

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

A IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA E A  
PSICOLOGIA DA RELAÇÃO HUMANA

**Rui José Gabriel**

Tese orientada por Professora Doutora Antónia Carreiras

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Antónia Carreiras, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673 / 2006 publicado no Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

*Os meus agradecimentos à Professora Antónia Carreiras, pela liberdade de pensamento, acolhimento das grandes ânsias, e disponibilidade sempre manifestadas. Agradeço também à Professora Doutora Luisa Vicente, que me permitiu integrar a equipa que dirige no Hospital de Santa Maria, e sem a qual nunca poderia ter ganho a experiência viva sobre a matéria deste trabalho. Agradeço ainda à Professora Ana Pina Martins, antiga orientadora do meu seminário de monografia de licenciatura, pelo grande estímulo, imenso apoio e amizade. Quero expressar a minha enorme gratidão ao meu psicanalista, Professor Doutor Frederico Pereira, por razões quase sem fim. Finalmente, mais afectuosamente, à minha querida mulher, Sheryl, pela sua ajuda, afecto, e ânimo.*

NOME: Rui José Gabriel

N.º 8966

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Professora Doutora Antónia Carreiras

DATA: 26 de Junho de 2008

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A Identificação Projectiva e a Psicologia da Relação Humana

JÚRI: Professor Doutor António Mendes Pedro; Professora Doutora Antónia Carreiras;  
Professor Doutor Luís Delgado.

**RESUMO:**

O mecanismo da Identificação Projectiva foi descrito por Klein como um processo através do qual partes do self de um indivíduo são clivadas e projectadas num outro. Este conceito tem sido marcado por uma perspectiva eminentemente intrapsíquica. Com os avanços da corrente Psicanalítica sobre a natureza relacional dos problemas psicopatológicos, defendemos que o fenómeno da Identificação Projectiva está associado a objectos interiorizados incapazes da experiência emocional correspondente aos aspectos projectados. A Identificação Projectiva conduz a uma interacção humana em que o receptor é coagido a sentir, pensar ou comportar-se de um modo congruente com os estados induzidos pelo projector. Este trabalho salienta a importância deste acontecimento, colocando o ênfase nas capacidades emocionais do terapeuta em responder emocionalmente ao que o paciente pretende, e problematiza a complexidade do fenómeno normalmente descrito por contenção.

**Palavras-chave: Identificação Projectiva, Self, Contendor**

**ABSTRACT:**

Projective Identification is a mechanism described by Klein as a process in which there is a splitting and projection of parts of the self into another person. This concept is marked by an eminently intrapsychic perspective. With current advances in the Psychoanalytic trends about the relational nature of the psychopathological issues we support that the Projective Identification is a phenomenon associated with internalised objects that do not allow the experiencing of the emotional contents corresponding to the projected aspects. Due to this phenomenon there is a human interaction in which the receptor is pursued to feel, think ou behave in a manner that is congruent with the emotional state incited by the projector. This paper highlights the importance of this occurrence, emphasising the emotional capacities of the therapist answering emotionally to what the patient seeks and the complexities of the phenomenon currently described as containment.

**Key-words: Projective Identification, Self, Container**

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



A IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA E A  
PSICOLOGIA DA RELAÇÃO HUMANA

Rui José Gabriel

8966

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

## Índice

Introdução .....	1
Origem e formação da Identificação Projectiva .....	9
A recepção e o reconhecimento da Identificação Projectiva .....	13
Silêncio Interpretativo .....	18
“Acto” de Contenção .....	23
Conclusão .....	31
Referências Bibliográficas .....	33

NOME: Rui José Gabriel

N.º 8966

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Professora Doutora Antónia Carreiras

DATA: 26 de Junho de 2008

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Identificação Projectiva – Uma Psicologia da Relação Humana

JÚRI:

RESUMO:

O mecanismo da Identificação Projectiva foi descrito por Klein como um processo através do qual partes do self de um indivíduo são clivadas e projectadas num outro. Esta perspectiva tem sido marcada por uma concepção eminentemente intrapsíquica. Com os avanços da corrente Psicanalítica sobre a natureza relacional dos problemas psicopatológicos, defendemos que o fenómeno da Identificação Projectiva está associado a objectos interiorizados incapazes da experiência emocional correspondente aos aspectos projectados. A Identificação Projectiva conduz a uma interacção humana em que o receptor é coagido a sentir, pensar ou comportar-se de um modo congruente com os estados induzidos pelo projector. Este trabalho salienta a importância deste acontecimento, colocando o ênfase nas capacidades emocionais do terapeuta em responder emocionalmente ao que o paciente pretende, e problematiza a complexidade do fenómeno normalmente descrito por contenção.

