

PSICANÁLISE

Anne Alvarez

# O coração pensante

*Três níveis de terapia psicanalítica com  
crianças e adolescentes*

**Blucher**

# O CORAÇÃO PENSANTE

*Três níveis de terapia psicanalítica  
com crianças e adolescentes*

Anne Alvarez

Tradução

Tania Mara Zalcborg

Revisão técnica

Liana Pinto Chaves

Título original: *The Thinking Heart: Three Levels of Psychoanalytic Therapy with Disturbed Children*  
*O coração pensante: três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes*  
© 2012 Anne Alvarez  
© 2021 Editora Edgard Blücher Ltda.

*Publisher* Edgard Blücher  
*Editor* Eduardo Blücher  
*Coordenação editorial* Bonie Santos  
*Produção editorial* Isabel Silva, Luana Negraes, Milena Varallo  
*Preparação de texto* Cátia de Almeida  
*Diagramação* Negrito Produção Editorial  
*Revisão de texto* Karen Daikuzono  
*Capa* Leandro Cunha  
*Imagem da capa* iStockphoto

---

# Blucher

---

Rua Pedrosa Alvarenga, 1245, 4º andar  
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil  
Tel.: 55 11 3078-5366  
**contato@blucher.com.br**  
**www.blucher.com.br**

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

---

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação  
na Publicação (CIP)  
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

---

Alvarez, Anne

O coração pensante: três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes / Anne Alvarez; tradução de Tania Mara Zalberg; revisão técnica de Liana Pinto Chaves. – São Paulo: Blucher, 2021.

392 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-060-7 (impresso)

ISBN 978-65-5506-059-1 (eletrônico)

1. Psicanálise infantil I. Título. II. Zalberg, Tania Mara. III. Chaves, Liana Pinto.

20-0266

CDD 150.195

---

Índices para catálogo sistemático:  
1. Psicanálise

# Conteúdo

|   |     |
|---|-----|
| Prefácio  | 7   |
| Introdução  | 11  |
| 1. Níveis de trabalho terapêutico e níveis de patologia:<br>o trabalho de calibragem  | 23  |
| <b>Parte I. Condições de nível explicativo</b>  |     |
| 2. Condições emocionais para o desenvolvimento do pensar<br>em dois trilhos [ <i>two-tracked thinking</i> ]: a sensação de ser<br>agente e a sensação de abundância | 59  |
| 3. Obstruções e desenvolvimento para pensar em sequência:<br>ligações entre fantasia, pensar e caminhar   | 83  |
| 4. Fazendo ligações e fazendo tempo: passos para<br>descompressão de pensamentos e criação de vínculos<br>entre pensamentos   | 105 |

**Parte II. Condições de nível descritivo**

- |  |     |
|--|-----|
| 5. O papel igual da satisfação e da frustração no desenvolvimento do senso de realidade                          | 125 |
| 6. Imperativos morais e correções no trabalho com crianças atormentadas e desesperadas: desejos ou necessidades? | 145 |
| 7. Malignidade sem motivo: problemas da psicoterapia de pacientes com características psicopáticas               | 167 |
| 8. Questões de narcisismo, autoestima e relação com o objeto obtuso: desvalorizado ou não valorizado?            | 189 |
| 9. Tipos de transferência e contratransferência sexual no trabalho com crianças e adolescentes                   | 215 |
| 10. Subintegrações e integrações no nível esquizoparanoide   | 241 |

**Parte III. Nível de vitalização intensificado**

- |  |     |
|--|-----|
| 11. Brincar e imaginação: quando o brincar patológico pode exigir uma resposta mais intensa do terapeuta                     | 269 |
| 12. Descobrir o comprimento de onda: instrumentos na comunicação de crianças com autismo                                     | 299 |
| 13. Outras reflexões: contratransferência, posições paranoide e esquizoide e especulações sobre paralelos com a neurociência | 319 |
| Referências  | 343 |
| Apêndice   | 379 |
| Índice   | 383 |

# 1. Níveis de trabalho terapêutico e níveis de patologia: o trabalho de calibragem

## *Introdução*

Em décadas recentes, tem havido muita discussão sobre a importância relativa de dois níveis de trabalho com pacientes *borderline* ou muito prejudicados, ou seja, *insight versus* outros níveis mais primários de compreensão. Neste capítulo, mostro que concordo com esses autores, mas também avento a necessidade de um terceiro nível, anterior a ambos. Também proponho a ideia de que os três níveis podem estar interligados, como pontos de um contínuo de níveis de significado. No terceiro nível (de psicopatologia e, portanto, de técnica), questiona-se se sentimentos e significados têm importância para pacientes em estados desafetados de autismo, de dissociação, de apatia desesperadora ou em estados desviantes de excitação.

As discussões dos primeiros dois níveis têm sido expressas por diversos termos: uns dizem respeito ao equilíbrio entre a necessidade de o paciente se responsabilizar por algum sentimento *versus* a necessidade de que seja contido pelo analista

(Bion, 1962b; Feldman, 2004; Joseph, 1978; Steiner, 1994). Outras versões discutem *insight versus* mentalização (Fonagy e Target, 1998) e interpretação *versus* brincar (Blake, 2008). Outros ainda sublinham a importância de algo além da interpretação, em termos de um modo “processual” de compreensão de informação durante um “momento de reconhecimento” (Sander, 2002; Stern *et al.*, 1998). Schore (2003, p. 147) ressalta a necessidade de uma “conversa entre os sistemas límbicos” do paciente e os do terapeuta nos níveis mais graves de patologia. Botella e Botella (2005) descrevem a necessidade de o analista empreender o “trabalho de figurabilidade” com pacientes cujos traços de memória não são representativos e se assemelham mais a “traços amnésicos”. Mais recentemente, Tuch (2007) discutiu a maneira de facilitar a função reflexiva com trabalho pré-interpretativo.

A própria Klein, a grande especialista dos níveis infantis da personalidade, ressaltou que, quando emoções e fantasias pré-verbais são revividas na situação transferencial, surgem como “memórias em sentimento”. Disse ainda que “não podemos traduzir a linguagem do inconsciente para a consciência sem lhe conceder palavras do nosso território consciente (Klein, 1957, p. 180). As psicoterapeutas de crianças Lanyado e Horne investigaram diversos modos de trabalhar na área transicional com crianças e adolescentes muito prejudicados e atuadores, e Blake (2008) ilustrou a importância do humor para atenuar impasses com adolescentes agressivos que sofreram *grande privação* (Lanyado e Horne, 2006). Nas Partes II e III, tento demonstrar que, para chegar até – e se comunicar com – memórias em sentimentos, ou pior, grave perda de sentimento, podemos precisar ir além das palavras e considerar o uso de nossas respostas contratransferenciais emocionais e até emocionadas, de formas que determinem se escolhemos a palavra e especialmente o tom certo.

Roth (2001) identificou quatro níveis de interpretação transferencial, abrangendo desde comentários relativos ao significado das relações no mundo externo até *enactments* no aqui e agora da relação analítica. Ela sugeriu que, enquanto este último nível está no epicentro da análise, o analista precisa estar disposto a acompanhar o paciente em um panorama bastante amplo da sua vivência para fazer uma descrição mais rica e mais completa do seu mundo. Roth comenta, no entanto, a capacidade de sua paciente se apropriar de certa culpa em um momento em que ela formula uma interpretação especialmente enérgica, o que sugere, ao menos nessa questão, que, segundo ela, a escolha do nível depende da capacidade de o paciente escutar algo. Mas a força principal do seu argumento é a utilidade e o enriquecimento propiciados pelo trabalho em todos os níveis. Roth parece sugerir que todos podem favorecer o *insight*. Contudo, parece que a maior parte da preocupação primária dos autores anteriores é a necessidade de identificar em que condições as interpretações com função de fornecer *insight* são inadequadas e exigem que, primeiro, se faça algo mais.

