, há diferenças significativas no entendimento de cada um sobre o tema, seja devido ao aprofundamento dedicado ao assunto, pela orientação pós-freudiana seguida, ou decorrente da leitura do próprio autor sobre transferência e musicoterapia.

Pellizzari (1993, p. 51-52) delimita uma diferença entre o manejo transferencial feito pelo psicanalista e o feito pelo musicoterapeuta orientado pela teoria psicanalítica:

. . . o musicoterapeuta pode escolher se coloca na dimensão da ‘compreensão’ ou na dimensão da ‘análise’.

Aparece agora uma nova questão que coloca a musicoterapia e a psicanálise em íntima relação de diferença. Enquanto que na técnica psicanalítica o ato está delimitado e restringido pela lei da abstinência, na musicoterapia o ato constitui o nó fundamental da técnica. Por isso, a elaboração que o musicoterapeuta deve realizar no terreno transferencial é uma operação muito delicada. O fato de seu corpo estar implicado no jogo não impede, mas requer pôr em vigência a lei da abstinência do mesmo

23 music therapy, however, has primarily used the **technical rules** and **clinical concepts** developed within classical psychoanalysis, rather than Freud's theory on the structure of the psyche. Within music therapy theory an attempt has been made to adapt these **technical rules** and **clinical concepts** to the reality of the music therapy setting, where the main instrument is music.

modo que o faz o psicanalista, já que é ela o que possibilita que se cumpra a condição da análise. [Tradução nossa].²⁴

A noção de ‘contratransferência’ é marcada com ênfase nos textos que estão sendo utilizados aqui. No entanto, o entendimento sobre ela varia de autor a autor. A dissertação de mestrado de Cirigliano tem como eixo esta noção, a partir da percepção do que a autora nomeou como “canção âncora” (2004). Esta ideia está vinculada do apoio (ao terapeuta) que propicia o movimento (na interação como paciente). Parte da percepção da autora no papel de musicoterapeuta, de situações clínicas em que, então inconscientemente, sentia-se paralisada. E, então, lhe vinha à mente uma canção conhecida por ela. Quando a musicoterapeuta externalizava tal canção, percebia que o contato com o paciente se estabelecia. Já Pellizzari (1993, p. 50), também sobre contratransferência, a partir da leitura lacaniana, indaga: “Trata-se, então, realmente de uma contratransferência, ou melhor, de transferências recíprocas?” [Tradução nossa].²⁵

A comunicação de inconsciente a inconsciente, entre musicoterapeuta e paciente, pela via da música e de outros elementos, também é tema presente nos textos do campo híbrido aqui apresentado. A começar pelo modelo musicoterapêutico de Benenzon, que tem como eixo principal justamente esta comunicação, e ao que estabelece como objetivo principal da musicoterapia, ou seja “abrir canais de comunicação com o paciente” (Benenzon, 2011, p.23). Para este autor, a partir do entendimento do aparelho psíquico formalizado por Freud na primeira tópica – inconsciente, pré-consciente e consciente, a comunicação através do que nomeia como “contexto não-verbal” pode se dar de inconsciente a inconsciente, sem passar pelo pré-consciente e pela consciência. Dessa forma (aqui apresentada resumidamente) o autor argentino formaliza uma explicação que sustentaria a já mencionada afirmação de Wheeler, de que a expressão através da música parece burlar a censura no psiquismo. Também Cirigliano (1993, p. 1773), ao formalizar a noção de “atenção flutuante musical”, propõe: “Em resumo, a atenção flutuante musical, aqui exposta, pressupõe a existência de

24. . . el musicoterapeuta puede elegir colocarse em la dimensión de la ‘comprensión’ o en la dimensión del ‘análisis’. Aparece ahora una nueva cuestión que coloca a la musicoterapia y al psicoanálisis en íntima relación de diferencia. Mientras que en la técnica psicoanalítica el acto está delimitado y restringido por la ley de la abstinencia, en la musicoterapia el acto constituye el nudo fundamental de la técnica. Por ello, la elaboración que el musicoterapeuta debe realizar en el terreno transferencial es una operación muy delicada. El hecho de que su cuerpo esté implicado en el juego no impide sino que requiere poner em vigencia la ley de la abstinencia, del mismo modo que lo hace el psicoanalista, ya que es ella la que posibilita que se cumpla la condición del análisis.

25 “¿Se tratará entonces realmente de una contratransferencia, o más bien de transferencias recíprocas?”

dois inconscientes, que podem se comunicar musicalmente, em uma sessão musicoterapia.” [Tradução nossa].²⁶ (Cirigliano, 1993, p. 1173).

Pensando no que há de semelhante entre práticas musicoterapêuticas com base psicanalítica, percebemos que, tanto Lecourt (2011) quanto Benenzon (2011), indicam **procedimentos técnicos** similares para o início do processo musicoterapêutico. Tratam-se das entrevistas preliminares, que incluem o levantamento aberto ou diretivo da história sonoro-musical do paciente, o teste receptivo (para Lecourt) e projetivo (para Benenzon) e o teste ativo.

Ainda sobre semelhanças entre leituras de diferentes autores, é indispensável mencionar que as experiências sonoras na vida pré-natal são consideradas como muito relevantes, deixando marcas por toda a vida. Sobre isso, Lecourt (2011, p. 152) é categórica ao afirmar que: “A história sonora do indivíduo começa com a gestação. Ela constitui a base sensorial do desenvolvimento verbal e musical.” [Tradução nossa].²⁷ Assim como Benenzon (1998, p. 51), que afirma que o que ele chama de “contexto não-verbal” tem origem na vida intrauterina, entre a mãe e o feto.

No Brasil há profissionais que atuam nesta interseção, Musicoterapia e Psicanálise e alguns deles apresentam produção científica sobre o tema. É sobre esta produção que se trata a próxima seção desta dissertação.

2.1.3 A produção científica sobre Musicoterapia e Psicanálise no Brasil

Quando se trata da interseção entre dois campos distintos, não é possível pressupor a função de cada um na relação entre eles e nem mesmo nomear este híbrido, como se fora uma informação corriqueira. Com o intuito de conhecer a produção científica sobre este campo misto no Brasil, optamos pela revisão de literatura, sistematizada quanto à delimitação temporal, descritores buscados, fonte, critérios de inclusão, idioma e elementos observados. A busca se organizou em torno da dupla questão: quais são os autores que têm trabalhado e publicado artigos sobre a interseção “musicoterapia e psicanálise” no Brasil nos últimos dez anos, e como têm denominado este campo? Essa coletânea de informações e a discussão subsequente a ela denuncia um resquício de expectativa de que há um saber atingível pela

26 “En resumen, la atención fluctuante musical, aquí expuesta, presupone la existencia de dos inconscientes, que pueden comunicarse musicalmente, en una sesión de musicoterapia.”

27 “L’histoire de l’individu débute avec la gestation. Elle constitue la base sensorielle du développement verbal et musical.”

soma destes dados, e mais: que na solução deste enigma está o apaziguamento da angústia suscitada por uma clínica de borda. Ou seja, o fato de a musicoterapia estar situada muito próxima de limites teóricos, quanto na prática, conforme vem sendo apresentado neste capítulo, histórica e epistemologicamente, são inquietantes a esta autora. A decisão de investir na coleta sistematizada de informações sobre o tema em questão vem pela compreensão de que esta será uma parte importante de um percurso longo, mas não a caminhada toda e tampouco um atalho.

Para a realização da pesquisa, escolhemos como banco de dados o Google Acadêmico e selecionamos trabalhos no período de 2008 a 2018, somente em português, excluídas citações e patentes. No campo de busca, foram inseridos os descritores ‘musicoterapia’ ‘psicanálise’, onde apareceram, a princípio, aproximadamente 786 resultados. Optamos pela busca no Google Acadêmico por oferecer maior quantidade de resultados, já que na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que abarca textos da área da saúde das bases MEDLINE, LILACS, Biblioteca Cochrane, LIS, DirEve, Leyes e SeCS, foram encontradas apenas nove ocorrências, para sete textos diferentes. E na base de dados Scielo não encontramos nenhuma ocorrência.

Entre os 786 resultados encontrados no Google Acadêmico, selecionamos textos²⁸ escritos por autores de, pelo menos, um dos dois campos. Procuramos manter a flexibilidade com relação ao que se entende como ‘musicoterapia’ e ‘psicanálise’, pois podemos afirmar que há muitas ‘musicoterapias’ e muitas ‘psicanálises’. O campo da musicoterapia engloba práticas muito diversas, que podem se dar através de decisões técnicas variadas, sustentadas por diferentes teorias. A psicanálise, apesar da raiz comum freudiana, é denominação de práticas que podem se apresentar muito distintas entre si, em decorrência dos teóricos pós-freudianos que sustentam cada trabalho e da leitura de cada analista. No entanto, buscamos estabelecer alguns critérios que delimitem os dois campos, sem advogar por uma “verdadeira musicoterapia” ou pela “verdadeira psicanálise”. Quanto à musicoterapia, visto que é um exercício profissional avalado por formação acadêmica, teve esta delimitação, ou seja, se o autor do texto se apresentava como musicoterapeuta, verificávamos este aspecto. Quanto à psicanálise pelo fato de, diferentemente da musicoterapia, não se tratar de uma formação acadêmica, verificamos se nas referências bibliográficas dos textos havia autores reconhecidos da psicanálise e observamos o uso destas referências e de conceitos

28 Será utilizada uma nomenclatura generalista sobre isso, como ‘trabalhos’ ou ‘textos’, visto que os resultados encontrados abrangem artigos, teses, dissertações e monografias.

psicanalíticos. Como o foco principal do artigo é a interseção entre musicoterapia e psicanálise, foram excluídos os textos que apenas fizessem menção a um ou a outro campo, sem tratar do diálogo entre eles. Buscamos, portanto, selecionar artigos de autores que declaram atuar dessa forma, dentro das várias denominações possíveis para este contexto. Como limitação do método, entendemos que há profissionais que atuam na interseção musicoterapia e psicanálise, mas que por razões que aqui se desconhece, não têm textos publicados acerca de seus respectivos trabalhos. O que também pode ser lido como limitação do método, é que alguns textos pertinentes ao tema buscado, conhecidamente publicados em revistas científicas, não foram acusados na busca e, portanto, não se somaram ao resultado abaixo discutido.

Nos trabalhos que atendiam os critérios estabelecidos, foram observadas a auto-intitulação do autor com referência à sua atuação profissional e como ele denominou sua prática clínica no trabalho. Conhecer como o autor denomina a si mesmo em seu trabalho, mostra como ele se situa neste campo híbrido. Quanto à denominação da prática clínica, procuramos manter o termo apresentado pelo autor, tais como “escuta psicanalítica”, “clínica musicoterápica”, “musicoterapia”, etc., compreendendo que há diferenças conceituais significativas entre essas terminologias, que se refletem na prática com os pacientes.

Quanto aos resultados encontrados, um primeiro aspecto notado foi que, apesar de terem sido acusadas 786 ocorrências para trabalhos que contemplassem os descritores ‘musicoterapia’ e ‘psicanálise’, apenas 12 atenderam aos critérios preestabelecidos. Ou seja, há muitos trabalhos que mencionam ambos os descritores, mas que não se situam propriamente no campo aqui estudado. Isso demonstra, também, que a produção científica sobre “musicoterapia e psicanálise” no Brasil ainda é escassa. Um dos 12 resultados compatíveis com a busca foi excluído, por se tratar de pesquisa realizada e publicada em Portugal. Neste caso, optamos por limitar as publicações ao Brasil, inclusive por desconhecimento, tanto da formação, quanto das especificidades legais da atuação do musicoterapeuta naquele país. Além disso, 5 dos 11 trabalhos selecionados são de autoria de uma mesma profissional. Então, entre autores e co-autores, tem-se 8 profissionais que, em algum momento, se dedicaram a escrever e publicar sobre a interseção musicoterapia e psicanálise. Os resultados encontrados estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Produção científica sobre Musicoterapia e Psicanálise no Brasil

Musicoterapia e Psicanálise					
nº	Título	Autor	Ano de publicação	Como o profissional se denomina	Como a prática clínica é denominada?
1	A escuta psicanalítica de uma criança autista	Anna Lúcia Leão López	2010	Psicanalista musicoterapeuta	e Escuta psicanalítica
2	Contribuições da análise de discurso e da psicanálise aos discursos do autismo	Márcia Maria da Silva Cirigliano	2012	Psicóloga musicoterapeuta clínica.	e Musicoterapia
3	Voz na clínica do autismo: análise de discurso, musicoterapia e psicanálise	Márcia Maria da Silva Cirigliano	2013	Musicoterapeuta, ouvinte da Escola Lacaniana de Psicanálise	Clínica musicoterápica
4	Discursos sobre o autismo: análise de discurso, musicoterapia e psicanálise	Márcia Maria da Silva Cirigliano	2014	Musicoterapeuta que vem tentando se aproximar da psicanálise	Clínica musicoterápica (trabalho muito semelhante ao anterior)
5	Uma pontuação possível aos discursos sobre autismo: a voz no autista - interlocuções entre análise de discurso, psicanálise e musicoterapia	Márcia Maria da Silva Cirigliano	2015	Não se atém a uma denominação específica.	Atendimentos musicoterápicos
6	“Entre chien et loup”: o autismo e o ponto de vista da psicanálise	Márcia Maria da Silva Cirigliano	2015	Nada consta.	Musicoterapia
7	Música e transferência: a sensibilidade como produção de sentidos e memória na clínica da musicoterapia	Adhara Pedrosa	2015	Musicoterapeuta	Musicoterapia
8	Sons e afeto: trilhas para a produção de novas memórias na clínica da musicoterapia	a) Adhara Pedrosa b) Jô Gondar	2018	a) Musicoterapeuta e psicóloga. b) Psicanalista	Musicoterapia
9	Do silêncio ao som: a musicoterapia no tratamento de crianças com transtorno do espectro autista	Luana Liz Eichelberger Dornelles	2016	Nada consta. Trata-se de um TCC para o curso de Psicologia.	Nada consta. Trabalho exclusivamente bibliográfico.
10	A Música como Instrumento de Intervenção e Análise em Musicoterapia: Composições Musicais em Saúde Mental e Drogadição	Pollyanna de Azevedo Ferrari Lucas Antunes Tibúrcio	2012	Bacharéis em Musicoterapia	Musicoterapia. Psicanálise consta como uma das orientações teóricas.
11	A sublimação como finalidade do trabalho em saúde mental	Iara Del Padre Iarema	2011	Musicoterapeuta	Nada consta. Trabalho exclusivamente bibliográfico.

Os resultados encontrados na pesquisa trazem informações que reiteram que em um campo híbrido não podemos partir do pressuposto que as denominações profissionais utilizadas são óbvias e conhecidas por todos. Entendemos que a forma como cada um se denomina em um campo profissional o situa na prática e se reflete na clínica e no diálogo multidisciplinar, interdisciplinar e entre pares. Entendemos, também, que a escolha por uma ou outra denominação deriva de um processo histórico, apresentado anteriormente, do contexto onde se dá a prática e também de questões subjetivas inalcançáveis por este trabalho.

Ainda sobre a questão “como o profissional se denomina?”, notamos que a formação acadêmica diversificada de alguns autores propicia ainda mais a variação da auto-denominação, sendo que duas delas têm formação acadêmica em psicologia e em musicoterapia. Notamos, ainda, as opções, ora de especificar uma área de atuação da musicoterapia (musicoterapia clínica), ou a decisão de se nomear como psicanalista. Convém mencionar que o que faz de alguém psicanalista é uma ampla discussão na psicanálise, tema que não caberá ser discutido nesta dissertação.

Sobre como a prática clínica é denominada, predomina o termo ‘musicoterapia’, seja como atendimentos musicoterápicos, clínica musicoterápica, ou musicoterapia. Na maior parte deles, a psicanálise é claramente a teoria que norteia a clínica. Em outro trabalho, a prática clínica é denominada como escuta psicanalítica. Este texto é centrado em um estudo de caso onde predomina o uso da linguagem sonoro-musical nos atendimentos clínicos. Neste trabalho, apesar da denominação predominante da clínica como “escuta psicanalítica”, consta uma definição de musicoterapia, deixando explícita a interseção entre os dois campos. Em outros dois, nada consta sobre isso, por serem exclusivamente bibliográficos. É impossível precisar o peso de cada um dos campos nos trabalhos selecionados. No entanto, notamos que em um deles a psicanálise consta como uma referência teórica que aparece muito discretamente, se comparada às conceitualizações sobre musicoterapia, propriamente dita. Além disso, o texto parece se apoiar mais na nosologia psiquiátrica, do que no entendimento psicanalítico sobre sintoma e tratamento.

Com esta revisão pudemos notar que, a despeito da introdução da musicoterapia no Brasil ter se dado com fortes influências psicanalíticas, a produção científica sobre a interseção ‘musicoterapia e psicanálise’ é escassa. Apesar disso, a maior parte dos trabalhos encontrados mostra-se clara nesta articulação, demonstrando o entendimento do processo musicoterapêutico e, com isso, o manejo clínico, fundamentados solidamente em conceitos da

psicanálise. Notamos nos referidos textos, que a visão de homem e de saúde é coerente ao discurso psicanalítico: considerando-se a forte influência dos processos inconscientes nos sintomas apresentados pelos pacientes e tendo o manejo da transferência como a via pela qual o trabalho ocorre. A não uniformidade nas denominações do próprio profissional em sua atuação e da prática clínica demonstra a complexidade de situar-se em um campo profissional híbrido. Consideramos necessário um constante repensar sobre o próprio trabalho e sobre como o profissional se situa nele. Os textos de Cirigliano exemplificam esta afirmação, já que a autora fez uso de denominações variadas ao longo do tempo nas publicações.

2.2 Apreensões do primeiro capítulo

Tendo percorrido pontos significativos da história da musicoterapia e, entremado a ela, a construção do conhecimento a que hoje se reconhece como musicoterapêutico, percebemos que há dois aspectos importantes a serem levados em consideração sobre esta prática profissional: o emaranhado epistemológico onde se situa a musicoterapia como ciência e a partir do qual alguns musicoterapeutas se inclinam a seguir pelo fio da psicanálise; e o potencial terapêutico da música e seu uso profissional sendo, cada vez mais, explicado cientificamente.

No esforço de tentar entender e apresentar a teia epistêmica que sustenta o que se conhece hoje como musicoterapia, optamos aqui por adotar o entendimento de Wigram et al, em acordo com Horden. Dessa forma, consideramos as práticas terapêutico-musicais de fundamentação religiosas e filosóficas como origem da musicoterapia, seguidas pela quebra neste discurso com a busca por cientificidade. Conforme foi exposto, entendemos que tal mudança começa a ocorrer a partir do século XIX, com as primeiras teses aliando música e saúde e com as práticas em instituições psiquiátricas. E que na década de 1940, com o interesse dos médicos e enfermeiros pelos efeitos da música sobre os doentes nos hospitais, percebemos a ênfase por esta busca, culminando na criação do curso de formação de musicoterapeutas em universidades.

Esta quebra, mais significativamente percebida na década de 1940, da magia e filosofia, para a medicina e ciência, explicita a musicoterapia como prática terapêutica a procura de teorias que fundamentem os efeitos considerados positivos nos pacientes atendidos. E ocorre que a psicanálise está entre as primeiras teorias nas quais os

musicoterapeutas passaram a buscar conceitos para tentar entender o que percebiam na então nova prática clínica.

Apesar da predominância da teoria freudiana na fundamentação da clínica e do pensamento conceitual na musicoterapia orientada pela teoria psicanalítica, notamos que é configurada de modo diferente da clínica psicanalítica propriamente dita. Pois é uma clínica híbrida, conforme propõem Chagas e Pedro (2008) por reunir campos de saberes distintos: música e terapia, por um lado (já considerando a especificidade da música **como** terapia), e psicanálise e o que há de psicoterapêutico nela, por outro. A começar pela presença da música, dos sons e do silêncio no setting como via principal pela qual o paciente se manifestará e será escutado, diferentemente do protagonismo da palavra falada na clínica psicanalítica. Alguns direcionamentos técnicos identificados nos textos pesquisados também diferem dos procedimentos da clínica psicanalítica (aqui se assumindo o risco de generalizar uma prática diversificada, que é a clínica psicanalítica). Por exemplo, a proposta da entrevista para levantamento da história sonoro-musical do paciente, seguida pelos testes ativo e receptivo, mesmo que nos formatos menos diretivos, fogem, pelo menos nos primeiros contatos com o paciente, à regra técnica fundamental da psicanálise chamada de associação livre. Nas entrevistas iniciais musicoterapêuticas, qualquer condução do musicoterapeuta para o tema da música, com objetivo de conhecer a história sonoro-musical do paciente passa a ser um norte não espontâneo do paciente para a conversa que irá se desenrolar.

