

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

PPG-PsiCC – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dissertação de Mestrado

Da Procura, Um Encontro:

A Identificação Projetiva E A Capacidade

Transicional

Isadora De Assis Brasil

Orientadora: profa. Dra. Deise Matos do Amparo

Brasília, 2015.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

DA PROCURA, UM ENCONTRO:
A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E A CAPACIDADE TRANSICIONAL

ISADORA DE ASSIS BRASIL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da professora Dra. Deise Matos do Amparo.

Brasília – DF

2015

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo
Universidade de Brasília - UnB
Presidente

Prof. Dr. Tales A. M. Ab'Sáber
Universidade Federal de São Paulo
Membro Externo

Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília - UnB
Membro Titular

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
Universidade de Brasília - UnB
Membro Suplente

Brasília, 20 de novembro de 2015.

Aos bebês que sonharam por suas mães.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Flávia e Marçal, pelo amor e cuidado contínuos, pelo apoio em minhas empreitadas e confiança em minha jornada. À minha mãe, por sua vitalidade e otimismo, e por sua dedicação incansável à felicidade compartilhada. Ao meu pai pela constância de seu amor, pela franqueza e companheirismo. Agradeço-os por sonharem comigo e investirem-me de confiança em mim mesma.

Aos meus irmãos, Adriano, Fabiana, Francisco e Marcela, por sempre estarem perto, pela companhia e amizade, por oferecerem-me a possibilidade contínua de brincar e amar. À Carol, por todo seu carinho e felicidade contagiante.

À minha avó materna, Carolina, estrela polar que me norteia, por sua esperança e generosidade inesgotáveis. Aos meus avós paternos, Lizette e Assis, que me demonstraram a força e a fragilidade conjugadas do psiquismo, e de quem sinto muitas saudades.

À Nadja, por sua escuta sempre sensível, sua companhia sustentadora e continente durante este trabalho, pelos seus investimentos de coragem e esperança. Por me ajudar a olhar os bebês. Suas contribuições são de um valor inestimável.

À Mayarê, amiga que sonhou comigo um futuro profissional, pelo *holding*. Agradeço pelas trocas, incentivos, companhia e exemplo de força e perseverança que me oferece. Considero-me profundamente sortuda por tê-la na minha vida.

À Isabella e à Aline, pela coragem, companhia e amparo. Por me ajudarem em meu processo de autorização e autonomia, que tanto auxilia meu continuar-a-ser. À Marina, amiga em quem sempre posso me encontrar. À Luiza, Teti e Rodrigo, pelo segundo lar acolhedor. À Giovanna, Daniel, Julia e Helena, pela cumplicidade e carinho. À Daniela, Raihana e João Paulo, pela amizade de anos, cada vez mais fortalecida pelo tempo. Às amigas que se

fazem presentes mesmo de longe – minhas encurtadoras de distância, Natasha, Bruna, Heloisa, Manuella, Andréa, Luciana e Juliana.

Aos tios Leo, Marcos, Paula, Adriana e Luciana, pelos anos de convivência carinhosa, inspiradora e atenta.

Ao Julio, esticador de horizontes, pelo amor e paz que me transmite.

À Profa. Dra. Deise Matos do Amparo, por favorecer meu aprendizado e ampliar minha sensibilidade no campo profissional, por acolher minha empreitada de pesquisa. Pelo cuidado de suas supervisões e orientações e pelo incentivo durante todo meu percurso.

À Dra. Dione Zavaroni, pelos diálogos enriquecedores e supervisões acolhedoras, pela confiança no compartilhamento da minha primeira experiência docente, pelo apoio e incentivos constantes.

Aos professores que me apresentaram a clínica e participaram da minha formação universitária, em especial à Elizabeth Queiroz e à Izabel Tafuri. À Maviane, pela leitura atenta dos esboços deste trabalho. Aos meus demais amigos de profissão, pela valiosa rede de suporte.

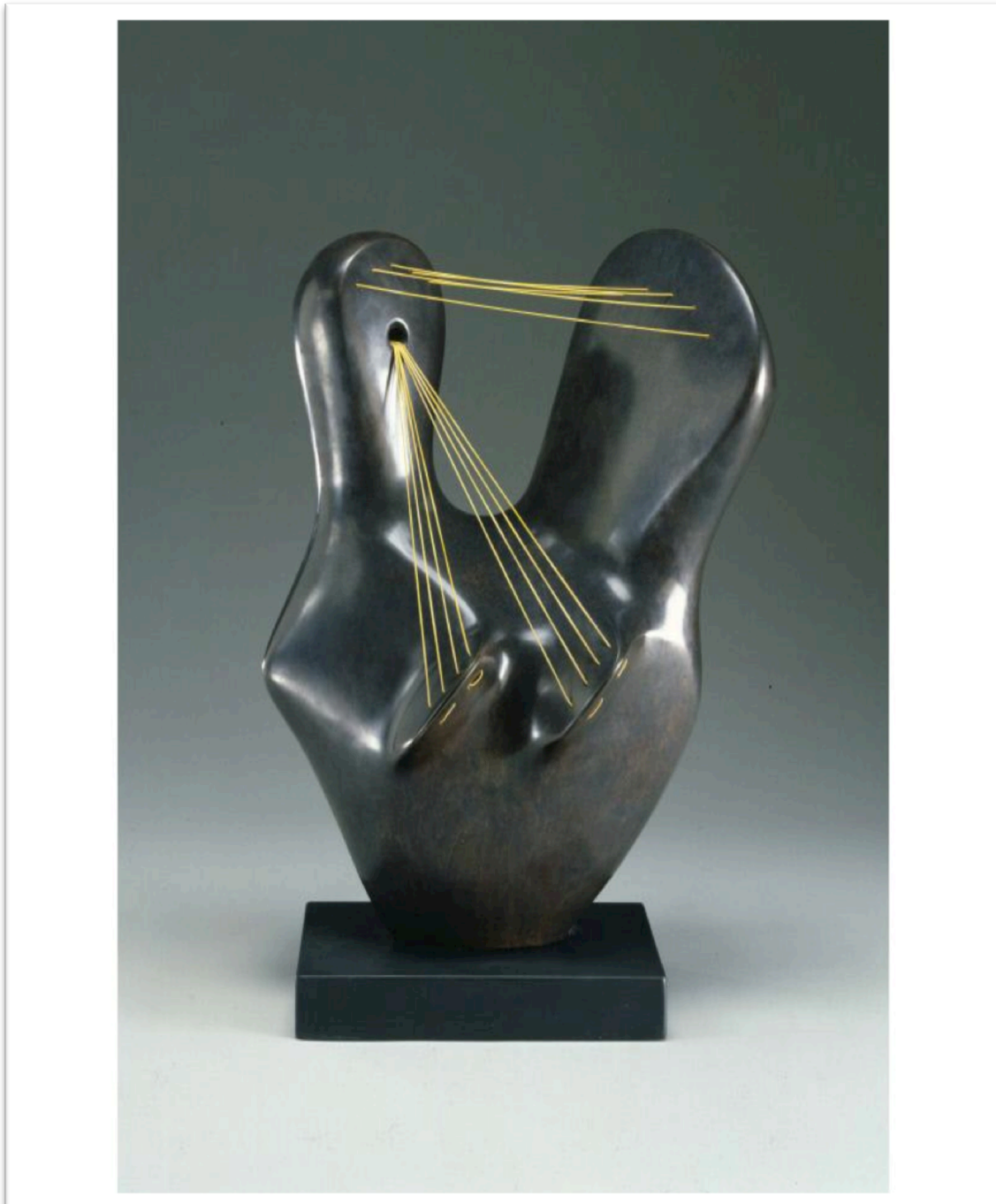
À minha analista, por sobreviver e ser muito viva. Por sua constante aposta na minha fertilidade psíquica.

Aos meus alunos, pelo que me ensinaram e pela escuta que me ajudou a encontrar uma forma de transmissão de conhecimento – fundamental para este trabalho de escrita.

À Universidade de Brasília, por todo o aprendizado.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Stringed Mother-Child, Henry Moore (1985).



SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. Identificação Projetiva: Revisão Crítica e Evolução do Conceito	17
1.1. Da psicanálise de crianças ao psiquismo do bebê: uma breve contextualização da teoria kleiniana	17
1.2. Dentro e fora: um paradigma espacial	20
1.3. As posições esquizo-paranóide e depressiva	23
1.3.1 A posição esquizo-paranóide	24
1.3.2 A posição depressiva	29
1.4. A Identificação projetiva segundo Melanie Klein	31
1.5. Uma evolução do conceito: o aspecto interspíquico da identificação projetiva	35
1.6. Identificação projetiva: facilitador ou entrave para a constituição psíquica?	44
CAPÍTULO 2. A Identificação na Constituição Psíquica segundo Winnicott	47
2.1 As particularidades do pensamento de D. W. Winnicott	47
2.2. Conceitos básicos a respeito do desenvolvimento emocional primitivo	58
2.3. As diferentes identificações	62
2.3.1. As origens do indivíduo: a identificação da mãe com o seu bebê	62
2.3.2. O desenvolvimento do EU SOU: a identificação do bebê com a mãe	65
2.4. A Superposição de linhas de vida: A experiência de ilusão e o espaço potencial	69
2.5. Entre o mundo subjetivo e a percepção objetiva do mundo – a transicionalidade	73
CAPÍTULO 3. Da procura, um Encontro: A Identificação Projetiva e A Capacidade Transicional	78
3.1. A participação da identificação projetiva na preocupação materna primária e no ambiente facilitador	80
3.2. A viabilização da transicionalidade do bebê pelo ir e vir materno: Um movimento pendular, de permanência e continuidade conjugados	86
3.3. Sobreviver, uma tarefa imprescindível	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

RESUMO

Essa pesquisa examina as ligações entre os conceitos de identificação projetiva e de transicionalidade, com base nas obras de Melanie Klein e Winnicott sobre as experiências precoces. Começa pelo estudo do conceito kleiniano de identificação projetiva, focado sobre seu aspecto intrapsíquico. Em seguida, contemplando-se os desenvolvimentos clínicos que conduziram à evolução histórica desse conceito, essa pesquisa chega ao seu entendimento enquanto um processo interpessoal. Subsequentemente, busca-se relacionar a identificação projetiva às contribuições de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional primitivo, detalhando a sofisticada forma como uma mãe se identifica com seu bebê, e as influências disto para o estado de preocupação materna primária. Finalmente, apoiado nas convergências e divergências entre Klein e Winnicott, costura-se o argumento de que a identificação projetiva, aliada à transicionalidade, favorece o movimento pendular que configura um funcionamento psíquico dinâmico e saudável.

Palavras-chave: identificação projetiva, transicionalidade, desenvolvimento emocional primitivo.

ABSTRACT

This research examines the links between the concepts of projective identification and transitionality, based on the works of Melanie Klein and Winnicott about early experiences. It starts by studying the kleinian concept of projective identification, in its intrapsychic focus. Afterwards, by contemplating the clinical developments that led to its historical evolution, this study arrives at the understanding of projective identification as an interpsychic process. Subsequently, it relates this mechanism to Winnicott's contributions regarding the primitive emotional development, detailing the sophisticated way that a mother identifies with her baby, and how this can influence the state of primary maternal preoccupation. Finally, supported by the convergences and divergences between Klein and Winnicott, it sews the argument that projective identification, when allied with transitionality, favors the oscillating movements that configure a dynamic and healthy psychological functioning.

Key words: projective identification, transitionality, primitive emotional development.

INTRODUÇÃO

*Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.
(Fernando Sabino, O Encontro Marcado).*

Este trabalho de dissertação teórica tem como ponto de partida questionamentos a respeito da relação entre a identificação projetiva (Klein 1946/1991) e a transicionalidade (Winnicott, 1975), suscitados a partir do atendimento clínico de orientação psicanalítica a crianças, adolescentes e adultos. A costura que apresentaremos a seguir nasceu e cresceu sobre um terreno fundado por convergências e discordâncias teóricas, sendo tecida a partir dos paradoxos que aprendemos a aceitar enquanto observadores do crescimento e desenvolvimento humano (Winnicott, 1988/1990).

As investigações que orientaram esta pesquisa nasceram do trabalho clínico psicanalítico, isto é, de sua intenção terapêutica de tratamento que antecede à concepção de teorias ou conhecimentos (Celes, 2005, 2006). Dessa maneira, damos continuidade à tradição freudiana de produção de conhecimento a partir das inquietantes experiências transferenciais, elaboradas *a posteriori* para transmissão e formação, de acordo com o tripé analítico da análise pessoal do analista, seus estudos contínuos e supervisões clínicas (Ferraz, 2014).

Assim, embora nosso enfoque teórico seja sobre o processo de constituição psíquica, este trabalho não seria possível sem os questionamentos clínicos suscitados na transferência, os quais nos direcionaram ao eixo do desenvolvimento emocional primitivo e da díade mãe-bebê (Winnicott, 1945/2000). Isso é justificado pelas

semelhanças – que não significam igualdades (Zimmerman, 1999/2010) – entre as relações analítica e primitiva (mãe-bebê). Nas palavras de Winnicott (1968/2005): “Quando alguém está realizando algo profissionalmente confiável, não pode evitar de se tornar uma figura parental” (p.142).

Este trabalho conflui com a ideia de que “A clínica só é soberana se for pensada” (Ab’Sáber, 2005, p.61), e dessa maneira nos propomos a pensar os encontros com a identificação projetiva no contexto transferencial a partir de reflexões sobre como ela comparece no desenvolvimento humano saudável. Dito de outra forma, voltamos o olhar para o cenário da relação mãe-bebê, aliados ao estudo das teorias de Klein e Winnicott a respeito da constituição psíquica, com o intuito de esclarecer questionamentos suscitados na clínica psicanalítica.

As controvérsias e concepções acerca da identificação projetiva serviram de ímpeto criativo para nosso trabalho, lançando-nos a uma extensa busca na bibliografia sobre o conceito. Uma das definições mais sucintas e que nos parece transmitir de forma simples a essência desse processo foi a de Anne Alvarez (1994):

O trabalho de Klein sugeriu que não era suficiente procurar aspectos ausentes do paciente em seu inconsciente reprimido ou enterrado: essas partes ou sentimentos ausentes poderiam, algumas vezes, estar bem mais longes, nos sentimentos de uma outra pessoa. Tal fenômeno, chamado “identificação projetiva”, inclui situações nas quais, por exemplo, algumas pessoas que você conhece sempre fazem com que você se sinta inteligente e atraente, enquanto outras sempre fazem você sentir que sua combinação está aparecendo (pp.12-13).

A expressão “sentir que sua combinação está aparecendo” (no original: *feel that your slip is showing*) é utilizada com o intuito de denotar uma exposição involuntária de algo que se preferiria manter privado – como um fecho ecleto aberto, exibindo as roupas íntimas. A definição acima contempla o contrassenso essencial e

implícito à apreensão da identificação projetiva enquanto fenômeno que envolve a um só tempo os sentimentos de bem-estar e satisfação pessoal e seus opostos, o mal-estar e sensação de vulnerabilidade.

Nosso intuito é demonstrar, nesse trabalho, o caminho teórico-clínico que parte dos paradoxos e preconceitos sobre a identificação projetiva até chegar ao entendimento da sua participação como favorecedora do desenvolvimento emocional saudável, viabilizando transformações e trocas psíquicas. Para tanto, baseamo-nos nas construções que têm em vista o relacionamento materno-infantil enquanto protótipo do relacionamento transferencial, com o analista desempenhando algo muito próximo à função materna para o analisando (Aragão, 2007).

O trabalho clínico junto a pacientes¹ que vivenciaram violências primitivas é marcado por comunicações não verbais, que não comparecem na transferência pela associação livre ou pelo brincar, sendo manifestadas predominantemente pelo *acting out* – uma atuação dos excessos experimentados. O vínculo da díade analítica envolve não apenas o psiquismo, como também o corpo do analista, convocando-o ao domínio dos fenômenos contratransferenciais – o que difere do que observamos frequentemente nos casos de neurose, em que o analisando já está apto a representar simbolicamente sua realidade psíquica.

Klein e Winnicott, enquanto analistas dispostos a ampliar os limites do analisável, dedicaram-se ao atendimento e à pesquisa de casos não neuróticos, visando esclarecer questões que, até então, obscureciam a compreensão analítica sobre a psicose, o autismo, entre outros. Não é coincidência que ambos tenham se debruçado sobre as experiências mais precoces, tentando contemplar os primeiros

¹ Recorreremos indistintamente aos termos "analisandos" e "pacientes" neste trabalho.

tempos de vida do indivíduo: isso aconteceu justamente porque as semelhanças de funcionamento entre esses pacientes e os bebês foram se tornando cada vez mais evidentes.

Nesse sentido, a literatura sobre o desenvolvimento emocional dos bebês auxilia a compreensão e o manejo dos casos não neuróticos, aos quais a psicanálise felizmente vem se dedicando cada vez mais (Alvarez, 1994). As ansiedades primitivas – como a ameaça de aniquilação frente a afetos depressivos, sentimento de vazio, colapso da integridade do eu, perda do conluio psicossomático, impressão de anestesia frente ao mundo, entre outras (Azoulay, 2012; Cardoso, 2004; Figueiredo, 1999) – aproximam esses casos ao que foi postulado sobre o funcionamento primitivo da mente dos bebês. Dessa forma, a psicanálise ampliou seu entendimento do que é analisável e de como promover saúde psíquica.

Foi na ocasião de uma supervisão do curso de Observação da Relação Mãe-bebê pelo método Ester Bick², em 2011, que entramos em contato com o conceito de identificação projetiva pela primeira vez – a partir da compreensão desse processo enquanto uma das bases para o relacionamento materno-infantil e enquanto ferramenta psíquica que se encarregava da circulação de comunicações primitivas entre a díade mãe-bebê. Tudo isso envolto pela experiência de mutualidade, desenvolvimento e saúde na relação mãe-bebê (Winnicott, 1969a/1994), a depender

² A mérito de contextualização: esse curso é oferecido pela Sociedade de Psicanálise de Brasília e faz parte do currículo de formação de analistas infantis, propondo ao observador que frequente o ambiente familiar de um bebê durante pelo menos um ano, oferecendo, por meio de sua presença viva e não interpretativa, uma continência para o psiquismo da mãe e seu filho. As visitas devem ocorrer com um ritmo contínuo, que se torne previsível e confiável, sendo realizadas sempre no mesmo dia da semana, no mesmo horário e com a mesma duração (Bick, 1968/1987; Oliveira-Menegotto *et al*, 2006). A anotação do que se testemunhava e as tentativas teóricas de compreensão cabem a um segundo e a um terceiro momento – de rememoração e supervisão, respectivamente.

das condições que amparavam a díade observada e a possibilitavam desempenhar a função materna com maior ou menor desenvoltura.

Segue um exemplo advindo da experiência de observação da díade mãe-bebê, nesse contexto do curso: havia episódios em que o bebê começava a chorar intensamente ao ser despido antes do banho, recorrendo também ao enrijecimento exagerado de sua musculatura, como quem busca um contorno. Se a mãe compreendia algo nessa ocasião, ela podia então procurar alcançar seu filho com gestos que tentassem tranquilizá-lo – como pegá-lo em seu colo, embalá-lo com palavras ditas em um tom apaziguador (“essa história de ficar nu é realmente muito ruim, mas já, já, a água da banheira vai te envolver...”), cantar-lhe uma canção –, ou até mesmo podia decidir interromper aquela tentativa e recomeçar só depois, quando ambos se restabelessem em um estado de calma. Em outros momentos, por diferentes razões, o choro do bebê poderia se tornar excessivo para ambos, e a comunicação se perderia em meio à angustia transbordante. A mãe ia aprendendo com essas experiências e conhecendo seu bebê. O bebê ia se constituindo com base nas condições do ambiente e do psiquismo materno.

Na primeira situação, mãe e bebê se entendiam: a identificação projetiva servia para a comunicação da díade. Contudo, nas ocasiões em que nenhuma troca era possível, esse mesmo mecanismo era contemplado em seu aspecto de invasão violenta e paralisadora. Essas situações de impasse comunicativo assemelham-se às vivências transferenciais costumeiramente problematizadas pelo conceito de identificação projetiva. Queremos dizer que, no contexto de supervisões clínicas, as menções a esse mecanismo costumavam acontecer quando a relação analista-analisando deixava de correr bem (Chagnon, 2012), contemplando-o em seu aspecto de ataque – como a

tentativa do analisando de controlar o analista e a condução do trabalho, pondo em xeque sua técnica e até mesmo sua capacidade de pensar.

Oras, o que é que influenciava a compreensão da identificação projetiva enquanto base para comunicação e para o vínculo e, ao mesmo tempo, enquanto manifestação violenta e paralisadora? Como poderia o mesmo processo psíquico ser compreendido de formas tão distintas? Foi a partir dessa inquietação que começamos a configurar nosso problema de pesquisa, buscando integrar os aspectos paradoxais da identificação projetiva que testemunham sua participação tanto em situações satisfatórias quanto em ocasiões de ataques, junto aos sentimentos de bem-estar e também à sensação de exposição. Afinal, a identificação projetiva é um facilitador ou um entrave para o desenvolvimento emocional e para o trabalho analítico?

A primeira tentativa teórica de apresentar a identificação projetiva se dá entre 1946 e 1952, anos de publicação e revisão do texto kleiniano sobre os mecanismos esquizoides (Klein, 1946/1991; Petot, 1979/2005). O conceito é descrito inicialmente com ênfase sobre seu aspecto projetivo – em termos de uma fantasia inconsciente que o bebê tem de projetar aspectos clivados do seu *self*³ para dentro do seio materno –, enquanto o aspecto identificatório foi mais explorado na revisão e nos textos seguintes de Klein (1955/1991, 1952a/1991, 1952b/1991), sobre a identificação e a vida emocional dos bebês.

Identificação e projeção são processos primitivos e importantes na constituição do ego e nas relações humanas, que permeiam a teoria de Freud sem, contudo, serem apresentados em escritos “definitivos” e ordenados (Birraux, 2012, Chagnon, 2012) – como são, por exemplo, a negação e a clivagem do ego. Não é

³ Utilizamos o termo *self* da mesma maneira que Winnicott (1970/1994): “o *self*, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação” (p.210). Para melhor compreensão do termo, consultar Fulgencio (2014).

intuito deste trabalho de pesquisa apresentar uma revisão bibliográfica detalhada a respeito desses conceitos. Faremos, portanto, apenas breves considerações que situem o leitor acerca da maneira como os utilizamos aqui.

Em *A Negação*, Freud (1925/2014) relacionou a projeção às “mais antigas moções pulsionais orais: isto eu quero comer ou quero cuspir (...) isto eu quero introduzir em mim e isto eu quero excluir de mim; portanto: isso deve ficar dentro ou fora de mim” (p.23). Apontou também como o mau que se encontra fora do ego é “inicialmente idêntico a ele” (idem), o que já havia sido postulado em “Pulsões e Destinos da Pulsão” (Freud, 1915/2004). Resumidamente, a projeção pode ser definida como uma operação dinâmica que busca atribuir fora de si – no ambiente ou em alguém – sentimentos e desejos que se nega como próprios a si mesmo.

Ela descreve um movimento de deslocamento entre dois pontos, geralmente do centro/interior para a periferia/exterior (Birraux, 2012). O ato de atribuir aos outros o que não se admite em si constituirá uma base sobre a qual nos relacionamos, exatamente por incentivar o reconhecimento de que há um exterior com o qual é possível estabelecer contato. Essa compreensão da projeção é mantida por Klein quando conceitua a identificação projetiva.

Já o entendimento da identificação é um pouco mais complexo, e não deve ser resumido ao movimento contrário à projeção, simplesmente como algo que acontece de fora para dentro. No âmbito dos processos de internalização, devemos contemplar uma evolução que segue o caminho da incorporação oral para a introjeção primária (Ferenczi 1909/2011), chegando posteriormente à capacidade de identificação, o processo mais sofisticado entre esses três.

Laplanche e Pontalis (1967/2009) definiram a identificação como um processo inconsciente sobre o qual os indivíduos se constituem, apontando-nos as diversas referências a esse processo nos escritos de Freud (1900/2014, 1905/1996, 1914/2004, 1915/2011, 1921/1996), nos quais podemos observar esse processo em suas diferentes modalidades: histérica, melancólica/narcísica, de grupo, etc. Chagnon (2012) contemplou o sentido polissêmico do verbo “identificar” em suas acepções transitiva e reflexiva – isto é, “identificar algo” comporta um significado diferente de “identificar-se com algo”. Quando falamos de identificação em psicanálise, para o autor, estamos fazendo referência ao verbo reflexivo – ao fazer-se como ou tornar-se idêntico a algo. Segundo ele:

Antes, a identificação aparece primeiramente na psicopatologia como um sintoma, depois uma fantasia, em seguida um mecanismo de defesa contra a perda de objeto, enfim um modo de relação com os outros, o que requer o emprego do plural para falar das identificações. Além dos diferentes modos ou formas de identificação, a noção retém uma unidade por meio da referência a seus precursores: a incorporação oral e a introjeção (p.87).

Esses dois precursores são as atividades mais arcaicas de internalização, de enriquecimento do interior do corpo e da mente por atividades análogas à alimentação e à nutrição – tanto de alimento concreto quanto, por exemplo, de afetos e conhecimento. Como apontou Ogden (1979/2012), incorporação e introjeção seriam mais precárias no que tange ao potencial integrador, pois o aspecto internalizado do objeto seria sentido como uma “presença” dentro do corpo ou da mente; em contrapartida, a identificação seria um mecanismo mais sofisticado – justamente pela fantasia de uma modificação, de transformação do indivíduo na direção de tornar-se parecido ou igual ao aspecto internalizado do objeto, integrando-o a suas autorrepresentações.

Para a finalidade do presente trabalho, no que concerne à identificação projetiva, esse aspecto identificatório é compreendido como o mais remoto indício de uma relação afetiva entre indivíduo e objeto (Chagnon, 2012). Em outras palavras, a identificação a que se refere esse conceito kleiniano corresponde à criação de uma flutuação constante entre dentro e fora, já que a internalização integradora de aspectos do objeto externo reforça a construção e o enriquecimento do mundo interno.

Vemos, assim, que tanto projeção quanto identificação podem ser entendidas como processos que favoreceriam e testemunhariam o reconhecimento da existência de elementos diferentes do eu, externos ao ego. Ademais, ao esmiuçarmos esses movimentos que ocorrem entre dentro e fora a partir da revisão da literatura psicanalítica aliada às observações clínicas, torna-se bastante evidente a complementariedade da exteriorização projetiva e da internalização identificatória.

Essa complementariedade, ou interjogo, interessou Melanie Klein por muito tempo, até que ela aliasse esses movimentos à ideia de um só processo psíquico de mão dupla, de vaivém. Contudo, seu foco sempre esteve sobre o indivíduo e o mundo interno, teorizando principalmente sobre como isso atuaria e transformaria a mente do bebê (indivíduo projetador) – entretanto, sem dedicar-se ao estudo de como isso afetaria, por exemplo, a “dona” do seio que recebe (a mãe enquanto objeto receptor), ou como o psiquismo materno poderia modificar o conteúdo que volta para o bebê, com o qual ele se identificará.

Ao pesquisarmos a identificação projetiva, logo percebemos uma diferença entre a compreensão intrapsíquica desse mecanismo – ou seja, focada sobre o psiquismo de quem projeta – e uma outra, que contempla também o psiquismo do objeto que recebe essas projeções. Este entendimento referencia constantemente dois

psiquismos envolvidos em dois polos do mesmo processo, sustentados por uma relação e por um ambiente: o do bebê e também o da mãe (ou o do analisando e também o do analista). Tornou-se evidente para nós que esse enfoque, que chamaremos neste trabalho de intersíquico⁴, acomoda melhor os paradoxos inerentes ao processo de identificação projetiva, aproximando-nos dos conceitos de ambiente e de relações de cuidado que sustentam e viabilizam processos psíquicos. Nesta caminhada em que fomos traçando nossas investigações, chegamos às contribuições de Winnicott.