Anna Freud colocou a questão de maneira vívida, mas em termos da psicologia tradicional unipessoal. Ao voltar à discussão do conceito de defesa com seus colegas da Clínica Hampstead, referiu-se à necessidade de estruturação anterior da personalidade: disse que, se ainda não se construiu a casa, não é possível jogar alguém para fora dela, isto é, usar mecanismos projetivos. Sandler acrescentou: “Nem jogar a pessoa no porão”, isto é, usar repressão (J. Sandler e A. Freud, 1985, p. 238). Um teórico kleiniano das relações objetais, que trata crianças que sofreram grandes privações, concordaria e acrescentaria que, às vezes, se trata basicamente de uma questão de construir duas casas, uma para o *self*, outra para o objeto interno. A. M. Sandler (1996, p. 281) e Hurry (1998, p. 34) ultrapassam Anna Freud quando sustentam que é falsa a diferença entre terapia do desenvolvimento e trabalho psicanalítico. Nesse



caso, enfatizo que o trabalho analítico precisa estar ao mesmo tempo amparado no desenvolvimento e na psicopatologia e, conseqüentemente, precisa levar em conta a capacidade de introjeção do paciente.

Rocha-Barros (2002) introduziu a ideia de um contínuo, ao assinalar que *passos em direção* à pensabilidade podem ser fornecidos por pictogramas afetivos em sonhos. Afirmou que, nos primeiros estágios do seu surgimento, essas imagens visuais e dramatizadas ainda não são processos de pensamento, mas podem conter elementos expressivos e evocativos potentes subjacentes a fantasias inconscientes (p. 1087). Ele não diz se o analista deve responder a esses passos iniciais com um tipo diferente de interpretação, mas afirma que tais imagens podem levar à transmutação e à elaboração, o que, por sua vez, levam à função simbólica e à compreensão verbal. Moore (2004) demonstrou haver, nas crianças traumatizadas, a tendência de criar desenhos que assumem forma não de representações, mas de novas representações, não genuinamente simbólicas. Com a psicoterapia, os desenhos das crianças tendiam a se tornar mais livres e mais genuinamente representacionais. Comparou essa mudança às observações de Hartmann (1984) sobre a evolução, em adultos traumatizados, dos terrores noturnos do estágio 4 do sono para os sonhos REM, o que sinaliza que ocorreu – e está ocorrendo – certo processamento e digestão do trauma.

Assim como Rocha-Barros e Moore, também apresento a ideia de um contínuo que leve em conta a maneira de encontrar o nível de intervenção adequado ao nível de distúrbio e/ou de desenvolvimento do ego (e do objeto) do paciente. Isso implica considerar sua capacidade de introjeção. Rocha-Barros apresenta o meio dos sonhos como modelo de um passo específico com seus pacientes adultos, enquanto levo em conta a maneira de fazer contato com os diversos níveis de desenvolvimento mental/emocional das

crianças ou adolescentes, durante o brincar ou na conversa entre paciente e terapeuta, de modo que façam sentido – e alcancem o paciente. A maneira pela qual o terapeuta verbaliza e exprime sua compreensão e processa seus sentimentos contratransferenciais, possivelmente muito perturbadores, pode facilitar ou impedir movimentos em direção à simbolização. Nos casos dos pacientes descritos a seguir, às vezes, é uma questão de passos de elaboração, como Rocha-Barros sugeriu. Em outros casos, porém, em que a questão não é apenas processar a dor e a ansiedade, mas introjetar experiências possivelmente muito novas de alívio, prazer ou da natureza atraente, bem como da receptividade dos seus objetos, podemos querer ressaltar esse outro termo, “trabalhar em direção a” [*working towards*]<sup>1</sup> ou acrescentar outro, como “pôr para dentro” [*taking in*], em vez de elaborar [*working through*].

Questões de introjeção, internalização e identificação estão em causa. Klein (1957) escreveu:

*Não há dúvida de que, se o bebê realmente for exposto a condições muito desfavoráveis, o estabelecimento retrospectivo de um objeto bom não consegue desfazer as experiências más iniciais. Contudo, a introjeção do analista como objeto bom, se não estiver baseada na idealização, em certa medida, tem o efeito de fornecer o objeto bom interno onde ele em grande parte faltou.*  
(p. 90)

Atualmente, compreendemos, baseados em Bion, nos teóricos do desenvolvimento e nos neurocientistas, que a capacidade de pensar e, portanto, de assimilar interpretações, envolve funções cognitivas e emocionais, ou, como diz Urwin, funções cognitivo/emocionais (Bion, 1962b; Panksepp, 1998; Schore, 1994;

Trevarthen, 2001; Urwin, 1987). Depende em parte do nível de desenvolvimento do ego, do *self* e do objeto já alcançado, mas também do nível de transtorno emocional em cada momento específico: se o distúrbio for grave, pode interferir em um ego e na função simbólica já desenvolvidos.

Os neurocientistas mostraram que o trauma ou negligência social/emocional na primeira infância afetam não só o desenvolvimento comportamental e psicológico como ainda o crescimento do cérebro. A dissociação que surge depois do trauma – ou, possivelmente, a desatenção ou retraimento que surgem no autismo – pode empurrar a pessoa na direção de uma trajetória de desenvolvimento emocional e cognitivo desviante, o que pode interferir profundamente no crescimento em partes afetivas e relacionais do cérebro (Perry, 2002; Schore, 2003). Na verdade, o córtex orbito-frontal, essencial para a compreensão empática da mente de outras pessoas e das emoções pessoais, desenvolve-se quase inteiramente na vida pós-natal (Gerhardt, 2004) – via interações do bebê com outros seres humanos. Quando Robbie, que sofria de autismo e de trauma, finalmente começou a usar sua mente, com frequência parecia que parte de sua mente/cérebro se comportava como um músculo quase atrofiado – debatendo-se de modo repentino e errático em movimento e vida. Na ocasião, as descobertas modernas sobre o cérebro não estavam disponíveis, mas a pesquisa atual me leva a crer que esses eventos estavam acontecendo no cérebro e na mente de Robbie (ver o Capítulo 13 para reflexões sobre os paralelos com a neurociência).

Na Introdução, descrevi os passos que tomei para, finalmente, encontrar um modo de ajudar Robbie com seus pânico frenéticos sempre que estava atrasado e como, por fim, passei a evitar a palavra “você” quando tentava descrever seus sentimentos. Comecei assinalando com sentimento que “É aborrecido quando...”, e isso

pareceu permitir a perspectiva necessária. Parecia que ele, então, podia tomar para si tanto quanto pudesse tolerar. Em todo caso, em certos momentos, *o que* está sendo sentido precisa ter precedência sobre *por que* está sendo sentido (e, como eu disse antes, até sobre *quem* está sentindo).

Eu poderia sugerir, portanto, que, se estamos comprometidos com a construção da casa de Anna Freud ou com as duas casas de Klein (para o *self* e para o objeto interno), podemos ter de começar pelos alicerces de cada casa. Os intersubjetivistas descreveram o problema do déficit no *self*, e a diferença entre estratégias defensivas destinadas a compensar a interrupção do desenvolvimento e as verdadeiras defesas contra desejos conflituosos (Stolorow e Lachmann, 1980). Em linguagem kleiniana, podemos querer levar em conta a diferença entre a tentativa de “superar” esse déficit e a tentativa de se defender dele (Klein, 1937).

Neste livro, contudo, gostaria de acrescentar outra dimensão à questão do déficit ressaltando a existência, em alguns pacientes, de um déficit ou de danos no objeto interno. Isso diz respeito a objetos vividos como desinteressantes, não valorizados (e não *desvalorizados*), imprestáveis e, possivelmente, desmentalizados. Também pode dizer respeito a objetos com excitabilidade perversa, às vezes, sadomasoquista. Alguns anos atrás (Alvarez, 1992, 1999), sugeri que um nível intensificado de intervenção – denominado “reclamação” –, em resposta à sensação contratransferencial de urgência desesperada, seria necessário com pacientes como Robbie em risco iminente de algo semelhante à morte psíquica. Como descrito anteriormente, a experiência posterior – com um Robbie muito vivo e quase freneticamente psicótico – levou-me a imaginar as condições sob as quais ele – e outros como ele nesses diversos estados – poderia ouvir minhas tentativas de chegar até ele.

