

Anne Alvarez

A psicanálise com crianças autistas e crianças maltratadas

A psicanalista canadense Anne Alvarez, internacionalmente reconhecida por seu trabalho com crianças autistas, borderlines, carentes e maltratadas, fez sua formação psicanalítica na Clínica Tavistock, em Londres, no decorrer da década de 60. Há muitos anos trabalhando como psicoterapeuta de crianças e supervisora nessa prestigiada clínica inglesa, reconhece em seu pensar e seu trabalho a influência das supervisões com Esther Bick, Donald Meltzer, Martha Harris, Shirley Hoxter, Sidney Klein e Betty Joseph, assim como os efeitos do diálogo teórico que estabeleceu com Wilfred Bion, Herbert Rosenfeld e Frances Tustin, além de Melanie Klein.

É em *Companhia Viva*, seu livro mais conhecido, que podemos acompanhar minuciosamente os mean-

dros do processo analítico de crianças instaladas em experiências contínuas de vazio gélido e mortal, crianças “perdidas” dentro de si mesmas, que muito raramente revelam algum momento vital. Em especial, é nesse trabalho que Alvarez nos faz conhecer Robbie, um marco no seu trabalho clínico e teórico, que a impulsionou a ir além dos ensinamentos de Tustin e Joseph. Tendo atendido durante quase 30 anos esse paciente severamente afetado por um autismo desde garoto, seu estado extremamente dissociado a fez experimentar transferencialmente o conceito de reclamation que ela, posteriormente, veio a cunhar como sendo uma convocação ativa e ur-

Realização: Andréa Carvalho, Bela Sister, Cristiane Sammarone, Mara Selaibe, Maria Cristina Ocariz e Patrícia Vianna Getlinger

gente do analista em direção ao vir-a-ser do paciente, um chamamento de volta à vida, a uma existência como self.

É nesse livro, assim como em Anne Alvarez em São Paulo e nos inúmeros artigos publicados, que podemos observar sua aguda sensibilidade clínica para com as crianças ausentes de nosso mundo e que alcançam um nível de desespero e de ceticismo que ultrapassa, em grande medida, o dos pacientes neuróticos comuns. É também neles que encontramos considerações críticas à teoria e à técnica kleiniana, que se constituem em uma valiosa contribuição para se pensar a intervenção no tratamento de crianças seriamente perturbadas por situações externas invasivas (abuso sexual, violência ou negligência) ou excepcionalmente sensíveis e vulneráveis.

O estilo objetivo e conciso de Alvarez nesta entrevista, realizada por escrito e via internet em maio de 2003, permite um contato mais direto com a teoria que embasa sua clínica, e nos revela, com nitidez, sua aguda crítica aos estereótipos teóricos e ao uso de conceitos enrijecidos.

Percurso: Gostaríamos que a Senhora. nos contasse um pouco sobre seu percurso psicanalítico e seu especial interesse pelo trabalho com crianças.

Anne Alvarez: Sempre me interessei pela natureza da mente, e o trabalho psicanalítico com crianças – principalmente com crianças ausentes como, por exemplo, as autistas ou que sofreram muitas privações – oferece uma oportunidade maravilhosa para se observar o desenvolvimento da mente. Gosto de crianças e adolescentes e o desenvolvimento mental suscita muitas questões interessantes sobre o que é realmente a mente ou, melhor dizendo, a mente-corpo!

Percurso: A senhora poderia nos falar sobre sua inserção na Clínica Tavistock?

“

Sempre me interessei pela natureza da mente, e o trabalho psicanalítico com crianças oferece uma oportunidade maravilhosa para se observar o desenvolvimento da mente.

”

Anne Alvarez: Desde 1965 trabalho como psicoterapeuta de crianças e adolescentes na clínica, profiro palestras e supervisiono o trabalho de colegas. Atualmente estou afastada de minha posição de co-presidente, junto com Sue Reid, da Autism Workshop and Service (Oficina e Atendimento ao Autista).

Percurso: Em seu livro *Companhia Viva*¹ e também em seu artigo “Falhas na vinculação; ataques

ou deficiências?”² a senhora é explícita em considerar o prazer como uma experiência básica que possibilita o aprender. Gostaríamos que a senhora nos contasse como localiza essa idéia frente às teorias da reparação, de Melanie Klein, e sobre o pensar, de Bion.