A teoria winnicottiana é marcada pela valorização da dependência ambiental e objetual em seu caráter favorecedor da constituição psíquica de um indivíduo, facilitando seu processo de maturação a cada etapa por meio de importantes e sofisticadas adaptações. Como uma mãe adapta-se ao seu filho? Como um analista pode adaptar-se a seus pacientes? Estará essa adaptação relacionada ao processo de identificação projetiva?

Ao falar dos cuidados essenciais para o desenvolvimento psíquico, Winnicott (2006) chamou a atenção de seus leitores para a complexa identificação que uma mãe faz espontaneamente com o seu bebê, desde a sua concepção até os primeiros meses de vida. Ao esmiuçar as características dessa identificação materna, Winnicott (1960/1983) descreveu-a como um reinvestimento psíquico, economicamente potencializado pela descategorização do mundo externo, em direção ao seu futuro bebê. Chamou isso de identificação projetiva – uma das raras vezes que utilizou o termo kleiniano em sua teoria.

⁴ Ver capítulos 1 e 2.

O autor postulou que, em um padrão de saúde, é a mãe quem se identifica ativamente com seu filho, restando ao bebê apenas a experiência primeira de *ser*. Assim, fazer identificações e projeções seria uma exigência posterior para o psiquismo do bebê, quando ele já estivesse atravessando uma fase de experimentação com a separação, isto é, quando já se encontraria apto para abandonar a indiferenciação que experimentou com a mãe durante seus primeiros momentos de vida.

Nesta fase, em que bebê e mãe começam a se separar, o indivíduo saudável elege fenômenos ou objetos que o auxiliem em uma transição entre a dependência absoluta e o caminho rumo à independência, entre o que é concebido subjetivamente e o que começa a reconhecer como externo a si, mas que, no entanto, ainda não chega a ser objetivamente percebido. Winnicott (1975) chamou esses objetos e fenômenos de transicionais, diferentes daqueles que são internos ou externos, e situou-os em uma área terceira, um pouco fora e um pouco dentro do indivíduo.

Ao relacionarmos os desenvolvimentos da obra de Winnicott com o conceito kleiniano central deste trabalho, surgiram os seguintes questionamentos: Por que a utilização do nome identificação projetiva é tão escassa nos escritos winnicottianos? Como isso se relaciona às divergências teóricas entre ele e Melanie Klein? O que mais o autor contempla no interjogo de identificação e projeção, pensando nas idas e vindas entre dentro e fora, eu e não-eu, que colorem de transicionalidade essa terceira área?

Para além das divergências entre esses dois autores, este trabalho também busca contemplar aspectos de convergência das teorias de Klein e Winnicott no que diz respeito ao processo de constituição psíquica e ao trabalho analítico. Por exemplo:

ambos consideravam valiosa a capacidade depressiva, ou de concernimento, como aquisição maturacional saudável; ambos contemplavam a maleabilidade e a porosidade do ego – em oposição à rigidez e à falta de recursos – como marcadores de saúde; tanto um quanto o outro aceitaram explorar casos que a psicanálise talvez teria julgado para além do analisável.

A valorização, nas obras de Klein e Winnicott, do aspecto dinâmico enquanto incentivo à alternância entre diferentes mecanismos defensivos e à utilização de uma multiplicidade de recursos egoicos, e sobretudo enquanto indicador de saúde, lançou-nos rumo à ideia de que os movimentos adaptativos realizados pelas mães e pelos analistas servem como favorecedores para a constituição psíquica e para o trabalho analítico. Assim, as articulações e desenvolvimentos teóricos entre esses autores, em especial no que tange aos conceitos de identificação projetiva e transicionalidade, conduziram-nos até as hipóteses centrais deste estudo:

- 1) A identificação projetiva materna inaugura um espaço psíquico sobre o qual o bebê virá a existir, assim como participa do processo de adaptação suficientemente boa e regressão materna que caracteriza o estado de preocupação materna primária;
- 2) Após o nascimento, a mãe realiza por um longo período movimentos de aproximar-se e afastar-se do bebê, de modo a identificar suas necessidades e atendê-las, mantendo-se uma pessoa total, com possibilidades de se diferenciar do psiquismo primitivo do lactente⁵;
- 3) A partir da experiência de mutualidade – dependência de alguém adaptado e identificado consigo –, o indivíduo poderá experimentar a

⁵ Ver capítulo 2 para contextualização do uso desse termo.

criatividade e chegar à experiência de ilusão, dotando o espaço entre ele e o mundo de aspectos transicionais que auxiliem a difícil tarefa de separação e desilusão.

A partir da articulação teórico-clínica das obras de Klein e Winnicott, é objetivo geral deste trabalho relacionar os conceitos de identificação projetiva e transicionalidade a partir do eixo da relação mãe-bebê enquanto via do processo de constituição psíquica e enquanto modelo para o trabalho analítico.

São objetivos específicos desse trabalho: (a) discutir o conceito de identificação projetiva a partir dos desenvolvimentos kleinianos e pós-kleinianos, em especial no que tange à sua compreensão enquanto fenômeno intersíquico; (b) pontuar como a obra de Winnicott se relaciona ao conceito de identificação projetiva, considerando possíveis razões para o escasso uso desse termo em seus escritos; (c) discutir o conceito de transicionalidade a partir da teoria do amadurecimento emocional de Winnicott e problematizar os efeitos da conquista da transicionalidade para a saúde emocional; (d) relacionar os conceitos de identificação projetiva e transicionalidade no curso do processo de constituição psíquica e a partir da clínica psicanalítica.

Apresentaremos dois fragmentos clínicos de Winnicott a fim de favorecer a articulação proposta no último objetivo. A eleição pelo uso de relatos já publicados em vez da elaboração de um caso clínico a partir de nossa própria experiência baseia-se sobre nosso entendimento da especificidade de pesquisa em psicanálise, em seu contraponto às ciências positivistas – isto é, justifica-se pela lógica particular da psicanálise como produção de conhecimento que renuncia à finalidade de

comprovação definitiva, recusando sentidos objetivantes ou pretensas amostragens de seus resultados (Oliveira & Tafuri, 2012).

Acreditamos que a construção de um caso clínico deva surgir espontaneamente, e não com o objetivo de ilustrar ou comprovar uma teoria. Pelo contrário, é a teoria que ganha corpo a partir da experiência clínica, promovida e marcada em suas entrelinhas pelo inconsciente e psiquismo do analista pesquisador – enquanto objetos de estudo psicanalítico – e pela transferência – viabilizadora da terapêutica e da investigação.

Ademais, novamente tomando emprestadas as palavras de Winnicott (1951/2000): “Deliberadamente, evitei apresentar outros exemplos aqui, principalmente porque não desejo causar a impressão de que o que estou descrevendo é algo raro” (p.324). Estamos falando, em linhas gerais, de algo que acontece espontaneamente nos padrões de saúde: o movimento psíquico, inclusive aquele implícito ao processo de identificação projetiva, como elemento favorecedor da constituição de uma personalidade porosa, não enrijecida, conciliadora das realidades interna e externa, podendo participar e fazer uso dos objetos do mundo compartilhado.

Também a eleição de pessoa pronominal é justificada pela lógica de pesquisa em psicanálise, de modo que a primeira pessoa do plural pretende, aqui, abranger as diversas figuras de alteridade que participaram deste trabalho. Em outras palavras, a pesquisa em psicanálise parte do pesquisador-escritor e envolve seu orientador, os autores contemplados pela revisão bibliográfica, os leitores a quem o trabalho se propõe, etc., de maneira que a dimensão transubjetiva está sempre implicada, tanto

em sua riqueza quanto em sua limitação inconsciente, na teorização de um trabalho (Oliveira & Tafuri, 2012).

Em suma, a escrita desta dissertação foi sistematizada a partir da leitura crítica de bibliografia levantada na literatura psicanalítica sobre os conceitos de identificação projetiva e transicionalidade, de modo a traçar reflexões em um eixo predominantemente teórico a respeito da relação mãe-bebê e com algumas considerações gerais a respeito do trabalho clínico. Esta pesquisa mobiliza-se a partir dos questionamentos suscitados pelas vivências transferenciais na clínica psicanalítica e busca amparo criativo no diálogo com a produção acadêmica, costurando as reflexões traçadas em três capítulos:

No capítulo 1, apresentamos os conceitos kleinianos necessários à compreensão do mecanismo de identificação projetiva, tais como as posições esquizo-paranóide e depressiva, mundo interno e mundo externo, seio enquanto representação da figura materna, entre outros. Em seguida, discutimos a evolução histórica desse conceito a partir de contribuições de Rosenfeld, Bion e Ogden, refletindo sobre a necessidade de pensarmos a identificação projetiva em seu aspecto intersíquico.

No capítulo 2, apontamos especificidades da trajetória profissional de Winnicott, bem como particularidades de seu método de transmissão de conhecimento como possíveis razões para a escassez de menções ao conceito identificação projetiva em sua obra. Relacionamos a postura adaptativa do autor enquanto analista àquela que defendeu como fundamental para a saúde psíquica a partir da relação mãe-bebê. Apresentamos os conceitos necessários para a compreensão da transicionalidade – entre eles, mãe suficientemente boa, ambiente favorecedor, desenvolvimento emocional primitivo, ilusão de onipotência e espaço potencial.

No capítulo 3, detalhamos a participação da identificação projetiva materna na viabilização da transicionalidade da criança a partir de um movimento de ir e vir, destacamos a importância da sobrevivência de quem serve como objeto subjetivo e apresentamos dois fragmentos clínicos retirados de escritos winnicottianos, apontando a participação da identificação projetiva nessas situações transferenciais a fim de relacionar nossa discussão ao trabalho analítico.

Por fim, tecemos considerações finais sobre o que foi apresentado ao longo desse trabalho, recapitulando o que foi pensado sobre a constituição psíquica, para levantarmos questionamentos referentes à postura do analista frente à identificação projetiva, bem como a possível facilitação do manejo dessa defesa no contexto clínico a partir de um movimento pendular – tal qual o observado entre a díade mãe-bebê. Apontamos a pertinência do estudo dessas questões, bem como abrimos caminho para estudos futuros, que estendam as presentes considerações para o contexto da transferência psicanalítica.

CAPÍTULO 1

IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA: REVISÃO CRÍTICA E EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O objetivo deste capítulo é apresentar o conceito de identificação projetiva conforme teorizado por Melanie Klein (1946/1991) em seu artigo “Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizoides”. Parece-nos pertinente a contextualização de outras contribuições teóricas kleinianas análogas ao conceito central estudado, por considerarmos que sua compreensão depende do esclarecimento de como, quando e por que ele acontece. Em seguida, pretendemos oferecer um breve apontamento sobre a compreensão da identificação projetiva por parte dos psicanalistas Rosenfeld, Bion e Ogden, considerando a consequente evolução histórica do conceito. Finalmente, com este capítulo almejamos contemplar o papel da identificação projetiva em seu caráter facilitador das relações intersíquicas, abrindo caminho para as considerações teóricas costuradas nos capítulos subsequentes.

1.1. Da psicanálise de crianças ao psiquismo do bebê: uma breve contextualização da teoria kleiniana

Eu diria que, mesmo que a cisão e a projeção operem intensamente, a desintegração do ego nunca é completa, enquanto a vida existir. Pois acredito que a premência por integração, por perturbada que seja – até mesmo em suas raízes –, é, em algum grau, inerente ao ego. Isto está de acordo com meu ponto de vista de que nenhum bebê sobreviverá sem possuir, em algum grau, um objeto bom. São esses fatores que permitem à análise conseguir algum grau de integração, algumas vezes até mesmo em casos muito graves. (Klein, 1955/1991, p.200, nota de rodapé, grifo nosso).

Klein aproximou-se da psicanálise no ano de 1916, ao tornar-se analisanda de Ferenczi. Esse tratamento, apesar de breve, serviu de incentivo para sua participação

no Congresso de Budapeste em 1918 e posterior ingresso na Sociedade Psicanalítica, concomitante com seus primeiros trabalhos sobre a técnica do brincar, derivados dos primeiros casos que atendeu. Suas comunicações foram recebidas com entusiasmo pelos analistas, de modo que, em 1921, Klein mudou-se para Berlim a convite de Karl Abraham.

Sua estadia berlinense provou-se extremamente proveitosa, pois lhe possibilitou um aprofundamento de sua empreitada como psicanalista de crianças e a continuação de uma experiência de análise, desta vez com Abraham, até o falecimento deste em 1925. Passando por um processo de luto após a perda de seu analista e considerável incentivador, Klein mudou-se para Londres a convite de Ernest Jones em 1927.

Sabemos que Freud voltou sua atenção para a infância e seu importante papel para a constituição psíquica desde o início de sua obra, defendendo que os bebês não são regidos apenas por suas necessidades biológicas, mas, sobretudo, pela busca de satisfazê-las (Zavaroni et. Al, 2007), com aprofundamentos significativos a partir da publicação dos “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade” (1905/1996) e do caso do Pequeno Hans (Freud, 1909/1996).

Entretanto, sabe-se que Freud nunca analisou uma criança. Hans não foi formalmente um paciente de psicanálise, pois as intervenções junto à criança foram conduzidas pelo seu próprio pai, no ambiente doméstico. A mãe da criança não foi ouvida, nem tampouco foram observadas questões que hoje reconhecemos como de extrema pertinência, como a transferência, o *setting* e o papel do brincar. Conclui-se que Freud buscou essencialmente ilustrar, por meio deste tratamento da fobia de Hans, as suas teorias sobre a psicogênese da neurose e sobre a sexualidade infantil.

Melanie Klein foi a primeira autora a apostar na possibilidade de realmente se analisar crianças, afirmando que estas podiam estabelecer uma transferência tal qual os adultos, argumentando que a associação livre seria análoga às brincadeiras em sessão (em seu papel de transmissão das fantasias e conteúdos inconscientes), e demonstrando, por meio de casos clínicos, como era possível oferecer interpretações que mitigassem ansiedades e fortalecessem o ego (Klein, 1927/1996).

Para Klein, a análise de uma criança dependeria em essência de uma questão básica e evidente: o estabelecimento de uma situação propriamente analítica, desde o primeiro contato com o paciente. Para tanto, o analista deveria manter-se em uma postura receptiva e abstinente, sem quaisquer orientações pedagógicas, observando as manifestações transferenciais tanto positivas quanto negativas, e, principalmente, deveria interpretar os simbolismos manifestos por meio do brincar em relação ao inconsciente e à própria situação analítica:

Supondo-se que a criança expressa o mesmo material psíquico em várias repetições – muitas vezes através de meios diferentes, *i.e.*, brinquedos, água, desenhos, recortes, etc. – e supondo-se também, como pude observar, que essas atividades geralmente são acompanhadas de um sentimento de culpa, que se manifesta sob a forma de ansiedade ou através de representações que implicam uma supercompensação, que são a expressão de formações reativas – supondo-se, então, que tive um *insight* de certas conexões: então interpreto esses fenômenos, ligando-os ao *Ics* e à situação analítica. As condições práticas e teóricas para a interpretação são exatamente as mesmas que regem a análise de adultos (Klein, 1927/1996, p.174, abreviação da autora).

A partir dessa compreensão, Klein diferiu significativamente de Anna Freud, que, à mesma época, também se interessou pelo estudo da infância. Anna Freud (1926/1971) defendia a necessidade de um “período prévio” ao início do tratamento, durante o qual seria realizado, junto à criança, um trabalho de caráter pedagógico que criasse uma demanda consciente e favorecesse sua adesão ao tratamento. Considerava

inconveniente a transferência negativa – isto é, as manifestações de ódio ou desconfiança em relação à figura do analista – e defendia que essa deveria ser enfrentada o quanto antes. Descartava a possibilidade de uma análise infantil desvinculada de manobras didáticas e considerava improvável que uma criança um dia chegasse a estabelecer uma neurose de transferência.

As discordâncias entre as autoras culminaram em um período conhecido como *As Controvérsias Freud-Klein* (King & Steiner, 1998), entre os anos 1942 e 1944, após a mudança da família Freud para Londres (em 1938, a fim de se protegerem do antissemitismo em Viena). Durante essa época, Klein e seu grupo de colegas e apoiadores – entre eles, analistas centrais na organização da Sociedade Britânica, como Joan Riviere – empregaram um esforço teórico considerável a fim de apontar as concordâncias entre a obra freudiana e os desenvolvimentos teóricos de Klein⁶.

Não é objetivo deste trabalho esmiuçar todos os ricos desdobramentos do período inicial da teoria kleiniana ou suas consequências para o desenvolvimento da psicanálise infantil no que tange ao lugar do analista e manejo da transferência, mas apenas explorar os desenvolvimentos teóricos pertinentes à compreensão do processo de identificação projetiva, tais como: mundo interno e externo, o postulado das posições esquizo-paranóide e depressiva, e o papel da projeção e da identificação na constituição psíquica.

1.2. Dentro e fora – um paradigma espacial

Segundo a teoria kleiniana, o bebê vem ao mundo com uma instância egoica suficiente para experimentar ansiedades, utilizar mecanismos defensivos e constituir

⁶ O período de controvérsias entre Klein e Anna Freud também será mencionado no capítulo 2, no que tange às consequências para o “clima institucional” da Sociedade Britânica à época.

relações de objeto primitivas (Segal, 1975). Esse ego imaturo possui uma tendência inata à integração, mas é, inicialmente, bastante desorganizado e influenciado pela polaridade intrínseca das pulsões de vida e de morte, bem como pelo contato com a realidade externa.

Klein (1952a/1991, 1952b/1991) defende a existência de uma atividade psíquica do bebê desde um início muito primitivo, voltando a atenção da psicanálise para a riqueza do primitivo infantil e rompendo com o pensamento idealizado pela cultura até então, de bebês passivos e alheios, como tábulas rasas. O bebê kleiniano, além de vir ao mundo com intensos sentimentos de voracidade, amor e ódio, vem também com um aparelho mental para começar a pensar o mundo, direcionar afetos e construir um espaço interno rico e protetor a partir de suas experiências – desde aquelas mais precoces (Bianchedi, 1984).

A partir de sua experiência de atendimento psicanalítico a crianças, Klein percebeu que mesmo as mais novas, desde os três anos de idade, já teriam passado pelo complexo de Édipo, de modo que suas relações e fantasias já estariam sob influência de um superego precoce, muito severo:

(...) o superego possui uma severidade fantástica. Devido à fórmula bem conhecida que prevalece no Ics, essa criança antevê, por causa de seus próprios impulsos canibais e sádicos, punições como ser castrado, cortado em pedaços, devorado, etc., vivendo num medo constante de que estas sejam levadas a cabo. O contraste entre a mãe carinhosa e as punições ameaçadas pelo superego da criança chega a ser grotesco, e é um lembrete de que não devemos *de modo algum identificar objetos reais com aqueles introjetados pela criança* (Klein, 1927/1996, p.185, grifo nosso, abreviações da autora).

Desde esse momento, Klein já estava bastante atenta à necessidade de se reconhecer uma riqueza psíquica advinda da realidade compartilhada e do interjogo complexo entre mundo interno e externo. Ela apontou também como os mecanismos de projeção e introjeção participam na formação das *imagos* – isto é, das imagens

intrapíquicas dos objetos de amor, em especial dos pais –, sendo as imagos más distorcidas pelo temor do talião, “o medo de sofrer em si aquilo que infligiu ao objeto nos ataques imaginários” (Petot, 1979/2005, p.171), e as imagos boas pelo processo de idealização.

A observação kleiniana sobre o quanto as imagos internas das crianças diferem de seus objetos amorosos reais tem como consequência o estabelecimento de um novo paradigma a respeito do estabelecimento da transferência. Compreende-se, portanto, que não se trataria mais de um mecanismo predominantemente temporal – em que os investimentos objetivos do passado são transferidos e reinvestidos em figuras do presente –, mas sim de um processo espacial: os investimentos sobre as imagos internas são transferidos para o analista enquanto objeto externo.

(...) a transferência observada na psicanálise de crianças não é, portanto, um deslocamento da relação com os pais reais para a relação com o analista, mas sim uma aplicação a um novo objeto do mesmo tipo de relação mantida com os pais, a transferência para objetos reais de sentimentos dirigidos aos objetos introjetados (Petot, 1979/2005, p. 105).

Essa compreensão kleiniana sobre a interação espacial – que enfatiza a riqueza intrapíquica primitiva e precoce transformando e sendo transformada pelas introjeções e projeções na realidade externa e nas relações interpessoais – inaugura o caminho para pensarmos sobre o que acontece entre o bebê e sua mãe, entre o analisando e seu analista. Este será o tema do terceiro capítulo deste trabalho: a relação da identificação projetiva com o espaço potencial, conforme pensado por Winnicott (1951/2000), e suas consequências para a constituição da capacidade transicional entre realidade subjetiva e objetiva.

Klein (1952a/1991) apontou a fluidez entre consciente e inconsciente como uma característica essencial do desenvolvimento saudável e procurou esclarecer

como o psiquismo só chega a essa “porosidade” não enrijecida quando as ansiedades arcaicas são suficientemente elaboradas. Do contrário, o que se observa são perturbações causadas pelo excesso de repressão e relacionamentos com objetos ora idealizados, ora persecutórios. A fim de oferecer uma explicação mais detalhada sobre o caminho que a vida emocional dos bebês percorre no desenvolvimento saudável, faz-se necessário descrever sucintamente o que Melanie Klein postulou com a ideia de posições.

1.3. As posições esquizo-paranóide e depressiva

A partir de suas formulações teóricas acerca do aparelho psíquico e de sua compreensão própria sobre a dinâmica espacial da transferência – isto é, algo que ocorre entre os espaços internos e externos, e não apenas no eixo temporal passado-presente –, Klein (1952a/1991) entendeu que na alternância entre progresso e regressão havia potenciais sadios para o desenvolvimento humano, e assim se desvencilhou do eixo freudiano estruturalista, que contempla a constituição psíquica por estágios de desenvolvimento (Freud, 1905/1996).

Ao abandonar essa noção de estágios a serem superados, Klein enfatizou que o recurso às defesas mais primitivas não significa necessariamente adoecimento ou a entrada em quadros patológicos, pois o dinamismo entre funcionamentos mais sofisticados e outros, mais primitivos, apontaria para uma capacidade adaptativa e testemunharia um ego não enrijecido. Essa alternância entre funcionamentos levou-a ao seu conceito das posições.

As posições, a saber, esquizo-paranóide e depressiva, são compreendidas com referência ao modo básico de funcionamento psíquico próprio a cada uma delas. Isto

é, cada posição será caracterizada por três critérios básicos: ansiedades, defesas e tipo/grau de relação de objeto. Ademais, a escolha de Klein pelo termo “posição” é feliz, no sentido de fazer referência tanto aos estágios definidos do desenvolvimento do bebê quanto aos modos de funcionamento psíquico posteriores, que perdurarão por toda a existência (Petot 1982/2003).

1.3.1. A Posição Esquizo-paranóide

(...) Descrevi até aqui alguns aspectos da vida mental durante os primeiros três ou quatro meses. (É preciso ter em mente, no entanto, que apenas uma estimativa grosseira pode ser dada da duração dos estágios de desenvolvimento, pois há grandes variações individuais). Na descrição desse estágio, tal como o apresentei, certos traços destacam-se como característicos. A posição esquizo-paranóide é dominante. A integração entre os processos de introjeção e projeção – reintrojeção e reprojeção – determina o desenvolvimento do ego. A relação com o seio amado e odiado – bom e mau – é a primeira relação de objeto do bebê. (Klein, 1952a/1991, p.95).

Para Melanie Klein (1952a/1991, 1952b/1991), os bebês experimentam ansiedades muito intensas desde a experiência do nascimento, a qual finda o tranquilo estado intrauterino conhecido até então. Quando o bebezinho se torna mais exposto às influências externas, bem como mais atento aos desconfortos advindos de suas necessidades biológicas, como a fome ou o sono, o psiquismo primitivo começa a se sentir atacado por forças hostis.

Nesse momento de seu desenvolvimento, o bebê dispõe de um ego arcaico com um repertório de defesas bastante específico para fazer face ao intenso medo de aniquilamento resultante das privações vividas. Para Klein (1952a/1991), a ação interna da pulsão de morte assumirá um aspecto da ordem do *excesso*, isto é, de uma destrutividade que vai além dos recursos psíquicos que o indivíduo então possui.

É importante salientar, embora brevemente, que esse excesso está diretamente ligado ao trauma em seu viés estruturante, constitucional (Oliveira, 2011), o que se relaciona posteriormente à capacidade (ou impossibilidade) de o ego tolerar a frustração, de mitigar o ódio, de integrar os aspectos ambivalentes (as qualidades e os defeitos) das pessoas – tendo, portanto, importantes consequências para todas as relações de objeto do indivíduo.

Bianchedi (1984) afirma que, ao sentir fome, o bebê fantasia que seu incômodo desaparecerá dentro do peito que o satisfaz, alucinando a mãe com os objetos de seus impulsos libidinais e agressivos, trazidos à sua mente por meio de experiências corporais anteriores. Quando a alucinação não faz desaparecer o desprazer, o bebê sente uma crescente hostilidade contra o objeto que o frustra, e realiza ataques imaginários contra ele. Já quando o seio se apresenta e o satisfaz, o bebê o reveste de sentimentos de amor e gratidão.

Ou seja, ao mesmo tempo em que as projeções da pulsão de morte transformam o seio em um perseguidor, as projeções de libido (da pulsão de vida, relativas aos sentimentos de satisfação, gratidão e amor) começam a estabelecer uma relação com o objeto idealizado. Conforme apontado por Klein (1946/1991):

A idealização está ligada à cisão do objeto, pois os aspectos bons do seio são exagerados como uma salvaguarda contra o medo do seio perseguidor. Embora a idealização seja, assim, o corolário do medo persecutório, ela origina-se também do poder dos desejos pulsionais que aspiram a uma gratificação ilimitada e criam então a imagem de um seio inexaurível e sempre generoso. (p.26).

O objeto primário de amor, que desempenha a função materna⁷, será chamado de “seio” ao longo da teoria kleiniana. No entanto, a autora não se restringe à parte corporal, ao seu anteparo físico. O seio reterá todas as representações que o bebê tem da pessoa que lhe cuida – seu cheiro, seu sorriso, sua voz – enquanto o ego arcaico ainda não puder introjetar a pessoa inteira.

A relação com o seio é, portanto, uma relação de objeto parcial. Isso significa que esse objeto é clivado (*split*) em partes que precisarão manter-se por algum tempo o mais afastadas possível: o seio “bom”, representante das experiências satisfatórias de alimentação e maternagem, e o seio “mau”, representante das experiências de privação e sofrimento (Segal, 1975). Essa clivagem objetal é muito resistente e visa proteger o objeto de uma agressividade excessiva e o ego da ansiedade persecutória.

Em outras palavras, na posição esquizo-paranóide, o bebê começa a constituir em sua mente dois seios, por meio da introjeção: um seio que o deixa com fome, que o frustra, que demora para atendê-lo e que não o satisfaz – o seio "mau", que recebe projeções de ódio; e um outro, que o atende quando está com fome, o gratifica e o ampara – o seio "bom", que recebe projeções de amor e gratidão (Klein, 1946/1991, 1952a/1991, 1952b/1991).

A partir do que foi exposto acima a respeito das imagos introjetadas, o seio “bom” se tornará a base para o fortalecimento do ego e será um protótipo de identificação para todos os outros objetos benevolentes. Já a introjeção do seio “mau”

⁷ Klein entende por função materna o papel desempenhado por aquele que se encarrega de todos os cuidados empreendidos com o bebê – portanto, pode ser exercida por alguém que não a mãe. É fundamental enfatizar que os cuidados não se resumem àqueles de ordem prática, tais quais a alimentação e o asseio, mas envolvem também os de ordem afetiva, como identificar-se com o bebê, estar disponível para receber suas projeções, etc.

constitui o núcleo do superego precoce e servirá de protótipo para a introjeção dos objetos persecutórios na vida psíquica posterior (Klein, 1952b/1991).