**Palavras-chave: Identificação Projectiva, Self, Contendor**

ABSTRACT:

Projective Identification is a mechanism described by Klein as a process in which there is a splitting and projection of parts of the self into another person. This perspective is marked by an eminently intrapsychic concept. With current advances in the Psychoanalytic trends about the relational nature of the psychopathological issues we support that the Projective Identification is a phenomenon associated with internalised objects that do not allow the experiencing of the emotional contents corresponding to the projected aspects. Due to this phenomenon there is a human interaction in which the receptor is pursued to feel, think or behave in a manner that is congruent with the emotional state incited by the projector. This paper highlights the importance of this occurrence, emphasising the emotional capacities of the therapist answering emotionally to what the patient seeks and the complexities of the phenomenon currently described as containment.

**Key-words: Projective Identification, Self, Container**

poioo

## Introdução

Melanie Klein introduziu o conceito de Identificação Projectiva em 1946 (“Notes on Some Schizoid Mechanisms”) para descrever um fenómeno psicológico em que partes “más” do self ou dos objectos internos são clivadas e projectadas numa outra pessoa. Segundo a autora, este processo refere-se a um comportamento defensivo cujos objectivos são a libertação do que é sentido como perigoso e ameaçador pelo próprio self, ou o ataque, controlo e posseção do objecto.

Mais tarde, a compreensão do fenómeno da Identificação Projectiva deslocou as atenções para os efeitos produzidos no objecto (Sandler, 1989). Paula Heimann, no seu artigo sobre a contratransferência (1950), inaugura um novo paradigma Kleiniano (Mancia, 1990) quando refere que as emoções induzidas no terapeuta são uma criação do paciente, ou seja, uma parte da sua personalidade. Note-se que Klein entendia a contratransferência como uma barreira (Klein, 1957/1968). Também Racker (1968), numa série de artigos que escreve desde 1948, associa a Identificação Projectiva à contratransferência, afirmando que o analisando faz esforços para que o seu analista se identifique com os conteúdos emocionais que lhe pertencem. Neste contexto faz a distinção entre contratransferência *concordante* – quando o analista se identifica com as partes do self do analisando, e contratransferência *complementar* – quando o analista se identifica com os objectos internos do analisando. Na sequência destas ideias, Grinberg (1962) desenvolve aspectos particulares da contratransferência que designa por *contraidentificação projectiva* – basicamente quando o analista se identifica de uma forma linear aos conteúdos projectados, actuando as suas dimensões agressivas.

Mas é Wilfred Bion quem vem a introduzir as modificações mais inovadoras nas teorias Kleinianas (Grotstein, 1994). Até aqui encontramos-nos perante uma interpretação da identificação como monadista – o reconhecimento do carácter *do self/objecto* projectado. O principal contributo Bioniano está associado ao seu conceito do analista como contentor. Neste sentido, as emoções despertadas pelo paciente devem ser recebidas, ou toleradas, de modo que os conteúdos agressivos e ansiogénicos lançados sobre o analista possam ser transformados e, só então, acolhidos pelo projector. Para Grotstein (1994), as ideias de Bion sobre a Identificação Projectiva baseiam-se no seguinte: a) a identificação projectiva não é apenas um mecanismo monadista mas um fenómeno interpessoal importante; b) um mecanismo normal de que os pacientes esquizofrénicos se sentem privados. Para Bion, os

esquizofrénicos teriam sido indivíduos a quem o processo de identificação projectiva foi impossibilitado pelas mães. Incapazes de conter as projecções dolorosas das crianças, dão origem a projecções no sentido contrário, o que intensifica a carga negativa das primeiras, ou rejeitando simplesmente os conteúdos criam condições para a formação de objectos internos obstrutivos. Neste sentido a Identificação Projectiva é um mecanismo normal de comunicação pré-verbal entre mãe/bebé, em que o significado básico é a transmissão ao objecto materno do medo de morrer, esperando da sua parte o seu acolhimento e uma resposta tranquilizadora. Revelando os aspectos normais de comunicação da identificação projectiva, Bion ultrapassa a modernidade do conceito de Klein para um conceito pós-moderno, intersubjectivo (Grotstein, 1994).

