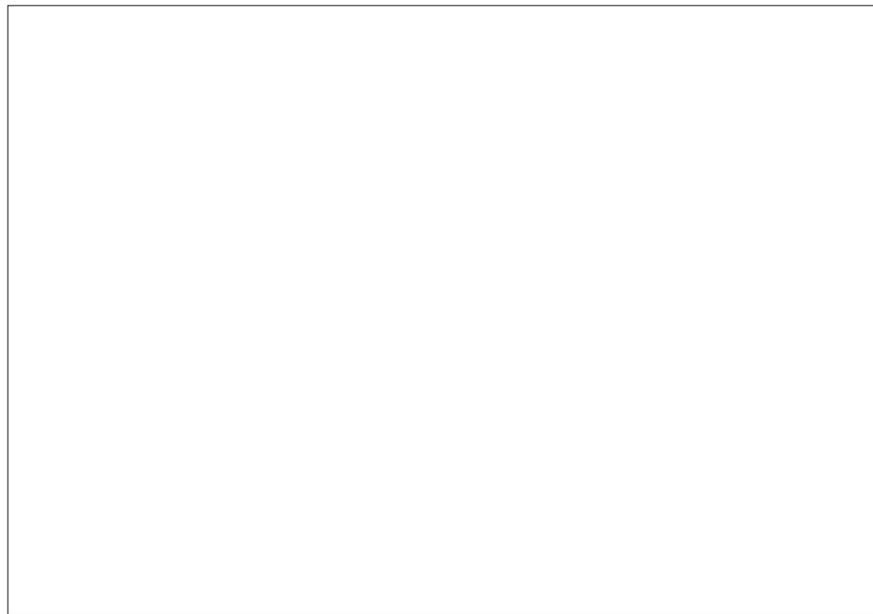




Entrevista com Anne Alvarez*

Entrevista concedida, em 30/06/2001, ao Conselho Editorial da Revista de Psicanálise da SPPA.



Da esquerda para direita: César Luís de S. Brito, Luisa M. Rizzo Amaral, Anette Blaya Luz, Anne Alvarez, Jussara S. Dal Zot, Patrícia Fabrício Lago, Carmem E. Keidann e Magali Fischer.

* Psicoterapeuta de crianças na Clínica Tavistock, Londres. Co-coordenadora da Oficina de Autismo.

Revista de Psicanálise, Vol. IX, Nº 1, abril 2002 □ 147





RP – *Gostaríamos de conhecer um pouco sua trajetória, formação, supervisores e principais influências dentro e fora da psicanálise.*

AA – Bem, esta é uma pergunta fácil. Comecei como psicóloga clínica; minha formação profissional deu-se na Universidade de Toronto e em hospitais psiquiátricos dentro e fora dessa cidade, em meados dos anos cinquenta. No final dessa década fui para a Universidade de Indiana, nos Estados Unidos, fazer pós-graduação em psicologia clínica, o que me resultou numa grande decepção, já que sua linha era mais comportamental do que davam a entender os folhetos sobre a Universidade. A minha própria, a de Toronto, começava apenas a ser influenciada pelos comportamentalistas. Não havia um pensamento psicanalítico, tinham, porém, um excelente professor de psicologia social, e o próprio Departamento de Psicologia nascera do Departamento de Filosofia, que fora dirigido pelo Prof. Bott, pai de Elizabeth Spillius. Ela, só a conheci em Londres. Um pouco mais velha do que eu, começou a vida como antropóloga, não como psicóloga.

Depois disso passei mais um ano no Canadá fazendo minhas pesquisas sobre esquizofrenia e então vim para Londres, a fim de trabalhar como psicóloga em um hospital psiquiátrico por uns dois anos, com a idéia de conhecer a Europa. Isso deu-se em 1960, e ainda estou lá. Foram dois anos bem longos, portanto. Na realidade, eu fazia uma pesquisa muito interessante para meu chefe, psicólogo de linha não psicanalítica. De mente aberta, estava interessado, em particular, nas diferenças entre sintomas e personalidade em esquizofrênicos paranóides e depressivos psicóticos. Eu o ajudava a redigir sua pesquisa, havendo então pouquíssima coisa na literatura a respeito das diferenças de personalidade entre paranóides e depressivos. Por isso, quando comentei: “Não sei o que ler, simplesmente não há nada na literatura”, um psicólogo que trabalhava em um hospital vizinho disse-me: “Bem, você pode ler Melanie Klein!” E tive muita sorte, porque li seus trabalhos tardios, sobre a diferença entre a posição paranóide e a posição depressiva, de 1932, e o trabalho sobre o luto e a posição depressiva-paranáide, de 1935. São trabalhos maravilhosos e, para mim, como jovem psicóloga, muito fáceis. Tratavam da infelicidade humana comum. Penso que, se tivesse começado com alguns dos trabalhos anteriores, sobre a análise infantil e objetos parciais, não teria gostado, porque o que sabia eu a respeito de tais coisas?