Sugiro, portanto, que progressos históricos e cronológicos na teoria e na técnica de Freud e Klein, passando por Bion, para os especialistas em autismo – de cima para baixo, por assim dizer –, podem precisar ser revertidos quando levamos em conta considerações clínicas, psicopatológicas e de desenvolvimento. Trabalho meu trajeto descendente a partir do nível superior da casa descrita por Anna Freud, passando pelo térreo, até o subsolo e seus alicerces, examinando três formas diferentes em que a interpretação pode atribuir significado à vivência ou à fantasia. Schafer (1999, p. 347) ressaltou que o uso do modelo hermenêutico não implica necessariamente “relativismo obtuso”. E, com certeza, não há implicação de que os analistas ou terapeutas aqui citados defendam apenas um nível de trabalho. Cito artigos específicos de autores que abriram caminho para a ampliação da técnica. Além do mais, isso não quer dizer que o trabalho analítico possa ser nitidamente dividido nesses três níveis. Já houve mapas psicanalíticos antes, notavelmente a grade de Bion (1963), mas espero ligar o nível de desenvolvimento simbólico com a técnica. Há muitos pontos no contínuo entre cada um dos três, mas, ainda assim, é possível considerar que envolvam passos reconhecíveis do alicerce para cima, por assim dizer, em direção ao funcionamento simbólico superior. Em primeiro lugar, certos pacientes precisam ser ajudados a ter capacidade de sentir e encontrar significado, às vezes, por meio da experiência de que algo tem significado imperativo para outra pessoa; assim, os sentimentos podem começar a ser identificados e investigados; finalmente, explicações que acrescentem significados alternativos adicionais podem ser escutadas e assimiladas.

## *O contínuo de técnica de cima para baixo*

### **Nível explicativo: oferecer significados alternativos**

Freud (1893-1895) descobriu o poder das interpretações explicativas a respeito da ligação entre as partes reprimidas e deslocadas da personalidade e as defesas contra elas. (A crença de que sua perna está paralisada se deve à culpa inconsciente acerca de sua hostilidade contra seu pai moribundo quando você estava cuidando dele.) Essa é uma interpretação “por quê-porquê”. Klein (1946) elaborou e ampliou o trabalho de Freud sobre projeção, ao ressaltar que partes inteiras da personalidade poderiam ser projetadas para dentro dos outros. Isso pode conduzir a outros tipos de interpretação explicativa, ou seja, localizando ou realocando partes excindidas ou projetadas da personalidade. (Você está tentando me fazer sentir inferior para se livrar de seu próprio sentimento de inferioridade.) Essa é uma interpretação “quem?-você” ou “onde?-lá”. Ambos os tipos de interpretação tendem a substituir um significado por outro, o inconsciente pelo consciente ou o renegado pelo recuperado. Bion (1962b, 1965) estabeleceu a ligação entre identificação projetiva e contratransferência: ressaltou que a identificação projetiva emanada do paciente podia ser poderosamente sentida na mente do analista e exigia continência e transformação, antes de ser devolvida ao paciente.

### **Nível descritivo: atribuir ou ampliar significado**

Bion aprofundou a questão: sugeriu que certas identificações projetivas não ocorriam simplesmente por motivos defensivos ou destrutivos como também com intuito de uma comunicação necessária (Bion, 1962b). Joseph (1978) e Steiner (1993) prosseguiram,

chamando a atenção para esse elemento de necessidade, ou seja, a necessidade de certos pacientes de que o analista contenha as projeções em determinados momentos, sem as devolver. O analista investigaria a natureza da parte faltante do paciente enquanto estivesse dentro de si, até que o paciente pudesse se apropriar dela ou recuperá-la. Essa atitude mais receptiva à necessidade de projetar do paciente não difere das ideias de Winnicott relativas a permitir que o objeto transicional tenha significado por si próprio (paradoxal), sem ser explicado e destituído de forma prematura demais (Winnicott, 1953). A partir da perspectiva do desenvolvimento normal, o estudo dos pesquisadores da comunicação pais-bebê – e de suas consequências para a saúde mental do bebê – identificou processos que ocorrem em estados mentais ou emocionais compartilhados, dando a entender que certos comentários mais simples, empáticos ou amplificadores, por não sobrecarregarem o paciente com ideias, podem alcançar, ao mesmo tempo, as partes relativas aos sentimentos e as partes pensantes da mente (Stern, 1985; Trevarthen, 2001). Os kleinianos citados anteriormente estão descrevendo o fenômeno “sentir por” e os estudiosos do desenvolvimento estão descrevendo “sentir com”. Ambos parecem essenciais para a tarefa de comunicar compreensão em níveis muito básicos. Cada um dos métodos que dão significado, quando se trata de uma interpretação, diz respeito à natureza do que é [*whatness*] e à natureza de ser da experiência [*isness of experience*] e, conforme sugiro, isso levanta questões a respeito do grau e da natureza dos processos introjetivos e do nível de capacidade de formação de símbolos do paciente. Respeita a necessidade de ajuda do paciente no nível do pensar em um único trilho sem lhe empurrar ideias de duplo trilho [*one-tracked thinking* e *two-tracked ideas*] mais exigentes e, possivelmente, incompreensíveis para ele. Sugiro que esse nível de trabalho se define melhor em termos do que é em lugar do que não é.

### Um nível ainda anterior de trabalho – nível vitalizante: insistência no significado

No caso, como já mencionei, gostaria de acrescentar outra dimensão à questão do déficit, ressaltando a existência em alguns pacientes de déficits ou de danos no objeto interno. Isso diz respeito a objetos vivenciados como não interessantes, não valorizados (e não *desvalorizados*), imprestáveis, desmentalizados ou excitáveis de modo perverso. O nível de trabalho exigido precisa preceder o nível explicativo e o descritivo. No nível mais grave de psicopatologia – e, portanto, o nível mais extremo de técnica –, questiona-se se sentimentos e significados têm qualquer importância para pacientes em estados desprovidos de afeto do autismo, de dissociação ou de apatia decorrentes de um desespero crônico. Nesse caso, o déficit era ainda mais grave: o objeto era tão remoto e fraco que praticamente não existia. Também surge a questão de quando a dissociação e o endurecimento agregaram motivações perversas ao déficit e, nesse caso, a ligação com um objeto interno vivo pode atrofiar.

Esse nível final de trabalho – nos alicerces da vida mental e relacional – aborda o problema de ser escutado por pacientes que não podem escutar nem sentir, talvez em razão de autismo, dissociação de natureza crônica em razão de trauma ou apatia crônica resultante de desespero ou negligência. Não se trata de uma questão de um trilho ou dois; primeiro, é questão de ajudar o paciente a entrar no trilho, ou voltar ao trilho, em situações em que ele esteve profundamente perdido (não se escondendo). Ou, voltando à metáfora da casa, ajudar nossos pacientes a ficar em “terreno sólido”, como disse um adolescente autista em recuperação (Edwards, 1994). O que está em jogo não é simplesmente um ego fraco nem mesmo déficits importantes no senso de *self*: é uma questão de déficits tanto do *self* quanto do objeto interno, *ambos* sendo vividos



como mortos e vazios ou imprestáveis. Com frequência, há uma indiferença crônica acerca das relações que ultrapassa o desespero. Nada se espera. Green (1997) descreve algo semelhante no caso de pacientes que, na infância, viveram uma depressão súbita da mãe. Ele descreve o “desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta” como defesa contra a perda abrupta do amor materno em razão de luto ou perda dela (pp. 150-151). Aqui, contudo, penso em casos em que mais provavelmente o retraimento da mãe era mais crônico ou o retraimento do paciente mais semelhante a uma “não atração” [*undrawal*], muitas vezes, por motivos constitucionais. Bob Dylan descreve algo similar, de modo mais agressivo: “Não estou procurando nada nos olhos de alguém” [*I ain't looking for nothing in anyone's eyes*] (Dylan, 1987). No entanto, Dylan sabe o que não está procurando. Algumas crianças não sabem. Esses problemas clínicos podem surgir de maneiras muito diversas em um subtipo “não atraído” [*undrawn*] específico de autismo e também em crianças que passaram por grandes privações ou que foram abusadas e perversas. Sugeri que a ação de reclamação ou reivindicação de um terapeuta, que responde a um senso de urgência contratransferencial muito forte, pode ser uma forma extrema da atividade normal da mãe de despertar e alertar o bebê normal, levemente deprimido ou um pouco distraído (Alvarez, 1980, 1992). Esclareci, depois, que essa técnica só seria relevante em casos de um subtipo específico de autismo ou de privação em que há grave déficit do senso de *self* e de *objeto* (Alvarez, 1999). Esse tipo de trabalho pode envolver despertar o paciente para atenção e significado – ou, em termos de Bion, pelo menos oferecer realizações para preconcepções minimamente vivenciadas (Bion, 1962b). Quando as realizações falham, as preconcepções podem ter desaparecido ou atrofiado. Refiro-me ao trabalho com crianças e adolescentes, mas Pierazzoli (comunicação pessoal, 2002), McLean (comunicação pessoal, 2003) e Director (2009)

sugeriram que a atividade de reclamação também pode ser relevante para trabalhar com certos adultos esquizoides cronicamente desconectados. Psicoterapeutas de crianças também utilizaram o conceito (Edwards, 2001; Hamilton, 2001; Music, 2009), enquanto Nesic (comunicação pessoal, 2005) sugeriu que trabalhar com pacientes com síndrome de Asperger envolve um processo de minir-reclamações constantes.