A ideia de que o analista não apenas sente emoções provocadas pelos doentes, mas é “depositário” das identificações projectivas dos doentes foi bastante reforçada nos estudos sobre os Psicóticos. Rosenfeld (1952, 1954), nos seus trabalhos sobre a esquizofrenia, vem salientar a existência de uma transferência de elevada carga emocional, forçando a sua entrada dentro do analista. É exactamente na luta contra a emergência destes sentimentos que o esquizofrénico manifesta grande ansiedade, retirada, negação e confusão. Searles (1963) é um dos autores que mais contribuiu para a compreensão das reais funções do objecto quando insiste na necessidade dos terapeutas vivenciarem as cargas emocionais induzidas transferencialmente pelos doentes, muito antes de ser feita qualquer interpretação:

A medida em que o terapeuta sente um autêntico sentido de participação emocional na transferência delirante do paciente (...) é difícil de descrever em palavras; é essencial que o terapeuta tenha presente que um tal nível de participação emocional não se refere a uma contratransferência psicótica, mas antes, a essência da necessidade do paciente nesta fase do tratamento. (p. 275)

Esta “participação emocional” não é equivalente a ficar tão doente como o paciente porque o terapeuta, para além de acolher a projecção, deve integrá-la e processá-la no conjunto das capacidades permitidas pela sua personalidade, e tornar, assim, possível a internalização desta experiência pelo paciente.

Neste sentido, a Identificação Projectiva tem uma relação íntima com o fenómeno da Transferência, que não pode ser mais observada apenas na sua dimensão temporal – em que o analista é identificado com figuras parentais do passado (Freud, 1912) – mas engloba igualmente uma dimensão espacial: partes próprias procuram experiência viva no interior de um outro. Justamente, Searles (1963), mas também Balint (1979), apontam no sentido em que a tarefa primordial do terapeuta é aceitar verdadeiramente, com o próprio corpo, os sentimentos que são transferencialmente induzidos pelo paciente. É sob esse esforço que podemos falar em denominações tais como “viver com”, “tolerar” ou “suportar” os sentimentos do outro. As interpretações, segundo estes autores, podem constituir resistências da parte do terapeuta em permitir a “invasão” ou a “contaminação” por aquilo que pertence ao doente.

Podemos compreender que a Identificação Projectiva não existe, verdadeiramente, num domínio individual. O projector tem a fantasia inconsciente de se libertar de partes suas não desejadas e ameaçadoras (incluindo objectos internos) e de as colocar forçosamente numa outra pessoa, de modo controlador. Ao mesmo tempo existe uma interacção cujo objectivo é que o recipiente pense, sinta ou se comporte de maneira congruente com o que lhe foi injectado (Ogden, 1982/2005).

Estamos perante acontecimentos que são, simultaneamente, do domínio intrapsíquico e interpessoal. Não existe um movimento de Identificação Projectiva se não for encontrado um objecto que entre em ressonância com as emoções projectadas. Ao mesmo tempo, este acontecimento gera uma dinâmica específica, do ponto de vista relacional, em que o outro é pressionado a sentir-se de um modo determinado. Portanto, o receptor é induzido a identificar-se com o self, partes do self ou objectos internos do emissor da projecção: *és tu* – aquilo que eu quero se sejas, para que se possa perceber como *posso ser*.

É de salientar que apesar do foco eminentemente intrapsíquico, Klein (1946) descrevia já a Identificação Projectiva como a fantasia de uma entrada *forçada* dentro do objecto (*into the mother*) que se tornaria, assim, controlado por partes do self. Também Kernberg (1975, 1989) refere que a defesa pela clivagem dos aspectos do self/objecto, sentidos como perigosos, serve o objectivo de exercer controlo sobre eles.

Quando Klein (1955) conta a história de um herói que adquire a capacidade de deixar o seu próprio corpo e tomar posse de um outro à sua escolha, habitando-o, controlando-o sem, contudo, perder o sentido de quem realmente é, talvez não soubesse ainda que é exactamente isso que procura um indivíduo, quando se envolve numa Identificação Projectiva.

Os pacientes procuram activamente exercer influência sobre os sentimentos do terapeuta, de modo a constituí-lo como um *objecto* de si mesmos. Por exemplo, o doente pode retirar algum prazer em magoar o seu terapeuta; mas isso acontece porque consegue identificá-lo com os seus sofrimentos. É, de resto, desta situação que alguns pacientes fogem, quando se mantêm afectivamente distantes. Protegendo ao mesmo tempo o terapeuta e a si próprios daquilo que julgam ser absolutamente destrutivo (Malin e Grotstein, 1966).