O bebê na posição esquizo-paranóide vive uma intensa fantasia de retaliação do objeto sobre o qual projetou sua ansiedade e que agora está identificado com as qualidades sádico-orais de seus próprios estados de frustração e ódio. Essa fantasia é o elemento essencial da ansiedade persecutória que o faz pensar "o seio mau me devorará da mesma forma voraz com que desejo devorá-lo", e é a base do conceito de identificação projetiva sobre o qual nos aprofundaremos mais adiante. Segundo a autora:

(...) nessas várias fantasias o ego toma posse, através da projeção, de um objeto externo – em primeiro lugar a mãe – e faz dele uma extensão do *self*. O objeto torna-se em alguma medida um representante do ego e esses processos são, a meu ver, a base para a identificação por projeção ou “identificação projetiva”. A identificação por introjeção e a identificação por projeção parecem ser processos complementares. Parece que os processos subjacentes à identificação projetiva já operam na relação mais arcaica com o seio. O sugar “vampiresco”, o esvaziamento do seio desenvolvem-se, na fantasia do bebê, em um abrir caminho para dentro do seio e, mais ainda, para dentro do corpo da mãe (Klein, 1952a/1991, p.93).

Em síntese, a posição esquizo-paranóide recebe seu nome devido à qualidade paranoide das ansiedades vividas (de ser perseguido e retaliado), associadas às defesas esquizoides – a saber, a recusa onipotente, a clivagem, a idealização e a identificação projetiva (Petot, 1982/2003) –, e pela relação estabelecida para com objetos parciais. Contudo, vale ressaltar que a passagem pela posição esquizo-paranóide – desde que a clivagem não seja excessiva⁸, caso em que conduz a um despedaçamento rígido e mortífero do ego – serve de base para o desenvolvimento saudável e produz diferentes benefícios.

⁸ As defesas tornam-se excessivas “No momento em que passam a ser tirânicas e agredem o funcionamento do mundo interno em lugar de facilitá-lo” (Birraux, 2012, p.72).

A respeito desses benefícios, Segal (1975) aponta que a clivagem permite ao ego “emergir do caos e ordenar suas experiências” (p.47), constituindo a possibilidade de diferenciar o bom do mau e influenciando até mesmo a capacidade de suspender temporariamente o universo emocional a fim de formar juízos racionais, além de servir de base para o posterior mecanismo do recalque. A clivagem primitiva também determinará o quanto consciente e inconsciente interagirão posteriormente. Klein observou junto aos seus pacientes de tipo esquizoide uma significativa dificuldade no acesso ao inconsciente e na produção de *insight*, pois, sob pressão de intensas ansiedades, esses pacientes tornavam-se incapazes de manter as ligações entre diferentes partes do *self*. Sendo assim, a clivagem assume na teoria kleiniana duas qualidades bastante distintas: uma cisão do tipo dicotômica, que afasta os objetos para integrá-los posteriormente, a seu ritmo; e uma cisão despedaçadora, que conduz a uma desintegração mortífera, pois empobrece e enrijece o ego (Klein, 1952a/1991; Petot, 1982/2003; Segal, 1975).

Assim, a partir da interação entre os mecanismos esquizoides, o bebê começa a estabelecer seu mundo interno, cujos habitantes inaugurais são objetos parciais e distorcidos, provenientes das experiências amorosas e hostis junto à mãe. Sobretudo, a complexidade desse mundo interno enriquecerá o aparelho mental da criança, o que a incentivará pouco a pouco a reconhecer melhor a realidade exterior compartilhada, a existência de um ambiente que o envolve e a de outros objetos além do seio.

As reiteradas experiências de gratificação, de o amor suplantar o ódio, passam a ser interpretadas pelo bebê com crescente critério de realidade, levando-o a descobrir que os seios bom e mau são, na verdade, pertencentes a uma mesma mãe.

Isso, por sua vez, permite ao ego a unificação/síntese dos aspectos antagônicos do seio em um objeto completo, uma pessoa inteira (Klein, 1948/1991).

A possibilidade de integrar aos poucos as valências positiva e negativa em uma só pessoa inteira contribuirá para uma intensificação do medo da perda e do sentimento de culpa, pois agora se reconhecem os impulsos agressivos como direcionados contra um objeto amado. Vê-se, então, a posição depressiva passando ao primeiro plano.

1.3.2. A Posição Depressiva

(...) Durante o segundo trimestre do primeiro ano algumas mudanças no desenvolvimento intelectual e emocional do bebê tornam-se acentuadas. Sua relação com o mundo externo, tanto com pessoas como com coisas, torna-se mais diferenciada. Amplia-se a variedade de suas gratificações e interesses e aumenta sua capacidade de expressar emoções e comunicar-se com as pessoas. Essas mudanças observáveis são evidência do desenvolvimento gradual do ego (Klein, 1952a/1991, p.96).

Para Klein (1946/1991), durante a posição depressiva, o desenvolvimento maturacional do bebê confere ao psiquismo maior capacidade para suportar frustrações e reconhecer sua própria agressividade. Assim, os aspectos amados e odiados da mãe já não precisam ser mais sentidos como tão separados. Isso resulta na mitigação da ansiedade persecutória e favorece a unificação do ego, fortalecendo a compreensão da realidade interna e a percepção da alteridade. Observa-se também a intensificação do medo de perder ou ser abandonado pelo amor do objeto, em oposição ao sentimento anterior, de ser perseguido e retaliado. A partir desses ganhos psíquicos, organiza-se um sentimento de culpa pelos ataques e descargas pulsionais direcionados aos objetos, já mais integrados para o bebê, assim como uma preocupação crescente com a reparação.

A ansiedade depressiva está vinculada predominantemente ao dano feito aos objetos amados, internos e externos, pelos impulsos destrutivos do sujeito. A ansiedade depressiva tem variados conteúdos, tais como: o objeto bom está ferido, está sofrendo, está num estado de deterioração; transformou-se num objeto mau; está aniquilado, está perdido e nunca mais estará presente. Também concluí que a ansiedade depressiva se acha estreitamente ligada à culpa e à tendência a fazer reparação (Klein, 1948/1991, p.55).

É também durante a posição depressiva que tem início o processo de desmame, sobre o qual o presente trabalho não objetiva se dedicar para além de apontar como consequência a diversificação das relações interpessoais do bebê, com maior reconhecimento do pai e de outras pessoas do seu ambiente, as quais também são estabelecidas em seu psiquismo enquanto objetos completos e integrados. Posteriormente, as aquisições maturacionais advindas da posição depressiva participarão do desenvolvimento da fala, da motricidade, da capacidade de brincar, de estar só, de participar da cultura e de elaborar o luto (Klein, 1952a/1991; Winnicott, 1975).

Melanie Klein atribuiu a passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva ao fato de o bebê se tornar, por volta do segundo trimestre de vida, progressivamente capaz de introjetar um objeto inteiro ambivalente. Não nos ofereceu, entretanto, detalhes das contribuições dos fatores externos que favoreceriam ou não essa transição.

Observamos também uma escassez de menções às defesas da posição esquizo-paranóide ao longo da descrição da posição depressiva na obra de Klein. A autora concede que essas defesas permanecerão sempre atuantes no psiquismo: não serão nunca totalmente superadas, e o recurso a elas não significa imediatamente padecimento da saúde mental. Para ela, o que acontecerá é um alargamento da

variedade de recursos para fazer face às ansiedades, implicando a diminuição do emprego de defesas primitivas (Klein, 1957/1991).

Sendo o nosso interesse principal compreender a identificação projetiva como um mecanismo de defesa de ampla participação na vida psíquica e nos relacionamentos interpessoais, voltamo-nos agora para uma revisão crítica desse conceito, problematizando-o a partir das contribuições de autores pós-kleinianos que ampliaram sua compreensão.

1.4. A Identificação projetiva segundo Melanie Klein

(...) projeção e introjeção interagem desde o começo da vida. Tentando destacar um motivo importante para a escolha de objetos de identificação, eu descrevi essa escolha, para fins de apresentação, como ocorrendo em duas etapas: (a) existe algum terreno comum; (b) a identificação acontece. Mas o processo, tal como o observamos em nosso trabalho analítico, não é tão dividido. Pois o indivíduo sentir que tem muito em comum com uma outra pessoa é simultâneo a projetar-se para dentro dessa pessoa (o mesmo se aplica para a introjeção dela). Esses processos variam em intensidade e duração, e dessas variações é que dependem a força e a importância de tais identificações e suas vicissitudes (Klein, 1955/1991, p.199).

Klein (1946/1991) destaca a interação entre projeção e introjeção desde o início da vida psíquica como um fator que molda as relações de objeto do ego arcaico e abre caminho para consequências profundas sobre todos os aspectos do desenvolvimento emocional e intelectual do sujeito. No contexto de suas observações acerca da posição esquizo-paranóide, a autora destacou uma defesa em particular, dentre outras contra a ansiedade persecutória, que se tornou o tema deste estudo. A saber: a identificação projetiva.

Petot (1982/2003) relata que, apesar de a ideia de uma identificação fundada pela projeção ter sido apresentada no artigo original “Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizoides”, de 1946, é apenas na ocasião da revisão publicada em

1952 que o conceito de identificação projetiva recebe seu nome e uma definição mais delimitada. A fim de oferecer ao leitor uma visão que primeiro exporá o conceito, para posteriormente fazer-lhe considerações e contrapontos, optamos que aqui conste sua definição tal qual Klein a apresenta originalmente:

Os ataques à mãe, em fantasia, seguem duas linhas principais: uma é a do impulso predominantemente oral de sugar até exaurir, morder, escavar e assaltar o corpo da mãe despojando-o de seus conteúdos bons. (...) A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais e implica a expulsão de substâncias perigosas (excrementos), do *self* para dentro da mãe. Junto com os excrementos nocivos, expelidos com ódio, partes excindidas do ego são também projetadas na mãe, ou, como prefiro dizer, para dentro da mãe. Esses excrementos e essas partes más do *self* são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, e sim como sendo o *self* mau. Muito do ódio contra partes do *self* é agora dirigido contra a mãe. Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos. (Klein, 1946/1991, p.27).

Nessa citação, vemos o destaque do teor agressivo, de expulsão e perseguição, que a autora confere ao mecanismo de identificação projetiva. Também o paradigma espacial está contemplado pela ênfase que Klein confere ao bebê projetar elementos do interior do seu corpo para o interior do seio materno, o que tem consequências que examinaremos posteriormente.

Nesse mesmo artigo, Klein (1946/1991) também descreve a identificação projetiva em seus aspectos positivo e excessivo. Para a autora, ela é positiva pela possibilidade de que também partes boas e amorosas do *self* sejam expelidas para dentro da mãe, o que habilita o bebê à integração egoica e ao desenvolvimento de boas relações de objeto. Por outro lado, haveria um caráter excessivo ou patológico quando o emprego exagerado e repetitivo desse processo pelo indivíduo enfraquece e esvazia o

ego, produzindo sentimentos de solidão e significativa dependência dos representantes externos que contêm suas partes boas projetadas.

A identificação projetiva é apresentada no contexto de uma fase inicial da constituição psíquica, mas Klein (1946/1991) preocupou-se em reconhecer sua participação na formação e também sua manutenção ao longo de todo o desenvolvimento psíquico normal de uma pessoa, caracterizado pela autora por um "equilíbrio ótimo" entre introjeção e projeção. Isto é, a identificação projetiva não é necessariamente patológica, ainda que testemunhe um funcionamento mental primitivo.

Já em seu artigo “Sobre a Identificação” (Klein, 1955/1991), a autora dedicou-se a melhor iluminar o caráter positivo da identificação projetiva ao esclarecer seu papel fundamental para o estabelecimento das relações de amor e da capacidade empática. Isto se dá, segundo a autora, uma vez que o indivíduo identifica no objeto amado uma parte (libidinalmente investida) excindida de si mesmo, ou seja, uma parte valorizada e tida por boa que continuará sua existência no interior do objeto. Em outras palavras:

[Klein] dissipou suficientemente a auréola do sadismo que envolvia a noção de projeção para reconhecer a natureza projetiva da empatia (...) Atribui a este processo projetivo a função de *dar lugar* às condições de possibilidade de uma relação de amor (Petot, 1982/2003, p.125, grifo nosso).

Essa característica de a identificação projetiva ser capaz de criar um lugar (*give place*) está em ressonância com e é fundamental para o presente trabalho. Ela inspira e sustenta a proposta dos próximos capítulos, que se propõem a relacionar este processo defensivo a uma via potencial, a um espaço da criatividade saudável sobre o qual se desenvolvem as relações humanas, o brincar e a cultura.

Por ter sido conceituado como uma fantasia inconsciente, o mecanismo da identificação projetiva trouxe à tona diversas questões a respeito de sua manifestação, bem como indagações sobre os motivos que levam à sua ocorrência e sobre como diferenciá-lo da projeção e da introjeção. “Deveria o termo ser utilizado (...) independentemente do efeito sobre o receptor, ou somente em casos nos quais o receptor da projeção é afetado emocionalmente pelo que está sendo projetado para dentro dele?” (Spillius, 1991, p.89).

Sobre essa questão da realidade do mecanismo que é uma fantasia inconsciente, recorreremos a Klein (1946/1991) sustentando que, apesar da natureza fantasiosa da clivagem, “o efeito dessa fantasia é bastante real” (p. 25). A partir de nossas vivências clínicas, assumimos que, igualmente, a identificação projetiva possa produzir não apenas efeitos, mas também sensações e afetos bastante reais – tanto para o indivíduo que a realiza quanto para o objeto que a recebe.

Klein afirmou que as atitudes das mães poderão aumentar ou reduzir a cada passo as ansiedades persecutórias e depressivas de seus bebês, pois o grau em que objetos benéficos ou persecutórios prevalecerão no inconsciente do indivíduo é fortemente influenciado por suas experiências reais (Klein, 1952b/1991). Ela não se dedicou, entretanto, a ilustrar *como* ocorre essa influência materna sobre o aumento ou a redução das ansiedades dos bebês.

Em outras palavras, podemos argumentar que o foco kleiniano incidiu predominantemente sobre os processos intrapsíquicos do indivíduo, suas ansiedades e fantasias, postulando que o desenvolvimento da saúde ou da patologia estariam enraizados sobretudo na capacidade primitiva de o ego tolerar a ansiedade. Mas como pode o bebê sozinho desenvolver recursos para tolerar a ansiedade? Klein não se

voltou para o contexto interpessoal do indivíduo, ou para o papel desempenhado pela metapsicologia materna – isto é, os recursos psíquicos e o funcionamento do mundo interno da mãe – na construção dos recursos próprios do bebê.

Como exemplo dessa ausência de enfoque sobre a participação do mundo externo e seus habitantes no que tange ao destino das identificações projetivas, a transformação delas, etc., escolhemos a seguinte citação em que Klein (1946/1991) descreve como a circulação dos mecanismos introjetivos e projetivos entre a díade mãe-bebê podem conduzir a uma espécie de *ciclo* devastador das potências psíquicas, acumulando ansiedades persecutórias que dão ao ego a impressão de encontrar-se preso pela pulsão de morte:

(...) A projeção de um mundo interno predominantemente hostil, regido por medos persecutórios, leva à introjeção – a um retorno para si – de um mundo externo hostil e vice-versa, a introjeção de um mundo externo hostil e distorcido reforça a projeção de um mundo interno hostil (p. 30).

Como seria possível romper esse ciclo? Como fazer para que as reintrojeções da pulsão de morte projetada não venham carregadas de mais hostilidade? Essas questões, bem como as previamente mencionadas, conduziram o conceito de identificação projetiva a uma verdadeira evolução teórica por parte dos autores pós-kleinianos.

1.5. Uma evolução do conceito: o aspecto intersíquico⁹ da identificação projetiva

⁹ Por "intersíquico", entende-se aqui o espaço *entre* dois psiquismos, isto é, uma zona que se configura pela superposição das áreas lúdicas da mãe/analista e do bebê/analizando (Winnicott 1975, 1951/2000), que inclui (mas não se limita a) as qualidades do ambiente que os envolve. Optamos pelo uso desse termo, pois as alternativas "intersubjetivo" e "interpessoal" nos parecem pouco contemplativas sobre o fato de essa área depender de aspectos relacionais, ambientais, da metapsicologia e dos afetos dentro de cada aparelho mental, etc.

Desde a publicação de seu artigo “Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizoides” (Klein, 1946/1991), Klein aprofundou e ampliou sua compreensão a respeito do mecanismo de identificação projetiva. As trocas enriquecedoras que obteve a partir de seu grupo de formação proporcionaram uma ampliação do que se compreendia à época e pautaram a evolução deste robusto conceito.

O desenvolvimento deste trabalho apoia-se predominantemente nas contribuições pós-kleinianas que contemplaram a identificação projetiva em seu funcionamento intersíquico, isto é, suas manifestações sobre a díade analisando-analista que vieram investigar e elucidar o que havia sido proposto sobre a díade mãe-bebê. A seguir, buscaremos apresentar uma breve revisão bibliográfica do conceito de identificação projetiva, conceituações e hipóteses que abrem o caminho para um olhar mais construtivo sobre este mecanismo de defesa do ego. Esta reflexão torna-se possível a partir de contribuições teóricas que levam em conta a participação do ambiente e do psiquismo materno como mediadores da função integradora da identificação projetiva e a sua consequência para a saúde psíquica.

Herbert Rosenfeld (1971/1991, 1998), a partir de seu trabalho com pacientes psicóticos, aproximou a identificação projetiva à noção dos estados confusionais – isto é, estados em que o indivíduo encontra-se incapaz de diferenciar entre o que lhe é próprio e o que pertence ao outro ou ao mundo externo. Sua compreensão a respeito do funcionamento da identificação projetiva possibilitou-lhe distinguir duas modalidades: a que ocorre como uma forma de comunicação com outros objetos, e a que é utilizada como forma de negação da realidade. Além disso, afirmou que é o analista quem deve diferenciar e tolerar os efeitos do emprego desse mecanismo sobre seu psiquismo e sobre a transferência:

(...) não apenas o paciente mas também o analista sente que a projeção possui um elemento realista, por exemplo, quando um analista sente que o paciente está lhe forçando algo. Essas experiências inquietantes criadas pelo paciente no analista desaparecem, em geral, assim que o analista consegue compreender o que está acontecendo. Só ocorrem inquietações persistentes no analista quando seus sentimentos se tornam inextricavelmente emaranhados com os do paciente. (...) Em geral, os pacientes temem, com sua projeção, causar algum mal ao analista, e esses receios tornam-se realidade quando o analista não consegue suportar bem as projeções do paciente. (...) o analista tem de aprender a conter durante bastante tempo os sentimentos que o paciente cria nele, antes de poder interpretá-los para este. Essa contenção não deve ser confundida com inação. O analista ainda tem de identificar as projeções dos pacientes e *verbalizá-las para si mesmo tão rápido quanto possível*; caso contrário, não conseguirá entender os detalhes da comunicação do paciente, nem saber quando e o que interpretar (Rosenfeld, 1988, pp.47-48, grifo do autor).

Rosenfeld (1988) entende que a possibilidade de manejar bem (ou não) os efeitos realistas e inquietantes da identificação projetiva depende diretamente da capacidade de compreensão, continência e tradução do próprio analista e de sua contratransferência. Sobre a capacidade de continência, o autor ressalta que conter não implica uma atitude passiva de silêncio e inação. Para ele, conter requer que o analista esteja preparado para mergulhar intensamente em um relacionamento interpessoal, enquanto conserva sua função analítica de pensar sobre suas experiências para traduzi-las em palavras. Conter significa deixar-se tocar em algo pessoal, sem entretanto confundir-se ou misturar-se.

A identificação projetiva produz sobre o ego que a recebe o sentimento de estar sendo invadido, muitas vezes de forma bastante violenta, o que dificulta sua capacidade de continência e tolerância. A preocupação de Rosenfeld (1988) em apontar o caráter comunicativo desse mecanismo contribui para o enfrentamento desses sentimentos desagradáveis por parte do analista, pois frequentemente a identificação projetiva é o único recurso do qual o indivíduo (analisando/bebê) dispõe

para proporcionar ao outro (analista/mãe) a oportunidade de tomar conhecimento de sua realidade psíquica:

(...) o indivíduo está tentando, por vezes de modo relativamente muito violento, livrar-se de pensamentos e sentimentos insuportáveis e fazê-lo forçosamente dominando e controlando as outras pessoas de forma imaginária. Por outro lado, o processo de identificação projetiva também pode ser considerado uma tentativa de comunicação. Se os pensamentos e sentimentos insuportáveis e muitas vezes caóticos que são expelidos podem ser contidos (...), é possível que o que está acontecendo seja entendido e levado em consideração, abrindo o caminho para que os pensamentos e os sentimentos sejam tolerados e se tornem menos insuportáveis (Rosenfeld, 1988, p.193).

Quando o analista ou a mãe é capaz de tolerar as projeções que recebe, abre-se um caminho para o diálogo e a comunicação de sentimentos e afetos que não poderiam ser transmitidos senão pela via da identificação projetiva. Rosenfeld (1988) observou que há uma importante diferença entre ser transformado pela projeção e transformar a projeção. No primeiro caso, o objeto falha em funcionar como um psiquismo maduro para o analisando/bebê, enquanto no segundo, além de permanecer inalterado pela identificação, o objeto compreende proveitosamente o que foi comunicado e favorece a confiança do indivíduo sobre a relação, que se mostra segura e contínua.

Em consonância com essa linha de pensamento voltada para as manifestações intersíquicas da identificação projetiva, apontaremos brevemente a valiosa contribuição de W. Bion relativa ao papel de continência do psiquismo materno. O presente trabalho não pretende comportar todas as inúmeras e inestimáveis contribuições desse autor. Portanto, apresentará de forma sucinta apenas os conceitos que são mais relevantes para a hipótese estudada.

Bion (1957/1991) ressalta que, para a identificação projetiva ocorrer, o objeto que a recebe deverá ser dotado de profundidade – dito de outra forma, que o

indivíduo que realiza a identificação projetiva pressupõe no objeto-receptor um espaço psíquico aonde colocar seu conteúdo. Ao apontar a necessidade de um *continte* para os conteúdos da identificação projetiva, Bion também enfatiza que essa só poderá ser transformada e reintrojada de forma mais suportável para o psiquismo do bebê/analizando se o objeto mãe/analista puder processá-la por meio de *rêverie*.

Rêverie nomeia a *sonhação* dos elementos impensáveis do psiquismo originário por outro mais maduro, a partir de sua continência e tradução (Ab'Sáber, 2005). Serve, portanto, como instrumento para transformação dos elementos-*beta* – a *coisa em si psíquica*, os conteúdos que não têm representação e não podem ser pensados – em elementos-*alfa* – portadores de sentido compartilhado e compartilhável, pensamentos que podem ser pensados (Bion, 1963/2004, 1991).

Bion (1991) pressupõe que exista um grau normal de identificação projetiva, isto é, que esse mecanismo não deve ser vinculado ao desenvolvimento somente por uma via patológica. O autor situou o interjogo entre esse mecanismo e seu oposto complementar, a identificação introjetiva, como uma base sobre a qual se constitui o desenvolvimento psíquico saudável.

Junto a um de seus analisandos, Bion (1957/1991) observou a tendência à utilização excessiva do mecanismo projetivo. Era como se o analisando não pudesse se valer suficientemente dessa defesa, pois sentia que o analista recusava o ingresso das partes de sua personalidade que ele desejava lhe depositar:

(...) Quando o paciente esforçava-se por se livrar dos temores de morte, sentidos como demasiado poderosos para que sua personalidade os contivesse, ele excindia seus temores e os colocava dentro de mim, com a ideia de que, se lhes fosse permitido repousar ali por tempo suficiente, minha psique os modificaria, podendo então ser reintrojados sem perigo. Na ocasião que tenho em mente, o paciente sentiu (...) que eu evacuei os seus sentimentos tão

rapidamente que eles não se modificaram; ao contrário, tornaram-se mais dolorosos. (...) em decorrência disso, ele esforçava-se por forçá-las para dentro de mim com crescente desespero e violência (Bion, 1957/1991, p. 104).

Essa situação analítica produziu, na mente do analista, a impressão de que este analisando, na infância, teria experimentado respostas maternas às suas manifestações emocionais que fossem, ao mesmo tempo, tanto zelosas quanto impacientes. Um exemplo desse tipo de expressão seriam colocações como “não sei o que há com essa criança” (Bion, 1957/1991, p.104). De acordo com essa produção, o analista supôs que o paciente teria experimentado uma mãe que se transformasse *pela* projeção, em vez de transformá-la.

Portanto, Bion especulou que esse paciente não contara com uma mãe que pudesse tolerar a sensação de pavor que ele, enquanto bebê, tentara comunicar-lhe pela via desse mecanismo. Além disso, sua mãe provavelmente reagia negando-lhe o ingresso de suas identificações projetivas ou tornando-se mais ansiosa. Essa reação resultava em uma reintrojeção, por parte do bebê, de seus sentimentos desprazerosos, agora somados aos sentimentos de ansiedade maternos.

Enquanto única via possível de investigação do bebê, que ainda não dispõe de uma personalidade madura o suficiente para conter seus sentimentos nesse ponto do seu desenvolvimento, um impedimento do emprego da identificação projetiva junto a seus principais cuidadores – seja por recusa ou impossibilidade por parte dos objetos, seja pela intensidade da pulsão de morte do indivíduo – levaria à destruição do elo de ligação entre o ego e seus objetos de amor.

Bion (1957/1991) apontou o papel do dispositivo da identificação projetiva para a formação de um elo de ligação entre o analista e o analisando e, originalmente, entre o bebê e a mãe/seio. Entendemos o elo de ligação como uma via sobre a qual

atuam tanto os mecanismos de defesa e de enriquecimento psíquico do ego quanto os recursos psíquicos de quem desempenha a função materna – bem como, e em especial, a capacidade de este último receber, conter e traduzir *suficientemente bem* as comunicações do bebê/analizando. Os ataques aos elos de ligação seriam, para o autor, verdadeiras agressões contra a paz de espírito do objeto que desempenha essa função.

Se a via constituída pelo elo de ligação fica bloqueada, então logo o interjogo entre projeção e introjeção torna-se impedido, e a base da constituição psíquica normal é seriamente afetada, com a consequência mental de as emoções serem odiadas. O ódio volta-se contra o próprio ódio, contra as demais emoções e contra a realidade responsável pelos estímulos externos: “É um pequeno passo do ódio às emoções ao ódio à própria vida” (Bion, 1957/1991, p. 106).

A respeito dessa forma de compreender a identificação projetiva, faz-se necessário retomar o ponto sobre a *realidade* desse dispositivo. Bion (1957/1991) reconheceu que basear sua atuação e entendimento sobre o caso mencionado acima, em algo que a situação analítica produzira em sua mente, poderia parecer excessivamente fantasioso para o leitor não familiarizado com o valor das vivências primitivas.

Freud (1937/1996) afirmou que a tarefa do psicanalista é também a de *construir*, completar o conteúdo esquecido a partir dos traços de que dispuser – que sobreviveram ao recalque e comparecem como fragmentos de memórias, associações, fantasias – e também a partir do próprio comportamento do analisando:

Ambos [analista e sujeito da análise] possuem direito indiscutido a reconstruir por meio da suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram. Ambos, ademais, estão sujeitos a muitas das mesmas dificuldades e fontes de erro. Um dos mais melindrosos problemas com que se defronta o arqueólogo é,

notoriamente, a determinação da idade relativa de seus achados, e se um objeto faz seu aparecimento em determinado nível, frequentemente resta decidir se ele pertence a esse nível ou se foi carregado para o mesmo devido a alguma perturbação subsequente. É fácil imaginar as dúvidas correspondentes que surgem no caso das construções analíticas (Freud, 1937/1996, p.277).