Reid (1988) descreveu uma intervenção similar mais intensificada: enquanto reclamação se refere a situações em que o terapeuta chama a criança para o contato com ele, escreveu a respeito de como o terapeuta pode tentar ativar certo interesse por um brinquedo ou qualquer outro objeto da sala. Ela chamou isso de “geração” ou “demonstração” de interesse ou significado. Explica que só usa esse método com certos pacientes autistas semelhantes a Robbie e apenas em determinados momentos.

A propósito, seria essencial diferenciar o paciente passivo desesperado, em razão de um objeto interno morto, do tipo de paciente descrito por Joseph (1975), que projeta interesse e preocupação dentro do objeto, que passa, então, a se sentir pressionado a ser o portador da vivacidade e da capacidade de atividade que parecem faltar ao paciente. (Há um exemplo em que ambas as situações se aplicavam a um paciente esquizoide limítrofe. Consegui responder a ambas, em uma rara ocasião, devolvendo parte do sentimento projetado para o paciente, mas eu mesma conservei e o expressei um pouco. Ver Alvarez (1992, p. 88).) Seria essencial também desenredar elementos da quase atrofia encontrada em algo semelhante ao deserto psíquico das pessoas envolvidas no “refúgio psíquico”, descrito por Steiner (1993). O deserto psíquico, no primeiro ano de vida, pode reunir motivos defensivos ou viciantes durante o desenvolvimento para a idade adulta e, evidentemente, esses motivos precisam de cuidado analítico. Contudo, o mesmo se

daria com relação ao déficit que acompanha e subjaz à situação em que o objeto, mais que ser evitado, nem sequer é encontrado, em razão de seu distanciamento ou fraqueza. Nesses estados mentais, o paciente não está se escondendo, está perdido. O refúgio ao menos oferece um lugar para ir; o deserto nada oferece.

### *Aprimoramento do estado mental do paciente relevante para o trabalho nos três níveis*

#### **Interpretações explicativas: precondição necessária**

Eis um exemplo sucinto de interpretações mais comuns sobre raiva, por causa de perda ou ciúme, em pacientes que não estão em estado mental psicopático, *borderline* ou psicótico, mas funcionando em nível relativamente neurótico, em que é positivamente útil dizer algo como: “Você está zangado, está bravo, porque...”. Isso em pacientes em que há alguma capacidade de culpa, de amor, algum ego, que possa processar o *insight* sobre sua própria agressividade, mas também em quem já se estabeleceu certo autorrespeito. Recentemente, uma adolescente chegou muito emburrada para a última sessão da semana. Explicou que a irmã a fizera se atrasar meia hora para sua sessão, mas recusou-se a dizer mais e sentou-se de costas para mim, absolutamente furiosa comigo. Pacientes *borderline* ou psicopáticos podem levar semanas para se recuperar desse tipo de decepção ou contratempo. Na verdade, podem estar sentindo não só raiva ou fúria: podem estar vivenciando confusão ou desespero, ou um aumento gélido de seu cinismo. Mas, para Linda, fui capaz de dizer: “Você está absolutamente furiosa comigo porque temos essa sessão tão curta hoje, especialmente sendo a última sessão da semana. Deve ser culpa minha”. Ela se virou e disse: “Sim, e tenho provas na próxima semana”. Ela se acalmou bem

rápido. Foi suficiente interpretar sua raiva: não foi necessário considerar seu desespero nem suportar o sentimento de injustiça por ela, já que ela própria estava em contato com ele. Algumas pessoas *borderline* em desespero precisam que contemos isso por elas (ver Capítulo 6 sobre imperativos morais), mas Linda não. Ela foi capaz de se sustentar por si mesma, o que precisava ser processado era sua raiva. Muitos desenvolvimentos emocionais e cognitivos importantes já haviam ocorrido na vida dessa jovem para ela chegar a esse estágio. (Discuto isso na Parte I.)

Esses níveis superiores de interpretação envolvem uma interpretação em duas partes e, portanto, supõem capacidade de pensar em dois trilhos, ou seja, a capacidade de pensar dois pensamentos de forma bastante completa ao mesmo tempo (Bruner, 1968). As pré-condições emocionais são evidentes: certa capacidade de tolerar ansiedade e dor e de tolerar pensar – em outras palavras, um estado não muito distante da posição depressiva. No entanto, também envolve um elemento de funcionamento cognitivo, isto é, de desenvolvimento do ego e de formação de símbolo já adquiridos. Tomados juntos, isso pode envolver um estado mental neurótico ou moderadamente limítrofe. Bruner (1968) descreveu o desenvolvimento cognitivo que denominou capacidade de “pensar entre parênteses” ou de manter algo em reserva. O estudo de Bruner observou bebês em desenvolvimento desde o nascimento, verificando o que chamou de atenção de um trilho, em que os bebês só conseguiam mamar ou olhar, e uma capacidade coordenada de dois trilhos, aos quatro meses, quando conseguiam fazer as duas coisas mais ou menos ao mesmo tempo. Bruner (1968, pp. 18-24, 52) chama esse estágio final de “marcar o lugar” (como pôr o dedo em uma linha de um livro, enquanto se escuta alguém por um instante).

Outros autores descreveram algo similar ao pensar em dois trilhos de Bruner. Bion (1950) destacou a dificuldade do paciente

psicótico com a visão binocular, e Segal (1957) sugeriu a importância do desenvolvimento da posição depressiva na aquisição do funcionamento simbólico – um tipo de pensar e sentir entre parênteses em um nível emocional profundo, em que amor e ódio não estão mais separados, mas integrados, embora não borrados nem confusos. Bion (1955, p. 237) também descreveu como os pensamentos podem se comportar como pessoas, isto é, se sobrepor um ao outro, e, poderíamos acrescentar, nos caçar, nos assombrar, caçar uns aos outros e, na poesia e em outras artes, ocasionalmente, conjugar-se harmonicamente. A criança normal pode manter um pensamento em reserva, levar em conta o pensamento dentro do pensamento e o pensamento além do pensamento. Por outro lado, pacientes *borderline* (em seus momentos psicóticos) são concretos, com pensamentos em um único trilho, avassalados pela singularidade do seu estado mental, em perigo de equações simbólicas e de cisão e projeção maciças. Podemos correr o risco de produzir integrações prematuras se tentamos passar por cima dos seus estados mentais urgentes, imperativos, obstinados.

Bruner não discute as condições em que o senso de reserva pode ser facilitado ou perturbado, mas psicanalistas aventaram que as condições emocionais envolvidas na passagem das relações bipessoais para as triangulares (edípicas) também podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento desse tipo de apreensão quantitativa profunda (Britton, 1989; Klein, 1932b, pp. 183-184; ver Capítulo 2 para outros exemplos de bebês usando essa capacidade). Parece provável que a capacidade de registrar duas versões diferentes do objeto, às vezes, ambas positivas (*i.e.*, pode estar próxima, mas também distante, ainda que presente; ou é sugável, mas também visível; ou conversa com ele, mas também presta atenção em mim; ou me espera em segundo plano enquanto converso com ele), desempenha um papel no desenvolvimento da formação de símbolos e pode ser precursor importante da capacidade

da posição depressiva de reunir dois pensamentos/sentimentos muito diferentes e opostos (amor e ódio ou amor e perda).