Comecei, então, a freqüentar alguns seminários noturnos na Tavistock, um pequeno oásis de sanidade e humanidade. O hospital psiquiátrico onde eu trabalhava era bastante conceituado, com alguns pesquisadores muito bons do Hospital Maudsley, mas de idéias rigidamente orgânicas. Seus pacientes tinham muitos sintomas, mas não personalidade. Dessa forma, após dois anos ali, comecei a formação na





Tavistock, bem pequena na época: apenas três estudantes por ano, quando hoje recebem cerca de vinte.

Minha primeira supervisora, excelente, foi Esther Bick. Supervisionei também com Martha Harris, Dina Rosenbloth, que vocês talvez não conheçam tanto, faleceu há alguns anos, e Shirley Hoxter para os casos de autismo, muito boa também. Não era analista, tendo sido uma das primeiras psiquiatras infantis a realizar esse treinamento com Esther Bick que, com o auxílio de John Bowlby, acreditem, fundou nosso curso de formação.

Depois disso tive um longo período de supervisão com Donald Meltzer e O'Shaughnessy, mas após a qualificação. Posso dizer que Sidney Klein foi outro a mudar muito o meu trabalho. Bastante influenciado por Bion, perguntou-me por que eu perseguia meus pacientes com interpretações tão cruéis, tornando-os responsáveis por seus maus objetos, uma tendência dos anos sessenta. Porém quem mais me iniciou no caminho de repensar o que eu estava fazendo foi Betty Joseph, que também julgava que eu perseguia meus pacientes ao pressupor que seus maus objetos eram o resultado de projeções. Ela me ensinou a parar de devolver-lhes projeções, a aprender a contê-las dentro de mim mesma e descrevê-las como existentes no objeto. Ela ainda me ensinou bastante a respeito de perversão. Também muito influenciada por Bion, afirmava que suas idéias sobre ser continente de projeções eram uma ampliação das idéias de Bion a respeito de ser continente. É muito interessante, já que sempre as coloca mesmo em trabalhos sobre outro assunto como o de 1978, *Different Types of Anxiety*. Rosenfeld também falou sobre a contenção de projeções. Segundo ele, em lugar de dizer ao paciente: “Você está fazendo com que eu me sinta muito inferior hoje, mas é porque quer livrar-se dos seus sentimentos de inferioridade”, o que envolve, de alguma forma, devolver-lhe as projeções, sugere, em alguns casos, simplesmente o seguinte: “Você me acha muito estúpida hoje, eu não consigo entender”. O assunto, retomado com destaque por John Steiner em *The Analyst-centered versus the Patient-centered Interpretation*, acabou recebendo a devida importância.

Ainda me influenciaram os maravilhosos escritos de Frances Tustin sobre autismo. Suponho, contudo, que chegou um momento em que fui além tanto dos ensinamentos de Frances Tustin como de Betty Joseph, para tentar entender o meu trabalho com Robbie.

Ele não era como as crianças autistas com as quais trabalhara Frances Tustin, “tipo concha”, com outra pessoa por dentro. Parecia-se mais com as crianças amebóides que ela descreveu num dado momento nos seus textos. Passei anos quebrando a cabeça a respeito dessa questão e acabei por pensar que Robbie não estava retraído, mas, sim, não era levado a desretrair-se por seu objeto: ele não estava se escondendo e, sim, perdido. Por muito tempo tentei entender o porquê, até que, ocasionalmente,





eu o chamei pelo nome, com urgência, e pude retirá-lo do seu estado dissociado (ou não-associado).