Notamos, também, que não é possível traçar generalizações sobre o uso de conceitos e noções psicanalíticas absorvidas por musicoterapeutas. Porque, como se viu, são apreendidos e reinterpretados a partir de leituras distintas. O que certamente repercute na clínica de cada profissional. No entanto, se podemos discernir bases comuns da psicanálise para as várias práticas musicoterapêuticas que se situam a partir desta teoria, cabe ressaltar o conceito de inconsciente postulado por Freud e a noção de transferência.

Outro aspecto presente em alguns textos apresentados é a busca por um simbolismo universal da música, aliada a argumentos psicanalíticos. No entanto, entendemos que, pelo fato de se tratar a psicanálise de uma clínica do singular, a relação música e psiquismo, quando observada a partir desta teoria, deve ser analisada mais no caso a caso, do que na busca por uma universalidade. Na clínica notamos que uma mesma música, numa mesma execução, pode assumir representações muito diversas em um grupo de pacientes.

Minha base da formação acadêmica é marcada pelo hibridismo discutido neste capítulo, decorrente da história e dos arranjos epistemológicos apresentados. Apesar de presente desde o meu início profissional e de não ser combinada com outras bases teóricas, a articulação da clínica musicoterapêutica com a psicanálise, continua evidenciando o referido hibridismo. Dessa forma, a discussão que se seguirá sobre a função do silêncio na clínica com base na obra freudiana, tem como contexto gerador de inquietações a clínica musicoterapêutica com orientação da teoria psicanalítica. Com isso, sabemos que conceitos e noções da psicanálise permearam e nortearam a escuta clínica, bem como a construção de muitos dos casos clínicos junto a equipes interdisciplinares, também orientadas teoricamente pela psicanálise. Mas que, ao mesmo tempo, sempre se tratou de uma clínica substancialmente diferente da psicanalítica centrada na escuta da palavra falada.

Nos capítulos que se seguirão, a pesquisa se voltará essencialmente aos textos de Sigmund Freud e alguns comentadores, na busca por entender a visão deste autor acerca do silêncio na clínica. Conforme mencionado no início deste capítulo, a ansiedade despertada pelos momentos de silêncio, na terapeuta e em alguns pacientes, foram o mote principal para a realização desta pesquisa. Alinhado a isso e a partir do estudo longitudinal realizado sobre a obra de Freud, decidimos investigar sobre a noção de repressão em analogia ao silêncio. No estudo longitudinal, a repressão foi uma das associações possíveis feitas pelo autor, ao termo 'silêncio' e seus derivados. No entanto, percebemos ser necessário melhor compreender a noção de defesa, também em associação ao silêncio, antes de avançar para a pesquisa sobre a repressão. Esperamos que a investigação a ser realizada sobre os textos iniciais de Freud permita melhor fundamentar as elaborações acerca do silêncio na clínica, especialmente pelo fato de esta investigadora não ter tido uma formação desde a graduação em psicanálise. Dessa forma, o capítulo seguinte tratará da noção de defesa nos textos iniciais de Freud, e o posterior abordará a articulação entre silêncio e repressão na primeira tópica freudiana.

3. INTERLÚDIO: sobre o estudo longitudinal

A presente dissertação foi iniciada com a contextualização da clínica onde se originou a pergunta desta pesquisa, seus entrelaçamentos epistemológicos e a teoria psicanalítica como referencial teórico para a musicoterapia. Como característica do assunto discutido no primeiro capítulo, as referências bibliográficas utilizadas foram, predominantemente, do campo da musicoterapia e indispensáveis para a compreensão das peculiaridades desta prática clínica. Neste interlúdio, será feita a introdução ao pensamento freudiano no que concerne aos objetivos desta pesquisa. Isso se dará por meio da apresentação dos resultados do estudo longitudinal realizado na obra de Sigmund Freud.

Nesta etapa da pesquisa, optamos pela permanência restrita a este autor, apesar do conhecimento da existência de textos de outros autores articulando silêncio e psicanálise. Dessa forma, buscamos manter a escuta o mais abstinente possível de inferências pós-freudianas e contemporâneas. Em etapas subsequentes da dissertação, o pensamento freudiano será articulado com escritos de autores comentadores. Para a realização da revisão que inicia e contextualiza esta dissertação, foi utilizada a Edição Standard da Editora Imago (1996). A obra completa de Freud é extensa, complexa e abrangente. Conta com 115 textos, organizados em 23 volumes, mais o volume de sumários e bibliografias. Cartas escritas pelo autor publicadas na edição fonte do trabalho, também foram incluídas. Nesse caso, trata-se de parte da correspondência de Freud a Fliess. Foram excluídas as notas e demais textos escritos por outros autores que constam nos volumes da Edição Standard. Há que se considerar a existência de textos importantes que tratam do silêncio sem, contudo, utilizarem esta palavra. Sabe-se, também, que há divergências entre diferentes traduções, mas espera-se que, por ter sido feito um estudo longitudinal, amplo, a fim de se contextualizar a pesquisa, seja possível traçar um panorama representativo sobre o tema.

Este estudo das obras de Freud partiu do descritor “silêncio” ou “silen” que, nota-se, perpassa toda a obra deste autor, desde 1886, nas *Publicações pré-psicanalíticas e Esboços inéditos*, até 1934, em *Moisés e o Monoteísmo*. As sutilezas no emprego desta palavra serão consideradas conforme a tradição psicanalítica, ou seja, onde se pudesse afirmar tratar-se “apenas” de força de expressão, buscaremos fazer uma análise criteriosa que possa dar sustentação argumentativa para o trabalho posterior. E, com o mesmo cuidado, não atribuir ao referido autor aquilo que não tenha partido dele. O critério cronológico escolhido para a

revisão bibliográfica se justifica pelo entendimento de que ideias que viriam a ser formalmente conceitualizadas por Freud aparecem desde os primeiros textos como embriões ou indícios daquilo que o autor elaboraria posteriormente. Subsequentemente, será realizado um aprofundamento conceitual a partir dos temas extraídos do estudo longitudinal, com ênfase nos aspectos clínicos. Seguindo o método descrito anteriormente, foram encontradas ao todo 87 ocorrências dos descritores ‘silêncio’ e ‘silen’ na *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, publicada pela Editora Imago (1996). Notamos que Freud não faz um uso estático da palavra ‘silêncio’, nem como recurso de linguagem, nem como localização conceitual. Logo em seu texto *A Psicoterapia da Histeria*, de 1895, o autor deixa clara esta flexibilidade, não apenas em termos teóricos, como principalmente na lida com o paciente:

Podemos evitar cometer injustiças contra o paciente se nos habituarmos, como norma geral durante toda a análise, a observar-lhe a expressão facial quando ele estiver deitado em silêncio diante de nós. Assim poderemos aprender a distinguir sem dificuldade o sereno estado de ânimo que acompanha a verdadeira ausência de lembranças, da tensão e dos sinais de emoção com que ele tenta recusar a lembrança emergente, em obediência à defesa. (Freud, 1895, p. 200).

Assim, sobreavisadas da fluidez do autor no trato deste assunto face à multiplicidade infinita de seu objeto de estudo, o inconsciente, decidimos nomear algumas categorias representativas do uso dado à palavra ‘silêncio’ e seus derivados. Tal decisão foi tomada com finalidade esclarecedora e organizadora neste estudo longitudinal, e não como fixações conceituais. São elas: uso coloquial da palavra ‘silêncio’, citação direta de outros autores, técnica, tempo de elaboração do paciente no tratamento, repressão, resistência e morte. Conforme é possível se constatar de antemão, as categorias muitas vezes se entrelaçam em diversas combinações, que se repetem algumas vezes mais e outras menos frequentemente. Com relação a todos os recortes que serão citados aqui, acreditamos que uma nova leitura poderá vir acompanhada de novas associações e de compreensões diferentes, conforme avancemos no entendimento da teoria e na própria análise.

Pudemos perceber que em algumas poucas vezes, o silêncio foi escrito por Freud de maneira totalmente desvinculada de conceitos e noções psicanalíticas, como no seguinte fragmento do texto *Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte – I: a desilusão da guerra*, em que se nota a função meramente descritiva do silêncio, acerca da paisagem:

Dessa forma, ele desfrutara o mar azul e o cinzento; a beleza de montanhas cobertas de neve e a de campinas verdejantes; a magia das florestas setentrionais e o esplendor da vegetação do sul; o estado de espírito evocado pelas paisagens que relembram grandes eventos históricos, e o silêncio da natureza intocada. (Freud, 1915c, p. 164-165).

De maneira similar ao fragmento mencionado acima, no texto *Uma neurose demoníaca do século XVII* (Freud, 1923[1922]b), em que Freud trabalha sobre um manuscrito daquele século, consta uma ocorrência da palavra ‘silencia’. Com base em uma leitura que busque não inferir ao autor (Freud, no caso) ideias e elaborações que não estejam suficientemente descritas no texto, consideramos que aqui, também, foi feito um uso coloquial da referida palavra. Trata-se de uma passagem em que o autor afirma que uma determinada informação não consta no manuscrito: “Quanto à maneira por que isso aconteceu, no entanto, o relatório silencia.” (Freud, 1923[1922]b, p. 46).

No livro *A interpretação dos Sonhos I* (Freud, 1900, p. 25; p. 56), Freud faz um estudo bibliográfico em que reuniu alguns estudos realizados anteriormente por outros autores sobre os sonhos. Nesta coletânea, há várias citações diretas em que ocorrem algumas vezes o descritor 'silêncio', de modo que não nos ateremos a essas passagens sobre o tema em questão. Pois, além de serem palavras de outros autores, eventualmente foram escolhidas por Freud como ideias a serem contestadas.

Outras vezes, no entanto, ele é empregado em conotação direta a noções e conceitos importantes da psicanálise, como repressão e resistência, tal como quando relata o sonho de uma paciente que, em vigília, havia silenciado uma opinião acerca de outra pessoa, mas que no sonho manifesta tal conteúdo, ainda que de forma distorcida. Entendemos que se trata de um conteúdo que havia sido reprimido, mantendo-se inconsciente, e que retorna no sonho. "São extremamente numerosos os exemplos em que um desejo suprimido durante o dia encontra vazão num sonho." (Freud, 1900, p. 142). E, ao narrar o sonho da paciente, o autor afirma que ela havia "silenciado" seu juízo real sobre a outra pessoa. Encontramos, no decorrer da obra, passagens em que aquilo que é silenciado retorna como chiste, lapsos de fala, equívocos na ação, entre outros. Disso se pode apreender que o neurótico tende a silenciar aquilo que é ruidoso e que tira o ego de sua suposta ordem.

Acerca deste mesmo processo, de reprimir o que não pode ser sabido pela consciência, verificamos em diversas passagens na obra freudiana a associação entre silêncio em sintoma, várias vezes sob a fórmula de ‘aquilo que causa o adoecimento’, a *Kränkung*, ou seja, um “fazer adoecer”. (Breuer & Freud, 1893-1895, p. 23). Em *O Ego e o Id* (Freud,

1923), Freud aborda certos casos de pacientes que reagem negativamente a um elogio sobre o progresso do tratamento, agravando suas moléstias em vez de melhorar. Usa esses exemplos de resistência para falar de efeitos do sentimento de culpa, estes, em sua maior porção, inconscientes. Quando o paciente reage assim, converte o sentimento de culpa em adoecimento. Ou seja, diante da impossibilidade de lidar com algo difícil como a culpa, o paciente silencia este sentimento e adocece.

Ao final, percebemos que estamos tratando com o que pode ser chamado de fator ‘moral’, um sentimento de culpa, que está encontrando sua satisfação na doença e se recusa a abandonar a punição do sofrimento. Devemos estar certos em encarar esta explicação desencorajadora como final. Mas, enquanto o paciente está envolvido, esse sentimento de culpa silencia; não lhe diz que ele é culpado; ele não se sente culpado, mas doente. Esse sentimento de culpa expressa-se apenas como uma resistência à cura que é extremamente difícil de superar. É também particularmente difícil convencer o paciente de que esse motivo encontra-se por trás do fato de ele continuar enfermo; ele se apega à explicação mais óbvia de que o tratamento pela análise não constitui o remédio certo para o seu caso. (Freud, 1923, p. 31).

No trecho destacado acima, o silêncio está situado como algo que faz adoecer e, inerentemente, está-se tratando de repressão. Como a situação mencionada por Freud se dá no contexto de análise, a noção de resistência está entrelaçada, já que o que está em questão a dificuldade de o paciente abrir mão de seu sintoma e se haver com o sentimento de culpa. A noção resistência ocorre diversas vezes atrelada ao silêncio do paciente na sessão. No caso do Pequeno Hans, quando o autor está abordando certos pontos de resistência do paciente à análise e como o tratamento foi conduzido para vencê-la, ele também recorre à palavra ‘silêncio’ para se referir à resistência: “Ele não tinha medo só de cavalos o morderem – logo silenciou a respeito desse ponto –, mas também de carroças, de carroças de mudança, de ônibus . . .” (Freud, 1909, p. 77).

O silêncio é colocado por Freud algumas vezes no lugar de técnica, seja na preparação da sala para a hipnose, nos textos iniciais (Freud, 1891, p. 82), seja como decisão do psicanalista durante o tratamento. Ele menciona que há certas exceções em que a neurose seria a saída menos danosa e que, nesses casos, o analista deve se retirar em silêncio:

Portanto, se podemos dizer que sempre que um neurótico enfrenta um conflito ele empreende uma fuga para a doença, assim mesmo devemos admitir que, em determinados casos, tal fuga se justifica plenamente, e um médico que tenha reconhecido a maneira como se configura a situação, haverá de se retirar, silencioso e apreensivo. (Freud, 1917[1916~17], p. 94).

Também entendemos como delimitação técnica, uma ocorrência da palavra ‘silenciando’, no texto *Fausse reconnaissance no tratamento psicanalítico* (Freud, 1914b). Em uma recomendação hiperbólica aos analistas, o autor afirma que não se deve silenciar o paciente aos gritos diante de uma situação de *fausse reconnaissance* ou *déjà raconté*. Tais expressões são referentes a eventos não incomuns na prática analítica, de o paciente relatar um fato ao analista e mencionar já tê-lo contado anteriormente, ao mesmo tempo em que o analista não tem esta lembrança.

Em algumas passagens, Freud se mostra sensível ao fato de que o silêncio pode ser, também, denotação de que se fez necessário um tempo para a elaboração psíquica. Como no texto *Fragmento da análise de um caso de histeria* (Freud, 1905 [1901]), em que a paciente chamada de Dora aceita em silêncio uma interpretação de Freud sobre sua tosse e pouco tempo depois desta sessão esse sintoma deixa de existir. O silêncio de Dora, ao contrário de resistência, parece remeter a um tempo para elaboração do que estava sendo pontuado por seu analista.

Mas era irrecusável a complementação de que, com sua tosse espasmódica – que, como de hábito, tinha por estímulo uma sensação de cócega na garganta –, ela representava uma cena de satisfação sexual per os entre as duas pessoas cuja ligação amorosa a ocupava tão incessantemente. Muito pouco tempo depois de ela aceitar em silêncio essa explicação, a tosse desapareceu – o que se afinava muito bem com minha visão; mas não quero atribuir um valor excessivo a essa mudança, visto que ela já se produzira tantas vezes espontaneamente. (Freud, 1905[1901], p. 30).

Outro relato notável do silêncio como tempo de elaboração do paciente diante de uma interpretação consta no V volume da obra, no *Capítulo VI – Continuação – Parte E*. Trata-se de um recorte de caso, em que o autor relata que, após uma interpretação do analista, a paciente primeiro faz uma recusa veemente tanto do que ouviu, quanto de suas próprias palavras. Mas logo em seguida, fica em silêncio, e autoriza-se a pôr a trabalho o assunto que a afligia: “Ela ficou em silêncio algum tempo e, depois disso, encontrou coragem bastante para perguntar o que significava um dos testículos de seu marido ser mais caído do que o outro, e se o mesmo acontecia com todos os homens.” (Freud, 1900-1901, p. 16).

Por último, pudemos constatar na revisão de literatura que a morte é um tema que o autor liga com frequência ao silêncio, utilizando este segundo como recurso metafórico. Optamos aqui por incluir na mesma classificação as ocorrências do termo “silêncio” ligadas à morte, tanto no sentido real como no metafórico, e também o conceito de pulsão de morte. Tal

aproximação se justifica pela ideia de morte inerente ao referido conceito psicanalítico, especialmente no que concerne ao princípio físico da inércia, conforme discorre Freud em *Além do princípio do prazer* (1920), ao tratar dos conflitos entre as duas classes de instintos:

Essa visão nos permitiria caracterizar os instintos como tendências inerentes à substância viva no sentido da restauração de um estado anterior de coisas, isto é, seriam historicamente determinados, de natureza conservadora e, por assim dizer, expressão de uma inércia ou elasticidade presente no que é orgânico. (Freud, 1920, p. 168).

O silêncio associado à morte está presente quando narra a história do homem que queria provar a natureza telepática dos sonhos. Este homem sonhou que repreendia um amigo por seu silêncio e, posteriormente, veio a descobrir que o amigo estava morto. Ao que Freud afirma: “Permitam-nos deixar o problema da telepatia de lado: entretanto, não parece haver qualquer dúvida de que aqui a mudez no sonho representava a morte.” (Freud, 1913, p. 180). E também na conclusão do mesmo texto, que discorre sobre o amor de um homem por uma mulher: “Mas é em vão que um velho anseia pelo amor de uma mulher, como o teve primeiro de sua mãe; só a terceira das Parcas, a silenciosa Deusa da Morte, toma-lo-á nos braços.” (Freud, 1913, p. 184).

Tratando das manifestações do inconsciente na vida cotidiana, Freud oferece no texto *Capítulo VIII – Equívocos na Ação*, do livro *Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901) vários exemplos de atitudes equivocadas cujos erros têm motivação inconsciente. Em um deles, retoma uma história circense de Heijermans, sobre um casal de mergulhadores. Nela, a palavra ‘silêncio’ consta claramente associada à morte. Este casal encenava um espetáculo em que, após ser trancado pela esposa em um tanque de água, o marido deveria pegar a chave que ela jogara lá dentro, para se destrancar. Um dia, antes de entrarem em cena, o marido flagra a mulher traindo-o com o domador e, após um “silêncio mortal”, diz apenas “depois”. No espetáculo, tudo ocorre como o combinado, exceto quando a mulher tenta jogar a chave dentro do tanque, mas o faz, desastrosamente, cair fora dele entre as pregas da cortina. Todos, inclusive o casal, só percebem que a chave não está no tanque quando o tempo do mergulhador já está no limite. Dá-se uma tragédia e, contextualizado, o equívoco da mulher ao jogar a chave se trata de uma manifestação do inconsciente. Na cena do flagrante, o “silêncio mortal” sucedido da palavra “depois” anunciavam, literalmente, o desfecho da história, para um ou para outro personagem.

De modo mais claramente conceitual, em seus *Dois Verbetes de Enciclopédia* (1923[1922]a) o autor utiliza a palavra ‘silêncio’ atrelada à pulsão de morte. Na fração

Reconhecimento de Duas Classes de Instintos na Vida Mental, Freud descreve uma nova divisão nas duas classes de instintos²⁹: a pulsão de vida e a pulsão de morte. Sobre esta última, afirma:

Segundo esse ponto de vista, um dos conjuntos de instintos, que trabalham essencialmente em silêncio, seriam aqueles, cujo objetivo é conduzir a criatura viva à morte e, assim, merecem ser chamados de ‘instintos de morte’; dirigir-se-iam para fora como resultado da combinação de grande número de organismos elementares unicelulares e se manifestariam como impulsos destrutivos ou agressivos. (Freud, 1923[1922]a, p.168).

Já a pulsão de vida, Eros, tem a ver com o que há de construtivo na vida humana. Enquanto a pulsão de morte culmina com a morte, propriamente dita, a pulsão de vida culmina com a reprodução. Dessa forma, a vida psíquica é composta pela oposição ou interação entre essas duas classes de instintos.

Diante da abrangência e complexidade de obra freudiana, e pelo fato de se manter atual a despeito do seu tempo de existência, ela se mostra fonte abundante de material acerca deste tema tão substancial na clínica, que é o silêncio. Pelo fato de a questão disparadora da pesquisa estar vinculada à inquietação provocada por momentos de silêncio, no contexto da clínica musicoterapêutica, entendemos que o encaminhamento da pesquisa deve ser por conceitos que nos ajudem a entender por que algumas vezes é difícil sustentá-lo. Percebemos, também, que a investigação de noções psicanalíticas apresentadas por Freud mais no início de sua obra, embora tenham permanecido em constante investigação no decorrer dela, permitirá elaborações mais complexas em trabalhos futuros da pesquisadora. Assim, no capítulo seguinte, nos dedicaremos a investigar sobre as articulações possíveis entre silêncio e a noção de defesa, buscando compreender, na obra de Freud, o aspecto inquietante do silêncio.

²⁹ Os Dois Verbetes de Enciclopédia são uma coletânea de noções e conceitos psicanalíticos elaborada pelo próprio Freud. As duas classes de instinto, pulsão de vida e pulsão de morte, foram apresentadas mais detalhadamente em outro texto do autor, *O Ego e o Id* (1923).