No entanto, há ainda outro fator emocional na capacidade de manter pensamentos em reserva, que examino com mais detalhes no Capítulo 2: ou seja, o elemento de prazer e de confiança e o senso de agência, abundância e antecipação que se ganha quando se vivencia mais que só um trilha de experiência. Há um elemento de confiança envolvido em esperar que uma ideia esteja na retaguarda da mente enquanto prestamos atenção em outra coisa. Igualmente, há um grande elemento de confiança e sensação de aventura, por exemplo, na base da coragem envolvida em aprender a andar e em avançar na investigação de novas ideias. Isso pode ser visto como decorrente da grande visão de Bion (1967) de que as relações entre pensamentos parecem se comportar como as relações entre pessoas ou entre o *self* e os outros. (Os Capítulos de 2 a 4 ilustram essa noção de diversas maneiras.)

### **Nível descritivo: atribuição simples ou ampliação de significado com pacientes com déficit egóico**

Muitas crianças são doentes demais ou têm dificuldade de aprendizagem (em razão de autismo, trauma ou negligência) para conseguir pensar dois pensamentos juntos ou mesmo em sequência próxima. Para elas, a simples investigação das características que cercam um aspecto do objeto (por exemplo, seu brilho) ou do *self* (minha voz pode ser mais alta!) pode ser suficiente para prosseguir de modo a fazer sua mente crescer. Muitos pacientes com dificuldade de aprendizagem parecem ter subjacente algo semelhante a uma “incapacidade de querer saber”. Devo dizer que, embora tenha sugerido que níveis diferentes de patologia correspondem aos três níveis, os pacientes se recusam ao enquadramento em

categorias diagnósticas estritas, assim, os níveis só se referem aos diversos estados mentais que, evidentemente, podem ocorrer no mesmo paciente, em momentos diferentes da mesma sessão. Há muito tempo, Glover (1928a) alertou que “a interpretação transferencial da fantasia é incompleta” e que, “como regra geral, nossa próxima interpretação transferencial diz respeito aos indícios transferenciais de defesa” (p. 18). Mas ele também defendia uma cuidadosa regulação e dosagem da interpretação com pacientes *borderline* e advertiu contra os perigos das interpretações prematuras nesse tipo de caso (Glover, 1928b, p. 213).

Bion descreveu duas etapas no desenvolvimento da capacidade de pensar: primeiro, a preconcepção precisa encontrar uma realização para que nasça uma concepção e, segundo, a concepção precisa encontrar frustração para que nasça um pensamento. Curiosamente, ele não disse muito acerca da primeira etapa. Parecia muito mais interessado na segunda: pensava que a verdadeira aprendizagem dependia da escolha entre técnicas de evasão e técnicas de modificação da frustração (Bion, 1962b, p. 29) e ligou a tolerância à frustração ao senso de realidade. Seu conceito de uma preconcepção que se junta a uma realização parece ter alguns indícios do elemento do encaixe perfeito sugeridos nas teorias de narcisismo primário (Freud, 1938, pp. 150-151), simbiose (Mahler, 1968) e ilusão (Winnicott, 1953), e que parecem insinuar um estado desmentalizado, algo sonolento. Contudo, surpresas agradáveis podem alertar ao extremo e estimular, do ponto de vista cognitivo, de tal modo que talvez a primeira etapa de Bion, a de introjeção de momentos de contato ou “momentos de encontro ou momentos de reconhecimento” (Sander, 2000), mereça mais estudo. O sentimento de ser compreendido pode levar a se *sentir bem*, sem implicar um simples modelo de adaptação ou gratificação. Na verdade, tais experiências podem não envolver exatamente encontros ou

reconhecimentos: por causa do elemento de surpresa prazerosa, podem ser vitalizantes e fomentar pensamentos.

De qualquer modo, esse nível de trabalho envolve algo mais parecido a atribuir ou dar significado. Aqui, como disse, sugiro que estamos na área das ideias de Joseph (1978) sobre continência da identificação projetiva dentro do analista, por algum tempo, e o afastamento da devolução prematura do projetado, e de Steiner (1994) sobre a importância das interpretações centradas no analista. Isso se relaciona às ideias de Winnicott (1953) sobre respeitar o paradoxo na área transicional, ou seja, não identificar o objeto transicional rápido demais como pertencente ao objeto ou ao *self*. Conceitos como partilha e sintonia de estado mental, oferecidos por estudiosos do desenvolvimento como Stern (1985), ou companhia atenta, sugerida por Trevarthen (2001), também são relevantes.

Duas recomendações de Schore (2003) sobre técnica com pacientes *borderline* também são adequadas: o reconhecimento e “a identificação de afetos inconscientes que jamais foram regulados de maneira interativa durante o desenvolvimento” (pp. 280-281) nem representados internamente, e uma abordagem que não só identifica afetos distintos, automáticos, expressos por meio de expressões faciais e prosódia como também leva em conta a intensidade e, especialmente, a duração e a labilidade dos estados emocionais. Em termos de Stern, o terapeuta desses pacientes pode precisar estar alerta para os “afetos de vitalidade” do seu paciente, isto é, forma, intensidade e temporalidade das emoções do paciente, tanto quanto para seu conteúdo e, com certeza, para seu vínculo com outras emoções (Stern, 1985, pp. 53-60). Ou seja, não só podemos dizer “Você está muito aborrecido hoje” como também “Você ainda está muito, muito aborrecido, não está?”. Ou, para uma criança antes rigidamente controlada e controladora: “Você parece realmente gostar de quicar essa bola, especialmente porque



ela nem sempre volta para o mesmo lugar”. Ligar a experiência a outros pensamentos, por exemplo, com suas ligações simbólicas, pode ser redundante, no melhor dos casos, e, no pior, interferir com um novo progresso. Trata-se de avaliar se devemos pensar que interpretações descritivas ou amplificadoras são parciais, incompletas (Glover, 1928a, p. 18) e simplesmente preparatórias para a coisa real, ou se devemos pensar que ocorre uma vivência mais completa nesses momentos. Seria necessariamente uma vivência parcial, quando algo parece tão certo?

Um instrumento muito útil para trabalhar nessa área é o conceito de “função alfa” de Bion (1962b) – a função mental que torna os pensamentos pensáveis e dá significado à experiência. Como com Robbie, às vezes, pode ser melhor evitar como um todo a questão de quem é que vive a experiência. Se o paciente for muito perseguido, desesperado ou simplesmente confuso, talvez seja melhor ligar um adjetivo ou dois ao substantivo, um advérbio ou dois ao verbo, e deixar assim. Um “É perturbador quando...” pode servir para colocar o sentimento a certa distância. Assim, o paciente pode escolher se vai deixar que a experiência seja sua, apropriar-se ou não dela. Nomear e descrever a experiência, creio, deve ter prioridade sobre sua localização. Hopkins (1996) esboça os pontos de vista de Winnicott a respeito da importância de simplesmente nomear por meio do brincar: ele supervisionou o trabalho de Hopkins com uma criança de 3 anos que não falava, não se vinculava nem tinha capacidade de brincar. Esse nível de trabalho é importante com pacientes psicóticos que estejam saindo de estados de grave dissociação e tenham necessidade de, simplesmente, identificar e verificar um estado emocional muito antes de conseguirem reconhecer como seu esse estado; também é importante com alguns pacientes traumatizados ou que passaram por grande privação que têm pouca estruturação de seu cérebro/mente emocional. Schore (2003) sugeriu que, ao trabalhar com pacientes

*borderline*, não se trata de tornar consciente o inconsciente, mas de reestruturá-lo ou até mesmo estruturá-lo. Estou falando principalmente de pacientes *borderline*, autistas ou psicóticos, mas, na verdade, algumas pessoas precoces do ponto de vista verbal também podem necessitar de alguma desaceleração para dar conta da sua verdadeira experiência. Uma adolescente, aparentemente muito interessada em entender suas dificuldades, pode dizer: “Eu estava muito irritada com Matthew e sei que é porque fiquei com ciúme quando ele conversou durante muito tempo com aquela menina atraente, ontem à noite”. Contudo, precisei aprender a não ser enganada pelo que aparentava ser *insight* e, às vezes, perguntar simplesmente o que ela queria dizer com “ciúme”. Ela precisava de ajuda para ir mais devagar e examinar sua experiência, em vez de engolir, correndo, minhas interpretações como um todo e, depois, me realimentar com sua compreensão pouco digerida.