Entendi, então, que esse estado tinha alguma ligação com a pesquisa e a observação de bebês que eu fazia há tantos anos e na qual as mães não eram meramente continentes receptivos, elas buscavam muito ativamente seus bebês. Assim eu pude ver que a idéia de contenção se aplicava a esse chamado urgente no qual eu tinha me engajado. E acabei dando um nome para ele, “reclamation” (reclamação, recuperação), que é realmente chamar o paciente de volta à vida, para vir a ser. Dessa forma, senti que não estava meramente convocando-o para o contato com outras pessoas, mas para a própria existência como self.

Houve muitas discussões com Betty Joseph a respeito dessa questão; segundo ela, se eu tivesse procurado com mais afinco, teria encontrado evidências de identificações projetivas, mas é claro que então já era tarde demais, porque isso foi anos depois, quando eu me ocupava da conceituação do assunto. No entanto, eu concordava mais com pessoas como Frances Tustin, Esther Bick e Donald Meltzer, pensando que algumas dessas crianças autistas não usam identificação projetiva ou a usam muito raramente e que, de fato, quando começam a usá-la, é sinal de um desenvolvimento. Assim, passei anos tentando convencê-la, e aos meus outros bons objetos analíticos internos, de que isso era psicanálise.

Atualmente não me importo em definir se é psicanálise ou não, desde que funcione e se aplique apenas em situações de patologia muito grave.

Contudo penso haver certas implicações em relação ao tom de voz que são relevantes também para os pacientes menos doentes. Como disse Bion, é necessário conter a projeção do paciente, mas você também tem de encontrar um meio de transformá-la de maneira útil. Como não somos robôs, não somos completamente neutros, não importa quanto o tentemos, é bom dar-nos conta disso e usarmos aquelas nuances na medida do possível.

Quanto à análise pessoal, durante minha formação, fiz uma que deu errado, com um analista que estava tendo um colapso. Depois fui para Leslie Sohn. Ambos eram kleinianos, mas penso que a primeira experiência, comparada à experiência boa, alertou-me para questões técnicas. Quero dizer, ambos eram kleinianos, mas havia um mundo de diferença entre eles. Esse primeiro analista, – ele trabalhou bastante com esquizofrênicos e assassinos –, o pouco que publicou é muito interessante. Desculpem, não sou nem esquizofrênica, nem assassina e contarei a vocês uma história sobre a diferença entre os dois, porque foi um momento muito importante para mim. Afora o fato de que era muito bondoso, quando deitava no divã, e ele esperava que eu fizesse livres associações, eu costumava ter um problema no sentido de que podia ver ou imaginar todos os pensamentos que exigiam ser ditos imediatamente. E





tinha dificuldade em escolher. Esse analista tomou isso como resistência; o segundo pressupôs que eu sentia como se todos os pensamentos exigissem serem ditos imediatamente, – de certo modo também muito influenciado por Bion, de que pensamentos podem ser algo muito exigente –, e achou que isso era maravilhoso.

RP – *Como a senhora pensa a questão de déficit em traumas e suas consequências para o desenvolvimento?*

AA – No caso de crianças muito traumatizadas ou abusadas, é fácil preocupar-se com o horror dos seus objetos e sua resposta a isso e perder de vista o fato de haver um enorme déficit de experiências boas e de uma crença em um objeto bom. Considero, pois, muito importante trabalhar com ambos.

Tomemos um menino de quinze anos, sexualmente abusado, que agora já é infrator sexual e vem a tratamento. Durante os primeiros seis meses toma atitudes muito sedutoras, porque espera que o terapeuta queira abusá-lo analmente, pois essa é a sua história. Após algum tempo, finalmente, começa a confiar no terapeuta, que é um homem, e um dia esconde-se atrás da cortina. Repentinamente salta, gritando: “Buuu!!” Por um momento, o terapeuta pensa que o menino está sendo sedutor, exatamente como antes, mas, de repente, dá-se conta que é a atitude de uma criancinha de três anos. Penso que esta é uma experiência muito comum, mesmo no grupo de infratores sexuais, que não são simplesmente crianças prejudicadas: quando começam a brincar, brincam em um nível de criança muito pequena mesmo. O que facilmente passa despercebido é que ninguém jamais brincou com elas. Papai as levava para a cama, mas papai não as levava ao parque para jogar bola. E é aqui que penso entrar este nível de desenvolvimento simbólico como um instrumento diagnóstico e prognóstico importante. Porque eu já vi algo assim: um jovem infrator que fora horivelmente abusado e que sofrera privações, tinha fantasias constantes de asfixiar menininhos bonitos e ele próprio tinha tentado se desfigurar. Penso que não se tratava apenas de um assassinato, mas que desejava extrair a beleza e guardá-la para si: ele queria ser uma criança amada. Mas, à medida que deixou de querer fazer essa coisa terrível, começou a ver filmes de horror. Ora, se essa não é uma maneira maravilhosa de passar o seu tempo, para ele, creio, foi o início de uma simbolização ou transicionalização.