A respeito dessa analogia freudiana entre as investigações analítica e arqueológica, Bion propôs pensarmos não tanto como uma ruína estática, esperando ser descoberta, mas como a exploração de uma verdadeira “catástrofe primitiva”, algo que permanece “a um só tempo viva e, ainda assim, incapaz de se resolver e sossegar” (Bion, 1957/1991, p.102). Não é interesse do psicanalista reivindicar ou obter comprovações, concluir o que quer que seja a respeito da realidade concreta, pois a razão em psicanálise só poderá receber um estatuto de razão potencial, viva, mutável, com seu olhar voltado para a realidade psíquica própria à subjetividade do indivíduo em análise¹⁰.

A diferenciação entre a realidade própria ao mundo externo e aquela própria ao psiquismo também comparece no que tange ao estudo da identificação projetiva, estando nas raízes de uma discordância entre autores pós-kleinianos quanto ao que distinguiria esse mecanismo da projeção "simples", isto é, que não busca identificação. Para Grotstein (1985), ambos são mecanismos mentais idênticos e não haveria uma distinção significativa entre eles na situação clínica. O autor afirma que relacionar a projeção ao estatuto intrapsíquico e a identificação projetiva à esfera bipessoal não teria validade, pois “não fazemos projeções em objetos do mundo externo; fazemos projeções em nossas imagens deles” (p.126).

Já para Ogden (1979/2012), a maior diferença entre os dois mecanismos seria que a projeção teria por objetivo criar uma distância psíquica em relação ao objeto,

¹⁰“(…) evidencia-se necessário formulação mais precisa da teoria que transponha, pela interpretação do analista, o hiato entre representação e realização” (Bion, 1991, p. 19).

enquanto a identificação projetiva buscaria criar uma sensação de estar profundamente conectado com o objeto (*at one with*), sendo uma defesa que visa exatamente abolir a separação que gera a ansiedade depressiva. Ademais, uma diferença fundamental entre a manifestação da projeção e a identificação projetiva é que, no caso da segunda, o objeto receptor sente uma espécie de *pressão sobre si*, às vezes até mesmo corporalmente, de introjetar essa projeção, uma pressão que advém da ameaça de deixar de existir para o indivíduo projetador.

Ogden (1979/2012) afirmou que se trata de uma ameaça real, do tipo *or else* (senão), que serve como um músculo por trás da pressão exercida sobre o objeto para introjetar a identificação projetiva e para conformar-se (*comply*) em congruência com a patologia do indivíduo que a produziu. A ameaça assume a forma fantasiosa de um “seja o que eu preciso que você seja, *senão* você não existe para mim”, ou, em outras palavras, “só vejo em você o que eu coloquei em você; *se não* vejo isso, não vejo nada” (p.280, tradução nossa).

Consideramos que abolir a diferença entre projeção e identificação projetiva prejudica o entendimento deste fenômeno como passível de intervenções terapêuticas. Adotando esse raciocínio, corre-se o risco de reduzir a identificação projetiva a algo *do* indivíduo, de não entendê-la como operante na relação *com* o indivíduo. Caso o analista/mãe atenha-se a essa concepção, correrá o risco de não estar disponível para receber, para conter, de não se deixar responder com vitalidade à comunicação que essa defesa porta em si, arriscando reforçar a hostilidade, o sentimento de solidão e o empobrecimento do ego que ainda não é maduro o suficiente para recorrer a outras formas de expressão.

1.6. Identificação projetiva: facilitador ou entrave para a constituição psíquica?

Ogden (1979/2012) apontou a maneira como a identificação projetiva pode ser compreendida enquanto uma forma primitiva de relação de objeto, em seus aspectos tanto defensivos quanto comunicativos, bem como explicou a maneira pela qual esse mecanismo pode servir como uma via de mudança e crescimento psicológico. O autor não achava fundamental relacionar o dispositivo da identificação projetiva com um momento específico do desenvolvimento psíquico, acreditando que essa defesa de forma alguma está inerente e condicionada à fase esquizo-paranóide, como fora postulado por Klein (1946/1991). Para Ogden (1979/2012), a identificação projetiva poderá acontecer em qualquer relação interpessoal, a depender apenas de duas condições fundamentais: (a) um indivíduo que possa projetar e (b) um objeto que seja capaz de introjetar e processar psiquicamente o que recebeu. Segundo ele, “a identificação projetiva não existe onde não houver interação entre indivíduo projetador e objeto receptor” (p.279, tradução nossa).

O autor postulou ainda que a identificação projetiva ocorra em três aspectos simultâneos e interdependentes: o primeiro seria o de maior caráter projetivo, com um movimento de saída partindo do indivíduo projetador em direção a um objeto receptor; o segundo seria de caráter mais introjetivo, com uma pressão sobre o objeto receptor; o terceiro aspecto recebeu o nome de processamento, e ocorreria em um movimento de saída, vindo do objeto receptor, concomitante a um movimento de reinternalização por parte do indivíduo projetador (Ogden, 1979/2012).

Após um processamento satisfatório¹¹ da identificação projetiva, o conteúdo que antes era insuportável para o psiquismo do indivíduo torna-se disponível para reintrojeção, tendo sido modificado pelas capacidades mentais e continentais do objeto que o recebeu. A relação que fortalece o ego e os seus recursos psíquicos, promovendo as sensações de segurança e bem-estar no contato com o mundo externo, é em si mesma terapêutica.

Portanto, enquanto uma via que serve como uma *ponte* sobre a qual ocorrem esses aspectos de ir e vir, sair e voltar e suas importantes trocas interpessoais, a identificação projetiva deve ser pensada como uma senda de conhecimento, um caminho para a mudança e crescimento psicológico. Contudo, e conforme já expresse neste capítulo, a possibilidade de a identificação projetiva favorecer a constituição psíquica dependerá intrinsecamente da participação do psiquismo mais maduro e maleável¹² de um objeto receptor, seja ele o da mãe no contexto da vida primitiva, seja o do analista no contexto terapêutico.

Finalmente, se este processo ocorre sobre uma via comum entre objeto e indivíduo, será que é apenas o bebê quem a utiliza? Quais são as identificações projetivas que a mãe faz com o seu filho e quando elas começam? Como isso participará no processo de constituição psíquica do bebê e no espaço que o bebê

¹¹ Por "satisfatório" entende-se: um processamento que seja capaz de conter, processar, traduzir, devolver o conteúdo da identificação projetiva modificado e passível de reintrojeção. O resultado de um processamento satisfatório é a introjeção, por parte do indivíduo projetador, de um conteúdo modificado pelo psiquismo mais maduro do objeto receptor. Contudo, Ogden (1979/2012) afirma que sempre haverá algum grau de "contaminação" entre os *pathos* do indivíduo e do objeto envolvidos em um mecanismo de identificação projetiva.

¹² Uma consideração sobre a qualidade do objeto: aqui, o que caracterizaria um psiquismo mais maduro teria a ver com o exercício da função *alfa*, conforme Bion (1963/2004) – isto é, de um aparelho de pensar que já dispõe de mais ferramentas de processamento dos conteúdos *beta*. Além disso, o objeto mais maduro disporia de um ego não enrijecido, que fosse capaz de suportar um certo grau de dissolução da subjetividade para receber as identificações projetivas e contê-las, sem no entanto perder-se nesta identificação a ponto de perder sua capacidade *rêverie* (Bion, 1991, 1963/2004).

ocupará no psiquismo materno e no mundo? Quais as consequências disso para o desenvolvimento da criança? No próximo capítulo, contemplaremos a teoria de Winnicott a fim de discutir a participação do funcionamento psíquico materno e suas influências no manejo e nas vicissitudes das identificações projetivas do indivíduo.

CAPÍTULO 2.

A IDENTIFICAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA SEGUNDO WINNICOTT

Ao pesquisar o conceito de identificação projetiva na obra de Winnicott, chamou-nos atenção a escassez de aparições do termo em seus trabalhos, até mesmo naqueles dedicados ao estudo do desenvolvimento emocional primitivo, da comunicação entre os bebês e suas mães e sobre a empatia materna – nos quais o conceito poderia vir a ser bastante pertinente. Apesar disso, é possível encontrá-lo, por vezes, indireta e descritivamente, ainda que o autor não o tenha nomeado.

Essa constatação nos levou a alguns questionamentos: Por que o conceito de identificação projetiva comparece tão raramente na obra de Winnicott? Por que o autor faz referência a esse mecanismo de maneira indireta, preferindo descrevê-lo a lançar mão do nome dado por Klein? Como isso se articula com o contexto psicanalítico da época e como se relaciona com o posicionamento de Winnicott diante de outros desenvolvimentos teóricos kleinianos? Nesse sentido, a fim de encontrar respostas para esses questionamentos, é importante começar este capítulo com uma breve contextualização sobre Winnicott, considerando aspectos de sua história de vida e do cenário psicanalítico do período enquanto possíveis influências que ajudem a elucidar essas questões.

2.1. As particularidades do pensamento de D. W. Winnicott

Winnicott formou-se pediatra e começou seus atendimentos a crianças no *Paddington Green Children's Hospital* em 1923. Em seus atendimentos na pediatria, surpreendeu-se com a quantidade de informações que recebia dos seus pacientes e

seus familiares para além das queixas médicas. Mobilizado pelas questões referentes aos afetos e à sensibilidade das experiências das crianças junto às suas famílias, Winnicott iniciou sua jornada em psicanálise por intermédio de Ernest Jones. Jones, inclusive, favoreceu sua aproximação de James Strachey, quem veio a ser seu analista por dez anos (Winnicott, 1962a/1983).

Winnicott pôde presenciar, nas décadas seguintes ao seu ingresso na Sociedade Britânica (em 1936), as famosas controvérsias teóricas entre Anna Freud e Melanie Klein – discordâncias a respeito da possibilidade de se analisar crianças, de se estabelecer uma neurose de transferência, da necessidade de que haja um período “preparatório” para o tratamento, da idade a partir da qual uma criança seria analisável, dentre outros aspectos. (A. Freud, 1926/1971; Klein, 1927/1996). Inicialmente, as discussões se davam por meio de publicações endereçadas de uma à outra, mas assembleias de discussão entre as pensadoras passaram a ocorrer na Sociedade Britânica (King & Steiner, 1998) após a mudança da família Freud para Londres, em 1938.

Por ter sido supervisionado por Klein entre os anos de 1935 e 1940 (Winnicott, 1954-5/2000), e também por ter começado uma análise com Joan Rivière (que era muito próxima de Klein e adepta de sua teoria) em 1936, Winnicott foi inicialmente considerado um kleiniano durante as Controvérsias Freud/Klein. Contudo, em uma carta para Susan Isaacs em 1942, Klein reclamou que Winnicott era individualista e não entregava suas contribuições teóricas a tempo de que o grupo kleiniano pudesse vetá-las (King & Steiner, 1998).

A respeito disso, Winnicott (1967/1994) declarou posteriormente que ele e Klein concordaram em discordar, pois não conseguia compreender o desenvolvimento

psíquico a partir do ponto de vista kleiniano, centrado apenas sobre o indivíduo e descontextualizado das influências ambientais. A verdade é que Winnicott não tinha interesse de que lhe atribuíssem qualquer filiação teórica, sendo considerado então um independente (Green, 2008), ou participante do “grupo do meio”. Segundo Winnicott (1962a/1983): “Nunca fui capaz de seguir quem quer que fosse, mesmo Freud” (p.161).

Em cartas endereçadas a integrantes do grupo kleiniano, Winnicott traçou críticas ao fato de que aqueles que a seguiam não a questionavam, preocupados apenas em apoiá-la incondicionalmente (Dias, 2002). Também expôs um descontentamento significativo com o uso repetitivo do termo identificação projetiva, em uma carta para Bion em 1955 (Dias, 2002). Em sua opinião, parecia-lhe estranha a ideia de pequenos aspectos da personalidade do bebê, que ainda não se constituiu enquanto uma pessoa inteira, sendo remetidos a outro indivíduo. Essas correspondências fornecem um vislumbre sobre o incômodo de Winnicott com o andamento das coisas na Sociedade Britânica à época – isto é, no período após as controvérsias Freud/Klein, quando dois grupos de formação de analistas foram criados, cada um privilegiando os posicionamentos teóricos de uma das psicanalistas (King & Steiner, 1998).

Em relação à Klein, Winnicott era grato pelo rigor analítico com que a psicanalista voltara sua atenção à realidade psíquica interna do indivíduo e reconheceu a enorme contribuição da psicanálise infantil para os estudos sobre o desenvolvimento precoce. Sobretudo, Winnicott reconheceu como Klein abria caminho, no pensamento psicanalítico, para a consideração de que o bebê poderia

ficar emocionalmente adoecido – o que ele já podia observar por meio da particularidade de seu trajeto profissional: primeiro pediatra, depois psicanalista.

Entretanto, Winnicott sentia que Klein se concentrava demais na pulsão de morte – conceito que ele não utilizou, nem tampouco achava válido –, e se ressentia com a recusa da autora em reconhecer a importância fundamental do ambiente externo e das relações de dependência na constituição psíquica, enfatizando excessivamente o conceito de objetos internos. Ademais, podemos contemplar uma diferença fundamental entre o pensamento de Winnicott e de Klein: enquanto a obra kleiniana se expressa em uma teoria dos espaços interno/externo, a obra winnicottiana se constitui em uma teoria fundamentada no papel do ambiente (Dias, 2002), o qual será explicitado a seguir neste capítulo.

Assim, levantamos a hipótese de que a raridade do aparecimento do termo identificação projetiva em Winnicott advenha tanto dessas dissonâncias teóricas quanto de suas discordâncias em relação a alguns aspectos do contexto psicanalítico em torno da filiação à Klein nessa época. Ponderamos ainda que, nessa diferenciação entre as perspectivas dos autores, encontra-se outro ponto possivelmente envolvido na relutância do autor em utilizar este conceito: a tendência de vinculação da identificação projetiva a seu caráter agressivo, de deflexão da pulsão de morte, tal como inicialmente teorizado por Klein.

Vale destacar que Winnicott, contrapondo o enfoque kleiniano de hipervalorização dos aspectos intrapsíquicos e dos objetos internos, trouxe em sua teoria uma valorização do ambiente e das experiências primordiais da vida para o processo de constituição psíquica do indivíduo. Essa valorização sobre o primitivo está embutida inclusive na sua escolha pelo uso do termo "lactente" ao se referir à

criança muito nova e sem fala – *infans* –, cuja sobrevivência depende implicitamente da empatia e dos cuidados maternos “mais do que [depende] na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso” (Winnicott, 1960/1983, p.41).

Quando declara que “não há tal coisa como um lactente” (Winnicott, 1960/1983, p.40, nota de rodapé), o que o autor pretende dizer é que não existe possibilidade de haver um bebê sem cuidado materno, tal como não é possível conceber um lactente sem aquele em que ele mama e de cujo seio depende para existir, de modo que ambos formam uma unidade que não pode ser separada. Em outras palavras, não é possível desenvolver uma compreensão sobre o desenvolvimento emocional do bebê sem falar de seu ambiente – dos cuidados maternos. Usaremos neste trabalho o termo lactente da mesma maneira como Winnicott.

A fim de prepararmos um terreno sobre o qual explorar as nuances e sutilezas que caracterizam a obra de Winnicott, faz-se necessário primeiro apresentar uma revisão bibliográfica das ideias do autor a respeito do desenvolvimento emocional do indivíduo saudável. A intenção é apresentar o olhar teórico de Winnicott sobre a vida psíquica da criança desde sua história mais precoce até o momento em que sua maturidade alcança a capacidade de brincar e compartilhar experiências culturais. Para tanto, as referências a serem apresentadas não seguirão necessariamente a ordem cronológica em que foram publicadas, mas buscarão observar uma coerência na cronologia dos marcadores maturacionais, partindo da vida intrauterina em direção à independência (a qual nunca é totalmente alcançada).

Ao longo deste capítulo, ficará evidente ao leitor como as observações de Winnicott a respeito do desenvolvimento emocional infantil e da constituição

psíquica, tal qual ele podia compreender a partir de sua experiência enquanto pediatra, serviram como protótipo para sua maneira de olhar a clínica psicanalítica. Ou seja, a teoria desse autor buscou enlaçar o que era apreendido a partir das observações que fazia de díades mãe/pai-bebê com o que ele vivenciava na díade analista-analisando.

É importante iniciar este trabalho de revisão crítica com alguns comentários breves sobre a particular maneira de transmissão de conhecimento de Winnicott. É rápido perceber, ao nos dedicarmos a estudá-lo, sua preocupação em se fazer compreender por meio do emprego de termos descritivos, tentando sempre ser o mais claro possível (Dias, 2002). Enquanto Freud precisou buscar alguns termos que viriam a circunscrever o objeto de estudo da teoria psicanalítica em outras áreas de conhecimento e da cultura – como Complexo de Édipo, derivado da mitologia grega; trabalho (do Sonho), conceito advindo da física que implica em desgaste e transformação¹³; e energia, força, aparelho, para citar alguns outros –, Winnicott pôde lançar mão de termos que explicitassem descritivamente o que ele pretendia transmitir, como mãe suficientemente boa – ou seja, que não é perfeita – e ambiente favorecedor – que promove a constituição psíquica e a saúde –, dentre vários outros exemplos.

Winnicott não estava tão preocupado em treinar alunos ou fundar uma escola de pensamento, mas sim em aprender com seus pacientes, em pensar suas histórias, estar vivo e bem durante seus atendimentos e deixar-se envolver pelo que observava e criava. Sua prioridade era a de adaptar-se a seus pacientes, e não o contrário (Winnicott, 1962b/1983). Para tanto, o autor utilizou-se inclusive de suas falhas, seus

¹³ Comunicação pessoal de Tales Ab'Sáber em março de 2015.

erros e interpretações precipitadas, e assim chegou a uma compreensão única de como praticar psicanálise.

Em seus trabalhos teóricos, Winnicott não evitou expor sequer os momentos em que se sentiu cansado, sonolento e até mesmo com raiva de seus pacientes, por compreender que seremos sempre humanos em contato com outros humanos, e há mais fenômenos acontecendo nesse ambiente de troca do que as recomendações técnicas do início do séc. XX convencionavam. O importante, aprende-se logo com Winnicott, é o uso a ser feito de todos esses conteúdos aos quais nos tornamos atentos durante um atendimento, em supervisão e até mesmo em momentos de produção inconsciente, como nos nossos sonhos.

Por exemplo, em seu texto “O Ódio na Contratransferência”, Winnicott (1947/2000) compartilha com seu leitor a interpretação que faz de um sonho “curativo” sobre um de seus casos. Nesse sonho, ele percebe não possuir um dos lados de seu corpo, e prossegue o artigo narrando o uso analítico que fez desse conteúdo durante os atendimentos seguintes a uma paciente que experimentava uma sensação desse mesmo tipo. Winnicott percebeu que produzir um sonho desses – e lembrar-se dele – possibilitou-lhe compreender algo chave na relação da paciente com o seu corpo, isto é, a ausência de personificação, como se ela sentisse a si mesma apenas como uma mente. O analista concluiu que quaisquer referências ao corpo da paciente provocariam nela ansiedades persecutórias, arcaicas, anteriores à organização de uma neurose e de uma ansiedade de castração.

A partir dessa exposição, compreendemos como alguns dos pacientes de Winnicott evidenciavam um funcionamento psíquico com características e ansiedades primitivas, que estariam relacionadas às falhas ambientais que incorreram em uma

ruptura de seu continuar a ser nos primeiros tempos de vida, quando ainda expressavam dependência importante dos cuidados ambientais. Em outras palavras, ele percebeu as semelhanças entre aspectos de seus pacientes de análise com a dinâmica psíquica e o funcionamento mental dos bebês que recebia em consultas na pediatria. Podemos também observar como Winnicott foi atento ao funcionamento mental de quem exerce funções de cuidado, como valorizou a disponibilidade psíquica sensível à dimensão paraverbal, como promoveu trocas espontâneas e adaptações ambientais – as mesmas que preconizou ao teorizar sobre o que se faz necessário para uma constituição psíquica saudável.

As ansiedades primitivas, que diferem de uma ansiedade de separação, relacionam-se mais à ameaça da perda de si do que à perda de um aspecto de si. Partindo de sua experiência enquanto pediatra, e também no atendimento a casos mais comprometidos (psicóticos, limítrofes), Winnicott percebeu similaridades entre o funcionamento mental de seus pacientes e o que observava junto aos bebês pequenos. Passou, assim, a costurar uma teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo:

Para restringir o campo ainda mais, o melhor paciente para o pesquisador que estuda a psicologia do bebê deste modo é o esquizofrênico limítrofe, isto é, aquele cuja personalidade funciona o suficiente para que ele possa ser analisado e passe pelo cansativo trabalho que se faz necessário quando a parte muito doentia da personalidade é posta em relevo (...). De fato, o bebê ali está, no divã, no chão ou em qualquer outro lugar, e a dependência está também ali, na plenitude de sua força; a atuação do psicanalista como ego auxiliar está em ação e a observação do bebê pode ser feita diretamente (Winnicott, 1964/2006, p.34).

Portanto, o trabalho analítico com pacientes, sejam eles crianças ou adultos, lança-nos ao estudo sobre os bebês e suas mães, despertando nossa atenção para a riqueza desse momento da constituição psíquica e todas as suas possíveis consequências. Efetuamos em nosso cotidiano clínico um movimento de vaivém entre o que o paciente vivencia na transferência no *setting* analítico, presentemente, e o que

inferimos e construímos a partir das recordações de vivências anteriores que ele nos oferece (Freud, 1937/1996).

Logo, ao perceber que alguns atendimentos exigiam particular atenção aos fenômenos metapsicológicos e ao manejo do analista, enquanto outros suportavam melhor as falhas, as interpretações e o divã, Winnicott – a fim de melhor transmitir seu pensamento a respeito de adaptações clínicas – propõe classificar seus casos em três categorias (Winnicott, 1954/2000).

O primeiro grupo é composto por pacientes que chegaram a se constituir enquanto pessoas inteiras, com uma noção de eu estabelecida dentro do corpo e em contato com a realidade, e seus conflitos baseiam-se em seus relacionamentos interpessoais, de modo a serem analisados para quem a técnica de tratamento desenvolvida por Freud no início do séc. XX se adequa bem. Chamaremos aqui essa técnica de convencional, querendo com isso denotar o uso do divã, a atenção flutuante do analista, a associação livre do analisando, etc. Supõe-se que o paciente do primeiro grupo tenha tido um desenvolvimento inicial satisfatório, de modo que pode participar de uma vida em família e ter dificuldades com ela no curso normal de sua história.

A técnica convencional também se mostra adequada aos casos do segundo grupo, formado por pacientes que começaram seu processo de integração e possuem uma personalidade com a qual podem contar. O atendimento aos pacientes desse grupo centra-se sobre questões referentes ao desenvolvimento primitivo e ao relacionamento mãe-bebê, visando a promoção do *status* de unidade (pessoa) integrada – em outras palavras, visa-se à elaboração da posição depressiva (Klein 1948/1991, 1952a/1991), o que Winnicott chama de “estágio do concernimento” (Winnicott, 1954-5/2000). A continuidade e a previsibilidade do temperamento do

analista são, para o autor, elementos fundamentais para a dinâmica transferencial no trabalho junto a esses casos (Winnicott, 1954/2000).

Uma breve consideração sobre o estágio do concernimento: para Klein (1952b/1991), o indicador da passagem para a posição depressiva é a capacidade de introjetar um objeto total. Já para Winnicott (1988/1990), essa passagem dependerá – em todos os aspectos – de os cuidados ambientais terem favorecido o desenvolvimento de uma unidade, resultando no sentimento de si enquanto pessoa inteira, dotada de interior e exterior.

No terceiro grupo, encontram-se os pacientes que mais exigem a atenção do analista com o manejo clínico, pois experimentam na transferência uma regressão à dependência. Para eles, a técnica convencional apresenta exigências além de sua maturação psíquica – muitos pacientes deste grupo não fazem uso do divã e sentem a atenção flutuante do analista como um “deixar-se cair” concreto, por exemplo. Trata-se de pacientes que não podem (até então) contar com uma estrutura pessoal integrada e se assemelham a uma criança que precisa ser concretamente segurada pela mãe (Winnicott, 1954/2000).

Encontram-se no terceiro grupo os casos fronteiros, cujo núcleo do distúrbio caracteriza-se como psicótico, mas o paciente possui “uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua” (Winnicott, 1975, p.122). Os pacientes do terceiro grupo são os que mais precisam dispor dos recursos do analista, que virá a suportar um alto nível de dependência e indiferenciação do seu paciente para consigo, a fim de que assim ele possa retomar o seu desenvolvimento maturacional a partir do ponto em que algo desandou. Winnicott

(1954/2000) denomina essa defesa de “congelamento da situação de falha” (p.378) e afirma que, por meio do trabalho que promove a regressão a este momento, os pacientes chegam a viver pela primeira vez uma experiência traumática que não chegou a ser integrada em sua vivência (Winnicott, 1963/1994, 1964/2006).

Assim, para o autor, esses pacientes evidenciam um funcionamento psíquico com características e ansiedades primitivas, de quando as falhas ambientais incorreram em uma ruptura em seu continuar a ser. Em outras palavras, Winnicott percebe semelhanças entre aspectos das angústias e da dinâmica psíquica desses pacientes com as ansiedades e o funcionamento mental de um bebê. Nesse sentido, para teorizar sobre o desenvolvimento emocional primitivo e defender o papel fundamental do ambiente na constituição psíquica, Winnicott aliou sua sensibilidade a respeito do que lhe era comunicado sobre os bebês e crianças à sua observação clínica dos fenômenos esquizoides por meio do atendimento a seus pacientes fronteiriços.

É do encontro com seus pacientes que Winnicott tece sua teoria, abdicando de pressupostos que servissem para amortizar sua compreensão do que estava presenciando ou para aniquilar o processo criativo do paciente, tais como aqueles a serviço da satisfação do analista com sua própria perspicácia após uma interpretação arguta (Winnicott, 1962b/1983). A partir de sua teorização aliada à clínica, concluímos que Winnicott priorizou uma técnica terapêutica que se adaptasse às necessidades de cada tipo de analisando, o que não seria possível com um enquadramento rígido – tal qual uma mãe deveria se adaptar às necessidades e aptidões no ritmo próprio ao desenvolvimento de seu lactente, em vez de tratá-lo conforme suas idealizações enrijecidas e enrijecedoras a respeito da maternidade e do cuidado ao bebê. A seguir, delinearemos o caminho traçado pelo indivíduo em seu

desenvolvimento emocional saudável com o intuito de destacar o papel da identificação projetiva junto à constituição psíquica.

2.2. Conceitos básicos a respeito do desenvolvimento emocional primitivo

O pensamento winnicottiano a respeito do desenvolvimento emocional primitivo baseia-se na qualidade da interação entre três fatores: aspectos hereditários (fisiológicos, genéticos e cognitivos), influências ambientais e a tendência inata ao desenvolvimento de certas funções e ao crescimento do corpo. Por ambiente, o autor entende todos os fatores em interação com o indivíduo, incluindo suas dimensões concretas e afetivas, tais como a disponibilidade das pessoas com quem o indivíduo convive, as provisões que podem lhe oferecer, o estado de organização tanto do espaço físico quanto do psiquismo das pessoas, etc. Segundo Winnicott (1964/2014):

Cada bebê é uma *organização em marcha*. Em cada bebê há uma centelha vital, e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e para o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para a frente de um modo que não podemos compreender. Por exemplo, se você acabou de colocar um bulbo na estufa de plantas, sabe perfeitamente que não precisa interferir para que o bulbo se desenvolva e se converta num narciso. Você providenciará o tipo exato de terra e conservará a planta regada na dose certa; o resto vem naturalmente, porque o bulbo possui vida em si mesmo. Ora, a assistência às crianças é muito mais complicada do que a assistência a um bulbo de narciso, mas o exemplo serve ao meu objetivo porque, tanto no bulbo quanto na criança, algo está em marcha que não é de sua responsabilidade (p.29, grifo do autor).

Assim como o bulbo, o ímpeto para vida do bebê depende dos cuidados a ele dispensados. Em outras palavras, o potencial de desenvolvimento maturacional do indivíduo só poderá ser alcançado desde que ocorra em um ambiente facilitador, que possa se adaptar ativamente às necessidades cambiantes do bebê.