4. SEGUNDO CAPÍTULO: Silêncio e defesa nos textos iniciais de Freud: o percurso até as primeiras publicações psicanalíticas³⁰

Como beber dessa bebida amarga
Tragar a dor, engolir a labuta
Mesmo calada a boca, resta o peito
Silêncio na cidade não se escuta
(Chico Buarque)

No segundo capítulo, buscamos apresentar as bases históricas e epistemológicas que sustentam a musicoterapia, prática clínica de onde emergiram as questões pesquisadas nesta dissertação. Com isso, as indagações acerca do silêncio na clínica foram contextualizadas às especificidades da prática em que elas se originaram. A musicoterapia clínica, sustentada teoricamente pela psicanálise, propiciou que eu notasse que o silêncio é um elemento digno de ser escutado no contexto terapêutico. O trabalho com pacientes que se encontravam em sofrimento psíquico fez com que eu me interrogasse sobre o que pode dizer o silêncio acerca de cada paciente e também sobre o que faz com que, algumas vezes, seja tão difícil para terapeuta e/ou paciente sustentá-lo.

Um dos casos clínicos que chamaram minha atenção com relação ao silêncio foi o atendimento a uma menina que, além do mutismo verbal que a levou a ser encaminhada para tratamento em uma instituição de saúde mental, mostrava-se fortemente resistente a expressar-se intencionalmente também por outras vias. Recusava-se a tocar os instrumentos musicais disponibilizados no setting, a brincar com os brinquedos da instituição de modo a interagir comigo, a desenhar, etc. Só concordou em entrar na sala de musicoterapia após um tempo de trabalho e, antes disso, recusava minha companhia. Quando, enfim, passou a ir à sala onde a eu a esperava, ficava em silêncio durante períodos que foram se prolongando gradativamente, assim como seu tempo de permanência na sala. Neste caso, o manejo do silêncio por mim foi fundamental. E, durante algum tempo, ele foi a principal expressão da paciente. Este silêncio dizia algo sobre ela e precisava ser escutado com a consistência que tinha. Diferente de indagar o que o silêncio representava para esta paciente ou nesta relação terapêutica específica, não será feito um estudo deste caso ou de outro. Conforme foi apresentado na introdução desta dissertação, entende-se que, neste momento, uma pesquisa conceitual

30 O uso que está sendo feito aqui da expressão “Primeiras publicações psicanalíticas” corresponde ao título do terceiro volume da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, da Editora Imago (1996), como marco delimitador dos textos de referência para o capítulo.

critérioria faz-se necessária e será mais útil para o entendimento da questão norteadora desta pesquisa.

Do estudo longitudinal realizado acerca do termo ‘silêncio’ na obra freudiana, puderam ser delineados alguns contornos conceituais associados a este tema. Há uma expressão alemã, utilizada por Freud e Breuer no texto *Sobre os mecanismos dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* (1893), que vincula claramente a noção de defesa ao silêncio. Mais do que isso, esta expressão permite a articulação entre os temas ‘sofrimento’ (doença, enfermidade), ‘silenciamento’ e ‘ofensa’ (afronta, insulto). A palavra ‘kränkung’ significa ofensa, insulto ou afronta. E seu radical ‘krank’ significa doença, doente ou insalubridade. Os autores se mostraram especialmente atentos às expressões linguísticas, tanto com relação a esta palavra quanto a outras. E a palavra ‘kränkung’ foi utilizada como recurso para explicar a ab-reação no método catártico:

Uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita. A linguagem também reconhece essa distinção, em suas conseqüências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como ‘uma mortificação’ [‘Kränkung’, literalmente, um ‘fazer adoecer’]. (Breuer e Freud, 1893, p. 23).

Com isso, e além disso, tal estudo propiciou que fossem suscitadas, ou mais bem enunciadas, algumas questões que já causavam inquietações. Entre tantos conceitos e noções psicanalíticas que Freud utilizou associados ao tema central desta dissertação – o silêncio – decidimos lançar luz sobre a repressão, por duas razões principais. A primeira delas é que a questão da pesquisa parte de experiências da clínica em que se destaca o silêncio como causador de inquietações e até mesmo de angústia para paciente, terapeuta ou ambos. Pensando nesta natureza árdua do silêncio, com a convicção de que esta é apenas uma das faces do silêncio e já sobreavisados de que a repressão está ligada ao sofrimento que leva o paciente a buscar tratamento, encaminha-se este trabalho pela noção de “repressão” não desvinculada da noção de “resistência”. A segunda razão é que a repressão foi considerada por Freud como a base da psicanálise, e, sendo assim, acreditamos que acompanhar a construção do pensamento freudiano dará subsídios para um melhor entendimento do silêncio na clínica:

A teoria da repressão é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e todavia nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer a hipnose. (Freud, 1914a, p. 10).

No entanto, existiu um percurso trilhado por Freud antes da formalização da noção de repressão. Já em seus textos iniciais, o trabalho clínico do autor, o estudo da teoria existente até então e sua disponibilidade investigativa indicavam esboços do que viria a ser conceituado como tal. O atendimento a pacientes histéricos por meio do método catártico (Breuer e Freud, 1893) pautava-se no entendimento de que os sintomas desses pacientes se davam como efeito de uma ação defensiva do ego. Dessa forma, antes de investigar a relação ‘silêncio e repressão’, propriamente dita, decidimos dedicar este capítulo ao estudo da noção de defesa, conforme apresentada por Freud nos textos chamados de Pré-Psicanalíticos e nas primeiras publicações psicanalíticas. Aqui serão considerados como ‘pré-psicanalíticos’ aqueles que constam no primeiro e segundo volumes da *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, da Editora Imago. Nesta coleção, o primeiro volume é intitulado *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1886-1889) e o segundo volume, escrito em conjunto com Joseph Breuer, é intitulado *Estudos sobre a histeria* (1893-1895). Já *Primeiras publicações psicanalíticas* (1893-1899) é o título do terceiro volume da mesma edição. Deste volume, entendemos que tem especial importância no estudo da noção de defesa o texto *Neuropsicoses de defesa* (Freud, 1894), escrito concomitantemente à organização dos *Estudos sobre a histeria*.

Para discutir a noção de defesa, conforme a delimitação proposta acima, será necessário melhor compreender as delimitações sobre a noção de inconsciente que a sustentava nos primeiros textos de Freud. Convém dedicar atenção ao que se entendia como “inconsciente” no recorte da obra freudiana pesquisado neste capítulo, porque, embora não se tratasse ainda do complexo conceito de Inconsciente postulado por Freud, era uma noção central para a explicação elaborada sobre “defesa” e adoecimento psíquico. Também neste caso podemos afirmar que há elaborações freudianas importantes sobre este tema já nos textos pré-psicanalíticos e que a complexização desta noção culminaria na formalização do conceito de Inconsciente. Também será relevante para a composição desta pesquisa que façamos um estudo sobre a noção de afeto, já que a movimentação dos afetos (sua dinâmica) e sua intensidade são centrais na teorização da noção de defesa. Cabe enfatizar que o trabalho teórico de Freud era sempre concomitante à clínica. Então, para finalizar o capítulo, será apresentado um caso clínico de Freud em que o silêncio, ou a dificuldade da paciente em sustentá-lo, é um sintoma importante. Assim sendo, será possível realizar uma articulação

sobre defesa e silêncio, tomando o caso da Sra. Emmy von N. como referência para a discussão.

4.1 Silêncio e defesa nos textos iniciais de Freud

O método catártico, proposto por Breuer e adotado por Freud durante algum tempo, partia do pressuposto de que os sintomas histéricos tinham origem em uma cena traumática, mobilizadora de representações ideativas inassimiláveis pelo ego. Tais representações eram afastadas da consciência como forma de o ego se defender dessas ameaças. Os afetos, que inicialmente eram vinculados a estas representações, continuavam provocando efeitos na vida da paciente de tal maneira que culminavam no seu adoecimento. No caso dos pacientes histéricos, entendia-se que a impossibilidade destes afetos terem seu escoamento de modo mais organizado acarretava em seu escoamento através da conversão histérica. Tratava-se, então, da transformação (conversão) da energia libidinal em energia somática.

O método histérico de defesa - para o qual, como vimos, é necessária a posse de uma tendência específica - reside na conversão da excitação em uma inervação somática; e a vantagem disso é que a ideia incompatível é forçada para fora do ego consciente. (Freud in Breuer e Freud, 1893b, p. 93).

O método catártico consistia em propiciar “uma descarga do afeto que originalmente estava ligado à experiência traumática” (Garcia-Roza, 1994, p. 36). Por meio da hipnose, o paciente deveria recontar fatos que o levassem a esclarecer a cena causadora do trauma e, conseqüentemente, do adoecimento. Atendendo pacientes neuróticos, após o abandono da hipnose, mas ainda pautado no método catártico, Freud (1895) percebia que havia uma força que impedia os pacientes de seguirem falando sobre a cena traumática. Mesmo os pacientes considerados mais colaborativos no tratamento e cômicos da regra fundamental da associação livre – falar tudo o que viesse à mente, ainda que parecesse desimportante, vergonhoso ou desconexo –, quando se aproximavam do núcleo traumático, com frequência interrompiam a fala ou a desviavam para outros temas. O esquecimento da cena traumática e seus efeitos sintomáticos principiaram a organização teórica acerca da defesa. A esta força que impedia que se chegasse à lembrança e verbalização da cena traumática, Freud (1895) deu o nome de ‘resistência’:

Verifiquei então que, sem nenhuma hipnose, surgiam novas lembranças que recuavam ainda mais no passado e que provavelmente se relacionavam com nosso tema. Experiências como essas fizeram-me pensar que seria de fato possível trazer à luz, por mera insistência, os grupos patogênicos de representações que, afinal de contas, por certo estavam presentes. E visto que essa insistência exigia esforços de minha parte, e assim sugeria a idéia de que eu tinha de superar uma resistência, a situação conduziu-me de imediato à teoria de que, por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas). Uma nova compreensão pareceu abrir-se ante meus olhos quando me ocorreu que esta sem dúvida deveria ser a mesma força psíquica que desempenhara um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se tornasse consciente. (Freud, 1895, p. 191).

Percebemos, então, que o fato de o paciente silenciar sobre o tema importante no tratamento, então entendido como cena traumática, foi o sinal que permitiu a Freud notar e elaborar teoricamente sobre a defesa. Nesse caso, temos o ‘silêncio’ associado pelo autor à resistência. Outro uso deste mesmo termo, feito por Freud, concernia ao silenciamento da representação insuportável ao Eu, o que se pode entender como silêncio associado à defesa.

Um exemplo de silêncio associado à defesa é o fragmento de caso clínico em que o autor afirma que a paciente “silenciou” sobre um período de grande sofrimento em sua vida. Tratava-se do caso de uma jovem que estava apaixonada por um rapaz e acreditava na reciprocidade desta paixão. Quando ela entendeu que o rapaz não correspondia a este sentimento, passou a apresentar sintomas histéricos (conversões), mantendo, assim, a esperança de que seria pedida em casamento. Aqui pode-se inferir, tendo como base os estudos freudianos, que ocorreu o enfraquecimento das representações inassimiláveis ao ego sem, ainda, uma ruptura com a consciência. Quando a paciente teve a confirmação definitiva de que o rapaz não correspondia à sua paixão por ele, desenvolveu uma confusão alucinatoria, rompendo com a realidade, nos aspectos específicos à vivência do romance. Nesse caso, entendemos que a representação inassimilável ao ego foi completamente eliminada da consciência. (Freud, 1894, p. 33).

No final do texto *A psicoterapia da histeria*, o autor afirma que a resistência não pode ser extirpada mas, sim, que precisa ser dissolvida no tratamento. Dessa forma, permitiria a circulação do material patogênico. O trabalho do analista consistia em superar a resistência, buscando se apropriar de um “fio lógico” para ligar os conteúdos trazidos pelo paciente, que se apresentassem de forma aparentemente desconexa. (Freud, 1895, p. 207)

O momento traumático real, portanto, é aquele em que a incompatibilidade se impõe sobre o ego e em que este último decide repudiar a ideia incompatível. Essa ideia não é aniquilada

por tal repúdio, mas apenas recalçada para o inconsciente. Quando esse processo ocorre pela primeira vez, passa a existir um núcleo e centro de cristalização para a formação de um grupo psíquico divorciado do ego - um grupo em torno do qual tudo o que implicaria uma aceitação da ideia incompatível passa então a se reunir. A divisão da consciência nesses casos de histeria adquirida é, portanto, deliberada e intencional. Pelo menos, é muitas vezes *introduzida* por um ato de volição, pois o resultado real é um pouco diferente do que o indivíduo pretendia. O que ele desejava era eliminar uma ideia, como se jamais tivesse surgido, mas tudo o que consegue fazer é isolá-la psiquicamente.

Conforme notamos, as primeiras formulações freudianas acerca de ‘defesa’ apoiavam-se na ideia de que o ego se defendia de representações inassimiláveis (por serem desprazerosas) e impedia seu acesso à consciência. Estas representações eram mantidas, então, inconscientes. Mais do que o adjetivo que caracterizaria a natureza destas representações – conscientes ou inconscientes, o autor já entendia que havia uma divisão importante no psiquismo e que os conteúdos que se encontravam fora da consciência tinham efeitos concretos na vida de seus pacientes.

Desde o esplêndido trabalho realizado por Pierre Janet, Josef Breuer e outros, pode-se considerar geralmente aceito que a síndrome da histeria, tanto quanto é inteligível até o momento, justifica a suposição de que haja uma divisão da consciência, acompanhada da formação de grupos psíquicos separados. (Freud, 1894, p. 26).

E o método catártico, utilizado para tratamento da histeria, visava a resolução da divisão da consciência e, com isso, a viabilização da retomada de lembranças que permitissem ao paciente recontar a cena traumática. Com isso, se dava o escoamento dos afetos que estavam desligados de suas representações. Entendemos, então, que se faz necessário apresentar inconsciente e afeto no contexto dos textos iniciais de Freud.

4.1.1 Inconsciente

Um dos pontos mais notáveis destes estudos freudianos pré-psicanalíticos é a ênfase no fato de que havia algo nos pacientes, sobre eles próprios, que eles não conheciam (ao menos conscientemente) e sobre os quais não podiam ter controle. Os volumes das Obras Completas de Freud intitulados *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1896-1889), *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) e as *Primeiras publicações psicanalíticas* (1893-1899) foram escritos em um contexto em que o inconsciente ainda era uma formalização conceitual muito incipiente. Antes de Freud e mesmo nos primeiros textos deste autor, o uso do termo ‘inconsciente’ no campo médico se fazia com referência simplesmente a algo que

estava fora da consciência, no sentido adjetivo. Tal uso ainda não compreendia o sistema complexo, dinâmico e regido por leis próprias que foi formalizado por ele. (García-Roza, 1994, p. 169-170). Foi a partir da clínica com pacientes neuróticos que Freud pôde escutar e discorrer sobre o tema, em uma obra que foi sendo elaborada e repensada no decorrer de mais de quatro décadas de trabalho contínuo. No entanto, mesmo nestes textos iniciais, o autor já se referia ao inconsciente e à defesa, no que se percebe como embriões dos conceitos que viriam a ser apresentados por ele posteriormente, com maior complexidade.

Desde os textos chamados de pré-psicanalíticos Freud já considerava a divisão de consciência. No volume intitulado pela Imago como *Primeiras Publicações Psicanalíticas*, especificamente no texto *Neuropsicoses de defesa* (1894), o autor situava a divisão de consciência como uma característica secundária da condição histérica. Entendia-se que, diante de alguma representação insuportável pelo eu, o paciente forçava sua supressão ou esquecimento. Breuer havia estudado um tipo de histeria que nomeou de *histeria hipnoide*, em que a divisão de consciência seria “secundária e adquirida”. O termo “defesa” surge de modo mais consistente na obra freudiana, quando o autor propõe descrever outros dois tipos de histeria, a *histeria de defesa* e a *histeria de retenção*:

Na primeira dessas |duas outras| formas, pude repetidas vezes demonstrar que *a divisão do conteúdo da consciência resulta de um ato voluntário do paciente* [grifo do autor]; ou seja, é promovida por um esforço de vontade cujo motivo pode ser especificado. Com isso, é claro, não pretendo dizer que o paciente tencione provocar uma divisão da sua consciência. A intenção dele é outra, mas, em vez de alcançar seu objetivo, produz uma divisão da consciência. (Freud, 1894, p. 27).

A divisão de consciência era entendida como parte deste processo de esquecimento da representação incompatível e da divisão entre representação e afeto. Freud considerava ainda que, entre os pacientes que atendia, tal esquecimento não era bem-sucedido, pois acarretava em reações patológicas. (Freud, 1894, p. 27). A hipnose viabilizaria o acesso ao grupo psíquico que fora expelido. (Freud, 1894, p. 29). No entanto, diferentemente da ênfase dada por Pierre Janet à divisão da consciência na histeria, Freud buscou enfatizar a conversão, em associação à divisão da consciência. Pierre Janet, por sua vez, “interpretava as perturbações históricas como expressões de um estreitamento do campo de consciência ou como uma clivagem da personalidade decorrente da emergência de estados hipnóides.” (Pereira, 2008, p. 305). Ainda realizando a descrição da histeria de retenção e da histeria de defesa, Freud acaba por apontar uma diferença significativa na compreensão da divisão de consciência:

Assim, vemos que o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a *capacidade de conversão*, e podemos aduzir, como parte importante da predisposição para a histeria – predisposição ainda desconhecida em outros aspectos –, uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática. (Freud, 1894, 29).

Posteriormente quando o autor identificou que a defesa estava presente em todas as formas de histeria, a especificação da “histeria de defesa” deixou de ser feita. (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 214). Dessa forma, fica claro que, para Freud, a divisão de consciência deixa de ser o ponto principal para o entendimento da causa da histeria, embora não estivesse excluído do processo de adoecimento. “Para Freud, a clivagem é resultado do conflito; embora tenha para ele valor descritivo, a noção não contém em si mesma qualquer valor explicativo.” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 66).

Fróes e Viana (2016), estudando os textos pré-psicanalíticos até 1893 discriminaram três maneiras diferentes de Freud situar a ideia de inconsciente, sintetizando e organizando a apresentação do inconsciente no início de sua obra. No entendimento da presente autora, a divisão entre estas três maneiras não é cronologicamente exata na obra. O referido estudo contribui para o esclarecimento de que havia teorias do inconsciente anteriores a Freud e que algumas delas exerceram influência sobre como o autor compreendia o tema e sobre seus processos de elaboração do conceito na psicanálise. E que mesmo em um período relativamente curto da obra freudiana, se encontram sutilezas no uso do termo “inconsciente” pelo autor.

O primeiro uso da noção de inconsciente por Freud, foi nomeada pelos autores do artigo como “inconsciente cognitivo” e tratava-se de uma concepção dividida entre os campos da neurologia e da psicologia. Nesta perspectiva, a atenção era um critério fundamental para situar o que era consciente ou o que estava fora da consciência. “Nesse sentido, o termo inconsciente estaria sendo usado para definir processos cerebrais que, por não serem objetos da atenção, não chegariam a consciência.” (Andersson apud Fróes e Viana, 2016, p. 1339). O segundo uso discriminado pelos autores foi nomeado por eles como “inconsciente como resultado da divisão de consciência”. Tratava-se da perspectiva da divisão de consciência como causa dos processos de adoecimento psíquico histérico. Os autores do artigo entendem que aqui se apresenta um esboço do dualismo psíquico, notando o inconsciente como contraposição ao ego. E o terceiro uso discriminado por eles foi chamado de “inconsciente romântico”, devido à aproximação linguística de Freud com autores do período romântico, e,

entre outras, à associação do inconsciente com o “reino das sombras”. Neste período podemos perceber um esboço da noção de repressão, a extensão do inconsciente a todas as pessoas (para além dos processos patológicos) e a evidência de que havia algo que extrapolava a vontade consciente. (Fróes e Viana, 2016).

Interessa-nos para o presente estudo notar que, até então, entendia-se que a defesa se fazia necessária quando a integridade do ego era ameaçada por representações moralmente inassimiláveis. E entendia-se que torná-las inconscientes ou enfraquecidas na consciência era o modo egoico de manter a estabilidade na soma de excitação. O destino das representações que colocavam em risco a integridade do ego era, então, serem silenciadas. Esta seria uma analogia possível entre o silêncio e o entendimento sobre o inconsciente ou, melhor dizendo, os estados de inconsciência. No entanto, esta operação egoica de tentar silenciar as representações incompatíveis era, muitas vezes, mal-sucedida, porque os afetos dissociados das representações relegadas à inconsciência, aliavam-se a outras representações e, todo este conjunto culminava na formação de sintomas. Esta dinâmica dos afetos será abordada mais atentamente na próxima seção.