Anne Alvarez: A teoria da reparação de Klein implica em tornar bom o objeto depois de danificado. No entanto, há uma situação anterior, que necessita de um termo que não existe como, por exemplo, *paration*, para dar conta de situações nas quais o *self* dá prazer ao objeto, não para tornar boa uma situação má, mas para tornar uma situação comum, boa, ou uma situação boa, ainda melhor. Bebês normais aprendem que seu olhar ou sorriso faz os olhos dos pais brilharem ou faz os pais sorrirem. Isto exige, sem dúvida, um objeto que seja receptivo ao prazer. Quanto à teoria de Bion sobre o pensar, muitos trabalhos já surgiram a respeito dela, e algo já foi proposto sobre o perigo que representa para o pensamento a evasão da frustração. No entanto, na minha opinião, o mesmo trabalho deve agora ser dedicado à parte da teoria de Bion que precede esse fato, ou seja, que uma pré-concepção necessita experimentar uma realização antes que uma concepção possa ser formada. Alguns de nossos pacientes funcionam nesse estágio anterior, no qual sua “pré-concepção” (digamos, de um objeto bom, ou de um *self* possível de ser amado) ainda não experimentou um grau suficiente de realização. Portanto, temos que trabalhar nesse nível, o que não implica necessariamente incentivar idealizações falsas, sentimentalismo exagerado ou seduções coniventes. Isso exige ser corajoso para sustentar a transferência e a contratransferência positivas quando elas surgem, o que não implica num trabalho confessional como alguns analistas que trabalham com Psicanálise Inter-subjetiva e Relacional praticam.

Percurso: Em algumas crianças muito perturbadas, a senhora aponta para um estado ou modo de funcionamento anterior ao esquizo-paranóide. Para esses pacientes, por exemplo, o uso de defesas maníacas seria uma conquista importante na aquisição e manutenção da posição esquizo-paranóide. A senhora acredita que seja útil pensar em termos de uma *posição* anterior à esquizo-paranóide?

Anne Alvarez: Donald Meltzer sugeriu que a posição depressiva precede a esquizo-paranóide. Concordo com ele que o lado amoroso do bebê foi subestimado enfatizando-se o lado persecutório da posição esquizo-paranóide. Entretanto, não postulo uma posição anterior à esquizo-paranóide. O que ressalto é que a própria Melanie Klein não afirma a exclusividade do aspecto persecutório na posição esquizo-paranóide mas sim, que os lados persecutório e idealizador foram separados. Klein também afirma que as integrações da posição depressiva não poderiam ser atingidas até que o lado positivo da separação se sobrepusesse ao negativo. Em muitos de nossos pacientes que sofreram abusos ou privações, o aspecto positivo é muito subdesenvolvido e, quando começa a se desenvolver, não deveria ser tratado como uma defesa contra o aspecto negativo, mas como um desenvolvimento em si. No entanto, acredito que a observação de bebês e a pesquisa sobre eles (bem como a teoria da contenção de Bion) mostram que há algo anterior à posição esquizo-paranóide denominado *organização de estados*. Para que estruturas mais amplas ocorram, é necessária uma certa estruturação do inconsciente, alguma capacidade do bebê em apresentar estados diferenciados de fome ou curiosidade, de sono ou alerta.

Percurso: A partir de sua experiência clínica e em seu livro *Companhia Viva*, a senhora apon-

ta a necessidade de uma reformulação teórica dos conceitos kleinianos de cisão e reparação (da posição depressiva) que leve em conta a reparabilidade do objeto e a função *pré-reparadora* da posição esquizo-paranóide. A senhora poderia desenvolver um pouco essa idéia e as suas implicações técnicas/clínicas?

Anne Alvarez: Posso responder essa pergunta em continuidade à anterior acrescentando que nós, kleinianos, utilizamos o conceito de

“

Uma sensação
de segurança e
contenção
exercem o papel
de vencer o medo
e o desespero na
posição esquizo-
paranóide, e
ambas não são
simplesmente
defensivas contra
a ansiedade mas
podem superá-la.

reparação no sentido da superação do ódio e da culpa na posição depressiva. Mas o que vence o medo e o desespero na posição esquizo-paranóide? Penso que uma sensação de segurança e contenção exercem esse papel e ambas não são simplesmente defensivas contra a ansiedade mas podem superá-la. Obviamente, isso afeta a técnica: se um paciente está começando a se sentir à vontade no consultório, a confiar minimamente em você, a acreditar que você vai voltar e que se preocupa com ele, seria errado tratar simplesmente como uma defesa, pois isso significa o desabrochar de uma nova esperança para uma criança desesperada.