Inicialmente, a adaptação ambiental é quase absoluta. Gradativamente, ela caminha no sentido da desadaptação cuidadosamente dosada, conforme o lactente se desenvolve em direção ao alcance de diversas metas. Entre elas, as mais fundamentais são a integração, a personalização e as relações de objeto (Winnicott, 1963/1983). Para ser facilitador, o ambiente precisa dispor de três mecanismos essenciais nos cuidados com o lactente: a sustentação (*holding*/segurar), o manejo (*handling*/manipulação) e realização pela apresentação de objetos (Winnicott, 1963/1994).

Entende-se o conceito de *holding* a partir da sustentação tanto física quanto psíquica que a mãe precisa dar ao lactente. Winnicott (1966b/2006) afirma que segurar abrange tudo o que, na ocasião do início da vida de um filho, uma mãe é e faz. A mãe age espontaneamente a respeito disso e é quem melhor poderá sustentar o seu bebê, justamente por todas as mudanças e adaptações que só ela passa enquanto o aguarda – um bebê só pode ser bem segurado por alguém identificado com ele. A integração saudável depende intrinsecamente da experiência de *holding*¹⁴.

O manejo do bebê, que inclui os cuidados e preocupações fisiológicas, contribui para o processo de desenvolvimento no que concerne à personificação, isto é, ao entendimento do lactente de que ele dispõe de e pertence a um corpo. As noções de realidade, temporalidade e espacialidade são profundamente influenciadas pela capacidade ou não de o indivíduo situar seu eu dentro do próprio envelope corporal.

A apresentação de objetos – incluindo a alimentação do bebê quando esse está pronto para recebê-la – possibilita que a mãe e o lactente vivam juntos uma

¹⁴ É importante ressaltar que a função de *holding* não é exclusiva às mães, nem tampouco ao momento de preocupação materna primária. “Segurar: tornar seguro, firmar; amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender; garantir, afirmar, assegurar; tranquilizar, serenar, sossegar; não se desfazer de, conservar; afirmar, garantir; apoiar-se, precaver-se” (Winnicott, 1968/2006, p.53, N.T.).

experiência (Winnicott, 1945/2000) que poderá resultar no primeiro vínculo do indivíduo com um objeto que lhe é externo. Esse é um passo importante no sentido do que Winnicott chamou realização, e constitui os primórdios da percepção de dentro e fora, de eu e não-eu.

É apenas depois de o lactente sentir-se sustentado – física e psiquicamente – e cuidado por um manejo sensível, que ele poderá encontrar os objetos apresentados e ter uma experiência completa junto a eles, de forma espontânea e alegre (Winnicott, 1941/2000). Por meio dessas experiências repetidas e previsíveis de apresentação do objeto, o bebê começa a construir a capacidade de conjurar o que está de fato ao seu alcance, começa a ter a experiência da ilusão de ter criado, mágica e onipotentemente, o seio. Ao longo desse trabalho, retomaremos a importância da ilusão de onipotência para o desenvolvimento emocional do indivíduo. Já no caso de os objetos não serem apresentados onde/quando eles poderiam ser sentidos como criados pelo bebê, então serão percebidos como invasivos e perseguidores.

A fim de ilustrar como os diferentes contextos de adaptação ambiental podem influenciar o desenvolvimento infantil, Winnicott (2006, 1964/2014) oferece exemplos de observação de bebês durante a amamentação. Afirma que, para que a alimentação ocorra bem e seja promovedora de um bom relacionamento do indivíduo com o mundo, é necessário que o ambiente se adapte a fim de criar um cenário de sossego, calma e paciência.

Quando o lactente pode explorar o seio, tatear o colo da mãe, brincar com o mamilo em seus lábios e sentir-se gradualmente familiarizado com esse objeto que oferece o leite sem que a mãe se impaciente e lhe force o alimento, o bebê terá a

experiência de SER junto com o seio, de estar em união com aquilo que reconhece como fonte de calor, alívio e sossego (Winnicott, 1966a/1994).

Entretanto, se a mãe está aflita, insegura ou com pressa, se o ambiente não pode oferecer um amparo que proteja a díade mãe-bebê, ou ainda, nos casos de bebês que são amamentados por alguém que desempenha a função materna, mas que não pode, por quaisquer motivos, dispensar ao lactente uma atenção individual¹⁵ – nessas circunstâncias, a alimentação pode perder seu potencial prazeroso e comunicativo:

(...) a enfermeira coloca o bico da mamadeira na boca do bebê, espera uns instantes, e vai cuidar de outro bebê que está chorando. A princípio, as coisas poderão correr razoavelmente bem, porque o bebê com fome é estimulado a sugar o bico da mamadeira e o leite corre, o que lhe proporciona uma sensação agradável; mas então a coisa acontece, o bico cola à boca, sem que o bebê saiba como livrar-se dele e, em poucos instantes, converte-se numa espécie de grande ameaça à existência. O bebê chora ou esbraveja, então a mamadeira cai e isso produz alívio, mas só por uns instantes, pois logo o bebê começa a querer outra tentativa e a mamadeira não aparece e, assim, o choro recomeça. Momentos depois a enfermeira regressa e coloca a mamadeira outra vez na boca do bebê, mas agora aquele objeto, que do nosso ponto de vista parece ser o mesmo da primeira vez, para o bebê ganhou o aspecto de uma coisa má. Tornou-se perigoso. E isto vai se repetindo (Winnicott, 1964/2014, p.50).

No exemplo citado acima, podemos observar as falhas de adaptação no que diz respeito aos três componentes fundamentais do ambiente favorecedor. Quanto à sustentação do lactente em sua exploração criativa, não houve quem ativamente segurasse o bebê e promovesse um contato humano. O manejo falha, pois não há quem auxilie o lactente a aproximar-se e afastar-se de onde vem o alimento, fonte de alívio e também potencial ameaça. O leite não aparece quando o indivíduo está pronto para encontrá-lo, mas sim quando alguém retorna e o reinsere na situação de

¹⁵ Para Winnicott, o importante aqui é que a função materna seja exercida priorizando-se as qualidades de continuidade, vitalidade e, portanto, confiabilidade junto ao bebê. A fim de favorecer o desenvolvimento emocional infantil, os cuidados devem ser exercidos de forma pessoal e não mecânica.

aleitamento, antes que o cenário de calma e disponibilidade possa ser restabelecido na mente do bebê. Ele não pôde experimentar a ilusão de ter criado o que já estava lá, e a linha contínua do vir-a-ser do indivíduo é interrompida por uma falha invasiva do ambiente.

Toda vez que o ser humano, em qualquer ponto de sua vida, depara-se com fracassos relacionados à objetividade – quer dizer, a respeito da percepção da realidade compartilhada, da relação temporal e espacial dos acontecimentos concretos, da existência de objetos externos e do funcionamento de sua unidade psicossomática –, isso estará intimamente ligado a alguma falha do ambiente durante o desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945/2000).

Conforme dito acima, quem melhor poderá segurar um bebê será aquele que estiver identificado com ele. A seguir, examinaremos a maneira como se dá a identificação entre a mãe e o bebê e, posteriormente, a identificação do bebê com a mãe e em que ambas diferem.

2.3. As diferentes identificações

2.3.1. As origens do indivíduo: a identificação da mãe com o seu bebê

O mais complexo só pode manifestar-se a partir do mais simples.
(Winnicott, 1966b/2006, p.5)

Para Winnicott, o desenvolvimento do bebê como indivíduo está inaugurado antes mesmo de uma mulher tê-lo em seu ventre, pois a riqueza das brincadeiras de uma criança sobre ser mãe e cuidar de um filhinho, de uma casa, iniciam um tipo de concepção mental (Winnicott, 1966c/2006). Ao tornar-se uma mulher madura, suas preocupações estarão direcionadas para os mais diversos interesses até o momento em que se descobrirá grávida e passará por numerosas mudanças e adaptações, contando

com o período de tempo para “se reorientar e descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?)” (Winnicott, 1966b/2006, p.4).

Desde que conte com a assistência de um ambiente que a assegure e proteja, e que ela aceite gradualmente esta gestação, a mãe deixará de se preocupar com o que está acontecendo do lado de fora (no mundo externo) para dedicar-se ao que está sendo gerado internamente, efetuando uma primeira adaptação ao seu bebê. Durante a vida intrauterina, a mãe receberá sinais concretos da vivacidade do bebê quando ele começar a se mexer, por exemplo, e também o bebê virá a conhecer muito sobre sua mãe, compartilhando suas experiências, emoções, sensações e até mesmo refeições e atividades físicas (Winnicott, 1964/2014). Nas palavras do autor:

Em geral as mães de um modo ou de outro se identificam com o bebê que está crescendo dentro delas, e deste modo podem atingir uma percepção muito sensível do que necessita o bebê. *Isto é uma identificação projetiva*. Esta identificação com o bebê dura por algum tempo depois do parto, e então gradualmente perde a importância (Winnicott, 1960/1983, p.52, grifo nosso).

É muito precioso como Winnicott atribui uma dimensão saudável ao conceito de identificação projetiva ao reconhecê-lo como fundamental para o processo de adaptação da mãe ao lactente. A identificação que a mulher faz com o bebê que ainda não nasceu e não se tornou concretamente conhecido pelo mundo externo baseia-se nos sonhos e fantasias que ela guardou em sua mente desde menina, brincando de cuidar de seus brinquedos, e que agora ela pode reinvestir e remeter a uma ideia de seu futuro filho.

Quando a mulher pode se deixar passar por essas adaptações, ela alcança o que Winnicott (1956/2000) chamou de preocupação materna primária: um estado de extrema sensibilidade, que se inicia durante e principalmente ao final da gestação e

que muito se assemelha a uma doença psíquica, não fosse pela gravidez real. A mãe recupera-se desse estado “à medida que o bebê a libera” (idem, p.401), nas semanas seguintes ao nascimento e, geralmente, esquece ou reprime as lembranças a respeito desse período após tê-lo ultrapassado.

A mãe dedicada comum é aquela que desenvolve a preocupação materna primária, ocupando-se do bebê que depende dela em um nível absoluto (Winnicott, 1966b/2006). A mãe regrediu a um ponto do desenvolvimento emocional em que sua ideia e percepção de um EU é fragmentada e rudimentar. Isso possibilita-lhe identificar-se com o bebê e *quase* se perder nessa identificação com o lactente a partir do bebê que ela já foi, “embora, naturalmente, permaneça adulta” (idem, p.9). Ao mesmo tempo, para o bebê, a mãe é inicialmente parte dele, pois ele vem ao mundo em um estado de não integração, e nada existe além dele próprio.

Em outras palavras, a mãe dedicada comum permite que o bebê se identifique com ela de uma maneira indiferenciada, ao passo que ela preserva uma capacidade de diferenciação, ou seja, sem que ela confunda-se também. A mãe entende o que seu bebê necessita por meio da identificação projetiva que mantém entre o bebê que ela foi e este bebê que se encontra primeiro em seu ventre e depois em seus braços, mas só poderá atender a essa comunicação e prover o que identificou como necessidade se dispuser de seus recursos de indivíduo sofisticado e maduro.

O estado de preocupação materna primária advém do processo de identificação da mãe com seu bebê real – gerado, seguro – a partir do seu bebê esperado, sonhado. Mais especificamente, a partir do mecanismo de identificação projetiva – que atua desde a parcela mais primitiva do psiquismo materno, com base

no bebê que ela foi e guarda em si¹⁶, rumo ao bebê real, que se apresenta no mundo externo, enquanto anteparo vivo –, desenvolve-se esse estado especial que favorece a compreensão materna das necessidades de seu bebê. “Nesta situação, a mãe é tanto o bebê quanto ela própria; ela não padece de uma ferida narcísica quando se vê esvaziada de seu papel pessoal ao identificar-se com o bebê.” (Winnicott, 1967/2006, p.95).

A mãe, portanto, efetua um movimento pendular, oscilando entre estas duas posições: (a) de estar profundamente identificada com o bebê – quase ser um bebê – de forma a saber o que ele precisa; e (b) de diferenciar-se minimamente para poder atendê-lo em suas necessidades. Ela se apresenta e espera ser encontrada:

(...) temos de aceitar o paradoxo de que aquilo que o bebê cria já se encontrava ali, e que, na verdade, a coisa que o bebê cria é a parte da mãe que foi encontrada. O fato é que a coisa não estaria ali se a mãe não estivesse naquele estado especial que dá às mães condições de estarem presentes mais ou menos no momento e lugar certos (Winnicott, 1967-8/2006, p.56).

Essa variação de estar presente mais ou menos no lugar certo, por parte da mãe, entre identificações e funções, servirá como uma das bases para a constituição psíquica do bebê enquanto um indivíduo separado.

2.3.2. O desenvolvimento do EU SOU: a identificação do bebê com a mãe

No estágio mais precoce da vida do lactente após o nascimento, observamos um período em que a dependência do bebê com os cuidados maternos é absoluta. O indivíduo nasce em um estado de não integração primário, o que significa que ainda não dispõe de um ego coeso e nem de um corpo que lhe sirva de casa. Na compreensão de Winnicott, nesse momento da vida do lactente, cabe ao ego de

¹⁶ Ver capítulo 3.

quem exerce a função materna funcionar como seu auxiliar, a fim de fortalecê-lo a partir da repetição de experiências suficientemente boas – isto é, do atendimento às necessidades do lactente – antes mesmo de que o bebê precise se dar conta daquilo de que necessita.

A possibilidade de o bebê permanecer nesse estágio e, assim, de experimentar ser – existir continuamente – dependerá da capacidade de a mãe identificar-se com o seu bebê, pois enquanto a mãe suportar uma quantidade suficiente de indiferenciação de seu bebê com ela, este poderá relacionar-se e viver sem precisar lançar mão precocemente de mecanismos identificatórios projetivos e introjetivos. Na saúde, o bebê não precisará se preocupar com fazer (identificações projetivas/introjetivas) antes de experimentar a continuidade de ser e existir.

Segundo Winnicott, o que o lactente experimenta nesse momento não é uma relação de objeto. Como bebê e mãe são um só, absolutamente identificados do ponto de vista daquele, a noção de eu/não-eu ainda não está constituída. O objeto é, portanto, subjetivo. Dessa forma, ele encontra-se em uma relação de elemento feminino com a mãe (Winnicott, 1966a/1994), baseada na experiência de continuar a existir que deriva do ambiente adaptado e previsível.

Temos aqui o paradoxo de que a díade mãe-bebê vive a um só tempo uma condição de dependência absoluta e de independência absoluta: justamente quando não houver no lactente o sentimento de que ele depende de alguém, aí, portanto, a dependência é absoluta. Nas palavras do autor:

Não há o sentimento de dependência, e portanto a dependência deve ser absoluta. Digamos então que a partir dessa condição a criança é perturbada por uma tensão instintiva chamada fome. Eu diria que o bebê está disposto a acreditar em algo que poderia existir, isto é, desenvolveu-se nele a capacidade de alucinar um objeto. (...) Nesse momento a mãe aparece com o seu seio (digo 'seio' para simplificar a descrição) e o coloca de tal modo que o bebê pode

encontrá-lo. (...) No início a mãe permite que o bebê domine, e se ela falhar nesse ponto o objeto subjetivo do bebê não receberá a superposição do seio objetivamente percebido. Certamente deveríamos dizer então que, ao adaptar-se ao impulso do bebê, a mãe permite que este tenha a ilusão de que aquilo que ali está foi criado por ele (Winnicott, 1948/2000, p.240).

Quando o seio é oferecido no momento exato em que o lactente dele necessita, o encontro do bebê com o alimento traduz-se para o indivíduo como uma criatividade onipotente. Entretanto, sem a fusão a uma mãe dedicada comum, o bebê precisa fazer o objeto aparecer por meio, por exemplo, de seu choro ou grito intensos, sem resposta por mais tempo do que ele pode suportar, e sua experiência acaba sendo muito diferente: ele sente que colocou o objeto no mundo. Isso seria, para Winnicott (1966a/1994), uma relação de elemento masculino, ligada mais à atividade de fazer do que à experiência de ser. O relacionamento que se estabelece entre o lactente e a realidade externa quando este precisou lançar mão do *fazer* antes de poder *ser* é de submissão, “onde o mundo em todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação” (Winnicott, 1975, p.95).

A autodescoberta e o senso de existir dão-se satisfatoriamente apenas por meio da relação de elemento feminino com a mãe no início da vida, quando o bebê experimenta uma continuidade de identidade com o seio que *é*. O autor afirma que o desenvolvimento de um espaço interno e da capacidade de ser continente (de introjetar e segurar psiquicamente) só se dão para o bebê uma vez que ele encontre e seja o seio – pois, se o objeto subjetivo é a base da identidade, ao encontrá-lo o indivíduo na verdade encontra o seu *self* (Winnicott, 1966a/1994). Uma falha nesse ponto, em que a identidade sujeito-objeto se encontra na base da capacidade de ser, não pertence ao âmbito das frustrações instintuais (pois não se trata, ainda, da satisfação pulsional para o indivíduo em constituição), mas sim das agonias primitivas

relacionadas à aniquilação e à mutilação, como o sentimento passivo de “ser feito em pedaços, cair pra sempre, morrer e morrer e morrer, perder todos os vestígios de esperança e renovação de contatos” (Winnicott, 1970/2006, p.76).

As agonias primitivas relacionadas à descontinuidade do sentimento de existir constituem a sintomatologia predominante nos casos fronteiriços e esquizoides, aos quais a psicanálise se abriu a partir do final do século XX. Desse modo, é imprescindível pensarmos atualmente sobre como a abertura da mente da mãe/analista pela via da identificação projetiva com o bebê/analizando pode traçar um caminho saudável e reparador.

Em suma, condensando os desenvolvimentos de Winnicott até agora percorridos acerca das identificações entre mãe e bebê enquanto promotores do processo de constituição psíquica, observamos que, a fim de que o bebê possa vir a começar a difícil tarefa de separar-se e conquistar a capacidade de fazer coisas, pois já lhe foi possível conquistar a sensação de existir continuamente, a mãe precisou primeiro: (a) voltar sua atenção para o que começa a nascer dentro dela; (b) inaugurar um relacionamento com o seu bebê por meio de identificações projetivas; (c) graças ao estado de preocupação materna primária, aceitar regredir a um estágio primitivo em que seu EU é rudimentar; (d) suportar que seu bebê fusione-se indiferenciadamente a ela, enquanto ela mesma não perde a parte de sua personalidade que é madura e elaborada; (e) prover cuidados contínuos e previsíveis, adaptados ao que o bebê necessita antes mesmo que ele precise dar-se conta de suas necessidades; (f) permitir ao bebê a experiência de ser o seio e aceitar o lugar de objeto subjetivo, disponibilizando o seu ego como auxiliar do ego em constituição da criança.

Nota-se o quão delicadas são todas essas condições, ao mesmo tempo em que geralmente ocorrem de maneira natural quando tudo corre bem. Para Winnicott, esse é o caminho habitual percorrido pela díade mãe-bebê, por mais que pareça tão complexo quando o esmiuçamos dessa forma. A compreensão do autor sobre a saúde psíquica e a vida normal está baseada nas observações que fez enquanto pediatra e psicanalista e, para ele, as mães estão, na grande maioria dos casos, aptas a passarem por essas etapas espontaneamente, desde que amparadas por um ambiente continente. Portanto, os casos em que isso não ocorre e que, posteriormente, chegam aos consultórios de psicanálise são exceções.

“A esmagadora maioria dos bebês do mundo, nos últimos milhares de anos, tem tido uma maternagem satisfatória; se assim não fosse, o mundo estaria mais cheio de loucos do que de pessoas sãs – e isso não acontece” (Winnicott, 1968/2005, p.140).

As mães, em geral, precisam apenas da oportunidade de serem elas mesmas, podendo avaliar quais recomendações de terceiros internalizar ou não. Até porque muitas dessas são baseadas em um ideal de maternagem que mais as enrijece do que as inspira, deixando pouco espaço onde fazerem os cuidados do bebê a partir de suas identificações com ele.

2.4. A superposição de linhas de vida: a experiência de ilusão e o espaço potencial

Ao dedicar-se a melhor compreender os fenômenos transferenciais vividos junto a seus pacientes, Winnicott (1947/2000) percebeu que havia uma enorme diferença entre aqueles que haviam passado por experiências iniciais positivas, as quais eram posteriormente reeditadas na relação transferencial, e aqueles cujas primeiras experiências haviam sido tão deficientes que precisavam que o analista fosse a

primeira pessoa em suas vidas a fornecer-lhes algumas provisões ambientais essenciais. Apenas após essa nova relação, junto a alguém que ativamente se adapta e provém, é que os pacientes na situação transferencial – tal como os lactentes, no desenvolvimento emocional primitivo – poderão alcançar a experiência de ilusão de onipotência. Mas como isso acontece?

Winnicott (1975) defendeu que há um potencial criativo inato na natureza humana. Ressaltamos que, segundo o autor, a criatividade não é definida pelos seus resultados, isto é, pelas criações artísticas ou intelectuais sofisticadas. Para ele, o impulso criativo diz respeito à tendência a encontrar objetivamente, no mundo externo, os objetos que são concebidos subjetivamente. Portanto, a criatividade original relaciona-se com o estar vivo e deve ser considerada como uma coisa em si: “Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança retardada que frui o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir” (p.100).

Como vimos, no padrão do desenvolvimento emocional saudável, primeiro deve-se estabelecer um fenômeno que diz respeito ao relacionar-se com o objeto subjetivo – o que, novamente, depende de o bebê contar com um seio que é, a partir de uma identidade de elemento feminino –, pois só assim este poderá ser concebido e permanecer no mundo interno do lactente. A criatividade está ligada à surpresa de descobrir (fora) o que já existe (dentro) e, assim, relaciona-se com a experiência de ilusão onipotente, em que o indivíduo cria o que já existe no mundo à espera de ser criado. Esses fenômenos contêm em si mesmos um paradoxo, e Winnicott (1959/1994) declara que se o bebê pudesse falar, diria: “este objeto faz parte da realidade externa e eu o criei” (p.45). Em outras palavras, para o bebê, é sua atividade

(sua necessidade, sua fome, seu amor) que cria o objeto (seio, mãe, etc.), enquanto que, para os observadores externos, o objeto já estava lá antes mesmo de o bebê vir ao mundo. Enquanto estudiosos, aprendemos a aceitar esse paradoxo e não fazer quaisquer reivindicações a respeito da procedência desse objeto para o lactente em desenvolvimento (Winnicott, 1951/2000).

Mas o que mais viabiliza a possibilidade de o bebê experimentar que criou o mundo mágica e onipotentemente? Já estabelecemos que o lactente precisa estar envolvido em uma relação de confiança a partir das sucessivas vivências que tem de estar sendo segurado física e psiquicamente. Também podemos pensar na importante mutualidade experimentada pela díade mãe-bebê – à qual a mãe só pode chegar por meio de sua sofisticada capacidade de identificação com o lactente a partir do bebê que ela já foi –, e na linha de vida que essas experiências tecem junto ao indivíduo, capacitando-o a deslocar-se para frente e para trás em seu desenvolvimento (Winnicott, 1961/1994). Nas palavras do autor:

Imagino esse processo como se duas linhas viessem de direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão* (...). Em outras palavras, o bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando. Assim, suas ideias são enriquecidas por detalhes reais de visão, sensação, cheiro (...). Deste modo ele começa a construir a capacidade de conjurar aquilo que de fato está ao alcance. A mãe deve prosseguir fornecendo ao bebê esse tipo de experiência (Winnicott, 1945/2000, p.227, grifos do autor).

A utilização da metáfora dessas linhas que se sobrepõem é pertinente para constituir uma imagem visual do espaço da díade mãe-bebê e dos constantes movimentos de oscilação que ocorrem *entre* o psiquismo maduro materno – que vai ao encontro do bebê e retorna para sua identidade de pessoa adulta – e o psiquismo primitivo do lactente – que transita entre os objetos subjetivos e a percepção objetiva

do mundo. Voltaremos a abordar essa questão no capítulo 3 deste trabalho, quando ela será discutida de forma mais aprofundada e problematizada no que tange à função desses movimentos de oscilação do psiquismo materno para o processo de constituição psíquica do bebê, entre outras dimensões dessa temática.

Aqui, parece-nos importante refletir sobre as características deste espaço entre mãe e bebê, tecido por estes fios de vida e de realidades que ora se sobrepõem, ora se diferenciam. Esse espaço, quando dotado de qualidades referentes à experiência de ilusão, isto é, quando dotado por linhas diferentes sobrepostas, é denominado por Winnicott "espaço potencial". E como essa qualidade se desenvolve? Segundo o autor:

No estado de confiança que se desenvolve quando a mãe pode desempenhar-se bem dessa difícil tarefa (não se for incapaz de fazê-la), o bebê começa a fruir de experiências baseadas num "casamento" dos processos intrapsíquicos com o controle que tem do real. A confiança na mãe cria aqui um *playground* intermediário (...), um espaço potencial entre a mãe e o bebê, ou que une mãe e bebê (Winnicott, 1975, pp.70-71).

Winnicott (1951/2000) chamou de espaço potencial essa área terceira, um espaço que não é nem dentro (mundo interno), nem fora (mundo externo), mas justamente entre esses dois. Dito de outra maneira, é esse campo de ilusão em que o bebê experimenta a criatividade, em que os objetos e fenômenos começam a ser psicoenergeticamente investidos (Winnicott, 1968a/1994) de uma qualidade que o autor nomeou transicional, pois fazem um trânsito entre o que é reconhecido pelo bebê como sendo "diferente de eu" e aquilo que ainda não chega a ser reconhecido como "não-eu".

O espaço potencial deve servir como um lugar de repouso para o indivíduo que se empenha em separar a realidade interna e externa, tentando, entretanto, mantê-

las inter-relacionadas (Winnicott, 1951/2000). Isso significa que ninguém deve questionar o bebê sobre a origem dos objetos ou comportamentos aos quais ele recorrerá nessa área de repouso, e que ninguém terá expectativas de que o lactente saiba ou preocupe-se em dizer de onde veio aquilo que constitui sua primeira posse não-eu. Vemos, assim, a entrada na “Fase Transicional” (Winnicott, 1951/2000, p.326, nota de rodapé).

2.5. Entre o mundo subjetivo e a percepção objetiva do mundo – a transicionalidade

Retomando o que já foi dito acima, o ambiente faz parte e envolve o bebê, e, do ponto de vista deste, ambos são inicialmente uma unidade. O objeto só é percebido pelo bebê subjetivamente e, ainda que seja posto longe temporariamente, continua sendo para ele uma parte de si. A possibilidade de perceber o mundo objetivamente dependerá da capacidade adaptativa da mãe e do ambiente, de modo que alguns indivíduos podem nunca chegar a essa realização de maneira satisfatória.

Quando o bebê dispõe de aparelhagem cognitiva saudável e a mãe adapta-se a ele suficientemente bem, sendo previsível e não invadindo ou interrompendo o sentimento de continuar a ser do lactente, ela possibilita a ele encontrar fora de si o que é necessário e esperado (Winnicott, 1969a/1994). Mais importante do que os cuidados mecânicos oferecidos ao bebê, o que ele guardará para si é o sentimento de que alguém sente prazer em cuidar dele, em relacionar-se com ele (Winnicott, 1964/2014). A mãe que sustenta o seu bebê realiza uma comunicação silenciosa a respeito de seu amor, que é traduzido nesta fase do desenvolvimento pela provisão contínua e confiável daquilo de que o lactente precisa. O indivíduo vai aos poucos

incorporando, junto à alimentação, os efeitos dessa confiabilidade e ganhando um interesse crescente pelo interior do seu corpo.

Concomitantemente, o mundo externo e as pessoas que o ocupam vão ganhando um colorido diferente, pois o indivíduo começa aos poucos a poder apreciar a vivacidade do ambiente assim como a humanidade e capacidade empática de sua mãe, o que o leva a senti-la aos poucos como uma pessoa que se coloca em seu lugar. Um bebê saudável tem uma mãe disponível, e ele não tardará a apreciar esse fato, mas ela precisa acreditar em si mesma para suportar que o bebê desligue-se temporariamente dela: “(...) a mãe deixa o bebê afastar-se. É principalmente neste momento, quando ela retira o mamilo da boca da criança, logo que ela deixa de querê-lo ou de acreditar nele, que ela se define como mãe que é” (Winnicott, 1964/2014, p.52).