4.1.2 Afeto

Retomando a palavra alemã *kraenkung*, utilizada por Breuer e Freud em 1893 como recurso para explicar o processo de adoecimento psíquico, percebemos que os aspectos dinâmico e econômico dos afetos eram centrais para o entendimento da etiologia da histeria. A análise dos radicais da palavra *kraenkung*, que no todo significa “ofensa”, “insulto” (*kränkung*), leva à compreensão de que a afronta sofrida em silêncio é causadora de mortificação (*krank* significa “doente”, “enfermo”).

Assim, quando por qualquer motivo não pode haver reação a um trauma psíquico, ele retém seu afeto original, e quando a pessoa não consegue livrar-se do acréscimo de estímulo através de sua “ab-reação”, deparamos com a possibilidade de que o evento em questão permaneça como um trauma psíquico. (Breuer e Freud, 1893, p. 23).

A noção de afeto importa no estudo da defesa, já que se considera que o afeto desvinculado do representante ideativo decorre de diferentes maneiras na dinâmica psíquica, de modo que, muitas vezes, leva o paciente ao sofrimento psíquico. Dessa forma, como parte da pesquisa realizada sobre “defesa”, buscamos entender melhor esta noção psicanalítica.

O termo afeto, etimologicamente, diz respeito a “estado, disposição da alma; sentimento; vontade”. (Machado, 1952, p. 102). No entanto, seu uso não foi suficientemente esclarecido por Freud em seus textos, apesar do amplo uso do termo. (Winograd e Teixeira, 2011; Vieira, p. 2001, 44). No *Vocabulário de Psicanálise* (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 9) consta que o afeto para a psicanálise é a ideia “qualitativa da quantidade de energia pulsional e de suas variações”. (Freud apud Lanplanche e Pontalis, 2001, p. 9). Nas neuroses se percebem discrepâncias entre o afeto e a representação.

Da consideração da histeria resulta portanto, para Freud, que o afeto não está necessariamente ligado à representação; a sua separação (afeto sem representação, representação sem afeto) garante a cada um diferentes destinos. Freud indica possibilidades diversas de transformação do afeto: “Conheço três mecanismos: 1º o da conversão dos afetos (histeria de conversão); 2º o do deslocamento do afeto (obsessões); e 3º o da transformação do afeto (neurose de angústia, melancolia). (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 9).

Nos *Estudos sobre a histeria* (Breuer e Freud, 1893-1895), é evidenciado o fato de que situações traumáticas do passado continuavam influenciando vivamente os pacientes histéricos. Winograd e Teixeira (2011) ressaltam que, no decorrer dos estudos freudianos, a concepção de afeto vai se modificando e apresentam um resumo deste percurso. Nos textos pré-psicanalíticos, o autor se referia ao afeto, ressaltando seu aspecto quantitativo na dinâmica psíquica. Na sequência, o aspecto qualitativo, ou seja, como o afeto chegava ao sistema consciente, passa a ser considerado, mas num entendimento marcado por instâncias psíquicas bem delimitadas:

Nos tempos da ab-reação e da catarse, o objetivo do tratamento era justamente fazer o indivíduo referir o *quantum* de afeto à lembrança do evento traumático. Ou seja, referir o incremento da quantidade de excitação às suas causas e, por aí mesmo, permitir que o indivíduo experimentasse o afeto que a lembrança do trauma gerava em toda a sua intensidade. (Winograd e Teixeira, 2011).

Nos *Estudos sobre a histeria* (Breuer e Freud, 1893-1895), Freud afirma que o afeto que não foi ab-reagido suficientemente permanece como lembrança, que pode continuar agindo intensamente de outra maneira, tendendo a se converter em patologia.

Gostaria, por fim, de me deter por um momento na hipótese de trabalho que utilizei nesta exposição das neuroses de defesa. Refiro-me ao conceito de que, nas funções mentais, deve-se distinguir algo – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos

das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo. (Freud, 1894, p. 34).

Outro aspecto do recorte da obra freudiana que serve de fonte de pesquisa para este capítulo e chama a atenção é o uso equivalente das expressões “carga de afeto” e “soma de excitação”. Os aspectos dinâmico e de quantidade desta “carga de afeto” ou “soma de excitação” foram centrais para o entendimento dos sintomas neuróticos, concomitantemente às transformações que se deram no método de tratamento. Apreendemos que o excesso desta soma de excitação, ou seja, a carga de afeto que fica represada por não ter sido suficientemente reagido, resulta no sintoma histérico. (Vieira, 2001, p. 20). Este afeto excessivo e desvinculado de suas representações originais, liga-se a outras representações que, de alguma forma remetem às de origem e, assim, se definem as particularidades do sintoma que se apresentará. Este processo se dá de modo alheio às vontades conscientes e se tem conhecimento dele por meio das manifestações sintomáticas que independem de causas patológicas de origem anatômica, embora os efeitos (precisamente na histeria de conversão) se manifestem no organismo, tais como as paralisias de membros, as afasias, dores, etc.. No entanto, as minúcias desta operação somente são conhecidas no tratamento, que na ocasião da publicação dos textos aqui estudados, era o método catártico com o uso da hipnose e, posteriormente, sem ela.

Nestes textos iniciais, notamos que são apresentados de maneira rudimentar alguns elementos que se tornariam pilares da teoria psicanalítica. O primeiro deles, a divisão de consciência, num esboço do dualismo psíquico, e evidenciando que: 1- há algo que se passa ao indivíduo que independe de sua vontade consciente e que pode interferir incisivamente em sua vida; 2- existem patologias cuja etiologia é exclusivamente psíquica e 3- que nos casos de neuropsicoses, fatos ocorridos no passado, que despertaram afetos intensos e cujas reações a eles não foram suficientemente adequadas, continuam a provocar desordens no presente. O segundo deles, pertinente a esta seção, é a introdução à ideia da circulação da energia no psiquismo, num esboço já complexo que inclui a desvinculação entre afeto e representação e a religação entre a soma represada de afeto a outras representações. Da questão disparadora desta pesquisa, o silêncio na clínica e sua natureza árdua, podemos supor até aqui, que o afeto é o que nunca silencia e nunca é silenciado. Pois a tentativa egoica de silenciamento se dirige à parte ideativa da energia psíquica.

Na seção subsequente será apresentado e analisado um caso clínico freudiano, que oferece mais subsídios para investigar a questão do silêncio na clínica. O caso clínico intitulado pelo autor como *Sra. Emmy von N.* contempla elementos que contribuem para o entendimento das noções estudadas até aqui – inconsciente, afeto e, enfim, defesa, além de propiciar uma discussão interessante sobre o silêncio.

4.1.3 O estalido que rompe o silêncio: um caso clínico de Freud

Um fenômeno que pode ser constatado a partir de minha própria prática clínica e de relatos em bibliografia, é o tamponamento do silêncio. Referimo-nos aqui à dificuldade de o profissional e/ou o paciente sustentarem o silêncio na sessão. Indagando sobre esta dificuldade, a de manter-se silencioso, quando conscientemente é isso o que se quer, chamou nossa atenção na obra de Freud o caso da Sra. Emmy von N., cujo sintoma denunciava justamente isso. No início de seu tratamento desenvolvido por meio do método catártico, esta senhora viúva, mãe de duas filhas, encontrava-se internada em uma clínica para tratar-se de “distúrbios nervosos”. Apresentava sintomas fóbicos – medo de animais, depressão, insônia e dores. Havia a ocorrência de alucinações, relacionadas à fobia de animais e alguns tiques, como a gagueira e um estalido de língua que entrecortava sua fala. O tratamento a que estava submetida era composto por várias práticas, tais como a terapia hipnótica e massagens, que eram aplicadas por Freud.

Além da relação peculiar da paciente com o silêncio, tema de especial interesse nesta dissertação, este caso clínico freudiano é rico em elementos que contribuem na tentativa de entender a psicanálise como método clínico. Por meio do caso da Sra. Emmy von N., podemos conhecer algumas indagações de Freud e algumas decisões técnicas tomadas a partir destes questionamentos, nunca dissociados da elaboração teórica. Neste rol estão incluídas reflexões que levaram ao abandono da hipnose e elaborações sobre as noções de defesa e, de modo mais incipiente, de repressão.

4.1.3.1 Emmy von N. e seu não-silêncio

Filha de uma prole de quatorze filhos, dos quais apenas quatro sobreviveram, desde seus cinco anos de idade, Emmy von N. era mal sucedida em suas tentativas de calar-se diante

de situações ligadas direta ou indiretamente à morte. Ela contou a Freud que nesta idade tiveram início seus ataques nervosos, quando seus irmãos jogavam animais mortos nela. Após uma tia dizer que tais crises eram vergonhosas, os irmãos não mais a provocaram dessa forma. No entanto, o susto associado à morte e sua incapacidade de silenciar diante disso persistiram até a vida adulta, associados a alucinações visuais e fobias:

Depois me assustei de novo quando tinha sete anos, e inesperadamente, vi minha irmã no caixão; e outra vez quando contava oito anos e meu irmão me aterrorizou uma porção de vezes, enrolando-se em lençóis como um fantasma; e também quando tinha nove anos e vi minha tia no caixão e de repente o queixo dela caiu. (Freud, 1893a, p. 52).

O estalido de língua, um dos seus sintomas mais marcantes, teve início quando estava ao lado do leito de sua filha mais nova que se encontrava muito doente, e tentou se manter o mais quieta possível. Mais uma vez sua tentativa de silenciar diante da ideia de morte foi infrutífera e, mais ainda, passou a se reeditar sempre que se sentia tensa, no tique com a língua.

Um movimento oposto a estes, de certa forma, foram duas ocorrências de mutismos temporários. A primeira vez se deu aos quinze anos, quando ficou muito impactada ao ver sua prima sendo levada para o hospício. Naquela ocasião, tentou gritar por socorro, mas não conseguiu, e ficou muda por algumas horas. A segunda vez, foi quando tinha dezenove anos e, ao levantar uma pedra, viu um sapo. Também nesta ocasião ficou sem conseguir falar durante algumas horas. A fobia associada a animais permaneceu durante muitos anos, bem como o medo de hospícios. Aqui é possível propor a oposição entre morte e loucura, em que o medo da morte a faz sonorizar e o medo da loucura a faz silenciar. Sobre o medo da loucura, em sua análise deste caso, o autor afirma que se trata de um medo comum a todos os neuróticos.

Outro sintoma apresentado pela Sra. Emmy von N. era a gagueira, cujo início se deu, conforme relato feito por ela em análise, em um trajeto de carruagem, junto com as filhas e o condutor. Quando um raio atingiu uma árvore próxima de onde passavam, ela pensou que deveria ficar bem quieta, para que os cavalos não se assustassem ainda mais. E, a partir daí, passou a apresentar a gagueira.

Diante da indagação ‘o que fazia com que Emmy von N. não pudesse manter-se em silêncio durante situações que ela, de alguma forma, associava à morte?’, percebemos que a seguinte afirmação de Freud carrega pistas para uma resposta: “A melhora de seu estado geral foi revelada por sua observação de que não lera nada hoje, pois estava vivendo num sonho

muito feliz – ela, que sempre tinha que estar fazendo alguma coisa em virtude de sua **inquietação interior**.” (Freud, 1893a, p. 57-58)[grifo nosso]. Pensamos que esta inquietação interior fazia com que o próprio silêncio lhe fosse impossível. A origem da palavra ‘inquietação’ vem do latim: “in-”, negação; “-quietus”, parado, imóvel; de “quies”, calma, serenidade. (Origem da Palavra, 2012). A técnica que Freud utilizava até então, consistia, com a paciente em estado hipnótico, em silenciar as memórias que causassem inquietações na paciente. Ainda sobre certas decisões técnicas, o autor afirma:

Quando, há três dias, ela se queixara pela primeira vez do seu medo dos hospícios, eu a havia interrompido após sua primeira história, a de que os pacientes eram amarrados a cadeiras. Vi então que nada tinha ganho com essa interrupção e que não posso me furtar a escutar suas histórias com todos os detalhes até a última palavra. (Freud, 1893a, p. 58).

Com isso, se percebe que este caso é propício para se discutir tanto a relação da paciente, quanto a do médico com a questão do silêncio na clínica. Da paciente, o silêncio está vinculado à questão da contra-vontade histórica, já que os tiques e a gagueira, rompendo o silêncio ocorriam como manifestação independente da vontade consciente da Sra. Emmy von N.. A experiência clínica neste caso, apontava para Freud sobre a divisão da consciência. Do médico, a necessidade de manter-se em silêncio para escutar esta paciente promoveu mudanças técnicas importantes.

4.1.3.2 As contribuições do caso para a cena psicanalítica

O caso da Sra. Emmy von N. propiciou informações e elaborações importantes que levaram a formalizações teóricas fundamentais na psicanálise. Após escutar a paciente em vigília, Freud registrou percepções que o levaram a considerar a influência do que era nomeado na época como estados inconscientes, na vida em vigília, mesmo que a paciente não se desse conta disso: “Assim, seu comportamento na vida de vigília é dirigido pelas experiências que teve durante o sonambulismo, embora acredite, enquanto está acordada, nada saber a respeito delas.” (Freud, 1893a, p. 55). E no relato da mesma sessão, fica clara a percepção aguçada do autor sobre a condensação na fala da paciente, agregando elementos para a compreensão dos processos inconscientes: “Embora esses quatro exemplos fossem tão separados no tempo, ela os relatou numa única frase e numa sucessão tão rápida que poderiam ter constituído um único episódio em quatro atos.” (Freud, 1893a, p. 90).

Há uma crença entre alguns psicanalistas de que esta paciente teria “inventado” a cena psicanalítica a partir de coisas que teria dito sobre o método de tratamento, durante sua análise. (Salazar; Soriano e Balles, 2011). Esta crença se refere, por exemplo, ao fato de a paciente falar com menos interrupções por parte do psicanalista, como no trecho já citado anteriormente ou no seguinte trecho de sessão, relatado por Freud: “[a paciente] Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer.” (Freud, 1893a, p. 95). Com estas observações feitas pela paciente, o autor concluiu que deveria escutá-la sem interrompê-la com tanta frequência. Outro trecho deste estudo de caso, que corroboram com o argumento de que esta paciente contribuiu especialmente com certas delimitações da cena psicanalítica, o autor relatava que, mesmo durante as massagens aplicadas por ele, em que a paciente não se encontrava sob hipnose, percebia que ela “desabafava sem ser solicitada”. Mais do que isso, que era capaz de associar lembranças que a levavam às “reminiscências patogênicas”. Freud entendia que isso se dava por efeito de sua influência sobre a paciente. (Freud In Breuer e Freud, 1893a, p. 89).

O fator da amnésia sofrida pela Sra. Emmy von N. por efeito de sugestões do médico, também contribuiu para que Freud repensasse este método de tratamento. Isso porque um dos modos de proceder na terapia hipnótica consistia em conduzir o paciente ao esquecimento do fato desencadeador do sintoma, mas, junto a ele, se dava o esquecimento da situação como um todo, principalmente quando a cena era recordada com muitos detalhes. Emmy von N. chegou a se queixar a Freud que parecia ter se esquecido de momentos significativos de sua vida.

Ainda sobre a contribuição deste caso para o abandono da hipnose como método terapêutico, é que ele propiciou que Freud percebesse que, não raramente sintomas já tratados voltavam a aparecer. Mesmo que a hipnose tivesse sido bem-sucedida ao fazer com que a paciente se esquecesse da cena desencadeadora dos sintomas, não raramente voltava a apresentar os mesmos sintomas, pelo fato de estarem ligados a outra cadeia associativa, que se vinculavam a algum detalhe da cena original. Com isso, além da não interrupção da fala da paciente, a clínica começava a mostrar para Freud que talvez a hipnose fosse dispensável e, posteriormente, que seria um método menos efetivo de tratamento.

O afastamento do olhar do analista teria sido outra contribuição deste caso à cena psicanalítica, conforme sugerem Salazar; Soriano e Balles (2011): “Emmy *‘fabricou’*, dizia-

se, as interdições necessárias a uma nova técnica de tratamento, fundada sobre o afastamento do olhar. Depois dela, o médico iria tornar-se psicanalista e instalar-se fora da vista do doente, renunciando a tocá-lo e obrigando-se a escutá-lo.” Dessa forma, a Sra. Emmy von N., que tanta dificuldade teve em lidar com o próprio silêncio, ficou famosa (a fama nem sempre condiz com a realidade) por ressaltar a necessidade do silêncio do analista.

4.1.3.3 Elaboraões sobre a noção de defesa

Do caso da Sra. Emmy von N. que, conforme já foi apresentado acima, propiciou reelaboraões metodológicas (não desvinculadas da teoria) na prática freudiana, podemos apreender, também, algumas observaões relevantes sobre a noção de defesa. Dentre as percepções da clínica que levaram à complexização desta noção psicanalítica, se encontra o relato de uma sessão em que o autor conclui que todas as manifestaões sintomáticas da paciente, tais como o estalido de língua, as frases repetidas com a lembrança de fatos que lhe causavam medo, as fobias em si, os trejeitos exagerados, entre outros, se davam como proteção contra a repetição das experiências aterrorizantes. Esta paciente possuía em sua história de vida diversos momentos onde havia se sentido muito assustada. Esses momentos eram entendidos na avaliação do caso por Freud, como cenas traumáticas e desencadeadoras de sintomas apresentados pela paciente na ocasião do tratamento. Cenas que não foram suficientemente elaboradas ou ab-reagidas pela fala ou pela ação motora e cujos resíduos não encontravam outro modo de escoamento mais adequado. Ou seja, fatos passados exerciam influência viva e reatualizada na vida presente da paciente. Os sintomas seriam, então, uma maneira de o ego se defender da revivência daquelas cenas. (Freud, 1893a, p. 90).

Ao final do relato, Freud argumenta que se tratava de um caso de histeria, apesar de não existirem linhas divisórias inequívocas sobre as categorias diagnósticas (“a mão orientadora que fixaria os marcos fronteiros”) (Freud, 1893a, p. 71). E para explicar o processo de adoecimento deste tipo de neurose, o autor enfatiza os aspectos quantitativos da excitação resultada em trauma: “Devemos considerar o processo como se uma soma de excitação, atuando sobre o sistema nervoso, se transformasse em sintomas crônicos, na medida em que não fosse empregada em ações externas na proporção de sua quantidade”. Quanto aos sintomas apresentados pela Sra. Emmy von N., pelo fato de apenas uma pequena

parte ser decorrente de conversão da excitação em sintomas somáticos, havia uma similaridade, também, com outros tipos de neurose. (Freud, 1893a, p. 71-72).

Das observações precoces do autor, que viriam a ser mais bem conceitualizadas posteriormente, convém ressaltar o aspecto cronológico notado no encadeamento da fala da paciente. Neste tratamento, apesar do emprego da terapia hipnótica e do uso constante da sugestão proibitiva e de garantias, é possível perceber que a escuta de Freud já se encontrava atenta à análise dos processos sintomáticos e sua etiologia. No seguinte trecho, fica explícito o entendimento do autor de que o escoamento da energia psíquica tem um sentido. Dele, podemos inferir que ele nota a ideia de regressão a partir da fala da paciente, noção que seria relevante até o final de sua obra.

Foi aqui que aprendi pela primeira vez o que veio a se confirmar em inúmeras ocasiões posteriores: que quando se está tentando resolver um delírio histérico atual, as comunicações do paciente são dadas em ordem cronológica inversa, começando pelas impressões e conexões das idéias mais recentes e menos importantes e só no fim alcançando a impressão primária, que é, com toda a probabilidade, a de maior importância causal. (Freud, 1893a, p. 64).

Freud deixou registradas suas percepções acerca da resistência apresentada pela paciente, mesmo em estado hipnótico. O autor percebia o apego da Sra. von N. aos seus sintomas, os mesmos que a levavam a estar em tratamento médico, por serem causadores de grande sofrimento para ela. Essas observações freudianas sobre a resistência de sua paciente ao tratamento contribuem para a sustentação de que os sintomas apresentados por ela exerciam importante função defensiva do ego. Tanto assim, que tentar levá-la a abrir mão deles exclusivamente por efeito de sugestão direta do médico durante a hipnose, geralmente não resultava efetivo. (Freud, 1893a, p. 80)

4.2 Apreensões do terceiro capítulo

Nesta pesquisa, nos interessa entender a relação entre silêncio e repressão e, neste capítulo específico, convém destacar o que se articula sobre silêncio, defesa e repressão, nos textos iniciais de Freud. De modo que conhecer os fundamentos da teoria psicanalítica se fez imprescindível para a discussão proposta. Convém destacar que, predominantemente, o uso do termo ‘silêncio’ é metafórico ou por analogia, tanto pela autora da dissertação, quanto nas passagens da obra de Freud, quando vinculadas às noções de defesa e repressão.