Assim penso que o déficit no ser amado e no respeito próprio e o déficit de um objeto que pode ser amado é um déficit na vida de imaginação, na simbolização. Ao se trabalhar com tais crianças, isso é tão importante quanto ajudá-las a processar o trauma.

Em relação a trauma – e desenvolvimento –, sabemos, do ponto de vista psico-





lógico e clínico, que é muito prejudicial, especialmente se for crônico e ocorrer em uma idade muito precoce. Penso que antigamente se chamava mutilação do ego: não prejudica somente o desenvolvimento emocional, também o desenvolvimento cognitivo.

Existem agora pesquisas muito bem fundamentadas sobre o cérebro, resumidas por Alain Shore, que apóiam essas observações. Um dos estudos mais importantes, porém, foi realizado por Bruce Perry, em que ele insiste, como muitos desses pesquisadores, que o cérebro depende do uso que dele é feito. Se você não se servir de certas vias neuronais, elas ficam completamente subdesenvolvidas, ou mesmo atrofiadas, tanto a estrutura como a função do cérebro sendo afetadas por experiências traumáticas ou de privação. Lembro-me que certa vez Alain Shore me perguntou (ele gosta de ver o circo pegar fogo) o que eu achava pior para o cérebro, o trauma ou a negligência. Adivinhei que seria a negligência, e ele me confirmou que era o certo. É o caso dessas crianças sem expressão e subestimuladas, que nunca tiveram de usar suas mentes. Bruce Perry mostrou que bebês traumatizados ou privados têm duas ou três reações diferentes a este trauma psicológico. Uma é hipervigilância, de modo que reagirão não apenas ao trauma, mas a sons e ruídos bem fracos, mantendo-se sempre hiperalertas. A outra é hiperexcitação, fecham-se em copas. E temos ainda alguns bebês que alternam entre as duas reações. Atualmente pôde observar – ele já os acompanhou por um tempo – que os bebês hipervigilantes, na adolescência, tendem frequentemente a receber um diagnóstico de ADHD, hiperatividade, um transtorno de conduta, sendo na maioria meninos; os hiperexcitados, na adolescência, muitas vezes recebem um diagnóstico de transtorno dissociativo ou depressão e tendem a ser meninas. Não sei se ele diz algo a respeito do desenvolvimento cognitivo, na realidade, mas vocês provavelmente conhecem o trabalho de Lynne Murray sobre depressão pós-natal da mãe, que certamente afeta o desenvolvimento cognitivo das crianças, não apenas o emocional.

Lynne esteve em Cambridge, mas agora é professora na Universidade de Reading, na Inglaterra, porém há também Geraldine Dawson, na Universidade de Washington, em Seattle, autora de algumas pesquisas fascinantes sobre níveis de excitação em autismo, tendo realizado também um pequeno estudo secundário sobre os efeitos da depressão pós-natal da mãe sobre os cérebros dos bebês. No seu estudo, encontrou menos atividade no lobo frontal esquerdo desses bebês, onde ela pensa localizar-se a sede da alegria. Fez também observações de longa duração que demonstraram o aumento da atividade no lobo frontal esquerdo deles, à medida que melhorava a depressão pós-natal das mães. Antigamente a pesquisa cerebral ficava lá e a psicanálise aqui. Penso que hoje a imagem do cérebro tornou-se muito mais complicada e sutil e que podemos considerar esses pesquisadores nossos amigos...





RP – *O que a sra. pensa a respeito da abordagem aos pais, particularmente no tratamento de crianças muito perturbadas?*

AA – É absolutamente vital que os pais sejam abordados. Há ocasiões raras em que dizem que virão e não vêm ou faltam muito. Eu prefiro, pois, não ser totalmente rígida a respeito, pois é claro que você pode fazer algo pela criança, mesmo se os pais relutam. Mas é um fato que, em alguns casos, se não conseguir sua ajuda, você estará investindo todos esses recursos na criança, e ela voltará para a mesma situação em casa. Assim, penso que não só devem ser abordados, como penso que, geralmente, também eles necessitam de ajuda.