Percurso: Seus trabalhos apontam diretamente para o exercício clínico da psicanálise. Em seus textos, a senhora usa a expressão *déficit no self*, o que abre alguns interrogantes. Qual seria a diferença entre os dois conceitos metapsicológicos de ego e self? Que patologias seriam decorrentes desse *déficit*?

Anne Alvarez: Como a maioria das pessoas, considero que o ego está mais relacionado ao pensar e à função reflexiva enquanto o *self* está mais relacionado com a identidade básica. Os desenvolvimentistas fazem uma distinção entre *self* subjetivo e objetivo – o *self* que experimenta (o eu) e o *self* tal qual é visto pelo objeto interno (o mim). Essa diferença é bastante válida. No entanto, pessoas que passaram a vida muito preocupadas em agradar ou aplacar o objeto, ou que tiveram objetos deprimidos desinteressantes, podem ter o *self* subdesenvolvido. Requer tempo e experiência encontrar e se apropriar de seu próprio *self*. Para algumas pessoas, é doloroso. Para outras, que têm vivido dissociadamente durante toda a vida, pode ser um processo confuso e difícil, mas não necessariamente penoso.

Percurso: Em seus textos a senhora aponta o quanto sua experiência clínica com pacientes ex-

”

tremamente jovens e severamente afetados vem interpelar seus referenciais teóricos e demandar o re-trabalho dos conceitos psicanalíticos e a sua articulação na constituição e no funcionamento do psiquismo. Em decorrência, foram modificadas a própria técnica e a condução dos tratamentos com crianças, implicando, em certos casos, uma postura muito mais ativa por parte do analista de *reclamar (to reclaim)*³ o paciente. A partir dessas considerações, a senhora considera que a psicanálise com adultos teria de ser igualmente re-interrogada? Especificamente em quais aspectos?

Anne Alvarez: Não trato adultos analiticamente (somente como ajuda à função parental) e, portanto, não deveria tecer comentários. No entanto, alguns analistas já chamaram minha atenção para o fato de que meu conceito de *reclamação (reclamation)* também pode se aplicar a adultos que sofrem de dissociação permanente. Esses pacientes podem precisar que o objeto (ou seja, o analista na contratransferência), com urgência e durante um certo tempo, contenha/carregue algum sentimento, até que possam acessá-los em si mesmos. Também observei em alguns pacientes adolescentes, que parecem “bons” pacientes ao trabalhar com seus problemas de forma exageradamente intelectual, que eu preciso impostar minha voz no nível correto de intensidade para ser efetivamente escutada. Não se trata exatamente de uma situação tão intensa ou dramática como a *reclamação* de uma pessoa autista realmente ausente, mas algo como uma série contínua de *mini-reclamações*.

Percurso: Segundo Freud, é preciso que o neurótico aproprie-se de algo vivido ou fantasiado por meio da recordação a fim de elaborar suas experiências. A senhora, entretanto, alicerçada por sua prática com crianças que sofreram abusos, privações

“

Em condições relativamente seguras, aspectos e partes do trauma podem ser vivenciados e a história reescrita: um parágrafo por vez, por assim dizer.

”

ou maus-tratos, nos alerta para a necessidade de um princípio diferente: o de ajudar esses pacientes, em primeiro lugar, a esquecer o que de terrível lhes ocorreu a fim de poderem se livrar dessa carga de passado. Só posteriormente é que se trataria de colocá-los em contato psíquico com o ocorrido. Poderia nos explicar um pouco mais sobre esse processo no trabalho clínico?

Anne Alvarez: Muitos especialistas que se dedicam às questões

do trauma estão começando a se conscientizar do risco de “re-traumatizar” pessoas com questionamentos invasivos ou menções constantes à experiência. Infelizmente, nem todos percebem esse risco. No meu livro *Companhia Viva*, enfatizo o processo de esquecimento, mas também ressalvo o conceito de doses mínimas de trauma, experimentado na transferência, por deslocamento ou mesmo substituição. Em condições relativamente seguras, aspectos e partes do trauma podem ser vivenciados e a história reescrita: um parágrafo por vez, por assim dizer. A memória da experiência completa seria impossível de ser processada de uma só vez. Mary Sue Moore demonstra como o trauma se processa por sonhos e desenhos. Primeiramente, em níveis impensáveis muito concretos, como na fase 4 do sono, chegando ao nível de pesadelos, e, finalmente, ao nível REM (rapid-eye movements) dos sonhos. Esse processamento progressivo do trauma torna suportável pensá-lo. Isso confirma como esse processo é gradativo e por que é perigoso apressá-lo.