Acerca destas duas noções nos primeiros textos da obra freudiana, podemos afirmar que se tratavam de denominações conceituais praticamente sinônimas, por estarem em um estágio inicial de formalização. (Strachey apud Freud, 1915d, p. 86). A proximidade entre as duas noções – defesa e repressão –, passou a ficar menor conforme o autor avançava em sua compreensão dos processos psíquicos e na descrição deles, na elaboração da teoria psicanalítica. No texto *Neuropsicoses de defesa* (Freud, 1894), ao discorrer sobre o caso de uma paciente que apresentou dois tipos diferentes de sintomas, conversão e psicose alucinatória, a diferença entre defesa e repressão começa a ficar mais clara. A repressão passa a ser entendida como uma das formas possíveis de defesa, em que ocorre o enfraquecimento da representação inassimilável ao ego na consciência, sem a ruptura com a realidade. A clínica, principalmente com pacientes histéricos, demonstrou para Freud que a repressão ocorria por ação do ego, no esforço de se defender de representações incompatíveis. Esta incompatibilidade era determinada principalmente por questões morais. Na ocasião da escrita dos textos de base deste capítulo, entendia-se que a gênese dos sintomas eram situações específicas, em que a soma de excitação mobilizada por elas não pôde ser escoada em sua totalidade e adequadamente. A ação defensiva do ego, reprimindo as representações incompatíveis e mantendo-as afastadas da consciência se dava como tentativa de evitar a revivência de situações de desprazer.

Dentro das concepções apresentadas no período delimitado da obra, podemos afirmar que, a princípio, se o esforço egoico poderia ser entendido como tentativa de silenciar as representações causadoras de desprazer, a chegada do paciente adoecido em busca de tratamento médico denunciava o sucesso apenas parcial deste silenciamento. Porque, se a eliminação ou enfraquecimento na consciência das representações ameaçadoras ao ego puderem ser abordadas como silenciamento, entendemos que o silêncio é uma metáfora possível à defesa. No entanto, como ficou explícito no caso que serviu de recurso para o estudo destas noções psicanalíticas neste capítulo – da Sra. Emmy von N. –, os efeitos da inadequação no modo de escoamento da soma de excitação, os sintomas histéricos, afastavam-se substancialmente da ideia de silêncio, tanto metaforicamente, quanto concretamente: vide seus estranhos ruídos com a língua. Podemos discutir de modo similar a evitação de desprazer almejada pelo ego. Se, por meio da repressão, ele evita a revivência da cena traumática por meio de lembranças, os sintomas não podem ser ignorados como provocadores de desprazer.

Com relação a isso, destacamos aqui o entendimento preliminar de que, embora a representação da cena traumática tenha sido silenciada pela defesa egoica, a soma represada do afeto ligado a esta mesma cena continua causando efeitos à luz da vida cotidiana do paciente. Então convém seguir investigando o que se passa com o afeto na repressão, sendo este o fio condutor para entender a relação entre silenciamento e repressão, pois, ao que parece, há algo que não pode ser silenciado.

O método catártico remete diretamente à catarse ou à purgação, como forma de o paciente escoar a soma de excitação que ficou retida, de maneira mais adequada e sob cuidados médicos. No entanto, no caso clínico de Freud estudado neste capítulo, notamos que o efeito de purgação durante o tratamento é menos enfatizado do que as interdições e conduções sugestivas feitas pelo médico à paciente, por ser anterior à elaboração da teoria da ab-reação (Andersson, 2001, p. 311). Por meio da apresentação do caso da Sra. Emmy von N., é curioso notar que, na essência, a técnica aplicada na terapia hipnótica tinha o silenciamento como meta a ser atingida. Melhor explicando: tratava-se de hipnotizar o paciente e conduzi-lo a se recordar da cena traumática, desencadeadora dos sintomas apresentados. Quando esta cena era contada, no tratamento da paciente em questão, o médico buscava apagar/silenciar esta recordação, por meio da sugestão. De acordo com o relato do caso e as elaborações conceituais do autor, o silenciamento por meio da sugestão direta do médico tendia a fracassar como tratamento.

O abandono da hipnose por Freud propiciou a observação mais clara e frequente dos processos defensivos. Apesar de tantos indícios de que ele já esboçava futuros conceitos psicanalíticos ainda durante o uso desta técnica, é possível afirmar, de acordo com Garcia-Roza (1994, p. 36), que foi o abandono da hipnose que permitiu a ele refinar o entendimento acerca da noção de defesa e, com isso, elaborar a Teoria da Repressão, “pedra angular da psicanálise”, conforme afirmou Freud. No capítulo seguinte, a repressão será estudada já no contexto da psicanálise, propriamente dita, tendo como base principal para a pesquisa os artigos metapsicológicos de 1915. Acredita-se que o maior detalhamento conceitual oferecido por Freud nestes textos, proporcionará um entendimento mais refinado de como se situa o silêncio em analogia com a noção de repressão e o que ocorre com o afeto nesta operação.

5. TERCEIRO CAPÍTULO: Silêncio e repressão na obra freudiana: da *Interpretação dos Sonhos* aos *Artigos Metapsicológicos* de 1915

Tendo estudado no capítulo anterior a noção de defesa na obra freudiana, especialmente nos textos chamados de pré-psicanalíticos e nas primeiras publicações psicanalíticas, conhecemos a base indispensável à noção de repressão. Não que tenha havido o abandono ou superação da ideia de “defesa”, por Freud, mas a complexização da teoria psicanalítica resultou em conceitos e noções descritos mais detalhadamente, entre eles a repressão. A articulação entre eles é necessária e torna o entendimento da teoria, ao mesmo tempo, mais possível e com maiores exigências. A raiz clínica das indagações e teorizações da psicanálise, bem como a indeclinável consideração da singularidade de cada paciente e de cada profissional, direcionam quem se propõe a estudar o assunto a compreender estas articulações sob diferentes pontos de vista e guiados por questões muito variadas. Neste capítulo, dando continuidade à pesquisa sobre o silêncio na clínica a partir do estudo da obra de Freud, a investigação se inclinará sobre a noção de repressão. Como já mencionamos, entre as noções e conceitos psicanalíticos destacados no estudo longitudinal da obra, decidimos trabalhar com aqueles que tocassem na natureza árdua do silêncio, buscando entender o que o silêncio do paciente diz sobre ele e por que algumas vezes é tão difícil sustentá-lo.

Embora a repressão seja um termo que consta na obra desde o primeiro volume da Edição Standard utilizada, ainda não contemplava a elaboração processual, dinâmica, econômica e topológica alcançada nos artigos metapsicológicos de 1915 (que continuou em discussão até a morte de Freud e que ainda hoje é estudada). Tais artigos compõem o material fundamental de estudo deste capítulo, amparados por outras referências. E já que os artigos metapsicológicos compõem a fonte desta investigação, consideramos necessário dedicar atenção a este termo, a metapsicologia, pois seu significado não é óbvio e pode assumir derivações complexas. A princípio, podemos afirmar que a metapsicologia se dedica a estudar o que está além da consciência, o que explicita o labor freudiano como refundador do campo da psicologia. Segundo Cardoso (2017, p. 20), em 1896 o termo metapsicologia designaria “o projeto freudiano de determinação e tratamento das neuroses em sua tarefa de enlaçar a clínica ao conceito e vice-versa”. Laplanche e Pontalis (2001, p. 285) propõem, em forma de interrogação, se ‘metapsicologia’ seriam todos os estudos teóricos que considerassem os aspectos topológico, dinâmico e econômico dos processos psíquicos, ou se seriam os textos

que abordam mais especificamente os conceitos fundamentais da psicanálise. Se o termo já estava presente desde textos freudianos muito antigos, como em “Cartas a Fliess” do final do século XIX, as formulações metapsicológicas viriam a ocorrer com maior complexidade na *Interpretação dos Sonhos* e alcançar a importância de definir as ideias fundamentais da teoria da clínica psicanalítica nos artigos metapsicológicos de 1915.

No capítulo anterior foi feita uma delimitação cronológica e conseqüentemente conceitual, na obra de Freud, que foi até as primeiras publicações psicanalíticas. Sendo assim, no presente capítulo será imprescindível acompanhar o percurso do autor a partir deste período, culminando nos artigos de 1915. O entendimento freudiano dos processos oníricos, juntamente ao seu trabalho clínico, nos permitiu a descrição mais minuciosa de processos inconscientes, que passaram a ser explicados em sua complexidade topológica, econômica e dinâmica. Para abordar este tema, serão utilizados como referências de base os textos freudianos *Interpretação dos sonhos I* (Freud, 1900), *Interpretação dos sonhos II e Sobre os sonhos* (Freud, 1900-1901) e a segunda parte das *Conferências introdutórias à psicanálise* (Freud, 1915-1917), intitulada *Sonhos*³¹, além do *Vocabulário de Psicanálise* (Laplanche e Pontalis, 2001).

Também no intervalo entre as primeiras publicações psicanalíticas e os *Artigos sobre metapsicologia* (Freud, 1915), o autor introduz o conceito de “pulsão” (*Trieb*), precisamente no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905). (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 395). Como a repressão está situada nos referidos artigos de 1915 como destino pulsional, é imprescindível que façamos uma introdução deste conceito. A base teórica para tanto serão os textos freudianos *Os instintos e suas vicissitudes* (Freud, 1915b), *Repressão* (Freud, 1915d) e a *Conferência XIX: resistência e repressão* (Freud, 1916-1917a), além do já mencionado *Três ensaios*. . . Além deles, nesta parte da pesquisa recorreremos a obras de outros autores, que são: *A ética da paixão* (Vieira, 2001), *Freud e o universo sonoro* (Lecourt, 1997) e novamente o *Vocabulário de Psicanálise* (Laplanche e Pontalis, 2001).

A questão norteadora da pesquisa – o que faz com que o silêncio na clínica possa despertar inquietações e fazer com algumas vezes seja difícil sustentá-lo, promoveu a busca na obra de Freud sobre o tema do silêncio. No estudo longitudinal realizado, identificamos o uso variado da palavra ‘silêncio’ pelo autor e pudemos entender que alguns conceitos e noções que eram referenciados por ele em analogia a este termo, se aproximavam do que

31 Na sequência, as referências serão feitas com relação a cada conferência utilizada, separadamente.

chamamos de natureza árdua do silêncio. Entre eles, a repressão, a resistência e a pulsão de morte. Optamos, então, por desenvolver a pesquisa na primeira tópica freudiana, principalmente devido ao percurso acadêmico e profissional da pesquisadora. A repressão, destacada por Freud como pedra angular da psicanálise, está presente em sua obra desde os primeiros escritos. O percurso trilhado na pesquisa até então, iniciou com a contextualização desta indagação na clínica musicoterapêutica e com a articulação entre musicoterapia e psicanálise. Em seguida, antes de empreender o estudo sobre a noção de repressão, fez-se necessário melhor entender a noção de defesa na obra de Freud. Conforme o entendimento do autor na época, os sintomas histéricos eram decorrentes da dissociação entre representações ideativas inassimiláveis ao ego e a carga de afeto ligada a elas. Esta última, estando excessiva por não ter sido escoada adequadamente, ligava-se a outras representações configurando, assim, as particularidades de cada manifestação sintomática. O que levou, por ora, à compreensão de que as representações inassimiláveis ao ego poderiam ser silenciadas pela defesa egoica, enquanto os afetos originalmente ligados a estas representações permaneceriam imutáveis, não silenciados. Dessa forma, a ponderação de que o afeto é aquilo que não pode ser silenciado, parece pesar na investigação sobre a relação entre silêncio e repressão e norteará as leituras neste capítulo, como um aspecto a ser melhor compreendido.

5.1 Das primeiras publicações psicanalíticas aos *Artigos sobre metapsicologia*

A clínica de pacientes neuróticos foi o terreno fértil onde Freud pôde, ao mesmo tempo, entender o psiquismo e proporcionar tratamento médico das neuroses. Os casos clínicos atendidos por meio da escuta peculiar dele propiciaram a formulação de questões e a elucidação de respostas que viabilizaram a formalização do conceito de Inconsciente, além de teorias de base da psicanálise, como a da repressão e a da pulsão.

Ao proferir a conferência de *Introdução* sobre os atos falhos (1916[1915])a, Freud buscou marcar as diferenças entre a medicina e a psicanálise e também entre a psicanálise e a psicologia. Dentre as diferenças mencionadas pelo autor, constavam, também, estranhamentos por parte da comunidade científica sobre a psicanálise, sendo que dois deles foram destacados por ele:

A primeira dessas assertivas impopulares feitas pela psicanálise declara que os processos mentais são, em si mesmos, inconscientes e que de toda a vida mental apenas determinados atos e partes isoladas são conscientes. (...) Essa segunda tese, que a psicanálise apresenta

como uma de suas descobertas, é uma afirmação no sentido de que os impulsos instintuais que apenas podem ser descritos como sexuais, tanto no sentido estrito como no sentido mais amplo do termo, desempenham na causação das doenças nervosas e mentais um papel extremamente importante e nunca, até o momento, reconhecido. Ademais, afirma que esses mesmos impulsos sexuais também fornecem contribuições, que não podem ser subestimadas, às mais elevadas criações culturais, artísticas e sociais do espírito humano. (Freud, 1916[1915]a, p. 14-15).

Cumprindo a decisão de entender o frutífero labor freudiano realizado entre as primeiras publicações psicanalíticas e os *Artigos sobre metapsicologia* (1915), discriminaremos nas duas subseções seguintes os estudos sobre o inconsciente e a dinâmica psíquica, e sobre as pulsões e a sexualidade. Estes dois temas, que certamente não são desconexos um do outro, e a compreensão da psicanálise sobre eles, são precisamente os motes do estranhamento citado por Freud. Convém que constem neste momento do estudo, para que a discussão sobre silêncio e repressão se dê após a contextualização conceitual da psicanálise até a publicação dos artigos de 1915.

5.1.1 A descrição dos processos psíquicos por meio da interpretação dos sonhos

Conforme apresentamos no capítulo anterior, já nas primeiras publicações psicanalíticas os estados inconscientes passaram a ser considerados por Freud como comuns a todas as pessoas, diferente do entendimento anterior que os situavam no campo da psicopatologia. (Fróes e Viana, 2016). As publicações realizadas nos anos de 1900 e 1901 foram especialmente marcantes na descrição do Inconsciente como instância psíquica e como algo comum a todas as pessoas.

(...) o estudo dos sonhos não apenas é a melhor preparação para o estudo nas neuroses, como também porque os sonhos, por si mesmos, são um sintoma neurótico que nos oferece, ademais, a inestimável vantagem de ocorrer em todas as pessoas sadias. (Freud, 1916[1915~16]c, p. 53).

Os livros intitulados *A interpretação dos sonhos – parte I* (Freud, 1900) e *parte II* (Freud, 1900-1901) e o *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901) ressaltaram com riqueza de detalhes e exemplos manifestações inconscientes corriqueiras e que eram frequentemente negligenciadas pela ciência.

As parapraxias simplesmente tinham sido negligenciadas pela ciência, pouca atenção lhes havia sido dada; contudo, pelo menos não havia nenhum prejuízo em alguém se interessar por elas. ‘Sem dúvida’, dir-se-ia, ‘há coisas mais importantes. Alguma coisa no entanto

talvez possa resultar daí.’ Ademais, alguém se interessar por sonhos não é apenas pouco prático e desnecessário; é positivamente ignominioso. Traz consigo a reprovação geral de não ser científico e desperta a suspeita de uma inclinação pessoal pelo misticismo. (Freud, 1916[1915~16]c, p. 53-54).

O estudo destas manifestações inconscientes, tanto as cotidianas quanto as patológicas, propiciou que os processos inconscientes fossem descritos minuciosamente por Freud. A investigação deste autor sobre as parapraxias e, especialmente, sobre os sonhos se deu devido à hipótese inicial de que o entendimento dos processos oníricos proporcionaria o entendimento do psiquismo como um todo. E, com isso, se alcançaria a compreensão dos processos que resultam nas fobias histéricas, obsessões e delírios. (Freud, 1900, p. 29).

Comumente, as lembranças oníricas que são inicialmente acessadas e o que o sonhador diz sobre elas se apresentam de modo muito confuso. Apesar disso, a interpretação dos sonhos indicou para Freud que havia sentidos ocultos em seu caos aparente. O autor relatou vários exemplos de sonhos onde ficou demonstrado que eles são formados por meio de processos de condensação, figuração e deslocamento. Daí a impressão de que uma única pessoa no sonho parece possuir características de duas ou mais pessoas diferentes. Ou então determinada localidade no sonho, ter o nome de um lugar e a aparência de outro. As representações condensadas podem ser conhecidas através da investigação da cadeia associativa, na fala do paciente sobre seu próprio sonho e, com isso, contribuir para o esclarecimento do sentido do sonho. O deslocamento se justifica, principalmente, por questões econômicas e é concernente ao deslocamento de energia de uma representação a outra, conforme explicam Laplanche e Pontalis (2001, p. 116): “A teoria psicanalítica do deslocamento apela para a hipótese econômica de uma energia de investimento suscetível de se desligar das representações e de deslizar por caminhos associativos.” Uma das causas destas distorções nos sonhos é a censura, e os critérios sobre quais elementos dos sonhos serão censurados é similar a como se daria a censura em vigília. Ela ocorreria quando o conteúdo dos sonhos despertasse afetos como vergonha ou repulsa. (Freud, 1916[1915~16]b, p. 89). A diferença é que nos sonhos a censura se dá com menor rigidez do que em vigília.

Além destas duas realizações do trabalho dos sonhos, a condensação e o deslocamento, há uma terceira, que consiste na transformação de pensamentos em imagens visuais. Para explicar esta complicada conversão onírica, o autor comparou com alguém que tentasse transcrever um texto utilizando exclusivamente recursos pictóricos. Algumas partes desta transcrição seriam mais simples, como representar pessoas e objetos, e outras mais

confusas, como as conjunções e preposições. Freud ressaltou que, certamente, o resultado final comportaria distorções com relação ao texto original. E reiterou que o mesmo se passa no sonho. (Freud, 1916[1915~16]e, p. 114-115).

Outra elaboração alcançada ao longo do estudo dos sonhos foi acerca do processo de regressão. Esta explicação parte da premissa de uma organização tópica do aparelho psíquico em sistemas. Nos sonhos a fluência das excitações indica que a dinâmica psíquica tem uma direção, que parte dos estímulos internos ou externos, rumo à descarga. Em outras palavras, quando em vigília, elas partem do sistema perceptivo em direção à motilidade. Mas no sono, quando a motilidade está muito reduzida, as excitações regridem até a percepção. (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 440-441). Freud destacou, no entanto, que a regressão não é um processo exclusivo dos sonhos, pois ocorre também em vigília, embora não se estenda além das imagens mnêmicas. Podemos entender que o nome ‘regressão’ é referente ao pensamento ou excitação que regridem ao ponto de onde partiram, o que enriquece a explicação da falta de lógica dos sonhos. Se as relações lógicas só foram estabelecidas em sistemas mnêmicos posteriores e houve regressão aos anteriores, as relações lógicas ficam prejudicadas. “Falamos em ‘regressão’ quando, num sonho, uma representação é transformada na imagem sensorial de que originalmente derivou.” Dessa forma: “Na regressão, a trama dos pensamentos oníricos decompõe-se em sua matéria-prima” (Freud, 1900-1901, p. 136).

A ausência de contradição nos sonhos foi mais uma descoberta da investigação freudiana. Freud tomou o trabalho do filólogo Karl Abel para sustentar a explicação acerca da constatação de que, em alguns sonhos, uma representação pode se apresentar em substituição ao seu contrário. A pesquisa de Abel tinha como objeto de estudo as línguas primitivas, especificamente quanto ao uso de uma mesma palavra para duas designações opostas, a significação antitética das palavras. Fazendo referência à língua egípcia, Abel afirmou:

‘De vez que o conceito de força não se podia formar exceto com um contrário de fraqueza, a palavra designando ‘forte’ continha uma lembrança simultânea de “fraco”, como coisa por meio da qual ele, de início, ganhou existência. Na realidade, esta palavra não designava nem ‘forte’ nem ‘fraco’, mas a relação e a diferença entre os dois, que criou a ambos igualmente...’ (Abel apud Freud, 1910, p. 95).

Assim como o prejuízo nas relações lógicas, a ausência de princípio de contradição é uma similaridade entre os processos oníricos e o inconsciente.

Por meio dos diversos casos de interpretação de sonhos, Freud apresentou certas premissas que até hoje são valiosas para a psicanálise. Uma delas é a consideração de que a

única pessoa capaz de revelar o sentido oculto de um sonho é o próprio sonhador. A mudança de posição entre o médico como detentor do saber e paciente a mercê do tratamento já havia ocorrido anteriormente, conforme foi discutido no caso da Sra. Emmy von N., em que a fala da paciente passou a ocupar um espaço muito maior do que a sugestão verbal do médico. Posteriormente, o autor ressaltaria o saber que o sonhador tem sobre seu próprio sonho: “Porque posso lhes assegurar ser completamente possível e, na realidade, altamente provável que o sonhador sabe, sim, o que seu sonho significa: apenas não sabe que sabe, e, por esse motivo, pensa que não sabe”. (Freud, 1916[1915~16]d, p. 65-66). Da mesma forma, tendo em vista que o conhecimento alcançado por Freud sobre os sonhos proporcionou formalizações conceituais sobre o psiquismo, o inconsciente também passa a ser entendido como instância psíquica em o que o paciente sabe, mas não sabe que sabe.