### **Continuação da atribuição descritiva de significado: exemplo de continência de identificação projetiva**

O conceito de identificação projetiva como comunicação de Bion descreveu situações em que a mãe contém e transforma as projeções do bebê de maneira a tornar tolerável o intolerável (Bion, 1962b, 1965). Ele comparou esse conceito com a função continente do analista, e há muitos exemplos disso no trabalho clínico em que o paciente é capaz de investigar uma experiência insuportável por meio de outra pessoa. Joseph (1978) chamou a atenção para a necessidade de os analistas conterem essas experiências frequentemente muito poderosas dentro de si, às vezes, por longos períodos, sem devolver a projeção para o paciente; Steiner (1994) diferenciou interpretações centradas no analista de interpretações centradas no paciente. No trabalho com crianças, essa continência

pode ocorrer por meio da disponibilidade de o analista encenar [*enact*] (por um tempo), por meio do brincar, a parte do *self* não desejado da criança. Freud (1911) e Bion (1962b) ressaltaram a importância da frustração no processo de aprendizagem, contudo, em certos casos, a liberação *da* frustração parece ser o que promove o pensar – a oportunidade de investigar a experiência em outra pessoa capaz de senti-la profundamente e também pensar a respeito dela. Kleitman (1963) mostrou que ocorrem vigília por escolha, estados de animada curiosidade, em bebês recém-nascidos após uma mamada ou defecação, quando o bebê se sente bem, e não como se pensava antes, quando o bebê está premido pela fome e pelo desconforto.

Jill, uma jovem com deficiência, condenada a uma cadeira de rodas por toda a vida, ficou desesperada e em um estado suicida ao mudar da escola primária para uma escola secundária maior. Depois de uns meses de terapia, começou a fazer sua terapeuta sentar em uma cadeira com fitas adesivas enroladas em volta das pernas. Jill disse que a terapeuta nunca sairia, teria de ficar ali para sempre. Era uma brincadeira de faz de conta (a terapeuta não estava realmente presa), mas o tom era glacial e mortalmente sério. Evidentemente, essa figura representava Jill, mas, do ponto de vista clínico, era importante a terapeuta imaginar e descrever essa vivência extremamente perturbadora como se fosse sua, e não devolver a projeção nos estágios iniciais. A paciente não só queria como precisava *experimentar* a identidade de alguém saudável, ao mesmo tempo que via essa outra pessoa viver o desespero e a amargura em seu lugar. Ela sentia que devia ser *a vez de outra pessoa*. O senso de necessidade urgente e legítima é muito diferente de um desejo – ainda que seja um desejo apaixonado – de que as coisas sejam de outro jeito, e as palavras da terapeuta, as respostas contratransferenciais e as dramatizações podem refletir esse fato. A brincadeira começou de maneira sádica, mas, à medida que as semanas

prossegiram, foi ficando cada vez mais dramatizada simbolicamente e, afinal – em certos momentos –, bem-humorada. Devolver prematuramente a projeção só teria aumentado a frustração e o desespero já intolerável da criança, impedindo a lenta investigação de verdades dolorosas. Ela conhecia perfeitamente sua invalidez e a profundidade do seu desespero, mas, em algum lugar, tinha a preconcepção de si como ser humano saudável e capaz e encontrou a oportunidade de isso ser realizado, ainda que só em fantasia. Ressalto que a utilidade dessa continência, pela terapeuta, não precisa ser vista apenas como um passo no caminho da reintrojeção subsequente do sentimento de invalidez, mas como um passo necessário para o crescimento da esperança e da autoria (e do desejo de uma vida digna e parcialmente capaz) no *self*, que foi posto de lado enquanto realizava a projeção necessária. Kundera (1982) descreveu a maneira pela qual fantasias de justiça e até de vingança poderiam levar a “retificação” de sentimentos duradouros de amargura. Continência cuidadosa da identificação projetiva parece ter permitido que Jill se recuperasse do desespero e começasse a se ver como mais capaz. O monitoramento cuidadoso poderia nos advertir sobre os riscos de continuar por tempo excessivo e com muita passividade nesse tipo de receptividade e, desse modo, de negar a realidade ou, pior, alimentar o narcisismo ou o sadomasoquismo.

### **Continuação da atribuição descritiva de significado: exemplo de função alfa que prevê algo semelhante à autorressonância**

David, um menininho, nasceu prematuro e teve crises respiratórias e hospitalizações durante todo o primeiro ano de vida. Também sofreu abuso emocional e tinha atraso grave do desenvolvimento. No início, não sabia brincar nem falar, mas, afinal, começou a ralar e gritar com um ursinho de pelúcia. A seguir, acrescentou uma

nova brincadeira: começou a pedir ao terapeuta que dramatizasse com ele alguém tossindo e sufocando. Ele e o terapeuta tossiam, ameaçavam vomitar e sufocavam juntos. David insistia na reprodução exata de cada detalhe. Quando o terapeuta disse, em certo momento, lembrando sua história inicial “Coitadinho do bebê!”, David rejeitou essa fala com desesperada impaciência. Aparentemente, o terapeuta devia *ser* David antes de ele estar preparado para *sentir com* ele e, certamente, antes de ele estar preparado para *sentir por* si. Talvez o companheirismo na identificação, durante a experiência, precisasse preceder a empatia, e a empatia precisasse preceder a compaixão. A compaixão, afinal, vem de outro. Talvez David necessitasse, em primeiro lugar, encontrar e identificar sua vivência traumática e fazer o impensável passar a ser pensável. Evidentemente, a exatidão da repetição do brincar era importante para ele. Vale a pena observar que não se trata de um exemplo de identificação projetiva: a criança e o terapeuta precisavam encenar [*enact*] o papel. Era um dueto, não um solo, e o dueto parecia fornecer a função alfa e a ressonância necessárias. Ao observar que alguém, que não seja a própria criança, *sintoniza algo*, por assim dizer, penso que estamos testemunhando os “estados diádicos ampliados de consciência” que Tronick descreve (Tronick *et al.*, 1998). Já observei pacientes traumatizados ficarem chocados e traumatizados novamente com interpretações que tentavam ligar uma pequena fobia atual a fatos mais terríveis e amplos do passado: na verdade, precisavam que o terapeuta tratasse a recuperação do trauma exatamente como o processo de luto descrito por Freud (1917) – envolvendo um pequeno passo de cada vez. Em 2004, Hughes, crítico de arte, disse:

*Necessitamos mais de arte lenta: arte que conserve o tempo, como um vaso conserva água... Uma série de marcas de pincel numa gola de renda, em um*

*Velásquez, pode ser tão radical quanto o tubarão que um australiano capturou... há alguns anos e está agora se desintegrando sombriamente em seu tanque, do outro lado do Tâmis. Mais radical, realmente.*

Pacientes profundamente imersos na posição esquizoparanoide podem precisar de muita ajuda para adquirir a função alfa, em relação a diversos elementos minúsculos de cada lado da cisão, bons ou maus, muito antes de estarem preparados para integrar os dois. Pinceladas mínimas, da nossa parte, podem bastar.

O terapeuta de David atribuiu significado ao participar do dueto de tosse, mas há muitos equivalentes verbais. O meu “Você está muito aborrecido”, para Robbie, ofereceu um tipo de compaixão, mas o “É aborrecido quando” tinha muito mais a ver com uma identificação empática. Mas desconfio que David estava em um nível ainda mais primário do que a necessidade de empatia: precisava investigar como *seria* sufocar quase até a morte, por assim dizer, para administrar um pouco disso. Com um paciente mais velho, algo como “Que horrível!” pode oferecer um pouco da função alfa necessária, supondo que o terapeuta tenha sido verdadeiramente capaz de se imaginar na situação.

Uma ressalva óbvia: é evidente que o terapeuta precisa sentir quando o paciente já consegue assimilar níveis superiores de interpretação – ou seja, quando está na situação emocional de suficiente calma ou intelectualmente capaz de, de fato, querer entender as questões do tipo “por quê” e “quem”. (Vemos esse tipo de curiosidade aumentando aos saltos no Pequeno Hans, e vale a pena levar em conta a prescrição de Pine quanto a “malhar em ferro frio” com pacientes *borderline* (Freud, 1909; Pine, 1985, p. 153).) Steiner (1994) assinalou que o mesmo paciente, em um momento melhor, pode conseguir se apropriar de um sentimento, e muitas crianças

fragmentadas, aos poucos, começam a alternar estados fragmentados e mais integrados.