O que estes doentes pretendem é que o objecto (do seu próprio self) viva um conjunto de emoções que os próprios não têm possibilidade de experimentar. Por isso, sustenta Ogden (1979, 1982/2005), a Identificação Projectiva só existe com a participação activa do objecto, enquanto receptáculo da experiência emocional induzida pelo outro. É esta dimensão colectiva que torna a Identificação Projectiva uma realidade, e não uma simples *fantasia*. Efectivamente, como referem Zinner e Shapiro (1972), a realidade que não confirme uma Identificação Projectiva, pura e simplesmente, não existe. O que é o mesmo que dizer “não” à existência própria, *não* ao *self*, ou a triste realidade dos pacientes mais regressivos.

O fenómeno da Identificação Projectiva encontra-se, então, muito mais próximo da psicologia dos movimentos transfero-contratransferenciais do que da Identificação, propriamente dita (Tansey & Burke, 1989). Ainda que permaneça sob formas mais ou menos evidentes, não fosse a transferência a mais fina corrente da actividade analítica – e a que requer maior sensibilidade – o fenómeno da Identificação Projectiva é, afinal, um dos aspectos mais comuns na relação entre os humanos, ganhando especial relevo no contexto clínico:

Se aceitarmos a visão alargada sobre a transferência que inclui todas as relações de objecto, internas e externas, uma vez que a primeira relação com o seio materno seja internalizada, podemos então estabelecer que todas as relações de objecto e fenómenos

transferenciais são exemplos, pelo menos em parte, de identificações projectivas.  
(Malin & Grotstein, 1966, p. 27)

Os autores referidos (Malin & Grotstein, 1966) consideram a Identificação Projectiva um dos mecanismos mais importantes no desenvolvimento humano, merecendo, por isso, uma enorme atenção no contexto clínico e terapêutico. A primeira necessidade do paciente é que alguém sinta por ele. Obviamente a doença está associada a este problema (“não possui espaço de experiência emocional”), o indivíduo necessita ao mesmo tempo de sentir uma coisa que só é possível no contexto da sua experiência *no* outro, mas como fazê-lo sem o destruir simultaneamente? É por esta via que se torna fundamental a capacidade do terapeuta receber essa experiência de um modo semelhante à contenção materna (Bion, 1962). Por exemplo, uma mãe que não tenha resolvido os seus conflitos acerca dos próprios desejos destrutivos achará difícil viver com aqueles que são transmitidos pelo bebé. Pode reagir com agressividade, ou afastar-se do filho, ou ainda, de modo compensador, tornar-se excessivamente protectora.

O terapeuta – recipiente da projecção, pode ser capaz de viver com as emoções induzidas e manuseá-las de acordo com o contexto global da sua personalidade, por exemplo, através da compreensão ou da integração de representações do self mais realísticas. Neste caso, o projector pode internalizar construtivamente e identificar-se com um modo adequado de lidar com os conteúdos evidenciado pelo recipiente. Pelo contrário, como no exemplo da mãe citada anteriormente, o terapeuta pode não ser capaz de lidar com os conteúdos induzidos, reagindo com recusa, projecção, idealização onipotente, identificação projectiva mais intensa ou com comportamentos que visem a redução de tensão como a violência, comportamentos sexuais ou o distanciamento. Nestes casos, o projector confirmaria a sua convicção de que essas emoções são, de facto, perigosas e insuportáveis. Identificando-se com um modo patológico de lidar com as mesmas, a patologia original do projector estabelece-se ainda com mais intensidade.

Debruçamo-nos, pois, sobre uma realidade relacional com características interactivas muito particulares: estados emocionais de um indivíduo (projector) são engendrados e processados numa outra pessoa (recipiente). Visto de outra forma, trata-se do modo com que uma pessoa faz uso de outra para vivenciar e conter aspectos de si mesma.

A grande complexidade em dar continuidade a um fenómeno relacional baseado na Identificação Projectiva pertence verdadeiramente àquele que se permite tornar objecto da projecção. Vejamos o que pressupõe: um ser humano particularmente sensível para ser receptivo à vida emocional do outro; por outro lado, possuir desenvolvimento próprio suficiente, ou um ego suficientemente estruturado, para acolher no interior de si mesmo essas emoções, vivê-las, e ainda assim não deflectir a ansiedade e agressividade que lhe são injectadas. Ao mesmo tempo requer uma pessoa com capacidades especialmente empáticas, que possibilitem não apenas oferecer o próprio corpo à experiência alheia, mas ainda, ter a possibilidade de captar e, simultaneamente, recriar o estado interno de um outro em emergência.