A adaptação do ambiente no estágio inicial é quase absoluta, como previamente afirmamos, e a díade mãe-bebê evolui conjuntamente rumo à dependência relativa nos casos de saúde. Desde que isso ocorra gradualmente, o lactente poderá suportar, em intervalos de tempo progressivamente maiores, a ausência do seio, da figura materna, dentre outros elementos da mãe. Ao mesmo tempo, ela – também aos poucos – vai abandonando seu estado de preocupação materna primária, e sua disponibilidade afetiva volta a se distribuir entre as demais coisas da vida, deixando de estar exclusivamente disponível para seu filho. Como um exemplo para ilustrar esse ponto, podemos observar essa passagem à dependência relativa nas ocasiões em que as mães precisam voltar a trabalhar após a licença-maternidade.

Nesse estágio, o autor está referindo-se às falhas de adaptação do ambiente e da mãe que são úteis para o desenvolvimento do lactente. Esse é um assunto que requer atenção e cuidado, pois as falhas que servem como favorecedoras ao desenvolvimento são aquelas que o bebê já está apto a suportar – diferentemente daquelas que se configuram como invasões violentas, excessivas para o psiquismo que ainda dispõe de poucos recursos, e que podem configurar-se como rupturas traumáticas na linha de vida do indivíduo¹⁷. Essas falhas “positivas” compõem o processo de desilusão, o qual, logicamente, só ocorre nos casos em que o lactente pode ter vivenciado a ilusão de onipotência criativa.

O bebê que começa a admitir a existência do ambiente já se encontra ao redor do fim da fusão com a mãe, separando-se do que percebia como objeto subjetivo. Nesse ponto do desenvolvimento, o lactente começará a transmitir-lhe sinais, os quais ela só captará se puder ter admitido o valor positivo da separação, o valor saudável de que objetos/fenômenos transicionais possam substituí-la. Winnicott (1960/1983) declara ser uma tarefa muito difícil para a mãe separar-se de seu filho com a mesma rapidez com que ele precisa separar-se dela.

Contemplamos aqui mais um dos pontos sutis de adaptação materna, em que a mãe precisa situar-se a uma distância sensível do bebê – estando próxima o suficiente para que ele a perceba viva, mas diferenciada o suficiente para que haja esse espaço onde o bebê começa a desenvolver seu potencial criativo. Esse afastar e reaproximar, em um constante movimento para frente e para trás, vai fortalecendo a capacidade de objetividade do indivíduo. Os avanços e regressões sucessivas no desenvolvimento

¹⁷ Para exame mais profundo desse tema, ver *Costurando Rupturas: o Trauma na Clínica Psicanalítica com uma Criança*, Oliveira (2011).

são próprios à constituição psíquica saudável, enquanto no outro extremo, psicopatológico, encontraremos bebês que crescem em um ambiente permeado por fracassos de adaptação e têm seu desenvolvimento congelado, erigindo defesas, tais quais a cisão da personalidade, como proteção contra novas falhas ambientais.

O bebê está experimentando a ilusão de ter criado o mundo, e os objetos que começam a ser percebidos nesse espaço potencial entre ele e sua mãe passam a ser utilizados na atividade do brincar. Enquanto psicanalistas e estudiosos do desenvolvimento humano, sabemos a importância do brincar para a constituição psíquica saudável – podemos inclusive apontar a preocupação pertencente ao senso comum, isto é, que surge espontaneamente nas pessoas de todas as áreas profissionais, relativa às crianças que não brincam, que não estabelecem contato por meio do brincar. Para Winnicott (1975), o brincar é o fenômeno que engloba progressivamente tanto a procura do eu (*self*) quanto o encontro com o não-eu, com o mundo externo.

A saúde psíquica está relacionada à capacidade de superposição do espaço entre a mãe e o bebê com a experiência de criatividade – isto é, essa superposição cria um *playground*, a área lúdica onde o brincar acontece. No contexto analítico ou psicoterapêutico, a relação transferencial ocorre também na superposição desses campos de experimentação criativa, o do paciente e o do terapeuta, e Winnicott (1975) afirma que o trabalho analítico não poderá começar antes que ambos sejam capazes de brincar.

A chegada a esse estágio intermediário do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1950-55/2000), no qual o bebê saudável efetuará esses deslocamentos para frente – objetividade – e para trás – subjetividade –, dependerá estritamente de os cuidadores e de o ambiente terem favorecido o desenvolvimento emocional do bebê

até esse ponto. Qual é a participação da identificação projetiva na viabilização dessa zona de ilusão? Como o psiquismo da mãe se movimenta durante os cuidados de seu bebê? De que o psiquismo materno precisa dispor para realizar essa adaptação ativa? Dedicamo-nos a problematizar esses questionamentos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3.

DA PROCURA, UM ENCONTRO: A IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E A CAPACIDADE TRANSICIONAL

Este capítulo busca dialogar os conceitos de identificação projetiva e de transicionalidade a partir tanto das aproximações quanto dos distanciamentos entre o pensamento de Klein e Winnicott. É justamente na *décalage*¹⁸ dessas teorias que nasce este trabalho de pesquisa: por meio da nossa transicionalidade, realizamos um passeio *entre* esses autores, e *entre* eles pudemos criar algo que já existia à espera de ser encontrado.

Winnicott (1968/1994), após já ter percorrido um longo caminho clínico e construído uma teoria sobre o desenvolvimento humano a partir da relação do indivíduo com o ambiente, trazendo à luz da psicanálise as experiências referentes à transicionalidade, à ilusão, ao *holding*, entre outras, declarou:

Este problema vai direto ao âmago da dificuldade que alguns de nós temos com relação ao conceito raiz de Melanie Klein, ainda que alguns dos enunciados de Bion tendam a abrir caminho para uma resolução de um conflito difícil de manejar sobre princípios básicos. É possível utilizar a ênfase que Melanie Klein dá à projeção e à introjeção se, na base, abre-se lugar para o elemento criativo do indivíduo, que tem de ser fundamental para este, mas que não precisa ser fundamental para o observador. (...) É aqui que a ideia da dependência absoluta tem valor, uma vez que o potencial para a atividade criativa no bebê não se torna real a menos que (por maneiras sutis, que mudam com as capacidades em desenvolvimento do bebê) a figura materna receba e possa fornecer de volta as projeções. *Estas não se dão a menos que ela esteja lá para receber projeções.* Ao lidar com isto, que me interessou durante duas décadas, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a figura materna que é a localização do brinquedo. Este espaço potencial só vem a ter importância em resultado da experiência viva do bebê (pp.161-162, grifo nosso).

¹⁸ "O ser humano convive com a *décalage* em suas relações sociais, com criatividade na reconstrução de significados, considerando incompatibilidades ou incongruências, sustentando uma dinâmica social na percepção de sua condição de ser humano, criando aquilo que é possível e sonhando com o que seria impossível" (Castro *et al.*, 2015).

Acreditamos que o autor estivesse fazendo referência à identificação projetiva, bem como ao seu esclarecimento a partir da ideia de *rêverie*, contribuição bioniana (Bion, 1963/2004). Winnicott deixou-nos essa dica, apontando-nos na direção dos fenômenos transicionais para pensarmos sobre esse difícil conceito kleiniano.

Especulamos, a partir disso, que a relação entre a identificação projetiva e a transicionalidade esclarece-se conforme pudermos compreender a complementariedade dos enfoques de cada um desses autores: enquanto Klein dedicou-se ao estudo intrapsíquico do indivíduo, Winnicott ampliou a abrangência de seu olhar e conduziu sua atenção às maneiras do indivíduo existir *por meio* da ambiência de cuidado (Ab’Sáber, 2005), composta por adaptações maternas e ambientais que favorecem o desenvolvimento emocional e a constituição psíquica. Dito de outra maneira, podemos afirmar, de modo simplificado, que enquanto Klein pensava a identificação projetiva realizada pelo bebê com sua mãe, Winnicott pensou a identificação projetiva da mãe com seu bebê como a abertura de um caminho para “a experiência epifânica autoconstitutiva de ser e de um mundo para ser” (idem, p.184).

A seguir, buscaremos detalhar a sutil e importante participação da identificação projetiva enquanto componente da função materna – no que tange à viabilização de uma presença dedicada, originária, fundante – desde a concepção do indivíduo até ele alcançar a capacidade transicional. Para tanto, retomaremos pontos dos capítulos anteriores, visando trançar a identificação projetiva e a transicionalidade em uma costura favorecedora da constituição psíquica e do trabalho analítico, e apresentaremos alguns relatos clínicos de Winnicott, com o intuito de fortalecer nossas afirmações.

3.1. A participação da identificação projetiva na preocupação materna primária e no ambiente facilitador

No capítulo anterior, mencionamos a importante regressão vivida pelas mães entre o final da gestação e os primeiros meses de vida do bebê, chamada por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária. Estamos interessados, neste momento, em compreender o papel da identificação projetiva na facilitação dessa regressão saudável, a partir da ideia winnicottiana de que as mães sonham seus bebês ao voltarem-se para o que está acontecendo dentro de si e ao descatexizarem um pouco o que está fora.

Winnicott (1960/1983) afirmou que, ao descobrir-se grávida e podendo aceitar essa surpresa/revelação, a mulher geralmente transfere parte de seus interesses em si própria para o bebê que está gerando dentro dela. A partir disso, podemos compreender um movimento de investimento psíquico que parte do interior do psiquismo materno – desde o bebê que ela vinha concebendo mentalmente ao longo de suas brincadeiras infantis – em direção ao interior do bebê real, gerado em seu ventre (Aragão, 2007). Essa é uma das raras ocasiões em que o autor utiliza expressamente o nome identificação projetiva¹⁹.

Pensamos que, ao afirmar que isso se trata de identificação projetiva, Winnicott propõe que é dessa maneira que a mãe *procura conhecer* o bebê, fazendo um movimento intrapsíquico de *ir ao encontro* desse indivíduo que cresce no interior do seu corpo. Entendemos que essa primeira e fundamental oscilação, um movimento de seu interior para o interior do bebê, põe em marcha o desenvolvimento de um outro

¹⁹ Citação textual apresentada no capítulo anterior (Winnicott, 1960/1983, p.52).

psiquismo. Dessa maneira, a identificação projetiva funda uma ligação intersíquica, isto é, entre os psiquismos da mãe – mais maduro – e do bebê – rudimentar, originário, potencial.

Aproveitando as particularidades da língua portuguesa, podemos fazer uma consideração sobre dois sentidos opostos nos verbos encontrar e procurar. Ir “ao encontro de” alguém implica uma concordância – própria a estar junto, estar com –, enquanto “ir de encontro a alguém” alude a um choque, remete à contrariedade e até ao desagrado. Já o verbo procurar pode remeter tanto à busca quanto à experiência de delegação, de vivência por procuração – um sentido que se torna implícito à compreensão da identificação projetiva para alguns autores (Klein, 1955/1991; Brusset, 2006). Entendemos que Winnicott, por sua vez, mais contemplava esse mecanismo em sua significação de busca e encontro favorecedores que em uma oposição colidida e vicária.

Até mesmo quando descreveu esse processo em relação às forças “más”, isto é, ao sentimento de perseguição interna – que baseou a teoria de Klein sobre o conceito –, Winnicott (1990, 1963/2005) compreendia o recurso a esse mecanismo em seu aspecto positivo. Para o autor, o uso da identificação projetiva com essa conotação configuraria uma estratégia saudável e dinâmica de obter alívio ao desprazer persecutório interno por projeções mágicas, que reproduzissem no mundo objetivo a sensação intolerável subjetiva, de maneira que o indivíduo não se sinta louco. Em suas palavras:

Os elementos persecutórios podem se tornar intoleráveis, sendo então projetados, percebidos ou encontrados no mundo externo. (...) um perseguidor é magicamente projetado, e reencontrado no mundo externo ao *self* de forma delirante. Assim, quando existe a expectativa de perseguição, uma perseguição real produz alívio, um alívio devido ao fato de que o indivíduo não precisa se sentir louco ou delirante (p.101).

Voltando para a questão da identificação projetiva materna durante a gestação, perguntamo-nos: Quais aspectos do psiquismo da mãe são remetidos, translocados (Grotstein, 1985) em fantasia para o psiquismo do bebê? Se o período da gravidez e os primeiros meses de cuidado ao lactente são marcados pela regressão psíquica que permite à mãe identificar-se quase totalmente com o seu bebê real a partir da sua vivência primitiva, podemos supor que serão remetidos ao interior de seu filho justamente os aspectos do bebê que ela mesma foi e guarda em seu psiquismo. O que isso significa? Estaria isso relacionado à posição esquizo-paranóide, ou à depressiva?

Conforme teorizou Klein (1946/1991), enquanto defesa presente na posição esquizo-paranóide, a identificação projetiva dá-se em relação a objetos parciais – em primeiro lugar, ocorre do psiquismo do bebê para dentro do seio materno, que nessa época do desenvolvimento está submetido a um forte mecanismo de clivagem. A autora afirmou que a identificação projetiva não está restrita apenas a essa fase do desenvolvimento emocional, mas deu a entender que ela cairia em relativo desuso conforme o psiquismo desenvolvesse recursos psíquicos mais sofisticados, voltando a ser utilizada no seu padrão arcaico quando ansiedades primitivas irrompessem:

Minha experiência analítica mostrou-me que os processos de introjeção e projeção repetem, mais tarde na vida, em certa medida, o padrão das introjeções e projeções mais arcaicas; o mundo externo é repetidamente posto para dentro e posto para fora – reintrojado e reprojado (Klein, 1955/1991, p.184).

Já a partir da compreensão winnicottiana, a identificação projetiva efetuada pelo psiquismo em preocupação materna primária daria-se para com um objeto total, o bebê. As relações de objeto total dizem respeito à elaboração e à passagem pela posição depressiva (Klein, 1952a/1991), ou estágio do concernimento (Winnicott, 1950-55/2000, 1963/1983), quando o indivíduo integra as características ambivalentes

dos objetos anteriormente clivados em um só objeto que se pode amar *e* odiar, que serve como fonte de gratificação *e* frustração, e que passa a ser envolto por compaixão e reparações. Podemos ver então como, para Winnicott, a identificação projetiva efetuada pela mãe seria caracterizada por uma busca sofisticada, preocupada em tomar conhecimento do outro, típica do estágio do concernimento.

Em um padrão de saúde, a mãe que pode sonhar o lactente imagina tanto suas diferentes partes – como será seu rosto, suas mãos, a cor de seus olhos – quanto também seu filho “pessoa inteira” – por exemplo, qual será seu sexo, como poderá ser seu nome, e depois como viverá, o que exercerá como profissão, etc. Ou seja, a mãe começa a sonhar em que aspectos seu filho se parecerá com ela, ao mesmo tempo que supõe em que ele se diferenciará – pois seu bebê é parte dela, mas também parte de outro genitor e fará parte do mundo; é ela *e* não é ela, é desconhecido *e* familiar; está investido de aspectos de si, seus interesses, *ao mesmo tempo* que tem potenciais de diferenciação. Neste sentido:

Agora o objeto, a mãe, sonha a condição humana do bebê em desenvolvimento e é neste sonhar que o bebê chega a existir e se constituir como ser. Tais sonhos da mãe pelo bebê são as condições de identificação e adaptação humana às necessidades dependentes do bebê, que permitirão o encontro ilusionado e criativo de bebê e mãe, e, posteriormente, bebê e mundo através da mãe viva. Mas é também a condição psíquica da mãe, sua capacidade de sonhar, de elaborar e de inscrever em si mesma aspectos próprios e singulares do ser psíquico de seu bebê. Agora, é necessário que a mãe sonhe amplamente o seu bebê para que ele se constitua nela, para que ele descubra os aspectos de seu *self* em um mundo humano que pode oferecê-los a ele em sonho sobre a sua própria forma pessoal em constituição (Ab’Sáber, 2005, p.212).

Podemos pensar então como a identificação projetiva não cairia em desuso, mas se tornaria mais aprimorada, seu uso ampliado como facilitador do sonhar e do brincar. Supomos inclusive que a identificação projetiva relacionaria-se posteriormente à organização da defesa de negação (Freud, 1939/2014), na medida

em que já comporta em sua origem o paradoxo de testemunhar o que tenta negar. Isto é, ela é empregada na tentativa de rejeitar a separação que causa ansiedades depressivas, de negar a distância e manter um sentimento de proximidade quase mágica com o outro (Ogden, 1979/2012), ao mesmo tempo em que precisa dessa distância eu/não-eu sobre a qual acontecer.

Neste sentido, conforme o filho vai sendo concebido subjetivamente pela mãe ao mesmo tempo em que é constituído por uma *materialidade* própria à realidade compartilhada (pois um corpo fisiológico começa a crescer dentro de outro), o bebê ganha um colorido muito próximo àquele dos fenômenos transicionais, que são simultaneamente internos e externos, concebidos subjetivamente e percebidos objetivamente, parte fantasia e parte realidade²⁰. A mãe faz um movimento pendular entre os aspectos de si, recolhidos ao longo de toda sua vida passada, e o futuro sonhado em que seu filho viverá, tecendo psiquicamente um lugar afetivo que a ajudará a *segurar* o bebê (Aragão, 2007).

Como enfatizamos no capítulo 1, aqui é possível observar a identificação projetiva no que tange à sua capacidade de dar lugar (*give place*), de inaugurar um espaço psíquico entre a mãe e o bebê a partir da identificação que atesta haver suficiente território comum entre dois indivíduos (Klein, 1955/1991). Cria-se um espaço envolvente, em que mãe e bebê podem chegar a viver a experiência de mutualidade, de aproximação e afastamento, procura e depois encontro e depois separação, um espaço entre o seio e a boca, entre o colo e o corpo, entre o olhar da mãe e o que ele reflete.

²⁰ Comunicação pessoal com Nadja R. de Oliveira, setembro de 2015.

O espaço entre esses dois psiquismos é inaugurado pelo que a mãe sonha a respeito do bebê, o qual poderá desde muito cedo ensaiar como ser e relacionar-se nesse espaço, para depois utilizar-se dele como uma área intermediária. Dito de outra forma: para o bebê, esse espaço só poderá transformar-se posteriormente em uma área de experimentação da realidade psíquica, uma área transicional, quando sua criação é realizada por um outro que o sonha. Portanto, acreditamos que o campo da transicionalidade seja viabilizado pela identificação projetiva materna enquanto condição essencial para a concepção do psiquismo do bebê. Pensamos que o mesmo acontecerá no contexto clínico, ponto que exploraremos ao longo deste capítulo.

Khan (1989) ofereceu-nos um vislumbre de discussões clínicas que tinha com Winnicott, relatando-as em referência ao caso Veronique. Não desejamos entrar em detalhes sobre a narração dos encontros com a jovem ou sobre a trama familiar que a envolvia; estamos interessados sobretudo em apontar a conclusão à qual Winnicott chegou a respeito de um sonho relatado pela jovem em sua primeira consulta: “A menina estava doente de um sonho que a mãe não sonhou a seu respeito” (Ab’Sáber, 2005, p.212).

Para Winnicott (Khan, 1989), a jovem estaria apontando uma falha do objeto primário por meio da tentativa de “salvar a mãe de sua incapacidade de odiar a filha! Ela foi sonhar o sonho que a mãe devia ter tido quando estava grávida de Veronique” (p.303). Nesse sentido, a produção onírica comparecia como experimento de recomposição em si da falta de sonhar materno, “uma *rêverie* às avessas” (Ab’Sáber, 2005, p.213).

Baseados nessa conclusão winnicottiana, reafirmamos a importância da identificação projetiva materna durante a gravidez, quando diz respeito à catexia do

bebê – investindo esse psiquismo nascente de aspectos tanto amorosos quanto odiosos, enriquecendo-o com afetos ambivalentes, imaginando um bebê suficientemente bom: nem perfeito, nem monstro. Dessa maneira, podemos pensar no adoecimento dos bebês que precisam sonhar por suas mães porque elas, por algum motivo, estiveram impedidas de fazê-lo durante a gestação. Sonhá-las e sonharem a si mesmos é um grande desafio, uma ocupação muito exigente tão cedo na vida.

Chegamos aqui às afirmações: a) o espaço entre a mãe e o bebê depende de que haja um território intersíquico, criado a partir da identificação projetiva materna; b) a criança só dota essa área entre ela e a mãe de qualidades transicionais se o caminho estiver livre para a experiência de ilusão de onipotência. Retornaremos agora ao momento em que a transicionalidade surge para o indivíduo, buscando detalhar a participação da identificação projetiva materna como facilitadora dessa conquista.

3.2. A viabilização da transicionalidade do bebê pelo ir e vir materno: Um movimento pendular, de permanência e continuidade conjugados.

We must be still and still moving – T. S. Eliot, East Coker

Winnicott (1990, 1956/2000) declarou que a mãe é quem está mais pronta para atender às necessidades do seu bebê antes mesmo de que ele se dê conta delas, a partir de sua sofisticada identificação com ele. Como essas necessidades são compreendidas e atendidas? Será que a mãe as identifica e atende com um mesmo aspecto de sua personalidade, ou há um movimento intrapsíquico entre essas duas posições, envolvido em estar com o bebê e estar separada dele, para assisti-lo? Como acontece esse movimento de ir até o lactente, entender suas necessidades, voltar para si e contar com os seus próprios recursos mentais que possam satisfazê-las?

Há um movimento psíquico materno que se assemelha ao que será feito durante a constituição do psiquismo e desenvolvimento emocional do bebê, mas que ocorrerá consideravelmente mais rápido para a mãe que dispuser de uma organização maturacional sofisticada. Nas palavras de Winnicott (1966/1994): “Após ser – fazer e ser-lhe feito. Mas primeiro, ser” (p.144). Afirmamos no capítulo anterior que a mãe suporta, no padrão de saúde, que o bebê se identifique com ela indiferenciadamente, enquanto ela mesma preserva seus potenciais de diferenciação. Isso quer dizer que, enquanto o lactente (menino ou menina) precisa começar com uma identificação de elemento feminino – primeiro, ser –, a mãe precisa oscilar entre suas identificações de elemento feminino e masculino – ser e fazer – e oferecer-se para ser-lhe feito.

Assim, a parte da personalidade materna que compreende a necessidade do bebê antes mesmo de ele expressá-la estaria ligada ao elemento feminino, enquanto a parte que discerne e providencia gestos de cuidado para atender a essas necessidades estaria ligada a uma identidade de elemento masculino (Winnicott, 1966/1994). Já do ponto de vista do bebê, observamos uma identificação primária em que ele é o seio, e suas necessidades simplesmente *são*, antes que ele precise *fazê-las*. É importante para a saúde do bebê que ele experimente essa identidade de elemento feminino puro por tempo suficiente, para só depois ensaiar identificações com o elemento masculino, que faz.

Ao descrever a díade mãe-bebê, recorreremos frequentemente à ideia de fusão ou de simbiose, mas é imprescindível diferenciar a maneira como cada um passa por essa experiência. O bebê tem uma visão subjetiva do seio – o seio é ele – e, portanto, precisa experimentar absoluta dependência e fusão com o objeto. Já a mãe oscila alternadamente entre ser aquilo que o bebê é capaz de encontrar e ser “ela própria,

aguardando para ser encontrada” (Winnicott, 1975, p.70). Quando a mãe vai *até lá* onde o bebê é capaz de encontrá-la, ela funciona de forma rudimentar, comportando-se como o objeto subjetivo que seu filho precisa que ela seja. Ela sabe o local e o momento dessa apresentação devido a uma parte sua projetivamente identificada com o bebê. Quando a mãe retorna para si mesma, ela pode realizar gestos de cuidado e providenciar o que identifica como uma necessidade de seu filho.

Vamos tentar ilustrar isso com uma situação hipotética: a mãe sente que seu bebê está incomodado por meio de uma identificação projetiva que apreende nele algo que tem a ver consigo mesma. Ela pensa consigo: "eu aprendi/sei que isso que estou encontrando no meu bebê (real) é X" – ou seja, "o bebê que eu fui aprendeu que é X" –, X podendo significar fome ou frio, sono, dor, ansiedade, excitação, etc. Pouco adiantaria oferecer ao lactente apenas a explicação verbal de que aquilo se chama X, nesse ponto de seu desenvolvimento. Nada poderia ser feito se o incômodo tomasse a mãe, causando profunda e indiferenciada identificação entre ambos, agora dois bebês às voltas com X.

A mãe intui o que poderia significar um incômodo de seu bebê – a partir do que o é para ela – quando psiquicamente *vai* até ele. Mas é quando ela *retorna* a si para endereçar esse incômodo com seus recursos de pessoa inteira, madura, que ela pode providenciar os instrumentos necessários para seu atendimento, oferecendo-lhe algo real. Ela alcança o lactente com seus cuidados que resultam desse *ir e vir* e ir de novo, mil vezes consecutivas ao longo da constituição psíquica de um novo indivíduo.

É com base neste movimento pendular, na oscilação entre as posições de “estar com” o outro e “voltar para” si mesmo, observado espontaneamente no padrão de saúde materno-infantil, que postulamos a hipótese central deste trabalho, a saber: a

identificação projetiva é favorecedora à constituição psíquica e à análise, sob a condição de não paralisar a mãe/analista em uma indiferenciação psíquica com aquele de quem se cuida. Ao bebê/a alguns analisandos em funcionamento primitivo de mente, é benéfico que lhe seja permitida, de seu ponto de vista, uma certa amorfia, um estado de coisas não diferenciadas, não adaptadas, não pensadas por uma lógica compartilhada. À mãe e ao analista, por sua vez, é salutar a manutenção de uma identidade que *vai* até lá se identificar, desde que possa *voltar* e pensar, processar, fornecer algo de volta. Repetimos as palavras de Winnicott (1968/1994) apresentadas ao início deste capítulo: “O potencial para a atividade criativa do bebê não se torna real a menos que (...) a figura materna receba e possa fornecer de volta as projeções” (p.160). Parece simplíssimo, mas é somente após uma complexa regressão adaptativa que uma pessoa serve de figura materna, e somente a partir de um movimento pendular de ir e vir é possível fornecer de volta as projeções.

No exemplo que oferecemos, fizemos a seguinte consideração: “Pouco adiantaria oferecer ao lactente apenas a explicação verbal de que aquilo se chama X, nesse ponto de seu desenvolvimento. Nada poderia ser feito se o incômodo tomasse a mãe, causando profunda e indiferenciada identificação entre ambos, agora dois bebês às voltas com X”. Como a mãe pode evitar aderir indiferenciadamente ao que identifica no seu filho? E, clinicamente, como podemos evitar fusionar-nos ao funcionamento psíquico dos analisandos? Afinal:

(...) nesse tipo de trabalho a explicação correta é ineficaz. A pessoa a quem estamos tentando ajudar necessita de uma nova experiência, num ambiente especializado. A experiência é a de um estado não-intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não integrada. (Winnicott, 1975, p.81).

Para elucidar essa questão, remetemo-nos brevemente à transgeracionalidade que envolve uma díade mãe-bebê (Aragão, 2007), assim como à análise do analista no contexto clínico, no que tange à transmissão de cuidados que constitui os cuidadores. Se os gestos espontâneos de cuidado ajudam a formar/reparar o aparelho psíquico do lactente/analizando e dependem da capacidade de processamento do que foi identificado, podemos argumentar que o ir e vir que os cria é viabilizado por uma transicionalidade internalizada no psiquismo da mãe/do analista.

No exemplo que oferecemos acima, em algum momento o psiquismo materno verbaliza *para si mesmo*: “eu aprendi que isso que identifico no meu bebê (real) é X”, o que traz implicitamente: “alguém sucessiva e repetidamente reconheceu e atendeu isso como X nos cuidados comigo”. Essa mãe dispôs de quem realizasse isso por ela, não tendo sido impedida em seu desenvolvimento saudável posterior; deve ter tido ela mesma a oportunidade de experimentar a área dos fenômenos e objetos transicionais, chegando ao ponto maturacional de uma transicionalidade internalizada.