E porque as pessoas sonham? A explicação decorrente da investigação freudiana situa os sonhos como protetores do sono. Como durante o sono, os estímulos internos e externos não cessam de afetar a vida psíquica, os sonhos são um modo de escoar a excitação decorrente disso. A interpretação dos sonhos infantis proporcionou a compreensão de mais uma função dos sonhos, que não é desvinculada da primeira: a realização de desejos: “Ficamos sabendo, pelos sonhos de crianças, que a intenção da elaboração onírica é eliminar o estímulo mental, perturbador do sono, por meio da realização de um desejo.” (Freud, 1916[1915~16]f, p. 139).

O autor procurou destacar que os desejos inconscientes não coincidem, necessariamente, com afetos prazerosos. Pode-se sentir repulsa, desprezo e vergonha dos próprios desejos. A censura dos sonhos, responsável pelas distorções ocorridas neles, é uma defesa ao desprazer causado pelos próprios desejos do sonhador. Ou seja, se por um lado, o pré-consciente se encontra menos “vigilante” durante o sono, por outro, não está completamente alheio às formações oníricas. Algumas vezes, os afetos despertados pelos desejos do sonhador, são causadores de desprazer. E mesmo a satisfação destes desejos pela via do sonho, não compensa o desprazer dos afetos de vergonha, repulsa, etc.. Em situações como essa, o processo de realização de desejos fica incompleto, devido à censura imposta pelo pré-consciente. Sobre o descompasso entre a realização de desejos por meio dos sonhos e os afetos despertados por eles, o autor indica que as representações têm maior possibilidade de transformações (conforme processos descritos cima) do que os afetos. Assim, algumas vezes o sonhador pode se lembrar de um sonho cujo enredo diverge substancialmente dos afetos despertados por ele.

O estudo freudiano sobre os sonhos contribui para o entendimento da questão norteadora desta dissertação, cujo tema circunda a analogia entre silêncio e repressão. A censura dos sonhos pode ser entendida como um processo de silenciamento. Esta afirmação parte, principalmente, do sonho descrito por Freud e apelidado por ele como “sonho de serviços de amor”. (Freud, 1916[1915~16]b, p. 90). Trata-se do sonho não interpretado em análise de uma senhora que, na época da guerra e preocupada com a segurança de seu próprio filho, sonhou que havia ido a um quartel oferecer “serviços amorosos” à tropa. Esta proposta indecorosa havia sido feita a um oficial superior, mas diante de todos os soldados. Convém ressaltar que o sentido de “decoro” está profundamente vinculado a questões morais daquela senhora, da época em que ela viveu e em que o texto foi escrito e, mais a fundo, ao tabu do incesto, dada a associação dos militares ao filho. Em outros termos, é inegável a ligação dos fatores morais motivadores da censura, a aspectos da sexualidade. Nos chama a atenção que os diálogos são entrecortados por falas murmuradas, incompreensíveis, portanto, e por silêncios. Na conferência em que apresentou este sonho, Freud destacou que, embora a censura esteja enfraquecida durante o sono, esta seria uma demonstração clara de que ela permanece ativa e fazendo efeitos nos sonhos. Dessa forma, a censura nos sonhos, que neste foi manifestada como silêncio, cumpre parcialmente a função de defesa do ego. A leitura de Lecourt (1997, p. 50) a respeito deste sonho, traz a seguinte observação: “Assim, a censura ataca as representações de palavra, não o afeto, o que o murmúrio expressa e ilustra perfeitamente.” A excitação que deveria ter sido escoada por meio do sonho, a realização do desejo, deixa de ser plenamente cumprida, pois a censura do ego foi mais intensa do que ela.

Outro assunto apresentado pelo autor na *Interpretação dos Sonhos – parte 2* (Freud, 1900-1901) e que interessa especialmente para esta investigação é o da repressão. Como já foi mencionado, o estudo sobre os processos oníricos permitiu que Freud fizesse a descrição esquemática detalhada da dinâmica energética envolvida nos sonhos, seus aspectos topológicos e econômicos. Dessa forma, fenômenos que eram constatados na clínica, como a resistência, a defesa e a repressão, e que tinham explicações teóricas incipientes, ganharam um encorporamento complexo, capaz de alicerçar toda a formalização teórica da psicanálise.³² As explicações freudianas sobre os processos oníricos (e também os concernentes à dinâmica

32 Convém mencionar que a psicanálise, tanto como método de investigação, como de tratamento, estabelece uma relação específica com todos os pressupostos aqui chamados de “alicerces”. Pois a clínica, ao considerar a singularidade de cada caso, exige que a teoria seja repensada e entendida sob novos ângulos, como rotina de trabalho. O método freudiano de trabalho esteve sempre neste movimento, com a escuta atenta e flexível na clínica, indicando os caminhos da formalização teórica.

psíquica) são pautadas pelos afetos de prazer e desprazer mobilizados pelos desejos, sua realização ou sua não-realização. Esta observação é fundamental para que prossigamos aqui o estudo acerca da repressão. Pois Freud afirmou que “A realização desses desejos não mais geraria um afeto de prazer, mas sim de desprazer, e *é precisamente essa transformação do afeto que constitui a essência daquilo a que chamamos ‘recalamento’*”. (Freud, 1900-1901, p. 176).

Sobre o aspecto dinâmico que constitui a operação de repressão, Freud apresenta uma explicação baseada na questão da atenção consciente que se dirige a uma representação. As “cadeias de pensamento” que são desprezadas são as que não receberam um investimento de energia. E as que foram suprimidas são aquelas em que o investimento de energia foi retirado. (Freud, 1900-1901, p. 169). A partir do momento que a “cadeia de pensamento” se torna inconsciente, fica impedida de voltar à consciência. No entanto, mesmo estando afastada da consciência, continua existindo e, eventualmente associando-se a outras representações. Essas associações são descompromissadas da lógica da consciência e podem se dar por meio de condensação e deslocamento, tal como nos processos oníricos. (Freud, 1900-1901, p. 171).

Algumas vezes as representações causadoras de afetos desprazerosos, interrompem sua atividade com a retirada de investimento, ou seja, com a operação de repressão. Em outras, no entanto, permanecem tentando retornar à consciência. O esforço do pré-consciente em fazer resistência frente a esta tentativa trata-se de um processo de defesa. (Freud, 1900-1901, p 177).

Se nos restringirmos ao mínimo de novos conhecimentos já estabelecido com certeza, ainda assim poderemos dizer sobre os sonhos: eles provaram que o suprimido continua a existir tanto nas pessoas normais quanto nas anormais e permanece capaz de funcionamento psíquico. (Freud, 1900-1901, p. 178).

Apresentamos nesta sessão os caminhos percorridos por Freud no estudo dos sonhos, que permitiram formalização da noção de repressão. Dessa forma, a diferença entre “defesa” e “repressão”, tão sutil nos primeiros textos freudianos, passa a estar mais definida, conforme abordaremos nas seções posteriores.

5.1.2 A apresentação do conceito de pulsão

O conceito de pulsão foi apresentado detalhadamente por Freud nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905), teve sua complexidade incrementada no artigo *Os instintos e seus destinos* (Freud, 1915) e foi consideravelmente reelaborado em *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920). Nesta dissertação, optamos por limitar o material de pesquisa até os artigos de 1915. No entanto, é imprescindível mencionar que a reformulação de 1920 viria a impactar o entendimento das pulsões, inclusive em pontos que serão abordados neste capítulo. Um exemplo disso, é que até os textos de 1915 ainda são muito presentes na escrita freudiana os processos orgânicos, especialmente os neurológicos, como referência para o entendimento dos processos psíquicos. Ressaltamos que a função comparativa entre eles é no sentido de distinguir uns dos outros, ou seja, descrever as diferenças entre o que é pulsional, o que é fisiológico e tem efeitos sobre o psiquismo e o que são estímulos externos ao indivíduo. (Freud, 1915b, p. 54).

O contexto em que o conceito *Trieb* foi introduzido tratava, primeiramente, das aberrações sexuais. Um dos pontos mais relevantes desta argumentação empreendida pelo autor consistiu em formalizar uma noção psicanalítica de sexualidade, diferente, portanto, do senso comum e das concepções exclusivamente biológicas. A partir das aberrações sexuais e chegando às pessoas consideradas saudáveis, ele pôde esclarecer que a sexualidade não se resume ao coito genital. Em segundo lugar, coube abordar a sexualidade infantil, um ponto de vista realmente novo em 1905. Só foi possível chegar às elaborações sobre a sexualidade infantil, tendo percorrido o caminho anterior que reformulou a noção de sexualidade, tendo em vista que há certos aspectos da vida sexual que dependem do amadurecimento biológico. (Laplanche e Pontalis, p. 395). A compreensão da sexualidade infantil propiciou que se entendesse que as moções psíquicas são, em si, sexuais.

O autor considera que a sexualidade é inerente ao ser humano, desde o nascimento. No início, o circuito pulsional é essencialmente auto-erótico, ou seja, a pulsão não é dirigida para outra pessoa e, sim, satisfaz-se no próprio corpo. (Freud, 1905, p. 111). Ele descreve manifestações da sexualidade infantil a partir da identificação de zonas erógenas, que são partes do corpo, geralmente destinadas a funções orgânicas importantes. A fonte de uma pulsão é chamada de zona erógena. Na primeira infância, pelo fato de a criança pequena não se encontrar atada pela vergonha, asco, moralidade, etc., a vivência da sexualidade e,

consequentemente, os caminhos percorridos pela pulsão, são mais livres. Com o passar do tempo, ocorre o período de latência:

Durante esse período de latência total ou apenas parcial erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais)". (Freud, 1905, p. 108-109).

Freud afirma que a causa desses “diques” ou da repressão é hereditária, ou seja, que a educação e os atos civilizatórios influenciam, sim, na forma como cada indivíduo vai lidar com a própria sexualidade mas que, mesmo estes encaminhamentos educativos derivam de uma dificuldade inerente ao ser humano. Com base em Millot, Cardoso explica que “não são as instituições que transformam o sexo em algo traumático, ao contrário, é a própria sociedade que busca refúgio no apelo às instituições como uma forma de defesa contra o caráter em si mesmo traumático do sexual”. (Cardoso, 2017, p. 19).

No texto *Os instintos e suas vicissitudes* (1915b), Freud busca dar continuidade à explicação metapsicológica dos processos psíquicos. Para tanto, busca apoio primeiramente na fisiologia, para então desenvolver a fundamentação sobre a vida psíquica. Desta ciência, busca a noção de estímulo como parâmetro para a diferenciação entre estímulo externo e pulsão, visto que a comparação seria possível, mas que há diferenças que devem ser destacadas. Enquanto os “estímulos” são externos, a pulsão se trata do representante psíquico de uma fonte de estimulação. (Freud, 1905, p. 103). Outro diferencial importante entre um e outro, além da localização da fonte de estimulação (se é externa ou interna ao indivíduo), é que a pulsão é constante, incessante, e os estímulos são isolados. Então, entendemos que o estímulo pode ser cessado por uma força momentânea, ao contrário da pulsão, que terá força constante. A externalidade inerente ao estímulo permite a fuga diante de algum desconforto causado por ele. Por outro lado, a pulsão, sendo interna ao indivíduo, não permite a fuga e impõe outros tipos de solução, a saber, sempre incompletos. A pulsão é caracterizada pela relação ‘necessidade-satisfação’.

Ainda pensando a partir da fisiologia, embora sempre ponderando diferenças essenciais, o autor ressaltava que a finalidade central do sistema nervoso é manter-se afastado dos estímulos. Quando se trata dos estímulos externos, tal tarefa é viável, dado que o afastamento pode se dar pela ação motora. No entanto, quanto às pulsões que são constantes e internas ao indivíduo, o afastamento ou cessação deste tipo de estímulo é inviável. Relacionando esta lógica com a do princípio do prazer, o autor inferia que o aumento de

estímulos (pulsionais) corresponderia ao desprazer, enquanto sua diminuição corresponderia ao prazer. A pulsão é um conceito que se situa entre o que é somático e o que é psíquico, conforme a seguinte afirmação freudiana:

Se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, um ‘instinto’ nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (Freud, 1915b, p. 73).

Com a finalidade de descrever as características da pulsão, em suas elaborações metapsicológicas, o autor discrimina quatro aspectos a serem considerados: Pressão (*Drang*), Meta (*Ziel*), Objeto (*Objekt*) e Fonte (*Quelle*). A pressão é referente à ação motora da pulsão. Diz-se que é constante, podendo ter variações de intensidade. Sua meta é sempre a satisfação, ou seja, a diminuição dos estímulos e, sabendo-se da inviabilidade da satisfação total, diz-se que ela é parcial. O objeto é o que proporcionará a satisfação, mesmo que parcialmente, pode variar bastante e ser externo ou parte do próprio corpo. Sua fonte é sempre alguma parte do corpo do indivíduo: “Por fonte [*Quelle*] de um instinto entendemos o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por um instinto.” (Freud, 1915b, p. 74) Instintos

As vicissitudes por que podem passar as pulsões são: “reversão a seu oposto; retorno em direção ao próprio eu (self) do indivíduo; repressão; sublimação.” (Freud, 1915b, p. 76). Daí a decisão por se ater na apresentação do conceito de pulsão, especificamente a partir do texto *Os instintos e suas vicissitudes*. Dessa forma, tendo descrito as quatro vicissitudes para as pulsões, Freud enfatiza que a pulsão não completa seu ciclo, sem que esteja modificada pelas ações motoras.

Conforme mencionamos acima, a finalidade da pulsão é sempre sua satisfação, buscando cessar a excitação. No entanto, existem impedimentos para que ocorra a satisfação total da pulsão. Entendemos, com base no que já foi pesquisado até aqui, que as forças motoras que impedem o curso normal da pulsão têm origem em afetos ligados à moralidade, asco e vergonha. Segundo Freud, “tendo em mente a existência de forças motoras que impedem que um instinto seja elevado até o fim de forma não modificada, também podemos considerar essas vicissitudes como modalidades de defesa contra os instintos.” (Freud, 1915b, p. 76). Então, retomando o que foi apreendido até aqui, mais adiante realizaremos o estudo sobre a noção de repressão, levando em consideração que se trata de uma operação complexa,

que é uma das quatro vicissitudes possíveis para as pulsões. E que estas vicissitudes são alternativas diante da impossibilidade do cumprimento livre e total do curso da pulsão, por questões ligadas, entre outros, à moralidade.

5.2 A repressão como destino pulsional

Conforme foi descrito por Freud, a meta da pulsão é sempre a satisfação, que se dá com a diminuição do estímulo. Esta operação é pautada no princípio do prazer. Uma das indagações de Freud ao analisar a operação da repressão, era justamente como esta vicissitude poderia propiciar a satisfação, já que, aparentemente, seria causadora de desprazer? E encontrou na clínica resposta para esta pergunta: a satisfação da pulsão que tem como vicissitude a repressão, causaria mais desprazer do que prazer. A pulsão, no caso da repressão, acaba por “encontrar resistências que procuram torná-lo inoperante”. (Freud, 1915d, p. 87).

Outro fator determinante para que ocorra a repressão, além do desprazer que seria causado caso atingisse sua meta, é a consideração da divisão da consciência. Ora, se tudo que é reprimido, é inconsciente, quer dizer que, antes que se possa falar em repressão, é necessário que haja a divisão do aparelho psíquico em suas instâncias, a consciência e o inconsciente. Com isso, considera-se que a divisão entre inconsciente, pré-consciente e a consciência não está dada desde o início da vida humana, e o fluxo de energia ocorre livremente. Ao mesmo tempo em que ocorre a divisão da consciência, ocorre a repressão primária, de tal forma que a divisão das instâncias do psiquismo é inaugurada concomitantemente à primeira repressão.

A repressão consiste, fundamentalmente, em “manter afastado no inconsciente representações ligadas a uma pulsão” (Garcia-Roza, 1994, p. 90). Trata-se, especificamente, de manter as lembranças ameaçadoras ao eu afastadas da consciência. Pensando-se nos pacientes neuróticos atendidos por Freud e apresentados em estudos de caso, supõe-se que estas sejam lembranças consideradas vergonhosas, constrangedoras e, principalmente, vinculadas à sexualidade. Freud estabeleceu conceitualmente três momentos da repressão: a repressão primária, a repressão secundária (ou repressão, propriamente dita) e o retorno do reprimido.

Sobre a repressão primária, a hipótese freudiana é de que ela ocorreu ao mesmo tempo que a divisão da consciência e que, conforme afirma Freud, “consiste em negar entrada no

consciente ao representante psíquico (ideacional) do instinto” (Freud, 1915d, p. 88). A partir daí, a pulsão passará a estar ligada a este representante psíquico ideacional.

O segundo estágio, a repressão propriamente dita, é um processo ativo, constante e móbil, que requer um dispêndio de energia, do qual só se tem notícia devido ao seu fracasso, que são os elementos passíveis de observação na clínica. Um aspecto relevante da repressão é de que se trata exatamente da repressão de um representante pulsional (ideia que representa a pulsão). No entanto, geralmente a repressão é efetiva sobre a ideia, mas não sobre o afeto, ou sensação de desprazer, do representante pulsional. O representante ideacional fica afastado da consciência, embora continue existindo no inconsciente como energia livre, podendo ligar-se a outras e, assim, encontrar sua descarga para a consciência. Estando suficientemente distanciada do representante originalmente reprimido, a resistência permite seu escoamento para a consciência. Sobre o montante afetivo, Freud faz a seguinte afirmação:

O fator quantitativo do representante instintual possui três vicissitudes possíveis, tal como podemos verificar pelo breve exame das observações feitas pela psicanálise: ou o instinto é inteiramente suprimido, de modo que não se encontra qualquer vestígio dele, ou aparece como um afeto que de uma maneira ou de outra é qualitativamente colorido, ou transformado em ansiedade. (Freud, 1915d, p. 91).

O retorno do reprimido configura o terceiro e último estágio da repressão, sendo este o mecanismo responsável pela formação de sintomas. Dessa forma, não é exatamente a repressão a responsável pela formação dos sintomas, mas eles surgem como “indícios do retorno do reprimido” (Freud, 1915e, p. 94). Os mecanismos da repressão nas diferentes neuroses têm em comum o fato de se caracterizarem por uma retirada da catexia de energia (Freud, 1915d, p. 92). No entanto, o modo como a repressão vai se dar, varia na histeria de angústia, na histeria de conversão e na neurose obsessiva. Para explicar como se dá o mecanismo de repressão (e os indícios do retorno do reprimido) na histeria de angústia, o autor usa como exemplo as zoofobias. Depois de uma pulsão libidinal dirigida ao pai ser reprimida, esta pulsão já não aparece mais na consciência, mas desloca-se, no lugar de objeto de angústia, para um animal. As formações substitutivas se darão através do mecanismo de deslocamento da parte ideativa da pulsão em uma cadeia associativa, enquanto que a parte quantitativa se converterá em angústia. Na histeria de conversão, a repressão pode se dar por dois diferentes processos: desaparecimento total da quota de afetos, ou angústia. E na neurose obsessiva, ocorre uma desvinculação entre a representação sexual a ser rechaçada e seu afeto:

“a ideia rejeitada é substituída por um substituto por deslocamento, frequentemente um deslocamento para algo muito pequeno ou indiferente.” (Freud, 1915d, p. 94).

5.3 Afeto, pulsão e silêncio

No capítulo anterior desta dissertação, havia sido levantada a hipótese de que o afeto era aquilo que não poderia ser silenciado pela ação defensiva do ego. Com base nos textos iniciais de Freud, chegamos à formulação desta hipótese ao entendermos que o desligamento ocorrido na cena traumática entre afeto e seu representante ideativo seria resultado da defesa. Defesa esta que ocorreria diante da ameaça dos conteúdos inassimiláveis ao ego. O representante ideativo seria afastado da consciência, mas o afeto permaneceria idêntico a si mesmo, continuando a impactar a vida do paciente. Com relação a isso, Vieira (2001, p. 49-50) afirma:

Vejamos o exemplo do sonho. Freud parte da constatação da imutabilidade do afeto, ou seja, do fato de que no sonho o afeto pode ser transformado ou deslocado, mas mantém-se idêntico a si mesmo. Tanto na vigília quanto no sonho e nas outras formações do inconsciente, o afeto aparece da mesma forma. . .

E a fonte desta afirmação na obra freudiana: “A análise nos mostra que *o material de representações passou por deslocamentos e substituições, ao passo que os afetos permaneceram inalterados.*” (Freud, 1900-1901, p. 83).