Ou seja, a grande obra do objecto, enquanto receptor do indivíduo projector, é existir não tanto em função deste, mas, de algum modo, ao serviço do crescimento da sua subjectividade. É a aceitação, como refere Pereira (1990), de ser *utilizado* como verdadeiro objecto do self, possibilitando o estabelecimento de uma relação que, ao contrário do que o termo sugere, permite ao indivíduo experimentar a sua necessidade do outro.

A Identificação Projectiva solicita, assim, uma relação cujas características se reportam eminentemente a funcionamentos precoces do desenvolvimento humano. Desde logo Klein (1946) tinha constatado que, na Identificação Projectiva, a criança não possuía uma percepção da mãe enquanto objecto separado de si mesmo. Mas, Winnicott critica o ênfase que esta autora coloca nos processos internos em detrimento das relações com os outros reais (Greenberg & Mitchell, 1983/2003). A sua concepção (Winnicott, 1952a, 1960) é a de que não existe exactamente o bebé e a mãe, mas antes uma unidade, em que não é possível dissociar os dois elementos. No entanto, e isto é de enorme importância, os trabalhos de Winnicott incidem, fundamentalmente, nas condições fornecidas pelo meio materno, na constituição desse conjunto mãe-bebé. Ou seja, é a mãe, como todo um contexto (Winnicott, 1955), que deve permitir o livre crescimento da criança.

A relação de características primárias que aqui focamos, tal como na díade mãe-bebé, coloca, como dizíamos, alguns problemas ao membro mais maduro. A expectativa que origina é a de que, tal como a mãe de Winnicott (1956), seja dotado de uma grande sensibilidade para afinar com os estados emocionais do indivíduo projector, mas também, uma individualidade definida por fronteiras que possibilitem essa tarefa sem riscos de “dissolução” interna.

Este trabalho pretende colocar o vértice da análise na construção do “mundo interno” do receptor das Identificações Projectivas, ou em termos práticos, o papel a que se dispõe o psicólogo, terapeuta ou psicanalista. Pensamos que as atenções têm sido fundamentalmente canalizadas para o aspecto psicopatológico ou defensivo deste fenómeno, talvez porque a autora deste conceito tivesse dele um entendimento essencialmente intrapsíquico.

Thomas Ogden, um dos mais importantes psicanalistas da actualidade (Zaslavsky e Santos, 2007) é o grande inspirador das ideias que desenvolvemos sobre a Identificação Projectiva. Este autor é seguidor das concepções de Bion sobre as funções do analista como continente das projecções dos pacientes, na medida em que se transforma num “orgão” de características maternas receptivas (Bion, 1962b), procurando activamente manter vivos aspectos subjectivos e emocionais que se encontram danificados. Por outro lado, desenvolve a ideia de Winnicott (1951, 1971) sobre a existência de um espaço intermediário entre a realidade e a fantasia, e entre a criança e a mãe, cuja *criação* corresponde a um contínuo *potencial* de crescimento.

A Identificação Projectiva é o resultado de “fracturas” na constituição do self, que estão associadas a más experiências relacionais com os outros (Fairbairn, 1952), em circunstâncias desenvolvimentais em que são subjectivamente vividos como uma espécie de egos auxiliares. A relação é, portanto, a origem deste fenómeno, e é, *simultaneamente*, a porta de saída de uma situação cujos componentes têm características de um âmbito traumático. É neste sentido, que a Identificação Projectiva se oferece como uma das mais importantes vias para o crescimento e a relação madura.

Através da relação, o paciente em movimento de Identificação Projectiva, procura no “outro” a participação activa numa experiência emocional, de que se encontra impedido. Do ponto de vista observado pelo terapeuta, é menos importante *o que se passa ali*, do que *o que se procura aqui*. O que quer dizer que o terapeuta vive mais com interrogações do que com respostas. Ogden (1979, 1982/2005) defende que é necessário tomar em conta que o receptor de uma Identificação Projectiva é autor da sua própria experiência emocional.

Temos então de um lado a criação de uma ambiente (Bion, 1962b) por parte do projector, e do outro, uma criação dessa mesma criação por parte do terapeuta. Ou seja, na linguagem de Winnicott (1955), é como se existisse a necessidade de uma enorme adequação do meio

maternal ao bebé, e ao mesmo tempo, a criação de um espaço original, pertencente aos dois, mas que visa quase exclusivamente – o bebé.