Há um trabalho muito interessante de Margaret Rustin sobre os níveis de trabalho com os pais. O primeiro nível supõe apenas vê-los, a fim de manter em andamento a terapia da criança. Às vezes, tratando-se de pais muito psicóticos, isso poderá ser tudo o que você há de conseguir, mas pelo menos mantém a criança em tratamento e os pais satisfeitos. No segundo nível há o apoio à paternagem e no terceiro mais trabalho analítico em relação à paternagem. O quarto nível supõe psicoterapia individual para os próprios pais.

Há 15 anos, quando voltei à Clínica Tavistock, – tinha-me afastado por 14 anos, enquanto criava os filhos, nesse período apenas lecionando – notei algumas mudanças. Eu vinha de uma tradição mais antiquada em relação à análise de crianças, na qual estávamos tão determinados a proteger a confidencialidade da transferência, que apenas víamos os pais uma vez por período letivo e não lhes contávamos muito a respeito do que acontecia com seus filhos; tampouco conversávamos com eles antes ou após a sessão, ou seja, nós os mantínhamos afastados. Todavia, desde que voltei à Tavistock aprendi que, em se tratando de crianças mais doentes, freqüentemente bastante preocupadas com os pais, elas ficam muito aliviadas quando se conversa com eles no final da sessão. Às vezes se observa que a sessão da criança vai muito melhor no dia em que a mãe está sendo entrevistada por um colega do que no dia em que ela sabe que essa mãe, deprimida ou prejudicada, se encontra sozinha na sala de espera. Isso difere do modelo de quando eu era jovem, baseado na criança neurótica e no complexo de Édipo, segundo o qual ela não precisava ver o seu terapeuta conversando com a sua mãe, porque isso evocaria problemas edípicos prematuros. Ora, algumas das crianças mais doentes, que sofreram mais privações, quando vêem dois adultos juntos, conversando a seu respeito, sentem que está sendo formado um teto sobre as suas cabeças, um triângulo pré-edípico.

RP – *Os pacientes mudaram daquela época para cá, ou mudamos nós?*





Entrevista com Anne Alvarez

AA – Ambos. Por um lado mudou a forma como a Tavistock é vista agora, como um lugar para onde os serviços sociais encaminham crianças mais do que em outras épocas, quando apenas poucos médicos o faziam. Por outro lado, hoje em dia, as pessoas estão muito mais alertas ao sofrimento infantil, essas crianças também parecem mais numerosas e as mudanças sociais são responsáveis por isso. Não é apenas o fato de as mães trabalharem, é a miséria, são as relações raciais no nosso país, os grandes loteamentos depressivos, os chamados sink (sumidouros). Há uma área de Londres com vilas com enormes blocos de apartamentos, tão violentos, que crianças e adultos temem andar por lá. E há o feminismo; não sou socióloga e não fiz pesquisas sobre seus efeitos na valorização da maternidade, mas também podemos especular se, para ganharem respeito, as mulheres forçosamente devem tornar-se iguais aos homens. As jovens mulheres de hoje são mesmo muito ambiciosas, embora eu em minha época também o tenha sido.

RP – *Nesse aspecto, como a senhora vê a questão das diferenças de gênero em relação à figura real do analista e sua influência no tratamento de crianças?*

AA – Penso que pode ser algo importante no início, mas não a longo prazo, caso o analista se encontrar suficientemente a vontade com sua própria bissexualidade. Freud ensinou-nos que somos todos bissexuais, que todos nós internalizamos as nossas mães e os nossos pais, e lembro-me de uma amiga minha dizer que seu analista, que era homem, era muito mais maternal que a sua própria mãe. É muito difícil; há homens muito maternais e mulheres muito masculinas. Vejam D.H. Lawrence, que escreveu maravilhosamente apenas sobre mulheres e adorava sua mamãe! Mas, repito, penso que pode importar no início. Tentei enviar uma jovem mulher que sofrera algum abuso sexual, não quando pequena, mas já adolescente, de parte do padrasto. Encaminhei-a a um analista muito bom, um colega da Tavistock, mas ela simplesmente não o quis. Disse: “Eu realmente não quero me tratar com um homem”. Observei-lhe: “Francamente, não haverá problemas, você vai vencer isto, ele não vai abusar de você, é uma pessoa muito natural e calma.” Mas ela negou-se, e acho que pensou que acabaria seduzindo-o.