No entanto, em um momento posterior da psicanálise, ao estudarmos a repressão no âmbito dos artigos metapsicológicos de 1915, constatamos que Freud passou a considerar a possibilidade de silenciamento dos afetos. A principal tarefa da repressão seria “lidar com a quota de afetos”. (Freud, 1915d, p. 93). A explicação sobre os vários modos de repressão no artigo *Repressão* (Freud, 1915d) é centralizado sobre o que se passa com o montante de afeto em cada tipo de neurose: transformação (na histeria de angústia, melancolia), conversão (na histeria de conversão) e deslocamento do afeto (na neurose obsessiva). (Freud In Laplanche e Pontalis, 2001, p. 9). O autor analisa, então, esta operação na histeria de conversão, na histeria de angústia (fobias) e na neurose obsessiva, conforme apresentamos na seção anterior. O que podemos apreender deste texto freudiano, que analisa a operação da repressão e as vicissitudes do montante afetivo nas três neuroses mais comuns, é que, com exceção de alguns casos de histeria de conversão, há um afeto que resta ativo, mesmo após as transformações e supressões impostas pela repressão: a angústia.

Na histeria de angústia, a quota de afetos é deslocada do objeto principal para outro objeto. No caso de zoofobia apresentado por Freud³³, a representação ideativa foi deslocada por meio da repressão e através de uma cadeia associativa, o pai foi substituído por lobo. A angústia que ocorria com relação ao pai continua a existir, mas como a representação “pai”, no deslocamento, foi substituída por “lobo”, este afeto passa a se manifestar nesta nova relação. Entendemos que, neste tipo de neurose houve uma transformação do afeto, ou seja, “a reivindicação do amor do pai se converteu em ansiedade diante do lobo”. (Freud, 1915e, p. 95). Dessa forma, o trabalho da neurose segue sendo necessário, e exigindo um dispêndio de energia, pois o desprazer continua.

Na neurose obsessiva, o trabalho da repressão também é considerado incompleto, visto que ela não foi bem-sucedida em silenciar os afetos. O impulso que é reprimido neste tipo de neurose é a hostilidade dirigida a uma pessoa amada. No início, a ideia é reprimida e o afeto desaparece mas, devido à ambivalência que proporcionou a repressão (hostilidade contra alguém a quem se ama), ocorre o “retorno do reprimido”: “A emoção desaparecida retorna, em sua forma transformada, como ansiedade social, ansiedade moral e autocensura ilimitadas; a idéia rejeitada é substituída por um substituto por deslocamento, freqüentemente um deslocamento para algo muito pequeno ou indiferente.” (Freud, 1915d, p. 94). Nesse caso, o trabalho da repressão também segue constante, já que ela não foi efetiva quanto à soma de afeto.

O que percebemos é que, tanto na neurose obsessiva quanto na histeria de angústia, mesmo com a repressão – e talvez devido a ela – resta a angústia. Nestes dois tipos de neurose a hipótese levantada no capítulo anterior se confirmaria: o afeto é o que não pode ser silenciado. Mas há outro tipo descrito por Freud no artigo *A repressão* (Freud, 1915d), em que ele considera que a operação que dá nome ao referido artigo foi completamente bem-sucedida. A histeria de conversão é a neuropsicose em que o autor considera que as ideias foram reprimidas (afastadas da consciência) e o montante de afeto desapareceu por completo. Diferente do que acontece nas outras duas neuropsicoses, na histeria de conversão não resta a angústia, mas apenas algum pequeno incômodo referente ao sintoma. Aqui, o trabalho da repressão foi completo e não é necessário nenhum outro tipo de formação complementar. (Freud, 1915d, p. 93; Garcia-Roza, 2009, p. 165).

33 Freud menciona o caso do *Homem dos Lobos*, que foi publicado em data posterior à dos artigos de metapsicologia. (Freud, 1918[1914]).

Discorrendo sobre a aparente incongruência na expressão “afetos inconscientes”, Freud faz uma comparação com as representações ideativas, na repressão. Quando as ideias são suprimidas, elas continuam a existir “como estruturas reais” no inconsciente, enquanto os afetos passam a existir apenas “em potencial”. Pois as ideias são vinculadas a traços de memória, e os afetos se manifestam como descarga, o que posteriormente resultará em uma sensação. (Freud, 1915a, p. 106). Dessa forma, a expressão “afetos inconscientes” seria, a rigor, inconciliável. No entanto, o autor propôs uma formulação sobre a procedência dos afetos, localizando-a no inconsciente e com base na justificativa dos “afetos inconscientes” como potencialidade de vir a se manifestar. Ou seja, os afetos não existem no inconsciente como tal, mas como possibilidade de virem a se manifestar e serem sentidos. Essa formulação é necessária para a consideração feita por Freud sobre a origem dos afetos. Segundo o autor, haveria sempre uma disputa entre a consciência e o inconsciente acerca da “primazia sobre a afetividade” e que é possível que os afetos se desenvolvam a partir do inconsciente, nesse caso sempre como angústia. (Freud, 1915a, p. 107). Mas estes afetos somente passam para a consciência para, enfim, encontrarem uma ideia substitutiva e serem percebidos.

5.4 Apreensões do quarto capítulo

Neste capítulo descrevemos o percurso de Freud no estabelecimento da psicanálise (estabelecimento este sempre dinâmico e em constante processo de elaboração), a partir do reconhecimento da resistência sinalizadora da repressão dos pacientes neuróticos. Procuramos pensar as noções de repressão em articulação com o tema do silêncio na clínica, no contexto da primeira tópica freudiana. A repressão pôde ser notada por Freud como fenômeno absolutamente relevante no processo de adoecimento psíquico e, posteriormente, nos sonhos e em situações cotidianas, quando abandonou a hipnose e o método catártico no tratamento de pacientes histéricos. Diante de limitações deste método, Freud se deparou de forma mais clara com a resistência dos pacientes e, a partir dela, passou a formalizar a noção de repressão. Isso não quer dizer que nos tratamentos nos quais se utilizava a hipnose, não se notasse resistência, a começar pelos pacientes que eram resistentes à hipnose em si. (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 460), mas que ela pôde melhor percebida e a noção melhor formalizada a partir do uso da associação livre.

Conforme verificamos já no artigo *Neuropsicoses de defesa* (Freud, 1894), a repressão passou a se diferenciar substancialmente da noção de defesa, passando a ser entendida como uma das maneiras de o ego se defender, não mais como quase sinônimos. Nos textos posteriores, a teoria a partir da clínica passou a ser apresentada por Freud com maior complexidade, inclusive no que se refere aos processos defensivos. Se nos textos iniciais a noção de defesa se configurava sem que ele contasse, ainda, com o conhecimento da organização topológica do psiquismo, a partir da *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900) ele pôde formalizá-la em inconsciente, pré-consciente e consciência. Com isso, se tornam mais detalhadas e emaranhadas as indagações acerca da analogia entre silêncio e repressão neste estudo.

Investigar o percurso freudiano que resultou na elaboração de conceitos fundamentais da psicanálise nos permitiu, neste capítulo, melhor entender a relação entre silêncio e repressão. A começar pela censura nos sonhos e todas as distorções provocadas por ela, que evidenciaram aspectos substanciais da psicanálise. Primeiramente, que o funcionamento mental é fundamentalmente inconsciente, ou seja, que há algo em cada indivíduo que escapa aos controles da consciência e de sua vontade. Em segundo lugar, foi possível explicar detalhadamente que aquilo que foi afastado da consciência por meio da operação de repressão, continua existindo e em atividade psíquica. A tentativa de silenciamento imposta pré-conscientemente a certas cadeias de pensamentos, por vezes continua ocorrendo e demandando energia, já que algumas dessas representações, por razões econômicas, não cessam de tentar acessar a consciência. O dispêndio de energia empregado para sustentar este silenciamento resulta em prejuízos à vida do indivíduo em questão. Em vários trechos de sua obra, Freud se refere a “algo” que foi silenciado, quando aborda a operação da repressão. Em outros, no entanto, podemos ponderar que há um ruído constante e perturbador decorrente deste mesmo processo. O reprimido que insiste em retornar, ou o sintoma que incomoda a ponto de levar o paciente a buscar tratamento, remetem a um ruído que denuncia o insucesso da repressão.

Os *Três Ensaios* . . . (1905) foram emblemáticos na apresentação conceitual de pulsão, a partir da consideração que as moções psíquicas são, em si, sexuais. A descrição da sexualidade infantil, propiciou que Freud explicasse este conceito que se situa entre o que é somático e o que é psíquico, localizando no corpo as fontes da pulsão, e descrevendo seu circuito. Convém destacar que o conhecimento do processo pulsional na infância foi

esclarecedor para o entendimento da vida psíquica de todos, inclusive dos adultos, e que a organização sequencial apresentada pelo autor é mais didática do que realística. Das pulsões, só se pode conhecer através de seus representantes ideativos e dos afetos vinculados a eles. A finalidade das pulsões é sempre a satisfação. No entanto, seu fluxo tende a ser alterado com a formação de barreiras que fazem com que haja quatro destinos possíveis para elas, sendo de especial interesse nesta dissertação a repressão.

O silenciamento, quando em analogia à repressão, parte sempre de uma exigência moral ou estética e diz respeito, portanto, ao afastamento da consciência voltado aos representantes pulsionais. Com o estudo dos artigos metapsicológicos pudemos entender que na repressão ocorre a separação entre a ideia e o seu afeto. Com relação aos representantes ideativos, seu afastamento ou enfraquecimento na consciência geralmente é bem-sucedido por meio da repressão. No entanto, com relação ao afetos, isso vai depender do tipo de repressão que ocorrerá. A ideia é afastada da consciência e é mantida inconsciente a partir do trabalho constante de resistência do pré-consciente. O afeto, por sua vez, tem vicissitudes variadas, e esta variação configurará o tipo de neuropsicose. Podemos supor que o silêncio é uma metáfora possível, embora paradoxal, para se nomear a operação de defesa do Ego, quanto aos representantes ideativos pulsionais. O paradoxo se expressa pelo fato de que os representantes ideativos pulsionais que foram reprimidos/silenciados continuam existindo no inconsciente e seus efeitos, ou melhor, o efeito das ligações que ocorrem inconscientemente, são notados na vida do indivíduo. E, muitas vezes, este efeito é de tal forma “ruidoso”, que leva o indivíduo a necessitar de tratamento psíquico.

O artigo de Abel utilizado por Freud (1900-1901; 1910; 1916[1915~16]e) para explicar a ausência do princípio de contradição nos sonhos pode ser útil também para a compreensão da analogia estudada nesta dissertação, entre a repressão e o silêncio. Do que se verificou até onde alcançou esta investigação, há algo de paradoxal na constatação de que um silenciamento possa resultar tão ruidoso. No entanto, de acordo com os referidos autores, a possibilidade de um mesmo nome designar dois sentidos opostos atesta que o paradoxo é frequentemente encontrado nas línguas primitivas. Como consequência, até os dias atuais, várias palavras em diversas línguas, mantêm radicais que remetem a esta origem primitiva: “Como exemplos de modificações da mesma raiz, posso mencionar ‘clamare’ (‘chorar’), ‘clam’ (‘macio’, ‘sossegado’, ‘secreto’); ‘siccus’ (‘seco’), ‘succus’ (‘suco’). E em alemão: ‘Stimme’ [‘voz’], ‘stumm’ [‘mudo’].” (Freud, 1916[1915~16]e, p. 117). Assim como a

similaridade entre “stimme” e “stumm”, que aponta para a mesma origem linguística, o que é silencioso e o que é sonoro podem coexistir em seu estado mais primitivo.

Aqui faremos um afastamento do texto freudiano, mas sem perdê-lo como referência. Uma reflexão possível sobre o problema de a repressão constar na obra freudiana (e também na clínica) analogamente próxima ao silêncio e ao mesmo tempo ao que é ruidoso, remete à explicação de Abel (apud Freud, 1910, p. 95) citada anteriormente. Ou seja, a origem tanto de um quanto de outro não é a coisa ou a qualidade em si, mas aquilo que marca a relação e a diferença entre os dois. Note-se que aqui já não se está tratando mais da etimologia da palavra “silêncio” ou de qualquer outra. Fazemos aqui uso de exemplos da filologia para voltar à discussão conceitual sobre a repressão e o silêncio. Dessa forma, cabe pensar qual é a raiz, no sentido mais primitivo, que permite que se possa chegar às duas analogias já mencionadas acerca da repressão. Outra observação que pode contribuir para esta discussão é a afirmação freudiana de que, no inconsciente, os opostos coincidem. (Freud, 1916[1915~16]e, p. 143).

Outro aspecto que parece se apresentar como paradoxo é a existência invasiva do passado no presente. A partir da formalização da noção de repressão primária e do entendimento pela psicanálise sobre o inconsciente e sua dinâmica autônoma (com relação ao controle da consciência), podemos perceber, especialmente no contexto da clínica, que vivências às vezes muito antigas, seguem influenciando o modo de agir, de se expressar e de se relacionar dos pacientes. Mais do que uma simples influência como lembrança, trata-se da atualização do passado no presente. Com o esclarecimento de que a repressão primária, marca antiquíssima na vida de um indivíduo neurótico, exerce influência sobre toda a operação de repressão em sua vida, a presentificação do passado se torna ainda mais incontestável.

Foram apresentadas três derivações possíveis para os afetos na operação de repressão, conforme os artigos de metapsicologia: o deslocamento, a transformação e o desaparecimento completo. Nas duas primeiras vicissitudes do afeto na repressão, pudemos entender que o silenciamento foi incompleto porque, embora as representações ideativas tenham sido afastadas da consciência, o trabalho da repressão com relação aos afetos precisa ser constante. E o que resta, com isso, é a angústia. A terceira derivação, no entanto, foi descrita por Freud como a repressão tendo sido completa e bem-sucedida. Na histeria de conversão, em vez de restar a angústia, restaria apenas um pequeno incômodo acerca do sintoma. Permanecem para nós, as seguintes ponderações: se este “pequeno incômodo” não seria também um afeto, talvez até angústia, mas num montante menor; ou então, se a ausência da expressão do afeto

não condiz com um quadro patológico ainda mais grave, onde o paciente não estaria implicado nem mesmo com seu sintoma. Caso esta segunda hipótese estivesse correta, o sintoma e a angústia atrelada a ele seriam, então, manifestações de um movimento vital do paciente, ainda que pela via do sofrimento. O não-silenciamento do afeto, característico da neurose obsessiva e da histeria de angústia, seria a expressão da implicação do paciente com seu próprio sintoma e sinal do referido “movimento vital”.

A realização deste capítulo na pesquisa se deu com a expectativa de melhor compreender a relação analógica entre silêncio e repressão. Poder esmiuçar os conceitos e noções de base da psicanálise no âmbito da primeira tópica freudiana propiciou que se evidenciasse a relação paradoxal entre efeitos de silenciamento e ruído resultantes da operação de repressão. Percebemos que, como era de se esperar em se abordar temas referentes ao psiquismo, a relação entre um e outro – silêncio e repressão, não pode ser entendida sob uma perspectiva única ou simplista. Neste contexto, optamos pelo enfoque na questão da dinâmica do afeto, mas outros olhares são possíveis.

Com isso, não podemos afirmar que a repressão é análoga ao silenciamento. Ou que não o é. Sendo a repressão uma operação complexa, da qual Freud pôde discriminar as etapas com finalidade explicativa, e que se desenrola em saídas variadas para o montante de afeto, a analogia se torna ainda mais rica e multifacetada. Enquanto o segundo momento da repressão – a repressão propriamente dita – caracteriza-se como uma tentativa de silenciamento, o retorno do reprimido pode ser escutado como um inquietante ruído. Mesmo ao se considerar separadamente as representações ideativas e os afetos, é possível inferir a relação paradoxal ruído e silêncio. A repressão das ideias nas três neuropsicoses descritas por Freud a princípio parece bem-sucedida ou efetivamente silenciada. Mas elas continuam existindo na vida psíquica e, eventualmente, constituindo novas e ruidosas cadeias ideativas. A dificuldade em lidar com o silêncio, percebida na clínica musicoterapêutica, pode estar ligada à analogia alcançada nesta pesquisa entre a angústia como resto da repressão e o não silenciamento dos afetos nesta operação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inquietações despertadas pelos momentos de silêncio na minha experiência clínica como musicoterapeuta, aliadas à percepção de que algumas vezes é difícil sustentá-los, fomentaram que fôssemos buscar na obra de Freud os recursos para entender o porquê do silêncio estar tão próximo do afeto sentido como ansiedade. No estudo longitudinal que realizamos na obra deste autor, notamos que o silêncio, para ele, não estava atrelado inflexivelmente a um único conceito ou sentido. Na organização preliminar que pudemos estabelecer, delimitamos sete categorias para o uso do “silêncio” por Freud: uso coloquial, citação direta de outros autores, silêncio como técnica, silêncio como tempo de elaboração do paciente, repressão, resistência e pulsão de morte. Como a mobilização para a realização da dissertação partia de uma inquietação da clínica sentida como angustiante, supomos que a pesquisa deveria se voltar aos conceitos que indicassem o que chamamos de “natureza árdua do silêncio”, tais como repressão, resistência e pulsão de morte.

No entanto, a forma como a pesquisa foi se estruturando serviu como um desemaranhamento teórico. Pois como ficou explícito no primeiro capítulo, a musicoterapia em articulação com a teoria psicanalítica é um campo que, sem um estudo cuidadoso, tende à inespecificidade epistemológica. A decisão de retornarmos à noção de defesa dos textos iniciais, em vez de avançarmos para o conceito de pulsão de morte, permitiu que o estudo se desenrolasse com mais clareza, além de proporcionar uma sustentação mais consistente. No entanto, apesar dos entrelaçamentos epistemológicos, característicos da articulação entre dois campos distintos, as especificidades da clínica musicoterapêutica proporcionaram que eu pudesse escutar atentamente o silêncio na sessão, tanto o do paciente quanto o meu próprio. E que atribuísse a ele a importância expressiva e comunicativa que tem, assim como se faz na música.

Sustentadas pela pesquisa inicial na obra freudiana sobre a ocorrência do termo ‘silêncio’ e seus derivados, pudemos notar que, na maior parte das vezes, o silêncio ou o silenciamento foram utilizados pelo autor como metáfora ou analogia a conceitos e noções psicanalíticas ou a aspectos clínicos, por exemplo, o silêncio como tempo de elaboração. Dessa forma, realizando a pesquisa pautada pelo método psicanalítico, fizemos uma transposição do silêncio percebido concretamente na clínica, para o silêncio passível de ser pesquisado no âmbito da metapsicologia. Enfatizamos que esta “percepção concreta do

silêncio” corresponde a momentos da sessão percebidos por terapeuta ou paciente como silêncio. Porém, sempre considerando que ela é permeada por inúmeras nuances subjetivas, tanto da parte de um, como do outro. Decidimos, então, nos debruçar sobre a noção de repressão em analogia com o silêncio e nosso trabalho na pesquisa foi, pouco a pouco, revelando a necessidade de investigarmos os fundamentos da repressão, cronologicamente primordiais na obra de Freud.

O retorno aos textos iniciais do autor nos permitiu entender que nos textos considerados pré-psicanalíticos, as noções de defesa e repressão estavam conceitualmente próximas, uma da outra. E neles, pudemos constatar que a ideia de silenciamento foi utilizada em analogia, tanto a uma, como a outra. A palavra alemã ‘kränkung’ foi um recurso linguístico utilizado por Freud e Breuer para explicar que a ofensa sofrida em silêncio é causadora de adoecimento. O silêncio, nesse caso, é referente ao afeto que não foi suficientemente ou adequadamente reagido. O caminho natural da pesquisa foi buscar melhor compreender a noção de afeto, pois a investigação sobre ‘defesa’ indicou que havia um duplo processo nesta operação, decorrente da desvinculação entre o representante ideativo e o afeto, na cena traumática. E que cada um deles – representante ideativo e afeto – seriam atingidos de formas diferentes na operação de defesa. Enquanto o representante ideativo seria completamente silenciado, daí o esquecimento da cena traumática, o montante de afeto desvinculado dele permanecia sendo sentido pelo paciente. Pudemos, a partir disso, levantar a hipótese de que o afeto seria aquilo impossível de ser silenciado pela defesa empreendida pelo ego.

Um ponto fundamental da pesquisa foi entender como o conceito de inconsciente foi sendo refinado no decorrer do trabalho freudiano. Nos textos iniciais, o inconsciente constava como um estado, não como uma instância. Dentre as possibilidades de entendimento sobre o inconsciente lidas nos textos iniciais, a do inconsciente como efeito da cena traumática, na cisão da consciência chama a atenção, por ressaltá-lo como efeito da defesa do ego. A diferença entre esta forma de se entender o inconsciente e a organização teórica do aparelho psíquico alcançada na *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900-1901) é especialmente importante para a nossa investigação sobre o silêncio. Pois é sensível a diferença conceitual entre o inconsciente como efeito do silenciamento/defesa e o inconsciente como instância destino das representações silenciadas/reprimidas. Tomamos aqui devido cuidado para ressaltar que o inconsciente não se resume a depositário do reprimido, já que nem tudo o que

é inconsciente é reprimido. A explicação topológica do aparelho psíquico elaborada por Freud, permitiu o detalhamento da operação de repressão e, conseqüentemente, a discriminação maior entre as noções de defesa e repressão, o que não ocorria nos textos iniciais.