Por isso a metáfora do analista como “reflector” ou como “ecrã” do estados subjectivos do paciente, tem vindo a perder quase por completo a sua validade (Hoffman, 1983; Sandler, 1993; Zaslavsky e Santos, 2007). Langs (1979, 1984) que considerou a Identificação Projectiva um dos elementos centrais da comunicação e interacção entre paciente e terapeuta, deu grande ênfase às reacções do paciente relativamente ao comportamentos manifestos e latentes do terapeuta.

Ao aprofundar a compreensão do fenómeno da Identificação Projectiva, pretendemos desenvolver, sobretudo, os aspectos desejáveis na constituição de um objecto receptor de conteúdos projectados. Achamos que é esse o núcleo do fenómeno da clivagem do self, como descreveu Melanie Klein. Pensamos que o conceito Bioniano de objecto contentor, enquanto Self diferenciado, sólido, mas também permeável à recepção do outro, enquanto entidade emocional, é de grande importância. Tentámos alargar o espaço “interno” e “externo” dessa noção, desenvolvendo aspectos da subjectividade, que merecem grande atenção no meio Psicanalítico contemporâneo.

## Origem e Formação da Identificação Projectiva

A característica mais evidente na literatura, e que foi destacada por Klein (1946), é que o mecanismo da Identificação Projectiva visa colocar à distância aspectos não desejados do próprio self. A criança descobre a vantagem em manter afastada dos aspectos bons do self/objecto, as experiências dolorosas, assustadoras e perigosas; assim, tentando libertar-se destes aspectos para exercer controlo sobre eles (Kernberg, 1989). Neste sentido, esta operação tem funções construtivas, associadas a períodos remotos do desenvolvimento, e que foram igualmente salientadas desde que o fenómeno da Identificação Projectiva é abordado: o esforço levado a cabo pela criança para perceber, organizar e lidar com as experiências do seu mundo interno e externo (Klein, 1946; Segal, 1969).

Apesar da Identificação Projectiva, pela sua própria natureza, estar associada a um fenómeno em que um indivíduo desenvolve uma modalidade relacional característica de períodos remotos do desenvolvimento – o self só parcialmente se encontra separado do objecto – ela não se inscreve em nenhum estágio específico de desenvolvimento (Ogden, 1982/2005; Sandler, 1989).

Do mesmo modo, defendem alguns autores (Kernberg, 1989; Meissner, 1980, Sandler, 1989), não se pode associar a Identificação Projectiva aos estados psicóticos. O “splitting” efectuado neste processo representa um esforço para resistir à perda do self, e isso é exactamente o que acontece na psicose. Quer dizer que para haver uma clivagem e uma excisão do self, tem de existir algum “esboço” constituído das delimitações do eu. E não, como seria no caso da psicose, um self fragmentado e confundido no próprio objecto.

A Identificação Projectiva é, então, resultado da aquisição de algum nível de desenvolvimento. Por outro lado, Kernberg (1989) estabelece diferenças entre o fenómeno da Projecção e a Identificação Projectiva, propriamente dita. A “Projecção” é um fenómeno mais maduro, por isso mais frequente nas organizações de personalidade neurótica – mobiliza um self mais global. Assim, na Projecção, o indivíduo faz um movimento sobre (“onto”) o objecto, não exercendo um controlo, ou uma pressão, de modo a conduzi-lo numa experiência emocional específica. Esta é um aspecto distintivo da Identificação Projectiva, por isso, o seu movimento visa penetrar (“into”) o objecto, “entregando-lhe” bocados do self próprio. Na Projecção, a ligação ao projectado é menor. O pensamento relativamente ao outro é mais

desligado, podendo produzir-se, por exemplo, nos seguintes termos: “Porque estará ele tão zangado? Deve haver algo estranho com ele”.

Mas as razões defensivas já invocadas na operação de fracturar o próprio self e da sua expulsão parcial para o interior de um outro, deixam-nos ainda insatisfeitos relativamente à compreensão da Identificação Projectiva. Porque, como diz Ogden (1982/2005), só existe numa relação humana?