É a partir da experiência de amorfia (Winnicott, 1990) que se torna possível traçar o caminho do desenvolvimento emocional saudável, isto é, quando a organização maturacional é feita progressiva e autonomamente com a ajuda de cuidados pacientes e adaptados – mas não quando houver exigência de que o indivíduo submissamente se adapte ao ambiente. Parte-se daí, e só depois da experiência de dependência chega-se a uma identidade com posições de sentido, a um psiquismo em que X (compartilhado, depois nomeado, tornando-se compartilhável) desperta ativamente a criação de um gesto de cuidado. Expandimos essa conclusão para o contexto clínico, em que o analista vivencia, no seu espaço de cuidados próprios (sua análise), a ajuda de outro psiquismo no processamento dos seus vários

conteúdos de ordem X, conforme a citação de Rosenfeld (1988) apresentada no capítulo 1 deste trabalho.

Aceitar chegar tão perto do funcionamento psíquico primitivo do bebê ou de um analisando requer uma certa confiança, pois exige aceitar uma dissolução temporária de sua identidade subjetiva. Para servir à constituição psíquica ou à terapêutica no contexto clínico, o indivíduo que exerce a função materna/analítica precisa suportar servir como objeto subjetivo, o que paradoxalmente implica “não temer a perda de uma certa concepção da subjetividade” (Chnaiderman, 2003, p.212). Como isso é possível?

3.3. Sobreviver, uma tarefa imprescindível

O bebê vive permanentemente em seu próprio mundo interno, o qual, porém, ainda não está solidamente organizado. (...) Ao relacionar-se com uma criança desse tipo, vemo-nos entrar e sair do mundo interno em que ela vive, e enquanto estamos dentro dele ficamos sujeitos a um controle mais ou menos onipotente (...). É um mundo mágico, que faz com que nos sintamos loucos. (...) [Todos os que já trataram de crianças] sabem o quão louco é preciso estar para viver ali, e no entanto é necessário estar ali, e permanecer ali por longos períodos a fim de alcançar um resultado terapêutico. (Winnicott, 1952/2000, p.314).

Winnicott (1968/1983) mencionou que os bebês, tendo experimentado uma dependência quase absoluta nos primeiros meses de vida, chegam a um estado em que começam a separar-se de suas mães e a transmitir sinais que testemunham o fim da fusão.

“Isto é especialmente difícil para as mães por causa do fato das crianças vacilarem entre um estado e outro; em um minuto estão fundidas com a mãe (...), enquanto que no seguinte estão separadas dela, e então, se ela souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa” (p.51).

Novamente, o autor aponta a identificação das mães com os seus filhos como a ferramenta que poderá auxiliá-las a compreender o que eles necessitam ao passar por essa fase. Que sinais seriam esses?

Pensamos que o que Winnicott compreende por agressividade possa esclarecer-nos essa questão. Como afirmamos no capítulo 2, o autor não considerava o conceito de pulsão de morte adequado e preferiu não utilizá-lo. No contexto do desenvolvimento emocional primitivo, afirmou que as perturbações no processo de continuar-a-ser do bebê não gerariam frustrações, mas sim uma ameaça de aniquilação “muito anterior a qualquer ansiedade que incluía a palavra ‘morte’ em sua descrição” (Winnicott, 1956/2000, p.403).

Nessa linha de pensamento, o autor não compreendia a agressividade como uma deflexão da pulsão de morte – como Freud (1920/2006) e Klein (1946/1991) propuseram –, mas como uma atividade de exploração do que é e do que não é eu (Winnicott, 1964/2005). Dessa maneira, a agressividade relaciona-se com a busca do estabelecimento da qualidade “externa”, fora e diferente do eu, quando o indivíduo está às voltas com a integração de uma unidade egoica. O autor procurou não situar ou vincular a agressividade a gestos como o morder o seio ou o sugar o polegar, que já remeteriam a uma localização da boca na estrutura corporal – preferiu esclarecer, resumidamente, que a pulsão primária é a um só tempo amor e conflito combinados; que está envolvida em todos os aspectos da atividade instintiva e motora do lactente; que poderia receber o nome de destruição (Winnicott, 1969b/1994).

Esse nome é justificado pelo seu aspecto impiedoso (*ruthless*), queremos dizer, pelo fato de inevitavelmente causar uma certa quantidade de sofrimento sobre o objeto primário, que sofre por ser amado – significando: ele não precisa ser odiado

para sofrer (Winnicott, 1945/1994). A intensidade do amor primário é inicialmente impiedosa, pois o bebê ainda não desenvolveu meios de preocupar-se com o objeto. Apenas após a passagem pelo estágio do concernimento alguém se torna capaz de sentir compaixão, e algumas pessoas nunca alcançam esse desenvolvimento.

Como é costumeiro na obra winnicottiana, temos aqui um outro paradoxo, que envolve a destrutividade potencial depender de o objeto deixá-la realizar-se ou não. Nas palavras de Winnicott (1969b/1994): “ser ela destrutiva ou não depende de como é o objeto” (p.190). Por exemplo, o bebê acredita que o objeto de amor primário está sempre sendo destruído. Com as repetitivas e confiáveis experiências de o objeto sobreviver a esses ataques – isto é, aparecendo novamente para o indivíduo –, tem-se a progressiva e lenta compreensão de que a destruição não foi real. O bebê começa a perceber, de pouquinho a pouquinho, que existe uma diferença entre o objeto subjetivo, que obedece às leis mágicas onipotentes, e o anteparo externo desse objeto, que não obedece a elas. Temos, assim, o início do processo de desilusão, de diferenciação das coisas que antes estiveram sobrepostas para criar a ilusão.

Para Winnicott (1956/2000), segurar o indivíduo que lhe ama impiedosamente – ou, em outras palavras, ser um objeto de amor primário suficientemente bom – significa, essencialmente, sobreviver sem retaliar, sem reagir. Implica suportar a destrutividade que o indivíduo ainda não pode reconhecer como própria de si – o que é realizado, por exemplo, pela mãe através da difícil tarefa de continuar a ser ela mesma –, não se deixar transformar pelo aspecto impiedoso, uns diriam voraz (Klein, 1952a/1991), e, principalmente, não exigir reparações ou insistir que sua existência externa seja reconhecida.

Nesse caminho (por causa da segurança ambiental, da mãe sendo apoiada pelo pai, etc.), a criança torna-se capaz de fazer uma coisa muito complexa, ou seja,

integrar seus impulsos destrutivos com os amorosos, e o resultado, quando tudo corre bem, é que a criança reconhece a realidade das *ideias* destrutivas que são inerentes, na vida, ao viver e ao amor (...). Para adquirir isso em seu desenvolvimento, a criança *requer, de modo absoluto, um ambiente que seja indestrutível em certos aspectos essenciais*: com toda certeza, os tapetes vão ficar sujos, as paredes terão que receber papel novo e às vezes uma vidraça será quebrada, mas, de alguma forma, o lar se mantém coeso, e por trás de tudo está a confiança que a criança tem na relação dos pais; a família é uma empresa que continua funcionando. (Winnicott, 1967/2005, pp.85-86, grifos do autor).

Para sobreviver aos ensaios destrutivos da pulsão combinada amor-conflito é necessário, em absoluto, suportar uma quantidade de frustração, de bagunça, de sujeira e de dor. Winnicott (1947/2000) foi até além, no sentido de apontar o aspecto saudável do ódio que uma mãe sente pelo seu bebê, o mesmo que tanto ama, desde o início. Uma das razões para esse sentimento seria a de que o bebê a trata como uma escrava, morde, tenta machucá-la e decepciona-se com ela – enquanto, de sua parte, a mãe tem de amá-lo “com suas excreções e tudo o mais, pelo menos no início, até que ele venha a ter dúvidas sobre si próprio” (p.285). Categoricamente, disse que a mãe não deve fazer nada a respeito do ódio que sente por seu bebê, a não ser tolerá-lo²¹ – o que implica reconhecê-lo, admitir sua existência para si.

Winnicott (1968/2005) afirmou que as pessoas “não se lembram de nada quando tudo sai bem, mas lembram quando as coisas caminham mal, pois (...) a continuidade de sua vida foi perturbada” (p.141). No contexto da sobrevivência a que estamos nos referindo, as coisas não correm bem quando o objeto do amor primário reage à destrutividade. Essas reações variam, é claro – vão desde as sutis mudanças na disposição humana do objeto, como a variação significativa no modo de a mãe olhar para a criança ou no seu tom de voz, até os casos de violência retaliativa fisicamente concreta. Quando o objeto não sobrevive nos níveis primitivos da vida, toda a

²¹ Winnicott (1947/2000) ofereceu, contudo, a saída comumente encontrada para esse impasse: as cantigas de ninar, que tão sabiamente expressam esse sentimento sem que o bebê possa compreendê-lo. “Nana, neném, que a cuca vem pegar, papai foi pra roça, mamãe foi trabalhar...”.

confiabilidade humana é potencialmente posta em cheque, pois o bebê não sente que pode continuar suas experimentações agressivas até que a segurança ambiental seja restabelecida, dando-lhe esperança de tentar novamente.

No desenvolvimento emocional primitivo, essa fase de experimentar a desilusão, ensaiar a separação e diferenciar/conciliar as percepções objetivas e subjetivas dura um período longo, marcado por várias idas e vindas. Winnicott (2005) até passa a referir-se ao indivíduo pelo nome de “a criança”, ao falar desse período, o que sugere que já não temos mais aqui um lactente em dependência quase absoluta de cuidados. Contudo, alertou-nos taxativamente:

A criança precisa de *tempo* para que tal fase possa ser explorada por completo. (...) precisa ser capaz de experimentar os vários tipos de relações objetivas num mesmo dia, ou talvez ao mesmo tempo; (...) isso não significa, no entanto, que a criança esteja pronta para viver no mundo descoberto” (Winnicott, 1966/2005, p.130).

Recorremos agora a um fragmento clínico de Winnicott (1966/2005) a partir da fala de uma paciente sobre o que experimentou junto à sua mãe nessa fase, oferecendo-nos um vislumbre do que pode acontecer quando esse tempo de experimentação e de ir e vir não é respeitado. Ela relatou ao analista:

Eu tinha mais ou menos dois anos de idade. A família estava na praia. Fiquei perambulando longe de minha mãe e comecei a fazer descobertas. Achei conchinhas. Uma delas me conduzia a outra, havia um número ilimitado de conchinhas. De repente, eu fiquei com muito medo, e hoje posso entender o que aconteceu: fiquei interessada em descobrir o mundo e esqueci de mamãe. Isso ocasionou em mim a ideia de que mamãe havia se esquecido de mim. Dei a volta e saí correndo para mamãe – ela estava lá, a poucos metros. Ela me pegou no colo, iniciando-se o processo de restabelecer minha relação com ela. Meu interesse nela provavelmente parecia ser pequeno, mas eu precisava de tempo para me sentir restabelecida e perder a sensação de pânico. Aí, de repente, mamãe me pôs no chão de novo. (...) Agora sei o que ocorreu. Fiquei esperando toda a minha vida ser capaz de alcançar o estágio seguinte – se minha mãe não tivesse me posto no chão, eu teria lhe dado um abraço, e rompido em lágrimas (...). Do jeito como aconteceu, nunca mais encontrei a minha mãe. (p.131).

O que Winnicott tentou esclarecer por meio desse exemplo é a importância do fator temporal na reconstrução da confiança infantil, nesse caminho de volta das descobertas exploratórias do mundo.

Podemos pensar em algumas identificações projetivas participando dessa vivência da paciente: 1) a criança interessa-se pelas conchinhas e teme que sua mãe tenha a esquecido – a partir de seu próprio e breve esquecimento da mamãe, agora projetivamente identificado dentro dela (mãe), e não mais dentro de si; 2) a mãe percebe que a criança está precisando de colo ao projetivamente identificar-se com ela – “aprendi que isso que estou vendo na minha filha é X, que pode ser cuidado pelo gesto de dar colo”.

A paciente diz que naquele momento seu interesse na mamãe poderia ter parecido pequeno. Poderíamos afirmar que seu interesse era que, naquele estado de dependência a que ela regrediu, sua mãe comportasse-se como o fizera durante a experiência de mutualidade – com uma identidade de elemento feminino –, isto é, a mãe *sendo* um colo, a ser internalizado tal qual o seio fora anteriormente. Seu interesse poderia parecer ser pequeno, mas era o de que a mãe servisse como um objeto subjetivo, que nesse sentido reforçaria a linha contínua da existência do indivíduo.

Entretanto, como a paciente mesmo avalia, a mãe não soube aferir a qualidade do colo que precisaria oferecer/ser para sua filha naquele momento, ou talvez não suportou que a menininha precisasse regredir a um estado de fusão para consigo mesma. Dessa maneira, podemos pensar que – ao retornar a criança para o chão antes de que ela estivesse pronta para isso – a identificação projetiva materna foi falha no

que tange à sua possibilidade empática. A mãe *fez cedo demais*, antes mesmo de poder restabelecer-se como algo que *é* na mente da paciente.

Os objetos subjetivos internalizados constituem as bases da identidade, então encontrá-los num momento de regressão é reassegurar-se do seu próprio eu (*self*). Podemos compreender melhor por que uma falha nesse sentido – tal como exploramos acima – configura uma interrupção tão significativa para a vida psíquica. Agora podemos observar uma outra situação, em que a identificação projetiva favorece a provisão da função materna, cuidando para evitar falhas e interrupções no ir e vir do indivíduo.

Winnicott (1948/2000) ofereceu um fragmento da análise de um menino de cinco anos de idade que ele identificou como um caso de esquizofrenia infantil, rigidamente buscando uma regressão à introversão controlada:

Quando veio a mim, com cinco anos de idade, o menino passou três ou quatro meses simplesmente andando em minha direção e afastando-se em seguida, testando a minha capacidade de proporcionar acesso direto e liberdade para se afastar. Aos poucos o menino permitiu-se sentar no meu colo e ir adiante, estabelecendo um contato afetivo. Na fase seguinte ele entrava dentro do meu casaco, e disso desenvolveu-se um jogo de escorregar para o chão de cabeça para baixo por entre as minhas pernas. Durante todo esse período eu fiz muito poucas interpretações verbais. Na fase seguinte ele passou a ter um desejo tão forte por mel – era o tempo da guerra, e o mel andava escasso – que acabou esvaziando todas as reservas, e por fim condescendeu em aceitar uma mistura de malte e óleo, que ele comia vorazmente. Em seguida passou a cobrir de saliva tudo o que via e tornou-se destrutivo com a colher de mel. Sua saliva formava uma poça na porta, caso eu o deixasse esperando. De tudo isto decorreu um lento mas firme desenvolvimento, que anteriormente havia cessado e se tornado negativo. Nessa experiência parecia-me ver uma criança re-vivendo experiências infantis precoces, corrigindo, a partir de alguma necessidade interna, o seu fracassado encontro inicial com o mundo. Ele estava nascendo de novo. Eu via um ambiente substituindo o outro. Mais adiante a análise através de interpretações verbais tornou-se não apenas possível, mas urgentemente necessária. Na etapa que descrevi, porém, minha função era fornecer um certo tipo de ambiente, e permitir que o menino fizesse o trabalho. (p.246).

Podemos observar o cuidado de Winnicott em proporcionar ao seu paciente uma área onde ele poderia primeiro sentir-se existindo, experimentando, para só depois fazer algo. O trabalho analítico dos primeiros meses consistiu em apenas²² estar ativamente receptivo – isto é, em suportar estar ali sem fazer quase nenhuma interpretação verbal, sem invadir o espaço com pressa ou suposições analíticas. Nesse sentido, uma certa passividade do analista – que é ativa e cuidadosa – evitou intrusões para o analisando nesse estado regredido. Como o analista compreende que é essa postura que ele precisa ter?

Partindo da ideia de que “em psicoterapia nada de novo realmente acontece. O melhor que pode ocorrer (...) é que se complete, em alguma medida, algo que não havia se completado no desenvolvimento do indivíduo” (Winnicott, 1960/2005, p.72), podemos imaginar como Winnicott estava disposto a identificar-se com os seus pacientes – o que significa aceitar regredir, em parte, ao funcionamento mental em que o indivíduo encontrava-se quando algo foi interrompido.

Anne Alvarez (1994) descreveu esse processo de movimentação pendular de forma precisa e encorajadora:

O problema, para o terapeuta, é manter o equilíbrio entre aproximar-se suficientemente do paciente para permanecer em contato – o que (...) pode implicar séria inquietação e preocupação, raiva e desespero – e ficar afastado o suficiente para ser capaz de pensar. Não conheço ninguém que consiga manter este equilíbrio no nível adequado durante todo o tempo. (p.18).

A manutenção desse equilíbrio depende tanto dos sentimentos que o paciente produz no terapeuta quanto dos recursos psíquicos deste para fazer face às implicações de estar em contato. Inevitavelmente, em alguns momentos, a mãe/o analista estará

²² Sabemos que isso não é pouca coisa, nem coisa simples.

impedido de aproximar-se do bebê/analizando, talvez por uma razão concreta, talvez por uma dificuldade subjetiva. O desenvolvimento como um todo não se baseia em uma ocasião de falha, mas no conjunto de experiências vividas e guardadas no interior da mente – ainda que, infelizmente, lembremo-nos sobretudo de quando as coisas não correram bem, como apontado previamente.

Uma breve consideração clínica: sabemos da importância do primeiro contato feito por quem busca à análise, antes mesmo da ocasião da primeira entrevista – momento em que são colhidas impressões e informações que começam a constituir um espaço aonde receber o indivíduo. Poderíamos postular que ocorra uma espécie de concepção mental dos analisandos na mente dos analistas, sobre o território psíquico preparado pelo (*set by*) tripé analítico que fundamenta a postura ética. Esse território será em seguida fertilizado pelos elementos reais que o futuro analisando vier a oferecer. Nesse sentido, podemos contemplar, no estabelecimento do *setting*, a participação do psiquismo do analista, suas fantasias e vivências, sua transicionalidade internalizada, suas identificações projetivas que buscam construir lugar para o encontro com o outro.

Quando Winnicott (1948/2000) recebeu esse menino de cinco anos, do caso relatado acima, a suspeita inicial era de que se tratasse de um caso de retardo mental. Contudo, a partir de sua disponibilidade em identificar-se com a criança ao mesmo tempo em que retinha uma parte sua, diferenciada, o analista percebeu tratar-se de uma esquizofrenia infantil. Dito de outra forma, podemos supor que, ao *ir até* o ponto em que esse paciente teve algo do seu desenvolvimento interrompido, o analista percebeu elementos que basearam sua compreensão dos potenciais cognitivos da criança – o que só pôde ocorrer quando ele *voltou* para seus recursos psíquicos e sua

teoria de pensamento. Em seguida, pôde ir de novo ao encontro da criança, adaptando-se ao que identificava projetivamente nela, sabendo que precisava esperar para ser encontrado.

O analista participou com sua observação e cuidados silenciosos, permanecendo responsivo sobretudo através da sua vitalidade, mais do que com gestos concretos. Ele segurou a criança em seu psiquismo, pensando sobre ela, imaginando o que aquela brincadeira de aproximar-se e afastar-se poderia significar, mas deixando que o paciente se encarregasse de definir esses significados e de fazê-lo a seu tempo – só assim ele os sentiria como verdadeiros. A área que circundava a díade analista-analisando já existia na percepção madura do analista – e era, portanto, de seu encargo a manutenção do espaço terapêutico que sobrevive –, enquanto a tarefa da criança era internalizar esse espaço que lhe estava sendo oferecido, esse *entre* que começou a demarcar eu/não-eu. A criança só pode criar uma área quando ela já tiver sido garantida, oferecida pelo objeto para ser encontrada.

Só a partir disso, o analista e as coisas do mundo que ele podia oferecer começaram a ganhar valor e a serem envolvidas pelo desejo da criança: o menino passou a querer comer todo o mel e chegou até a aceitar um substituto de malte e óleo (o que testemunharia uma astuta flexibilidade), passando a relacionar-se com esses objetos vorazmente e tornando-se destrutivo. Quando achamos uma menção da destrutividade nos textos de Winnicott, podemos subentender: tornando-se capaz de ensaiar relacionamentos com objetos externos, começando a diferenciar subjetivo de objetivo. Seguiu-se a isso uma espécie de renascimento, de sobreposição de um ambiente suficientemente bom onde antes o encontro com o mundo havia fracassado.

Winnicott só realizou isso tudo por levar em conta o quanto sua adaptação era fundamental para que seu paciente pudesse criá-lo. Servir como um objeto subjetivo, tolerar o silêncio que durava sessões e se arrastava por meses, e depois os comportamentos destrutivos do paciente – tudo isso foi de extrema importância e viabilizou que a criança chegasse ao ponto de sua análise em que as interpretações verbais eram possíveis e necessárias. Postulamos que o analista fez tudo isso a partir do que observava como desenvolvimento saudável, promovido por uma mãe suficientemente boa em um ambiente favorecedor. A criança passou, assim, do relacionamento com o Winnicott que é – que permanecia receptivo, enquanto ela ia e vinha – para um relacionamento com o Winnicott que faz – que serve de escorregador, que demora para abrir a porta –, até chegar ao Winnicott que se lhe faz (que se faz para ela) – que lhe dá mel e interpretações, que o alimenta e confere elementos para crescer. “Após ser – fazer e ser-lhe feito. Mas primeiro, ser” (Winnicott, 1966/1994, p.144).

Observando a díade mãe-bebê, temos base para afirmar o quanto a sobrevivência do objeto é intrínseca para o desenvolvimento humano. A partir dessa observação, aliada às nossas experiências clínicas, afirmamos: quando o analista sabe a importância dessas adaptações ativas para a experiência de continuidade do indivíduo, é mais fácil suportar o sofrimento causado pelas destruições, é mais fácil servir de objeto subjetivo, é mais fácil sobreviver.

É apenas à medida em que uma mãe/um analista reconhece a esperança de encontro com a realidade, envolvida e testemunhada pela destrutividade, que poderá tolerar servir de um objeto subjetivo para alguém. Reconhecer que um indivíduo pode precisar regredir, para só a partir daí retomar seu processo em espiral (Alvarez, 1994)

de continuar-a-ser, permite-nos tolerar essa regressão, coisa que a maioria das mães faz muito naturalmente ao cuidar de um filho. Emprestando uma expressão winnicottiana frequente: *quando tudo corre bem*, o indivíduo poderá experimentar sua destrutividade junto a um objeto que sobrevive, e poderá aos poucos desenvolver a capacidade de uso dos objetos.

Essa capacidade é desenvolvida em conjunto com a desilusão, uma coisa auxiliando a outra. Voltemos a ilustrar como isso acontece, agora com um exemplo que Winnicott (1945-5/2000) oferecia: as brincadeiras de "deixar cair as coisas" (p.356). Essa simples atividade, observada na maioria dos bebês saudáveis, configura uma exploração prazerosa do ambiente, conduzindo simultaneamente à internalização de um objeto (subjetivo) que cai e deixa um buraco e ao reconhecimento de externalidade do objeto (real) – que, ao cair, ou ficará lá ou será pego do chão por alguém e devolvido para ser reutilizado quantas vezes a situação permitir (Winnicott, 1941/2000). “Se formos usados até o fim, devorados e roubados, somente então poderemos aceitar (...) que sejamos colocados na prateleira de conservas do mundo interno de alguém” (Winnicott, 1945-5/2000, p.373).

Como dissemos anteriormente, a transicionalidade é um dos recursos da criança que tenta defender-se da perda de controle onipotente, uma forma de abrandar a experiência de desilusão – isto é, o reconhecimento de que há um anteparo real do objeto subjetivo, que não se comporta à sua revelia. É, portanto, uma tentativa de localizar o objeto a meio caminho, entre o dentro e o fora, transformando-o em uma posse. Apenas a partir disso chega-se à capacidade real de usar os objetos do mundo, reconhecidos em sua externalidade.

Dessa forma, há primeiro o *relacionamento* com um objeto, o qual depende da experiência subjetiva do indivíduo junto a ele. Em seguida, há a *posse* de um objeto que é ao mesmo tempo interno e externo, eu e não-eu, o que depende de o ambiente aceitar e não contestar o paradoxo transicional. O indivíduo passa então a suportar a ausência do objeto real, reconhecendo a diferença entre o que está dentro e o que está fora do eu. Em seguida, chega à capacidade de *utilização* de um objeto, baseada na sua natureza compartilhada, nos seus comportamentos reais. A partir disso, podemos observar um estabelecimento satisfatório de três áreas: a realidade interna, a realidade psíquica, e a realidade objetiva.

O campo da ilusão onipotente vai progressivamente sendo abandonado com a eleição de objetos ou fenômenos transicionais que facilitem essa passagem – até que percam naturalmente o seu sentido, momento em que a pessoa torna-se apta a participar do mundo compartilhado, e contribuir para a cultura. Não temos o intuito de dedicar-nos a um estudo sobre o uso de objetos para além de apontar essa capacidade como intrínseca ao funcionamento social saudável, à participação das produções humanas e culturais, e ao brincar.

Nosso interesse era chegar até aqui: ao ponto em que o indivíduo, tendo experimentado a ilusão, pode começar a desiludir-se de forma progressiva e saudável, indo e vindo junto a uma mãe que sustenta seus movimentos de regressão e progresso, e passa a valorizar a diferenciação de fenômenos enquanto internos, externos e transicionais, tomando a realidade compartilhada como fonte de riquezas que terá o prazer de encontrar criativamente ao longo da vida.

Ogden (1979/2012) afirmou que a identificação projetiva constitui uma forma transicional de relação de objeto, tendo em vista da especificidade desse mecanismo

que permite ao indivíduo-projetador a sensação de estar a um só tempo junto e separado do outro. Depois de tudo o que foi dito neste trabalho, podemos apontar as várias condições necessárias para que isso aconteça – tanto no que diz respeito ao ambiente de cuidados a um indivíduo quanto no que tange ao seu desenvolvimento psíquico saudável até esse ponto maturacional.

A identificação projetiva só poderá estabelecer uma via psíquica onde a transicionalidade acontecerá quando os pontos principais da ambiência de cuidados forem bem oferecidos, e quando o indivíduo puder tecer sua linha de continuar a ser sem graves interrupções, indo e voltando várias vezes e no seu ritmo. Dessa maneira, estarão em considerável vantagem aqueles indivíduos que dispuserem de objetos cuidadores que tenham, eles mesmos, internalizado uma capacidade transicional, podendo também ir e vir, procurando encontrar o bebê que precisa de sustentação.

Começamos este capítulo com considerações sobre a maternagem e os bebês, no contexto do desenvolvimento emocional primitivo, e depois passamos ao contexto clínico a partir de fragmentos escolhidos na obra de Winnicott. Isso é justificado por compreendermos a relação mãe-bebê como um protótipo da díade analista-analisando e pensarmos que o potencial terapêutico de uma análise baseia-se no que é identificado como saudável, e não patológico. Toda a questão de trabalho desta dissertação gira em torno do que é vivido transferencialmente e da busca de uma relação entre o presente e o passado dos analisandos – isto é, a tentativa de compreender o que acontece atualmente no espaço analítico a partir de um passeio sobre o que já se compreende a respeito da constituição psíquica, procurando encontrar como a saúde é favorecida pelos cuidados e adaptações ambientais,

sobretudo buscando entender a sutileza da identificação projetiva enquanto fundante de potências psíquicas criativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quadro nenhum está acabado,
disse certo pintor;
se pode sem fim continuá-lo,
primeiro, ao além do outro quadro
que, feito a partir de tal forma,
tem na tela, oculta, uma porta
que dá a um corredor
que leva a outra e muitas outras.*

João Cabral de Melo Neto, A lição de pintura

Nossa pesquisa tomou a clínica psicanalítica como ponto de partida para, estudando o processo de constituição psíquica, voltarmos-nos à identificação projetiva e à transicionalidade, buscando tecer uma costura entre as obras de Melanie Klein e D. W. Winnicott acerca dos conceitos estudados. Nossas questões centrais podem ser formuladas da seguinte maneira: Por que a identificação projetiva pode ser tanto favorecedora quanto um entrave para a constituição psíquica e para a relação transferencial? Como essa defesa relaciona-se à conquista da transicionalidade? O que acontece com a identificação projetiva, uma vez que a transicionalidade tenha sido psicologicamente conquistada? Naturalmente, ao longo do nosso trabalho, essas questões foram desdobrando-se em várias outras.