RP – *Como a senhora entende a neutralidade e suas possíveis diferenças conforme a gravidade do transtorno do paciente?*

AA – Acho que já lhes contei a respeito deste esquema excessivamente simplista. Eu mesma, porém, tenho um tipo de esquema como modo de organizar essas coisas para mim – a cronologia histórica vai numa direção e as prioridades clínicas





em outra. Assim, Freud ensinou-nos a fazermos interpretações explanatórias, que perguntavam “por que” e respondiam à pergunta com “porque”. Se você tem sintomas de uma perna paralisada, ou você se sente culpado, porque lá no fundo realmente queria ir à festa quando estava cuidando do seu pai moribundo, ou estava brabo comigo hoje, porque amanhã começam as férias analíticas do verão. Mas isso pressupõe a capacidade de fazer aquilo que o desenvolvimentalista Jerome Bruner chamou de pensamento em duas pistas: ser capaz de manter duas idéias – dois pensamentos – na sua mente ao mesmo tempo.

O nível seguinte é algo que denominei locação. Também envolve o pensamento em duas pistas e a pergunta “de quem ou onde?” Isso se relaciona com Melanie Klein e um conceito de identificação projetiva: livrar-se de partes do self colocando-as dentro do objeto e dizer ao paciente que isso realmente vem dele, o que também é uma interpretação explicativa, que envolve o pensamento em duas pistas. O terceiro nível – o mais descritivo – explora o “o que é” (whatness) da experiência. Penso que esse terceiro nível inclui lidar com apenas um pensamento por vez, o que se liga ao conceito de função alfa de Bion, um conceito que descreve a situação na qual os pensamentos se tornam “pensáveis” e é a função da mente que empresta significado à experiência.

Winnicott falou de se respeitar o paradoxo da área transicional, não dizendo apenas que o ursinho de pelúcia representa a mamãe ou eu, simplesmente deixando que o ursinho seja plenamente como são os ursinhos. Penso que, quando desenvolvimentalistas como Brazelton e Stein se referem a amplificação e sintonias, estão mencionando algo muito similar.

O último nível – não sei se é psicanálise ou não – tem a ver com chamar o paciente a existir. Nomeei este nível de “reclamação”, como já havia dito anteriormente. Os dois primeiros níveis referem-se mais a pacientes neuróticos ou levemente borderlines. Aliás, seria melhor não se referir a pacientes, mas a estados mentais. O terceiro nível é importante em pacientes ou estados mentais borderlines ou psicóticos. O quarto nível estaria reservado para momentos bastante raros com um paciente muito doente, psicótico ou perverso. E não devemos esquecer que pode haver um deslocamento para cima ou para baixo entre os níveis, num mesmo paciente.

RP – Um exemplo seria um paciente em análise, que funciona em nível neurótico, mas entra em surto, passando por esse nível, necessitando de um psiquiatra para medicá-lo?

AA – Sim, eu normalmente diria, quando quero abordar o déficit, que você não precisa oferecer-lhe reassuramento, é suficiente entender o direito dele de ne-





Entrevista com Anne Alvarez

cessitá-lo.

Contudo, no caso de alguém entrar em surto psicótico, eu ofereceria reassu-
ramentos, sentiria ser apropriado passar para o quarto nível, porque não ficará ouvindo aquelas longas, enroladas, interpretações no subjuntivo. Dei-lhes o exemplo de Robbie, que vocês conhecem. O médico disse-lhe: “Você está chateado hoje porque...” e não foi suficiente, tive de virar o rosto e dizer-lhe com afeto, sem reclamação: “É muito chato quando...”, embora pense que em certos momentos você tem de gritar: “Robbie!!”

RP – Bem, nosso tempo acabou e gostaríamos de agradecer sua disponibilidade em nos conceder esta entrevista e expressar nosso desejo de tê-la conosco em breve, novamente na SPPA. □

Tradução de **Hedy Hoffmann**

Revisão técnica de **Luisa Rizzo Amaral** e **Viviane Mondrzak**

© Revista de Psicanálise – SPPA