Um dos autores que mais contribui para uma mudança no paradigma psicanalítico sobre a relação humana foi Fairbairn (Pereira & Scharff, 2002). Para este autor o objectivo da *libido* é a procura do objecto (Fairbairn, 1944). Quando este se afigura frustrante (ou rejeitante, *enquanto objecto*), passa a ser um *mau* objecto interiorizado, que ganha propriedades de um *sabotador* interno. A situação especialmente traumática, da falta de objecto (Fairbairn, 1941) cria uma situação *total interna*: maus objectos boicotam partes do self (*libidinais*) a que se encontram necessariamente associados.

Fairbairn (1941) afirma ainda que aquilo que o homem busca mais profundamente é o contacto emocional com os seus semelhantes. Quando a necessidade é maior, em criança, o desapontamento obriga a uma desistência de si mesmo (Fairbairn, 1940). Nesta situação, o indivíduo *cliva partes suas* – elas não são comportáveis (dada a estrutura interna, de descrevemos), e passa a relacionar-se com elas como más. Essas partes *más* (do conjunto self/objecto) são agora o mundo interno em que habita – “internas porque são más” (Fairbairn, 1944) – e ao mesmo tempo o mundo externo com que se relaciona.

Neste sentido, achamos que este estado de coisas representa o fundo sobre o qual se operam as Identificações Projectivas. De algum modo ilustra uma forma de dominar uma situação traumática. Quando a criança fica terrificada pela falta do objecto, que é o mesmo que a morte ou *nothingness* (Loch, 2006), cede à renúncia instintual, cindindo o self. Não surpreende que um objecto, que não se constitua como verdadeiro – contentor e receptivo à experiência emocional da criança, provoque uma situação interna de ataque ou ódio às emoções (Bion, 1959).

Mas Fairbairn (1944) desloca o problema psicopatológico para uma dimensão relacional conjunta eu/outro, em que aspectos deste conjunto são interiorizados e se organizam em

estruturas internas de relacionamento completo. O que quer dizer que as partes más do self estão indissociavelmente ligadas a objectos internos desadequados. São estes conjuntos (self/objecto), que formam o que Fairbairn designou por estrutura endopsíquica, e que estão associados aos mecanismos de clivagem do ego. Na base da dinâmica da clivagem encontra-se sempre uma agressão, mas que é dirigida fundamentalmente aos maus objectos internos (com que se relaciona). O que quer dizer que na origem da sua relação se encontra ainda a procura pelo objecto.

Entendemos, assim, que a Identificação Projectiva engloba estes dois movimentos paradoxais: ataque ao self, enquanto objecto. E procura do objecto, enquanto verdadeiro self.

Neste sentido, a Identificação Projectiva é a procura de uma relação que se constitua como factor de crescimento e transformação. Um indivíduo, quando induz no outro determinados estados emocionais, tem o objectivo de que estes, ao serem experienciados, se tornem *verdadeiros*, ou seja, de uma maneira simples, vivam sem o ódio que lhes foi introduzido pelo processo de cisão.

A Identificação Projectiva visa uma relação que apela ao outro, não enquanto tal, mas a *um outro* que seja, simultaneamente, depositário e agente da construção da subjectividade do indivíduo.

A capacidade que um indivíduo tem de ressentir com o próprio corpo aquilo que pertence ao outro, é um fenómeno físico, dos mais importantes em contexto terapêutico (Kohut, 1959). Ao ouvir o paciente com os sentidos, para além daquilo que é verbalizado, o terapeuta é levado a pensar, sentir e imaginar os aspectos que lhe são transmitidos; este é um processo que envolve, pelo menos em parte, uma identificação com o paciente (Arlow, 1993; Beres & Arlow, 1974).

A própria Segal (1969), quando se refere aos aspectos benéficos da Identificação Projectiva, escreve: “Em primeiro lugar, ela é a mais remota forma de empatia e é sobre a identificação projectiva tanto quanto sobre a identificação introjectiva que se funda a capacidade de *se colocar no lugar do outro*.” (1969, p. 43).

Por isso, pensamos, a Identificação Projectiva não apenas deixa de ter existência sem um contexto relacional que lhe dê suporte, como solicita um objecto com capacidades de se emprestar à experiência do viver do outro e, de algum modo, a modificar. É um fenómeno verdadeiramente empático, também, porque o objecto recria dentro de si próprio o sujeito que acolhe (Schafer, 1959). Neste sentido, é uma experiência que se assemelha aquela vivida perante um objecto artístico: a sua realidade é tanto mais verdadeira quanto melhor se “inventa” dentro de nós. A este aspecto se refere Greenson (1960) quando fala em “conhecimento emocional” ou ainda Matos, em *Da emoção ao pensamento: o afecto no conhecer do outro* (1995), quando reflecte sobre a origem afectiva, cognitiva, mas também onírica, na construção do pensamento sobre os outros: *Quanto mais sonhador mais racional* (Matos, 2002, p. 251).