A partir de inquietantes experiências clínicas aliadas à nossa vivência durante o Curso de Observação da Relação Mãe-Bebê, pudemos contemplar a identificação projetiva em sua paradoxal ambivalência, isto é, enquanto um processo envolvido tanto nas situações de comunicação, bem-estar e empatia, quanto nas de impasse transferencial, angústia transbordante e paralisação da capacidade de pensar. Dessa maneira, deparamo-nos com a necessidade de um estudo da literatura

psicanalítica acerca desse conceito, a fim de compreendê-lo em suas particularidades e vicissitudes.

Melanie Klein (1946/1991) foi quem primeiro nomeou e conceituou esse processo de identificar-se por meio de projeções. Definiu-o como a fantasia inconsciente, pelo bebê na posição esquizo-paranóide, de expelir partes excindidas do seu *self* para dentro de um objeto, fossem elas sentidas como boas ou más. No primeiro caso, essa fantasia garantiria que os aspectos benevolentes do indivíduo sobrevivessem no interior do objeto, favorecendo o desenvolvimento de boas relações e da capacidade de empatia. No segundo caso, os aspectos ruins projetados danificariam o objeto, transformando-o em um elemento persecutório.

Klein reconheceu que a participação das pessoas em volta de quem lança mão da identificação projetiva – por exemplo, da mãe de um bebê que passa pela posição esquizo-paranóide – influenciaria a reintrojeção desses aspectos excindidos do *self*. Entretanto, seu foco era predominantemente intrapsíquico, isto é, focado sobre o indivíduo e seus processos e realidade internos, de maneira que a autora não se dedicou a oferecer maiores esclarecimentos a respeito do que levaria a uma preponderância do aspecto positivo ou negativo da identificação projetiva para o desenvolvimento emocional e para o trabalho analítico.

A partir desse enfoque intrapsíquico, alguns analistas compreenderam a identificação projetiva como sinônimo de projeção (Grotstein, 1985), pois a fantasia inconsciente de projetar seria sempre referente ao interior de uma representação do objeto, e não para dentro do objeto real. Entretanto, basta um exemplo banal para ilustrar que, quando uma pessoa tem uma representação danificada de outra porque a atacou em fantasia e agora teme sua retaliação, rapidamente podemos contemplar

como o relacionamento entre essas pessoas será afetado e como o comportamento de uma para com a outra será influenciado pelo mecanismo que estamos estudando. Ou seja, na nossa compreensão, ainda que se trate de uma fantasia inconsciente, os efeitos da identificação projetiva são bastante reais.

Rosenfeld e Bion compunham o grupo de analistas próximos a Melanie Klein na época em que a autora se viu às voltas com esse conceito. Puderam observar a manifestação da identificação projetiva na clínica com seus pacientes e contribuíram para a compreensão de como o manejo pelo analista ou por quem desempenha a função materna poderia influenciar seu “saldo”, podendo favorecer o desenvolvimento de recursos psíquicos ou, do contrário, agravar o sofrimento e adoecer os indivíduos e suas relações objetais.

Esses dois autores contribuíram para a compreensão da identificação projetiva enquanto algo que opera *na* relação entre pessoas. Afirmaram que não só a qualidade do que é projetado ou a patologia de quem projeta, mas também, especialmente, a atitude e os recursos psíquicos de quem recebe esse conteúdo são aquilo que fará toda a diferença para seu processamento. Apontaram a capacidade de compreensão contratransferencial (Rosenfeld, 1988) e de *rêverie* (Bion, 1952/1991) como ferramentas para a “decodificação” do que é recebido, esclarecendo o aspecto essencialmente comunicativo desse processo.

Dito de outra maneira, Rosenfeld e Bion colaboraram largamente para a evolução histórica do conceito de identificação projetiva no que tange à sua compreensão como um fenômeno relacional, isto é, algo que se passa entre duas pessoas e que tem por objetivo comunicar aquilo que ainda não pode ser transmitido de outra forma. A capacidade de o objeto receber a comunicação, compreendê-la e de

alguma forma respondê-la determinará a marca desse processo na constituição psíquica e nas relações interpessoais.

Neste trabalho, contemplamos a identificação projetiva como um acontecimento intersíquico, recorrendo a esse termo para referirmo-nos ao espaço que acolhe dois psiquismos, suas comunicações inconscientes e seus movimentos de ir e vir na linha do desenvolvimento emocional humano. A nossa escolha desse termo baseia-se na diferença entre realidade interna e realidade psíquica, pois a primeira pressupõe haver uma membrana limitadora pertencente ao psicossoma (Winnicott, 1935/2000), enquanto a segunda implica a existência de um espaço de experimentação com o que é concebido subjetivamente e o que é percebido objetivamente, de movimentação entre mundo interno e mundo externo, entre dentro/eu e fora/não-eu.

Em outras palavras, compreendemos a identificação projetiva como algo que acontece nesse território que é paradoxalmente individual e compartilhado, uma terra de ninguém, que é para os indivíduos a um só tempo eu/meu e você/seu e nosso/de ninguém. Isso nos fez imediatamente pensar no espaço potencial (Winnicott 1951/2000, 1975) como uma área fundada por meio desses movimentos identificatórios e projetivos, onde acontecem movimentos pendulares – de idas e vindas, tanto entre um indivíduo e outro quanto na própria linha de continuar a ser de cada um.

Oras, mas como esse espaço potencial é estabelecido? O que é necessário para que um indivíduo experimente nessa área de transição entre eu e não-eu? Voltamos nosso olhar para o processo de constituição psíquica, contemplando a díade mãe-bebê como um protótipo para a díade analista-analisando, para refletirmos sobre

o papel da identificação projetiva no desenvolvimento da transicionalidade. Estávamos procurando esclarecer como esses conceitos relacionam-se no que tange ao investimento psíquico materno sobre o bebê, ao que embala essa dupla e, especialmente, aos movimentos que a mãe faz nos cuidados com seu filho – isto é, próxima o suficiente para identificar-se com ele, distante o suficiente para diferenciar-se dele.

Para Winnicott, ao contrário do enfoque intrapsíquico kleiniano, não é possível falarmos de um indivíduo sem levarmos em conta o seu ambiente – especialmente quando falamos dos bebês, pois sempre que vemos um bebê, vemos também os cuidados ao bebê, quem segura o bebê, quem se ocupa e cuida dele. Não existe bebê que sobreviva sem auxílio, sem alimento e sem estímulos externos. No início, a dependência deve ser praticamente absoluta, de maneira que o lactente não sinta que depende de ninguém; progressivamente, a dependência torna-se relativa conforme o indivíduo se desenvolve, torna-se mais autônomo e progride rumo à independência – a qual nunca é totalmente alcançada (Winnicott, 1945/2000).

Winnicott (1956/2000) apontou como as mães regridem a uma condição chamada de preocupação materna primária, que vai da gestação até os primeiros meses de vida do lactente, que as permite identificarem-se quase totalmente com seus bebês, de modo a saberem do que eles necessitam e como assisti-los. Mas, mesmo antes, já podemos pensar nas formas como uma mãe identifica-se com seu filho, pois – quando tudo vai bem – ela teve aproximadamente nove meses para imaginar como ele seria, de que nome poderia chamá-lo, quais traços fenotípicos ele herdaria dela, como seria diferente dela, etc. Dessa maneira, a mãe identifica-se projetivamente com o bebê (Winnicott, 1960/1983), depositando aspectos seus dentro

de um psiquismo em constituição. Em outras palavras, imaginando como será seu filho, sonhando-o, a identificação projetiva materna abre um lugar onde o bebê real poderá ser recebido. A mãe catexiza o psiquismo do seu filho, preparando-se para conhecê-lo e estabelecendo um lugar para ele no mundo.

A área entre a mãe e o bebê – entre o seio e a boca, entre o olhar da mãe e o do lactente, entre o psiquismo maduro e o psiquismo primitivo – é percebida diferentemente por cada um deles. O lactente em dependência absoluta vive uma indiferenciação completa de sua mãe: não sabe que ela existe, pois ela ainda não pode ser reconhecida como alguém separado. Já para a mãe, esse espaço existe e é marcado pelos aspectos em que ela é diferente de seu filho, em que ela não é um bebê que precisa depender; em que ela é a pessoa que oferecerá cuidados, com base no bebê que ela foi e guarda em seu psiquismo, que recebeu cuidados que foram internalizados e a constituíram, a partir de seus recursos de pessoa madura que pode alcançar um filho com gestos de cuidado.

Para o bebê, ambos vivem um estado de fusão. Entretanto, se a mãe fusiona-se ao bebê e identifica-se indiferenciadamente com ele, sabemos que esta díade estará em desvantagem e correrá riscos de adoecimento psíquico. Geralmente, a mãe tem de desempenhar movimentos de oscilação, que chamamos neste trabalho de pendulares: indo ao encontro do psiquismo rudimentar do lactente – de forma a identificar projetivamente o que ele necessita – e voltando para seu psiquismo maduro – de forma a compreender e atender o que foi identificado como necessidade. Ela oscila entre ser ela mesma e oferecer-se para ser encontrada pelo bebê.

Em outras palavras, segundo Winnicott (1966a/1994), a mãe suficientemente boa, que pôde entrar em um estado de preocupação materna primária, movimenta-se

entre suas identidades de elemento feminino e masculino, enquanto o bebê mantém inicialmente apenas uma identidade de elemento feminino. Na experiência de mutualidade dessa díade, a mãe precisa bascular entre ser os cuidados e fazer os cuidados, ser um colo e fazer o *holding*, enquanto o bebê precisará apenas da experiência contínua de ser, para só depois de algum tempo tornar-se capaz de fazer.

Esse caminho, por onde experimenta ser antes de ativamente precisar fazer, passando pelas repetidas “aparições” mágicas do objeto quando começa a necessitar dele, é o meio pelo qual o indivíduo vai juntando seus pedaços e sentindo-se real – esse caminho conduz à experiência de ilusão, isto é, a uma ideia para o bebê de que ele onipotentemente cria o mundo à sua revelia. Nas palavras de Winnicott (1952/2000):

O potencial criativo do indivíduo, surgido da necessidade, produz um estado propício à alucinação. O amor da mãe e sua estreita identificação com o bebê fazem-na consciente da necessidade deste, o que a leva a providenciar alguma coisa mais ou menos no lugar certo e no momento certo. Esta situação, muitas vezes repetida, dá início à capacidade do bebê para usar a ilusão, sem a qual nenhum contato seria possível entre a psique e o ambiente. (...) É possível afirmar que a adaptação à necessidade jamais é completa, mesmo no início quando a mãe é biologicamente orientada para essa função altamente especializada. O hiato entre a adaptação total e a adaptação incompleta é enfrentado pelos processos intelectuais do indivíduo pelos quais, gradualmente, as falhas do ambiente tornam-se aceitáveis, compreensíveis, toleráveis e até previsíveis. (pp.311-312).

A adaptação que começa a ser sentida como incompleta – quando o lactente já dispõe de um aparelho mental capaz de realizar processos intelectuais – diz respeito às falhas²³ favorecedoras da mãe. Isto é, depois de um tempo, ela começa a deixar o estado de preocupação materna primária, e isso geralmente ocorre concomitantemente às possibilidades de seu filho para suportar sua demora, distrair-se, levar o polegar à

²³ Estamos referindo-nos aqui às falhas que não se configuram traumáticas ou excessivas para o indivíduo, isto é, que não acontecem antes de que ele tenha desenvolvido recursos para suportá-las.

boca, tranquilizar-se com um pedacinho de manta que ele acaricia quando ela não está. Apenas depois de ter vivido a ilusão, um indivíduo poderá começar a difícil tarefa de aceitação de que ele e seus objetos primários de amor não são um só. Assim inicia-se o processo de desilusão, em que o lactente começa a confrontar-se com os aspectos reais do mundo e dos objetos, e, finalmente, com sua própria impotência frente à separação.

Não à toa mencionamos acima exemplos das estratégias empregadas pelo indivíduo para facilitar essa passagem, entre os objetos que obedecem magicamente a seus poderes onipotentes – subjetivamente concebidos – e os objetos reais, que frustram ou tardam a aparecer, etc. Nesse momento, o lactente adota sua primeira posse, um gesto ou alguma coisa que reconheça como parte eu, parte não-eu. Winnicott (1951/2000) chamou-os de fenômenos transicionais e objetos transicionais, pois auxiliam o indivíduo na árdua transição entre mundo interno e externo, entre subjetivo e objetivo. O autor observou que é concedida aos bebês uma aceitação espontânea desse paradoxo, isto é, que ninguém fará exigências a um lactente sobre a procedência dessa primeira posse. Afirmou que os objetos e fenômenos transicionais perdem sua função, sendo descatexizados à medida que o indivíduo progredir em seu continuar a ser, chegando à capacidade maturacional de usar objetos e usufruir dos elementos culturais.

A área onde se experimenta com essa posse transicional é o espaço potencial – esse espaço terceiro, entre a mãe o lactente, um espaço onde aconteceu a ilusão e onde a desilusão começa a operar. Quando falamos em experimentação, precisamos apontar a agressividade conforme pensada por Winnicott (2005), como a ação da

destrutividade, da pulsão combinada amor-e-conflito que está constantemente destruindo tudo.

Para o autor, o amor primitivo contém em si mesmo uma intensidade que faz seu objeto sofrer, quando ainda nem existem motivos para pensarmos no ódio. A destrutividade é mais um dos paradoxos da teoria winnicottiana: depende de como reage o objeto. Em outras palavras, o indivíduo sente que está destruindo o mundo, mas se depara com a sobrevivência deste mil e uma vezes – e, portanto, a realidade pode começar a ser reconhecida como externa ao seu mundo subjetivo.

Winnicott não faz referência à pulsão de morte quando descreve a agressividade primitiva – um dos pontos centrais de discordância entre ele e Melanie Klein (Winnicott, 1962a/1983). A destrutividade é a maneira por meio da qual o indivíduo começa a fazer face à exterioridade do mundo e das pessoas, e configura-se assim como atividade inerente à experimentação criativa. O que fundamentalmente buscamos, para Winnicott, está além da manutenção das forças pulsionais internas; a saúde baseia-se na realização do *self*, na procura por estabelecer relacionamentos humanos e no encontro com as riquezas da vida compartilhada.

Este trabalho se propôs a relacionar os conceitos de identificação projetiva e transicionalidade costurando os pontos de divergência e convergência entre as teorias kleiniana e winnicottiana. Em outras palavras, Klein focou seu entendimento sobre a identificação projetiva enquanto um mecanismo intrapsíquico do qual o bebê lança mão durante seu desenvolvimento emocional, enquanto Winnicott dedicou-se ao estudo dos fatores que antecedem a utilização dessa defesa pelo lactente, levando em conta as condições das quais depende a saúde mental.

Winnicott contemplou a identificação projetiva que liga o bebê fantasmático da mãe – isto é, aquele que parte do bebê que ela foi e das experiências de cuidado que ela recebeu – ao bebê real em seu ventre, que ela imagina e sonha. A possibilidade de que a mãe segure o seu bebê suficientemente bem dependerá, portanto, de quão bem esse primeiro vínculo tiver sido estabelecido, bem como de condições ambientais que a acolham. O autor apontou como esses movimentos maternos inauguram o psiquismo do bebê e um lugar para ele no mundo, a partir do qual ele marcha espontaneamente em rumo ao seu desenvolvimento e, quando tudo correr bem, começa a fazer e utilizar coisas – entre elas, identificações projetivas. Em suas palavras (Winnicott, 1966a/1994):

(...) quero chegar a um enunciado de um dilema básico no relacionamento: (a) o bebê *é* o seio (ou objeto, ou mãe, etc.); o seio *é* o bebê. Isto se encontra na extremidade última da falta inicial de estabelecimento que o bebê tem de um objeto como não-eu, no lugar onde o objeto *é* 100% subjetivo, onde (se a mãe se adapta suficientemente bem, mas não doutra maneira) o bebê *experiencia* onipotência. (b) o bebê *é* confrontado por um objeto (seio, etc.) e precisa chegar a um acordo com ele, com poderes limitados (imaturos) do tipo que se baseia nos mecanismos mentais das identificações projetiva e introjetiva. Aqui precisamos notar que, mais uma vez, a experiência de cada criança depende do fator ambiental (atitude, comportamento da mãe, etc.). (p.150, grifos do autor).

Nosso trabalho parte das inquietações transferenciais, passeia pelo eixo da constituição psíquica e retorna para a clínica psicanalítica abastecido de reflexões pertinentes sobre o manejo da identificação projetiva a partir de uma transicionalidade internalizada, levantando considerações pertinentes que merecem estudos aprofundados no futuro – para citar algumas: (a) a importância de o analista identificar-se com seus analisandos, preservando potenciais de diferenciação que o ajudem a pensar; (b) a postura ativamente receptiva, não intrusiva, que o analista precisa estabelecer em transferência quando se vê diante de um psiquismo em

funcionamento primitivo; (c) os movimentos pendulares que favorecem a adaptação e a comunicação transferencial; (d) a sutileza implícita sob o ato de o analista esperar para ser encontrado pelo analisando, quando aceita servir-lhe de objeto subjetivo e sobreviver à sua destrutividade.

Consideramos que as reflexões levantadas neste trabalho sejam importantes para a clínica psicanalítica, devido ao paralelo traçado entre o favorecimento da constituição psíquica pela transicionalidade internalizada da mãe e o manejo transferencial realizado pelos movimentos pendulares do analista. Em outras palavras, assim como a mãe faz com o bebê, o analista também precisa recorrer à sua transicionalidade para ir ao encontro do funcionamento primitivo de mente de seus analisandos, identificar-se com eles, receber suas comunicações e – mantendo-se diferenciado – voltar para sua capacidade de pensar e de responder com vitalidade. Finalmente, consideramos que é pertinente favorecer a compreensão da identificação projetiva no que tange à sua participação na saúde psíquica e nos relacionamentos humanos: fazer da procura, um encontro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ab'Sáber, T. A. M. (2005). *O sonhar restaurado – formas do sonhar em Bion, Winnicott e Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Laboratório de Psicopatologia Fundamental - Pontifícia Universidade Católica.
- Azoulay, C. (2012). Os Estados-limite. Em: Marty, F. (Org). *Os grandes conceitos da psicologia clínica* (pp.237-250). São Paulo: Edições Loyola.
- Bianchedi, E. (1984). El desarrollo psíquico temprano em la obra de Melanie Klein. Em *Psicoanálisis – Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires – APdeBA – no. 2 e 3 – Vol. VI. pp.369-377*.
- Bick, E. (1968/1987). The experience of skin in early object relations. Em Harris, M. e Bick, E. *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 114-118). Great Britain: The Roland Harris Education Trust.
- Bion, W.R. (1957/1991). Ataques ao elo de ligação. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Vol.1: Artigos predominantemente teóricos (pp.95-109). Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W.R. (1961/1991). Uma Teoria do Pensar. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Vol.1: Artigos predominantemente teóricos (pp.185-193). Rio de Janeiro: Imago.

- Bion, W.R. (1963/2004). *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W.R. (1991). *Atenção e Interpretação: O acesso científico à intuição em psicanálise e grupos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W.R. (1992). *Conversando com Bion – Quatro discussões com W.R. Bion – Bion em Nova Iorque e em São Paulo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Birraux, A. (2012). A projeção. Em: Marty, F. (Org). *Os grandes conceitos da psicologia clínica* (pp.71-84). São Paulo: Edições Loyola.
- Brusset, B. (2006). Nature, forms et fonctions de l'identification projective. Em: Chabert, C., Brusset, B., & Brelet-Fouldard, F. (Orgs). *Névroses et fonctionnements limites* (pp.60-70). Paris: Dunot.
- Cardoso, M. R. (Org.). (2004). *Limites*. São Paulo: Escuta.
- Castro, J.B.P., Carvalho, M.C.V.S., Ferreira, F.R., & Prado, S.D. (2015). "Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço!": a décalage como ferramenta para compreensão de práticas corporais e alimentares. Em *Revista de Nutrição*, 28(1), 99-108.
- Celes, L. A. M. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 157-171.
- Celes, L. A. M. (2006). Teoria da libido e teoria das relações de objeto: confronto e aproximações? *Pulsional: Revista de Psicanálise*, XIX, 5-13.
- Chagnon, J.Y. (2012). A Identificação. Em: Marty, F. (Org). *Os grandes conceitos da psicologia clínica* (pp.85-104). São Paulo: Edições Loyola.
- Chnaiderman, M. (2003). Psicanálise ou Psicanálises. Em: Petot, J.M. (Org). *Melanie Klein II. O ego e o bom objeto* (pp.207-214). São Paulo: Perspectiva.

- Dias, E.O. (2002). A trajetória intelectual de Winnicott. Em *Revista Natureza Humana*. 4(1), pp.111-115. Sociedade Brasileira de Fenomenologia e Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.
- Ferenczi, S. (1909/2011). Transferência e Introjeção. Em *Obras Completas Psicanálise I* (2ª Edição, pp. 86-123). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferraz, F.C. (2014). Transmissão e formação: apontamentos sobre o tripé analítico. *Jornal de Psicanálise*, 47(86), 87-102.
- Figueiredo, L.C. (1999) O caso-limite e as sabotagens do prazer. Em *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, III, 2, 61-87.
- Freud, A. (1926/1971). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1900/2014). *A interpretação dos sonhos*. (2ª Edição). Porto Alegre: L&PM.
- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2004). À guisa de introdução ao narcisismo. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/2004). Pulsões e destinos da pulsão. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/2011). *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac Naify.
- Freud, S. (1920/1996). Além do princípio de prazer. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. II. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1921/1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/2014). *A Negação*. São Paulo: Cosac Naify.
- Freud, S. (1937/1996). Construções em análise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Fulgencio, L. (2014). Aspectos diferenciais da noção de ego e de self na obra de Winnicott. *Estilos Da Clinica*, 19(1), 183-198.
- Green, A. (2008). *Considerações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Grotstein, J.A. (1985). *A divisão e a identificação projetiva*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1927/1996). Simpósio sobre a análise de crianças. Em *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos* (pp.164-196). Rio de Janeiro: Imago
- Klein, M. (1946/1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.17-43). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1948/1991). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.44-63). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1952a/1991). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.85-118). Rio de Janeiro: Imago.

- Klein, M. (1952b/1991). Sobre a observação do comportamento de bebês. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.119-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1955/1991). Sobre a Identificação. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.169-205). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1957/1991). Inveja e gratidão. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp.207-267). Rio de Janeiro: Imago.
- Khan, M. (1989). *Quando chegar a primavera*. Em: *Análise Psicológica*, 1-2-3 (VII): 287-304
- King, P. & Steiner, R. (Orgs.). (1998). *As controvérsias Freud-Klein 1941-45*. Rio de Janeiro: Imago.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967/1986). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Melo Neto, J.C. (2009). A lição de pintura. Em *Museu de tudo* (p.109). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Ogden, T.H. (1979/2012). On projective identification. Em Spillius, E. & O'Shaughnessy, E. (Orgs). *Projective Identification: the fate of a concept* (pp.275-300). Londres: Routledge.
- Oliveira, N. R. (2011). *Costurando rupturas: o trauma na clínica psicanalítica com uma criança*. Dissertação de mestrado. Brasília: Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura - Universidade de Brasília.
- Oliveira, N. R., & Tafuri, M. I. (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 838-850

- Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C.C., Caron, N.A., & Lopes, R.C.S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18, 77-96.
- Petot. (1979/2005). *Melanie Klein I. Primeiras descobertas e primeiro sistema*. São Paulo: Perspectiva.
- Petot. (1982/2003). *Melanie Klein II. O ego e o bom objeto*. São Paulo: Perspectiva.
- Rosenfeld, H. (1971/1991). Uma contribuição à psicopatologia dos estados psicóticos: a importância da identificação projetiva na estrutura do ego e nas relações de objeto do paciente psicótico. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Vol.1: Artigos predominantemente teóricos (pp.125-145). Rio de Janeiro: Imago.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiricos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sabino, F. (1956/1981). *O encontro marcado*. Rio de Janeiro: Record.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Spillius, (1991). Introdução à segunda parte: Identificação Projetiva. Em Spillius, E.B. (Ed.), *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Vol.1: Artigos predominantemente teóricos (pp.89-93). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1964/2014). *A criança e seu mundo* (6ª Edição). Rio de Janeiro: LTC.
- Winnicott, D.W. (1965/2011). *A família e o desenvolvimento individual* (4ª Edição). São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1960/1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.38-54). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1962a/1983). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. Em *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.156-162). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1962b/1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.152-155). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1963/1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. Em *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.70-78). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1959/1994). O Destino do Objeto Transicional. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.44-48). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1961/1994). Observações Adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-filial. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.59-61). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1963/1994). O Medo do Colapso. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.70-76). Porto Alegre: Artmed.

- Winnicott, D.W. (1966a/1994). Sobre os Elementos Masculinos e Femininos Ex-cindidos [*Split-off*]. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.133-150). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1967/1994). Pós-escrito: D.W.W. sobre D.W.W. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.433-444). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1968a/1994). Sobre *O Uso de Um Objeto*. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.170-191). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1968b/1994). O Brincar e a Cultura. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.160-162). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1969a/1994). A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.195-202). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1969b/1994). Sobre o Uso de um Objeto (Parte VII): O Uso de um Objeto no Contexto de Moisés e o Monoteísmo. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.195-202). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1970/1994). As Bases para o *Self* no Corpo. Em Winnicott, C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp.203-218). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D.W. (1988/1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D.W. (1935/2000). A Defesa Maníaca. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 199-217). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1941/2000). A Observação de Bebês numa Situação Padronizada. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.112-132). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1945/2000). Desenvolvimento Emocional Primitivo. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.218-232). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1947/2000). O Ódio na Contratransferência. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.277-287). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1948/2000). Pediatria e Psiquiatria. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.233-253). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1950-5/2000). A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.288-304). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1951/2000). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.316-331). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1952/2000). Psicoses e Cuidados Maternos. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.305-315). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1954-5/2000). A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.355-373). Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D.W. (1954/2000). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.374-392). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1956/2000). A Preocupação Materna Primária. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1960/2005). Agressão, culpa e reparação. Em *Tudo começa em casa* (4ª Edição pp.69-80). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1963/2005). O valor da depressão. Em *Tudo começa em casa* (4ª Edição pp.59-68). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1966d/2005). A criança no grupo familiar. Em *Tudo começa em casa* (4ª Edição pp.123-136). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1967/2005). A delinquência como sinal de esperança. Em *Tudo começa em casa* (4ª Edição pp.81-92). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1968/2005). O aprendizado infantil. Em *Tudo começa em casa* (4ª Edição pp.137-144). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1964/2006). O recém-nascido e sua mãe. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.29-42). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1966b/2006). A mãe dedicada comum. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.1-11). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1966c/2006). As origens do indivíduo. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.43-50). São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, D.W. (1967/2006). Notas preliminares para “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências”. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.94-96). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1967-8/2006). O ambiente saudável na infância. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.52-59). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1968/2006). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.79-92). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1970/2006). A dependência nos cuidados infantis. Em *Os bebês e suas mães* (3ª Edição pp.73-78). São Paulo: Martins Fontes.
- Zavaroni, D.M.L., Viana, T.C., & Celes, L.A.M. (2007) A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia* 12(1), 65-70.
- Zimerman, D. E. (1999/2010). A psicanálise contemporânea. Em *Fundamentos Psicanalíticos - Teoria, técnica e clínica* (pp. 63-74). Porto Alegre: Artmed.