Percurso: Em seu livro *Anne Alvarez em São Paulo*⁴ a senhora relata o caso da pequena Nancy, de apenas quatro anos de idade, e fala em psicopatia ou possível perversão sadomasoquista. Gostaríamos que a senhora nos detalhasse o que a levou a falar desse diagnóstico nessa faixa etária tão precoce?

Anne Alvarez: Foi a frieza e a dureza de seu olhar acompanhados de um prazer sádico que sentia ao torturar lenta e mortalmente um ursinho de pelúcia na sala de brinquedos. Isso era muito diferente de uma explosiva agressão passional ou de uma brincadeira agressiva normal realizada por outras crianças. Foi o modo de ela saborear lentamente o prazer que me perturbou – parecia ter muita prática – e que, para mim, era um sinal da presença de um forte elemento psicopático

em sua personalidade. Nancy posteriormente recebeu tratamento intensivo, melhorando e suavizando muito esse traço. Felizmente! Afinal, ela só tinha quatro anos.

Percursos: Em sua entrevista ao *Jornal de Psicanálise* em 1996⁵, a senhora afirma ter sugerido que se fizesse um registro das crianças que abandonam precocemente o tratamento, e cujos analistas acham que poderiam chegar a matar alguém – crianças que “transmitem uma corrente gelada na nossa espinha”, seja por excesso de violência seja pelo seu contrário. Gostaríamos de saber, mais precisamente, qual o objetivo dessa proposta.

Anne Alvarez: Verificar se nossas previsões angustiantes sobre elas estavam certas! Mas seria difícil concretizar isto do ponto de vista ético porque a sociedade e, para todos os efeitos, a psiquiatria, naturalmente desejam proteger a idéia de crianças como seres ainda capazes de mudança e desenvolvimento e não desejariam prejudicá-las com um rótulo desses. De certa forma isso está correto – mas poderia ser uma boa idéia se tivéssemos um conceito de risco. Temos um conceito para crianças *em* risco de abuso ou negligência por parte dos pais, mas e se a criança for *um* risco em si mesma? Algumas crianças e adolescentes estranhos atualmente são rotulados como portadores da Síndrome de Asperger e, de fato, existem pesquisas no sistema prisional constatando que muitos assassinos, principalmente assassinos em série, possuem uma personalidade aspergeriana. Seu nível de distanciamento é absoluto – seres humanos não são vistos por eles como humanos. Mas esta é apenas uma área de sobreposição, porque muitas pessoas aspergerianas são amáveis e inofensivas. Nancy, certamente, não era estranha. Podia ter bastante presença e ser, em determinadas ocasiões, charmosamente manipuladora e bem-sucedida. Suponho que existam outras como ela

que nunca chegarão perto de um analista.

Percursos: No decurso de seus textos a senhora faz críticas ao uso estereotipado da psicanálise. No entanto, também é uma preocupação que atravessa seus escritos clínicos e teóricos a questão de se o analista está praticando psicanálise ou psicoterapia de orientação analítica. A partir de que parâmetros a senhora faz essa diferenciação? Que diferen-

“

Devemos
estar sempre
monitorando
como nossos
pacientes
escutam
nossas
interpretações.
Devemos
refletir sobre
uma maneira
de falar com
eles de modo a
nos fazermos
ouvir.

”

ça a senhora faz entre *método psicanalítico* e os *métodos de psicoterapia psicanalítica*?

Anne Alvarez: Não tenho muito interesse em brigar pelos termos utilizados. Amo a psicanálise, mas não estou mais interessada em alegar que *reclamação*, por exemplo, é uma técnica psicanalítica. Não me importo se as pessoas acham que não é, contanto que funcione. Escrevi um artigo recentemente procurando abordar questões sobre níveis de interpretação em relação a níveis de patologia, entretanto não seria possível aprofundar o assunto nesta entrevista. O que penso é que devemos estar sempre monitorando como nossos pacientes escutam nossas interpretações. Se o paciente é excessivamente perseguido ou distante ou obtuso para aceitar nossos comentários, devemos refletir sobre uma maneira de falar com ele de modo a nos fazermos ouvir.