Steiner (1994, p. 421) assinala que, de qualquer modo, não é uma simples questão de dicotomia ou/ou, conter ou devolver a projeção. Evidentemente, o tom de voz e a gramática podem transmitir níveis diferentes de receptividade em um contínuo de níveis de receptividade até a identificação projetiva. (E o tom de voz certamente acompanha a gramática; não é uma simples questão de palavras.) “Você quer que eu sinta...” é muito diferente de “Você sente que eu deveria sentir...”; e ambas as falas são diferentes de “Eu acho que eu deveria sentir...”; e todas as três são diferentes da confissão franca de Searles do ciúme que sentia das relações idealizadas dos seus pacientes *borderline* e esquizofrênicos com figuras idealizadas, partes deles próprios, até mesmo de suas alucinações (Searles, 1961, p. 438). Essa calibragem de graus de receptividade pode se correlacionar de perto com o grau em que o paciente vivenciou a si próprio como alguém em quem, anteriormente, se projetava e a necessidade consequente de usar a identificação projetiva, não como defesa, mas como comunicação necessária (Bion, 1962b). Indo para outro extremo desse espectro específico, precisamos saber durante quanto tempo devemos continuar desempenhando o papel de vítima que a criança abusada foi um dia (e que precisa que continuemos a ser por algum tempo) e quando devemos começar a mostrar a resistência ao abuso que foi incapaz de ter.

## Níveis intensificados e vitalizantes de trabalho: reclamação e apreensão da faixa correta de intensidade com pacientes com déficit de ego, *self* e objeto interno

Aqui, não está em jogo simplesmente um ego fraco nem deficiências importantes no senso de *self*: são deficiências no *self* e no objeto interno, em que *ambos* são vivenciados como mortos e vazios, imprestáveis ou capazes de excitações desviantes. Com frequência, há apatia crônica acerca de relacionamentos, que vai além do desespero. Não se espera nada. Caso tenha qualquer ligação com as observações de Bowlby (1988) sobre a descida do protesto para o desespero e, depois, para o desaparego, estou pensando em situações que começam *tão cedo* que o desaparego leva a um não apego. Em casos mais graves, a criança, por motivo de autismo ou negligência severa, pode nunca ter desenvolvido um apego (ver Perry, 2002).

### *Exemplo de reclamação*

Gostaria de voltar a Robbie, o paciente autista, em uma fase anterior do tratamento. Ele diferia muito de outras crianças autistas que eu atendera – as que Tustin (1992, pp. 23-30) descreveu como “tipo concha” e que Wing e Attwood (1987) denominaram “indiferentes”. Robbie parecia mais não atraído [*more undrawn than withdrawn*] do que retraído, mais perdido do que se escondendo. Já descrevi (Alvarez, 1992) como, aos poucos, fui chegando à conclusão de que sua passividade não decorria de uma retirada defensiva: ele não se afastara, ele desistira. Nem decorria de projeção maciça de partes intensificadas do seu ego para dentro do objeto: seu objeto interno parecia tão esvaziado quanto ele. Ele, por fim, chamou-o de “rede com um buraco” – não era um continente muito humano nem, no caso, um objeto atraente ou interessante. A continência receptiva, de natureza passiva demais, não parecia ajudá-lo e, de qualquer modo, creio que sua capacidade de projeção era muito



fraca. Desesperei-me durante anos, sem saber como ficar suficientemente densa, substancial e condensada para atrair sua atenção e fazer sua mente extremamente flácida se concentrar.

Em determinado momento, quando Robbie tinha 13 anos, precisei interromper a terapia, de duas sessões semanais, por alguns meses, em razão do nascimento do meu bebê. No mesmo período, a mãe dele também teve outro bebê e, quando Robbie voltou para uma série de encontros mensais apenas, parecia ter desistido totalmente. Parecia ter morrido psicologicamente. Na última sessão antes das férias de verão, vivi um sentimento desesperado de urgência na contratransferência: eu falava da interrupção próxima, da necessidade de dizer até logo e da possibilidade de ele pensar em nós, um lembrando do outro. Nada o alcançava, e fiquei cada vez mais preocupada de tê-lo perdido para sempre. Peguei-me movimentando minha cabeça dentro da sua linha de visão e chamando seu nome. De repente, ele me olhou, muito surpreso, como alguém chegando à superfície, vindo de um local muito profundo, e disse: “Olá-á-á...”, de maneira pensativa e doce, como alguém cumprimentando um amigo há muito perdido. (Observe-se que, ao contrário de um paciente defendido, ele não mostrou resistência à sua emergência, apenas surpresa.) No dia seguinte, teve uma espécie de colapso depressivo, ou melhor, uma saída brusca do seu autismo. Chorou durante vários dias, falando aos pais de uma separação traumática que ocorrera aos 2 anos de idade, quando a mãe teve de ser internada às pressas. Depois de uns meses, quando passou para cinco sessões semanais, contou-me, muito excitado, mas com bastante coerência, ter estado em um poço muito fundo e que alguém jogara uma meia de mulher muito, muito, muito longa e puxara a ele e a todos os seus entes queridos para fora. Um a um, eles todos foram “voando para o outro lado da rua”. Ele geralmente falava em fiapinhos de frases – enunciados apáticos que aparentemente sentia não terem

importância e que eram fáceis de ignorar e esquecer. Mas, nesse momento, Robbie veio verbal, musical e dramaticamente à vida, à medida que sua voz subia e descia com a história do resgate e do voo dos personagens. Edwards observou que, no caso de Robbie, não só seu *self* como também seus objetos internos, voltavam à vida nesse momento (comunicação pessoal, 2010).

A implicação parecia ser algum tipo de corda salva-vidas, e o *comprimento* da meia correspondia exatamente ao meu sentimento de que meu alcance emocional precisava ser longo, porque Robbie estava muito longe e ali estivera durante longo tempo (na ocasião, ele tinha 13 anos). Eu tinha falado mais alto, com maior urgência emocional e, inconscientemente, coloquei meu rosto de modo a captar seu olhar; acima de tudo, eu exigia sua atenção de um jeito que, na ocasião, pareceu-me inusitadamente ativo e, assim, para minha surpresa, consegui. Mais tarde, evidentemente, eu também tinha aumentado as sessões de uma vez por mês para cinco sessões semanais. Creio que ele precisava ser chamado de volta, tanto para si próprio quanto para a família humana, e que o processo parecia envolver uma espécie de despertar do autismo ou de dissociação da vida inteira – ou de ambos. (É possível que uma fraqueza constitucional autística tivesse sido acompanhada de dissociação deflagrada pela separação repentina dos pais em circunstâncias assustadoras. Reid (1999a) descreveu os efeitos do trauma em um pequeno subgrupo de crianças com autismo.) A princípio, pensei que a quase morte psíquica de Robbie fosse um tipo de retraimento, mas passei a pensar que estava mais próxima de uma desistência desesperada do que de um corte defensivo. De qualquer modo, a cronicidade de qualquer condição precisa ser cuidadosamente diferenciada do uso original defensivo dela ou, no caso, do déficit que pode tê-la iniciado. E a técnica analítica pode levar isso em conta.