Pudemos entender, também, que o aspecto moral, na primeira tópica freudiana, constituía as balizas ou, melhor dizendo, os diques ao escoamento livre da pulsão. Dessa forma, a sexualidade, que é o elemento constituinte do psiquismo, é também um ponto naturalmente gerador de dificuldades. As tentativas, geralmente frustradas, de silenciamento, têm referência direta a ela por serem eventualmente inassimiláveis ao ego.

Com a explicação didática do autor sobre as etapas da repressão, seus aspectos dinâmicos, econômicos e topológicos, tornou-se viável para nós compreender que o silêncio não é uma analogia única e inequívoca à repressão. Porque ela é uma operação paradoxalmente ruidosa e silenciosa ao mesmo tempo, em múltiplos aspectos. Se pensarmos nas etapas da repressão, poderíamos inferir que a segunda etapa se refere ao silenciamento e a terceira, o retorno do reprimido, é carregada de ruídos. Mas, ainda assim, a repressão/silenciamento das representações ideativas não se trata de sua aniquilação, visto que continuam a existir dinamicamente no inconsciente. A hipótese levantada no segundo capítulo, de que os afetos seriam o que não é silenciado pela defesa, pôde ser desenvolvida mais minuciosamente no terceiro capítulo, dessa vez se tratando do estudo da repressão. Porque pudemos verificar que Freud discriminou três vicissitudes diferentes para os afetos na operação de repressão: o deslocamento, na neurose obsessiva; a transformação em angústia, na histeria de angústia; e conversão, com a possibilidade de seu desaparecimento total, na histeria de conversão. No primeiro e no segundo casos – neurose obsessiva e histeria de angústia, a hipótese de que os afetos não são silenciados pela repressão se confirma, com a angústia como resíduo da repressão. E o silenciamento das representações ideativas, juntamente ao desaparecimento dos afetos na histeria de conversão indicariam que, neste tipo de neurose, os afetos, assim como as representações ideativas, também podem ser silenciados.

Quando se fala em passado e presente, tende-se ao pensamento linear da consecutividade, não da simultaneidade. Mas, diferente disso, o eixo norteador para se pensar em passado e presente, ou no passado que insiste em se fazer atual é o da consideração da coexistência e da interdependência destas duas referências temporais. Abbagnano define “paradoxo” como “o que é contrário à ‘opinião da maioria’, ou seja, ao sistema de crenças

comuns a que se fez referência, ou contrário a princípios considerados sólidos ou a proposições científicas.” (Abbagnano, 2007, p. 742). O aspecto paradoxal da repressão em analogia ao silêncio pôde ser melhor compreendido recorrendo aos escritos de filologia de Abel, utilizados por Freud. Em algumas passagens onde o utilizou o descritor ‘silêncio’ em sua obra, pudemos notar o paradoxo na coexistência entre ‘silêncio e som’, ‘ser silenciado e continuar ruidoso’, ‘calar e não calar’. Não é por acaso que a conjunção “e” no lugar de “ou” é marcada por Figueiredo (2012, p. 53) como característica do que é paradoxal.

A arte de John Cage, descrita na introdução desta dissertação, ressaltou a impossibilidade da existência do silêncio absoluto para a existência humana. Ora, desde que haja alguém para testemunhar tal fenômeno, o som se fará presente, inviabilizando, portanto, a escuta do silêncio. No concerto de Cage, intitulado 4’33”, simultâneos ao inesperado silêncio do piano, há muitos sons: de ruído das poltronas, do pigarrear do público, entre outros. Sons e silêncios coexistem e são interdependentes. O percurso trilhado na pesquisa nos permitiu compreender que a repressão também não pode ser considerada como um silenciamento absoluto. Tanto através da leitura da obra de Freud, quanto na clínica ou na própria análise, nota-se que na psicanálise há coexistências e interdependências paradoxais que também podem ser pensadas a partir da metáfora ‘silêncio e som’. A clínica aponta que o passado do paciente se faz presente o tempo todo, especialmente na forma como o sintoma se apresenta. Com os estudos de Freud, sabe-se que o passado se faz atual, quando se refere ao psiquismo e também quanto aos efeitos disso na vida prática do indivíduo, impressão que ele tinha desde o início de sua clínica: “À primeira vista parece extraordinário que fatos experimentados há tanto tempo possam continuar a agir de forma tão intensa – que sua lembrança não esteja sujeita ao processo de desgaste a que, afinal de contas, vemos sucumbir em todas as nossas recordações.” (Breuer e Freud, 1893, p. 22).

O percurso trilhado nesta dissertação permitiu que a inquietação sentida em alguns momentos de silêncio na clínica como musicoterapeuta pudesse ser renomeada como angústia. E porque o silêncio eventualmente parece próximo à angústia? A pesquisa realizada na primeira tópica freudiana indica que, quando em analogia à noção de repressão, o silenciamento é referente ao que é impossível de ser assimilado pelo ego, como as representações e afetos ligados a moralidade. Trata-se de moções que são, em si, sexuais. O silenciamento/repressão, no geral ineficaz, se dirige a algo que não pode ser silenciado,

porque é a essência do inconsciente. E sendo este afeto originário do inconsciente, somente pode ser sentido como angústia.

Da consideração de que o afeto, na histeria de conversão, pode ser completamente silenciado pela repressão, permanecem para nós algumas dúvidas, anunciadas no final do último capítulo. Como Freud afirma que o paciente diagnosticado com histeria de conversão manifesta apenas “pequenos incômodos” sobre seu sintoma, diferente do que ocorre na neurose obsessiva e na histeria de ansiedade, seguem abertas as seguintes indagações: 1º se estes “pequenos incômodos” não seriam, também, ansiedade, mas num montante menor; ou 2º se a ansiedade sentida com relação aos próprios sintomas, pelo neurótico obsessivo e pelo paciente fóbico ou com histeria de ansiedade, não seriam expressões de um movimento vital, ainda que pela via do sofrimento. Vários desdobramentos são possíveis a partir desta pesquisa, mas o que consideramos mais explícito é o que leva ao conceito de pulsão de morte. Acreditamos que uma continuidade da pesquisa sobre o silêncio e pulsão de morte poderia se desenrolar a partir da segunda indagação acima enunciada. Entendemos, também, que a pesquisa, especialmente em sua parte final, ficou limitada às três psiconeuroses descritas por Freud no artigo *Repressão* (1915d) e que o silenciamento dos afetos poderia ser melhor investigado também com relação às psicoses.

Referências

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de filosofia*. Tradução da 1ª Edição Brasileira de Alfredo Bosi. Tradução dos novos textos de Ivone Castilho Benedetti. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Andersson, O. (2001). *Freud precursor de Freud*. Tradução de Luis Carlos Uchôa Junqueira Fo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ansdell, G. (1999). *Music therapy as discourse and discipline: a study of 'music therapist's dilemma'*. (Unpublished Doctoral thesis, City University London). Disponível em http://openaccess.city.ac.uk/7745/1/Music_therapy_as_discourse_and_discipline_-_a_study_of_%27music_therapist%27s_dilemma%27.pdf
- Baratto, G. & Aguiar, F. A psicologia do ego e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. In *Revista de Filosofia: Aurora*. 19(25), 307-331. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/viewFile/1186/1114>
- Barcellos, L. R. M. (2008). 40 anos urdindo e tecendo fios. In Costa, C. M. (org). *Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos*. Rio de Janeiro: Editora CBM.
- _____. (2016). *Quaternos de musicoterapia e coda*. Dallas: Barcelona Publishers.
- Barcellos, L.R.M. & Santos, M.A.C. (1996). A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. In *Revista Brasileira de Musicoterapia*. 1(1), p. 5-18. Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/12/1-A-Natureza-Poliss%C3%AAmica-da-M%C3%BAsica-e-a-Musicoterapia.pdf>
- Benenzon, R.O. (1998). *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- _____. (1985). *Manual de musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- _____. (2011). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. 1ª edición ampliada. Madrid: Paidós.
- Birman, J. (1998). O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. In *Revista de Saúde Coletiva*. 8(1), p. 123-144. Rio de Janeiro.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar.. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-02-1893-1895.pdf>
- Bruscia, K.E. (2016). *Definindo musicoterapia*. 3 ed. Tradução de Marcus Leopoldino. Dallas: Barcelona Publishers.

- Bueno, F.S. (1991). *Minidicionário da língua portuguesa*. 5 ed. São Paulo: Lisa.
- Cardoso, M.E. (2017). O esquecimento da metapsicologia. In *Die Hexe: Revista de Psicanálise*. 1(1). p. 16-42. Curitiba.
- Chagas, M. & Pedro, R. (2008). *Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade*. - como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera.
- Cirigliano, M. M. S. (2004). A canção âncora. In *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano IX, n.º 7, p. 38-42. Disponível em <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/11/5-A-Can%C3%A7%C3%A3o-%C3%82ncora.pdf>
- _____. (1993). Atención fluctuante musical: una reflexión respecto al papel del musicoterapeuta. In *Anais II World Congress of Music Therapy* (p. 1166-1175). Vitoria-Gasteiz-Spain.
- _____. (2012). Contribuições da análise de discurso e da psicanálise aos discursos do autismo. In *Anais do Seminário Interno de Pesquisas do Laboratório Arquivos do Sujeito*. 1(1). Disponível em <http://www.las.uff.br/periodicos/index.php/seminariointerno/article/view/10>
- _____. (2014). Discursos sobre o autismo: análise de discurso, musicoterapia e psicanálise. In: V Seminário dos Alunos dos Programas de Pós-Graduação do Instituto de Letras da UFF. *Anais eletrônicos.*, p. 283 – 292. Disponível em: <<http://www.anaisdosappil.uff.br/index.php/VSAPPIL-Ling/article/view/88/17>>. Acesso em 26 Set. 2016.
- _____. (2015). Entre “chien et loup”: o autismo e o ponto de vista da psicanálise. In *Anais do Seminário Interno de Pesquisas do Laboratório Arquivos do Sujeito - UFF*. 3. p. 139-144. Disponível em <http://www.las.uff.br/periodicos/index.php/seminariointerno/article/view/50>
- _____. (2015). *Uma pontuação possível aos discursos sobre autismo: a voz no autista – interlocuções entre análise de discurso, psicanálise e musicoterapia*. (Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagem). Disponível em https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3117/1/SECR-POS_UFF.pdf
- _____. (2013). Voz na clínica do autismo: análise de discurso, musicoterapia e psicanálise. In *Anais do II Seminário Interno de Pesquisas do Laboratório Arquivos do Sujeito – UFF*. 2, p. 89-96. Disponível em <http://www.las.uff.br/periodicos/index.php/seminariointerno/article/view/30>
- Conde, C. & Ferrari, P. (2008). A criação do curso de musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações. In Costa, C. M. (org). *Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos*. Rio de Janeiro: Editora CBM.

- Cunha, R. (2018). *Conceituação em musicoterapia: temos fundamentos universais?* Curitiba: No prelo.
- _____. (2017). Desafios da construção de conceitos na pesquisa em musicoterapia. In *Anais do XVIII Fórum Paranaense de Musicoterapia* n° 18.
- Dockhorn, C.N.B.F. & Macedo, M.M.K. (2015). Estratégia Clínico-Interpretativa: Um Recurso à Pesquisa Psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n4/1806-3446-ptp-31-04-00529.pdf>
- Dornelles, L.L.E. (2016). *Do silêncio ao som: a musicoterapia no tratamento de crianças com transtorno do espectro autista*. (Monografia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, Graduação em Psicologia). Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4309/Luana%20Liz%20Eichelberger%20Dornelles.pdf?sequence=1>
- Eschen, J. T. (2012). Five international models of music therapy practice: analytical music therapy. In *Voices: a World Forum for Music Therapy*. Vol 12, n.º 1. Disponível em <https://voices.no/index.php/voices/article/view/634/507>
- Federação Mundial de Musicoterapia. (1996). O que é Musicoterapia? In *Associação de Musicoterapia do Paraná*. Disponível em <https://www.amtpr.com.br/musicoterapia>
- Ferrari, P. & Tibúrcio, L. (2012). A música como instrumento de intervenção e análise em musicoterapia: composições musicais em saúde mental e drogadição. In *Anais do XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia da AMT-RJ*. 82-102. Disponível em <http://www.vibroacustica.com.ar/2012/wp-content/uploads/Anais-XVIII-Fo%C3%83%C3%85rum-de-Musicoterapia-AMT-RJ-2012.pdf#page=82>
- Figueiredo, L.C. (2012). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. 2 ed. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1914a). A história do movimento psicanalítico. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf>
- _____. (1920). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-18-1920-1922.pdf>
- _____. (1900). A interpretação dos sonhos I. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-04-1900.pdf>

- _____. (1900-1901). A interpretação dos sonhos II. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 5). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-05-1900-1901.pdf>
- _____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-10-1909.pdf>
- _____. (1895). A psicoterapia da histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-02-1893-1895.pdf>
- _____. (1910). A significação aintitética das palavras primitivas. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-11-1910.pdf>
- _____. (1893a). Casos clínicos: (2) Sra. Emmy von N. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-02-1893-1895.pdf>
- _____. (1893b). Casos clínicos: (3) Miss Lucy R.. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-02-1893-1895.pdf>
- _____. (1916[1915]a). Conferência I: introdução. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>
- _____. (1916-1917). Conferência III: os atos falhos (continuação). In S. Tellaroli (Trad.); P.C. de Souza (Revisão da Tradução). (2014). Conferências introdutórias à psicanálise. In *Obras completas*. (Vol. 13). 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1916[1915~16]b). Conferência IX: a censura dos sonhos. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>
- _____. (1915-1917). Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise (partes I e II). In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em

<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>

_____. (1916[1915~16]c). Conferência V: dificuldades e abordagens iniciais. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>

_____. (1916[1915~16]d). Conferência VI: premissas e técnicas de interpretação. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>

_____. (1916[1915~16]e). Conferência XI: a elaboração onírica. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>

_____. (1916[1915~16]f). Conferência XIV: realização de desejo. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-15-1915-1916.pdf>

_____. (1917[1916~17]a). Conferência XIX: resistência e repressão. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-16-1915-1916.pdf>

_____. (1917[1916~17]b). Conferência XXIV: o estado neurótico comum. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-16-1915-1916.pdf>

_____. (1916). Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-22-1932-1936.pdf>

_____. (1923 [1922]a). Dois verbetes de enciclopédia. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completasimago-vol-18-1920-1922.pdf>

_____. (1914b). Fausse reconnaissance (déjà raconté) no tratamento psicanalítico. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund*

Freud. (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-13-1913-1914.pdf>

_____. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-07-1901-1905.pdf>

_____. (1891). Hipnose. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-01-1886-1889.pdf>

_____. (1894). Neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-03-1893-1899.pdf>

_____. (1923). O ego e o id. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-19-1923-1925.pdf>

_____. (1915a). O inconsciente. In S. Tellaroli (Trad.); P.C. de Souza (Revisão da Tradução). (2014). Conferências introdutórias à psicanálise. In *Obras completas*. (Vol. 12). 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (1915b). Os instintos e suas vicissitudes. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf>

_____. (1913). O tema dos três escrínios. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-12-1911-1913.pdf>

_____. (1915c). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf>

_____. (1915d). Repressão. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf>

- _____. (1915e). Repressão. In S. Tellaroli (Trad.); P.C. de Souza (Revisão da Tradução). (2014). Conferências introdutórias à psicanálise. In *Obras completas*. (Vol. 12). 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 6). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imaggo-vol-06-1901.pdf>
- _____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imaggo-vol-07-1901-1905.pdf>
- _____. (1923[1922]b). Uma neurose demoníaca do século XVII. In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imaggo-vol-19-1923-1925.pdf>
- Fróes, H. & Viana, T. C. (2016). A noção de inconsciente nos primeiros textos de Freud: do cognitivo ao reino das sombras. In *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v. 16. n. 14. p. 1334-1349. Rio de Janeiro.
- Garcia-Roza, L.A. (1994). *Freud e o inconsciente*. 23 ed. (2009). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Houaiss, A. & Villar, M. de S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Iarema, I.D.P. (2011). A sublimação como finalidade do tratamento em saúde mental. In *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*. 2, 59-73. Disponível em <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/download/177/184>
- Kahl, M.L.F. (2005). A pesquisa em psicanálise: quando tratamento e investigação convergem.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lapoujade, C. & Lecourt, E. (1996). A pesquisa francesa em musicoterapia. In *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Rio de Janeiro, Ano I, n. 1, p. 19-29.
- Lecourt, E. (1997). *Freud e o universo sonoro: o tic-tac do desejo*. Goiânia: Editora da UFG.
- _____. (2011). *La musicothérapie*. 3 ed. Paris: Eiroles.

- López, A.L.L. (2010). A escuta psicanalítica de uma criança autista. In *Estudos de Psicanálise*. n. 34, p. 13-20. Disponível em <http://www.cbp.org.br/escutapsicanalistedumacrianca.pdf>
- Machado, J. P. (1952). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Lisboa: Editorial Confluência.
- Messagi, J. M. D. (1997). *A prática pedagógica do professor musicoterapeuta: implicações na formação do profissional*. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Mestrado em Educação).
- Origem da Palavra – Site de Etimologia. (2012). *Lista de palavras*. Recuperado de <http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/quieto/>
- Pedrosa, A. (2015). *Música e transferência: a sensibilidade como produção de sentidos e memória na clínica da musicoterapia*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Memória Social). Disponível em <http://www.memoriasocial.pro.br/documentos/Disserta%C3%A7%C3%B5es/Diss370.pdf>
- Pedrosa, A. & Gondar, J. (2018). Sons e afeto: trilhas para a produção de novas memórias na clínica da musicoterapia. In *Psicanálise & Barroca em Revista*. 13(2), 85-101. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/7335/6463>
- Pellizzari, P. (1993). *Musicoterapia Psicoanalítica: el malestar en la voz*. Buenos Aires: Ricardo R. Resio.
- Pereira, M.E.C. (2008). Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v. 11. n.º 2. p. 301-309. São Paulo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a13v11n2>
- Quintana, M. (2013). *Esconderijos do tempo*. (Recurso Digital). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Ruud, E. *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1990.
- Salazar, J.; Soriano, M. IH & Balles, T. F. (dezembro de 2011). Notórios da psicanálise: Sra. Emmy von N. *Revista Vórtice de Psicanálise*. Disponível em <http://www.revistavortice.com.br/2011/12/>
- Samuel 1. (1985). In *A Bíblia de Jerusalém*. Nova edição revista. São Paulo: Paulinas.
- Scandelari, B. (2018). Transitoriedade e permanência na construção freudiana do inconsciente. In *Revista AdVerbum*. 3 (1). p.59-67.
- Vieira, M.A. (2001). *A ética da paixão: uma teoria psicanalítica do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Wheeler, B. (2012). Five international models of music therapy practice: introduction. In *Voices: a World Forum for Music Therapy*. Vol 12, n.º 1. Disponível em <https://voices.no/index.php/voices/article/view/634/507>

_____. (1981). The relationship between music therapy and theories of psychoterapy. In *Music Therapy*. Vol 1, Issue 1, p. 9-16, janeiro de 1981. Disponível em https://watermark.silverchair.com/1-1-9.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9khhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAacwggGjBgkqhkiG9w0BBwagggGUMIIBkAIBADCCAYkGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQUUqWQRSg6f__X7T3pAgEQgIIBWkGwFZqj667V6fw3HPiWmMojxedGOgwwUe9h04OKVOwm3Jpnqzd9mZge9RHOLv1Aj0B9R1sZoNrfnGc-d_p1fPHbpxuxPbhLX97MfhIwl5d9286q0a5wQPbux_5zkP-AebcN_6tq6a_ZGwo6jEcIgy3voqC9kzzI2KPegUKn2ozhdDAswvjeROlYx5zI3mMthxEGwuJN8yM_mtb8ox-q6Udb5IH2ZOHwMw6vjD791RzGwFuPQ08xTCpPxvYnCee2RxiqmN8YCXDmYv-W_VvdsspwcK8twqFX875xtDAgteFm4Mu4zu5lVYhofAz3qxlNbEaWd5GaMiF6adWqEARwAE_y7g1zLJRPGD9IJ7NF0OmlzR6VeTLr0tBR1kVfqE97DVFTR7Nqii0F749zkbBmSQMPpGfS2xHBLCAi7Z3E6zMgZgTCJFzQEQt5yY8O6W9D_By_zPRVQgyGlQ

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bond, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London: Jessica Kingsley Publishers: London.

Winograd, M. & Teixeira, L. C. (2011). Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. *Ágora*. 14(2), 165-182. Rio de Janeiro. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200001