Percursos: Que lugar a senhora atribui aos pais em seu trabalho com crianças psicóticas, autistas e *borderlines*? Gostaríamos que a senhora nos falasse um pouco sobre suas intervenções, se existem, quando, como e por quê, com os pais das crianças que atende.

Anne Alvarez: Vejo os pais uma vez por semestre para revisão ou algumas vezes com maior frequência, quando estão muito preocupados. Nosso modelo na Clínica Tavistock também providencia um assistente social para os pais, de forma a oferecer ajuda contínua (semanal ou quinzenal) para a função parental.

Percursos: Cada vez mais as pesquisas sobre os bebês e sobre a relação mãe-bebê têm convocado diversas áreas do conhecimento como a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento, a neuropsiquiatria e a neurologia para uma reflexão integrada. Inclusive, observa-se que as assim chamadas escolas de psi-

“

Devemos aprender a falar mais do que uma língua profissional. Nosso atendimento ao autista na clínica Tavistock enfatiza a facilitação do desenvolvimento da parte não-autista, mais socialmente relacionada da criança.

canálise inglesa e francesa têm dialogado entre si com relativa fluidez sobre esse tema. Gostaríamos de saber qual sua opinião a respeito dessas trocas.

Anne Alvarez: Sou grande entusiasta dessas integrações. Sei que alguns colegas não o são, e respeito a idéia deles de que um bom clínico aprende com o paciente, não com a teoria. Acredito que essas novas idéias ajudam a enriquecer nossa teoria e são esclarecedoras na reflexão sobre a técnica.

Percorso: Acompanhando seu trabalho, é possível concluir o quanto as pesquisas no campo da psicologia do desenvolvimento têm se mostrado úteis no trabalho com o autismo. Em sua opinião, tais pesquisas poderiam ser úteis para a psicopatologia psicanalítica de modo geral? Por quê?

Anne Alvarez: Certamente considero estes estudos úteis para

a reflexão sobre a parte não-autista, saudável, mas, muitas vezes, seriamente retardada da criança autista. Também são úteis para a parte saudável retardada de crianças com privações ou traumas sérios. Não conheço muito a respeito dos pacientes Weller. Acredito que, nesse caso, um trabalho psicanalítico mais direto (em conjunto com a experiência da observação naturalista de bebês) seja mais adequado.

Percorso: A senhora considera que essas pesquisas poderiam colaborar para a construção de uma prática clínica diversa do atendimento tradicional (em consultórios e ambulatórios) e mais condizente com a implementação de políticas públicas de prevenção e intervenção precoce nas áreas da educação e da saúde mental?

Anne Alvarez: Certamente, o trabalho sobre desenvolvimento, apego e trauma é muito mais fácil

de ser entendido por pessoas externas ao campo psicanalítico. Devemos aprender a falar mais do que uma língua profissional. Nosso atendimento ao autista na clínica Tavistock enfatiza a facilitação do desenvolvimento da parte não-autista, mais socialmente relacionada da criança, sendo que os pais e professores conseguem entender isso com mais facilidade do que se fálássemos sobre autismo como se envolvesse defesas contra a ansiedade inconsciente, tal como afirmávamos décadas atrás. Algumas vezes, sem dúvida, esse é o caso de uma criança em particular, mas em outros, essa não é uma explicação adequada. De qualquer maneira, a pesquisa genética sobre a etiologia no autismo é muito profunda. Procuramos não entrar em conflito sobre a etiologia; simplesmente oferecemos ajuda à criança e à família.

”

NOTAS

1. Alvarez, A. *Companhia Viva – Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Autistas, Borderline, Carentes e Maltratadas*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.
2. “Falhas na vinculação: Ataques ou deficiências?”, França, M. O. A. F. (org.), *Bion em São Paulo*, São Paulo, Acervo Psicanalítico/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 1997, pp.161-174.
3. Alvarez, A., *Companhia Viva – Psicoterapia Psicanalítica com Crianças Autistas, Borderline, Carentes e Maltratadas*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994. Veja também *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 30 (55/56), jun. 1997, p. 307; ou então: “Entrevista com Anne Alvarez” in *Revista de Psicanálise*, São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, vol IX, 1, abr. 2002, p. 150.
4. França, M. O. A. F. e Almeida, R. (orgs.), *Anne Alvarez em São Paulo: Seminários Clínicos e Temáticos, 1996*, São Paulo, Acervo Psicanalítico/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 1999.
5. “Entrevista com Anne Alvarez” in *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 30 (55/56), jun. 1997, pp. 305-316.