Reid (comunicação pessoal, 1989) assinalou a possibilidade de não se querer defender esse tipo de técnica com a criança autista do tipo concha, com quem não devemos ser intrusivos. Por isso, teria sido contraproducente com Robbie, em estágios posteriores, quando ele frequentemente tirava partido da sua passividade, simplesmente porque era confortável deixar para os outros o trabalho de sentir e pensar. Conversamos muito sobre a diferença entre o mau uso da ajuda e sua necessidade genuína de ajuda nos primeiros tempos. Essa técnica intensificada e vitalizante certamente não seria necessária com um paciente que tivesse ego suficiente, senso de *self* e interesse pela vida a ponto de lutar contra a tendência a se retrair. É interessante que minha operação de resgate emergencial não precisou se repetir depois daquele dia tão dramático, do colapso subsequente e da mudança para o tratamento intensivo. A partir disso, porém, aprendi que precisava fazer muito trabalho comigo mesma para fornecer um cuidado mais constante, tenso, firme e menos frouxo. O trabalho no pronto-socorro da minha mente precisava ser substituído pelo trabalho na ala de cuidado intensivo. Exige-se um cuidado muito vigilante com certos pacientes autistas se quisermos manter contato – até eles descobrirem sua própria motivação para se relacionar. Na verdade, a observação e a pesquisa de bebês sugerem que certos bebês requerem um puxão mais firme na corda salva-vidas do contato do que outros (Brazelton e Nugent, 1995, pp. 65-66, 73). Evidentemente, também foi importante observar e interpretar as conseqüências da minha frouxidão. Depois, ao adquirir mais linguagem, Robbie descreveu a imagem de dois barcos à deriva, afastando-se cada vez mais. Certo dia, também contou que, há muito tempo, seu tio o havia ajudado a sair de um congelamento profundo no qual esteve paralisado e “deixado à morte para sempre, sem olhos, orelhas, boca e pênis”. Demonstrou como foi lutar para sair do gelo; as pernas se movimentando muito devagar no começo. Pareceu-me uma

ilustração vívida da dificuldade de superar a cronicidade; é um lembrete da *prática* necessária, quando o paciente está mais vivo, para continuar vivo. Robbie ficou muito melhor em se pegar à deriva ou, nesse caso, afundando.

Greenspan (1997) discutiu a técnica de se gerir níveis muito desordenados (muito elevados ou muito baixos) de excitação em certos pacientes, muitos dos quais, mas nem todos, autistas. As ideias desse autor, de como regular a excitação de pacientes excessivamente excitados, provavelmente estariam mais de acordo com o modelo de continência de Bick (diferente do de Bion – mais relacionado com a promoção da integração, no sentido de um senso coerente do *self* e do mundo objetal e até de tranquilização de crianças agitadas com hiperatividade frenética; ver S. Miller (1984)). Mas Greenspan (1997, p. 282) também sugere que os clínicos podem criar, para pacientes pouco animados, “um ambiente pessoal mais convincente”, regulando para cima, ou seja, entre outras coisas, tornando suas vozes mais enérgicas para alcançá-los. O método de Greenspan, que parece decorrer de uma psicologia uni-pessoal, pode parecer tênue para pessoas versadas nas ideias das relações objetais e em toda rica complexidade do mundo interno, com o fluxo e o refluxo dos processos projetivos e introjetivos, mas sugiro que, nessa área de estados mentais adormecidos ou pouco estimulados, se é para levar em conta a existência de objetos internos que também podem estar mortos, sem valor ou desinteressantes, exige-se mais estudo a respeito de métodos para introdução de significado e importância – e fazer contato emocional com pacientes nesses estados tão exauridos.

Há um terceiro tipo de uso intensificado da contratransferência, diferente da urgência desesperada que senti com Robbie, ao perceber que ele estava próximo da morte psicológica. Às vezes, surge quando há um sentimento de tédio vazio e de falta de sentido

na contratransferência. Bergstein (2009) ressaltou que é importante o analista sentir o tédio e o vazio com seu paciente, não se apressar para preencher o buraco de modo prematuro. Contudo, também diferencia tipos diversos de vazio e, nesse caso, enfatiza situações em que o vazio do paciente nesses momentos não se dá por desespero nem por defesa no sentido de projetar partes vivas do *self* para dentro do objeto, mas, sim, que isso se tornou uma solução viciosa. Assim, é preciso ajudar o paciente a ir em frente, por assim dizer. Ou, em uma situação de um quarto tipo, pode haver um sentimento enorme de impaciência, quando não de afronta, com a natureza repetitiva e perversa da atividade sadomasoquista. Discuto o uso desses tipos de contratransferência no Capítulo 7, sobre o trabalho com crianças psicopáticas, e o uso mais intensificado no Capítulo 11, sobre brincar, e no Capítulo 12, sobre descobrir o comprimento de onda.

## *Conclusão*

A psicanálise passou décadas estudando processos de projeção. Começou-se a dar atenção também aos processos introjetivos dos pacientes (Feldman, 2004; G. Williams, 1997). Tentei identificar momentos em que foi útil o terapeuta abrandar o trabalho para um nível mais puramente descritivo, a fim de tentar oferecer compreensão que busca “conservar o tempo como um vaso conserva a água”.

Quadro 1.1 – Níveis de interpretação

| Interpretação/<br>tipos de<br>significado               | Teoria e técnica  | Capacidade<br>cognitiva               | Gramática de<br>interpretação                         | Estado<br>mental (não<br>diagnóstico)  |
|---|---|---------------------------------------|---|--|
| Explicar,<br>localizar,<br>(oferecer<br>alternativas)   | Freud, Klein<br>Desejos/defesas;<br>devolver<br>projeções   | 2 trilhos                             | Por quê-<br>porquê;<br>quem-você                      | Neurótico,<br>normal,<br><i>borderline</i><br>moderado   |
| Descrever,<br>nomear (dar<br>e ampliar<br>significados) | Bion,<br>Winnicott,<br>Stern<br>Necessidades,<br>proteções,<br>conter<br>projeções,<br>facilitar<br>introjeções | 1 trilho                              | O quê<br>[ <i>whatness</i> ]<br>Ser [ <i>isness</i> ] | <i>Borderline</i> ,<br>autistas,<br>psicóticos,<br>atraso de<br>desenvolvimento,<br>vício, perversão |
| Vitalizar<br>(insistir no<br>significado)               | Tustin, Reid,<br>Alvarez<br>Reclamar, gerar,<br>desencorajar,<br>vício ou<br>perversão                          | 0 trilho,<br>ou trilhos<br>desviantes | Chamado-Olá!  | Autistas,<br>psicóticos,<br>desespero,<br>atraso de<br>desenvolvimento,<br>vício, perversão          |

Também sugeri que, com certas crianças autistas, desesperadas/apáticas ou fragmentadas, talvez tenhamos de descer a outro nível de trabalho, ainda mais importante, que envolve a continência, *a transformação intensificada* e a vitalização de objetos internos percebidos como imprestáveis e sem valor (não *desvalorizados*). Não é fácil conseguir o equilíbrio entre ser intenso demais e, portanto, intrusivo, e ser sentido como remoto ou fraco demais. Mas, como disse na Introdução, muito antes de certos pacientes processarem seu ódio e encontrarem sua capacidade de amor, podem precisar desenvolver a capacidade de se interessar por um objeto com certa substancialidade e vida. Algo ou alguém precisa ter importância. É um trabalho no próprio alicerce da possibilidade da relação humana, ou seja, ainda que tenhamos de prestar atenção à sua falta

de interesse, muitas vezes, devemos encontrar maneiras de atrair sua atenção e, então, tentar descobrir como mantê-la. Uma vez que se consegue isso, o trabalho pode se mover para níveis superiores, às vezes, dentro da mesma sessão. Tenho certeza, porém, de que o trabalho com crianças muito perturbadas ou prejudicadas em termos de desenvolvimento precisa de subsídios da psicanálise e dos estudos de desenvolvimento e de psicopatologia. Este livro é uma tentativa de calibrar alguns pensamentos em uma hierarquia de prioridades.

*O coração pensante* é a continuação natural de *Companhia viva*, o livro altamente influente e agora clássico de Anne Alvarez sobre o trabalho com crianças vítimas de distúrbios e sofrimentos severos. Com base em sua experiência de mais de cinquenta anos como psicoterapeuta de crianças e adolescentes, Alvarez usa exemplos clínicos detalhados e explora os motivos pelos quais uma perspectiva terapêutica pode funcionar em detrimento de outra.

A autora identifica três níveis diferentes de trabalho analítico e comunicação: o nível explicativo (o “por quê-porquê”), o nível descritivo (o “o quê”) e o nível de vitalização intensificado (o ganho de acesso ao próprio sentir por crianças com dissociação crônica, apatia decorrente de desespero ou autismo “não atraído”).

O livro será útil a psicoterapeutas, psicanalistas, psicólogos clínicos e educacionais, psiquiatras infantis, assistentes sociais, professores de crianças com necessidades especiais e cuidadores de crianças com distúrbios.

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-060-7



9 786555 060607



[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

**Blucher**





Clique aqui e:

**VEJA NA LOJA**

## **O Coração Pensante**

Três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes

---

**Anne Alvarez**

ISBN: 9786555060607

Páginas: 392

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2021

Peso: 0.426 kg

---