## **A Recepção e o Reconhecimento da Identificação Projectiva**

Quando um indivíduo faz um movimento de Identificação Projectiva, expulsando conteúdos do seu self, ele está à procura de os encontrar num espaço que é simultaneamente exterior a si e, ao mesmo tempo, uma continuação de si próprio. Na verdade, este acontecimento só tem existência uma vez encontrando um receptáculo humano que se torne, digamos, “conivente” com este estado de coisas. Assim sendo, o receptor, que em termos clínicos é o terapeuta, deve distinguir-se por qualidades de especial sensibilidade, que permitam acordar dentro de si mesmo um conjunto de emoções, mesmo quando carregadas de um forte pendor ansiogénico. Segundo Tansey e Burke (1989) o aspecto central é que o terapeuta se deixe envolver por uma espécie de *atenção flutuante*, sem se focar em nenhum aspecto particular, tal como foi descrito por Freud (1912b), e permanecer num estado livre de preocupações. Mas não é fácil permanecer num estado assim definido, sobretudo pela pressão de que o terapeuta se torna alvo, na assunção de comportamentos ou emoções que, para todos os efeitos, não são da sua pertença.

A predisposição em receber as identificações projectadas pode ser interrompida por características na personalidade do terapeuta que não dêem abertura à experiência de determinadas emoções. As manifestações podem incluir comportamentos de distanciamento, insensibilidade ou pelo contrario, excessiva sensibilidade e reactividade; ansiedade, arrogância, timidez ou ainda, atitudes estereotipadas culturalmente ou baseadas no preconceito. Evidentemente que estas respostas podem verificar-se a um nível não verbal ou, o que pode ser mais preocupante, a um nível não consciente – daqui decorre a importância de análises próprias bem realizadas. Mas não nos referimos aqui a aspectos meramente caracteriais ou psicopatológicos – ainda que eles sejam sempre uma possibilidade a equacionar. Existem propensões naturais nas personalidades de cada um o que torna, por exemplo, alguns terapeutas mais aptos ao trabalho com um determinado tipo de pacientes, e não com um outro. Sandler (1976) salienta que a experiência de um terapeuta com um determinado paciente representa muitas vezes um compromisso entre as suas próprias tendências e propensões e o papel com que o paciente tenta relacionar-se inconscientemente; é neste sentido, que a atenção flutuante do terapeuta deve, muitas vezes, dirigir-se a si mesmo.

A indisponibilidade para iniciar o acolhimento de uma Identificação Projectiva pode ainda ser devida a aspectos circunstanciais da vida do terapeuta. Falta de descanso; problemas no

contexto profissional, quando se trata do exercício da actividade dentro de uma instituição; acontecimentos particularmente intensos no domínio da vida privada do terapeuta, como por exemplo, uma separação ou o nascimento de um filho; são situações que se podem tornar intrusivas na relação do terapeuta com o paciente.

A fantasia de colocar parte do self de um indivíduo dentro de outra pessoa exercendo controlo sobre ela foi, como referimos anteriormente, evidenciado por Klein (1946). Como defende Ogden, *não existe Identificação Projectiva sem uma interacção entre o projector e o recipiente* (1982/2005, p. 14). O projector transmite uma pressão sobre o recipiente de modo a que este viva e se comporte de um modo congruente com a fantasia projectada.

Dentro dos limites da sua própria tolerância, a tarefa do terapeuta é permitir ao paciente a liberdade de desenvolver uma comunicação (verbal ou não verbal) que possibilite a indução das emoções projectadas – neste sentido, é dar liberdade à ocorrência dos fenómenos transferenciais. A recusa em receber a influência do paciente constitui uma ruptura no processo empático da terapia e pode evidenciar a presença contratransferencial de resistências da parte do terapeuta. Matos (2002) descreve duas formas tendenciais de resistência: 1) *resistência à contratransferência* – colocando em jogo, sobretudo, mecanismos de isolamento do afecto, pode revelar-se numa quase ausência de afectos, ou então, um processo reactivo, manifestando um comportamento oposto ao sentido; 2) *resistência pela contratransferência* – condicionada por uma predisposição geral em agir, apela a uma dimensão mais histórica. Ou seja, por um lado, o terapeuta assume uma postura rígida ou controladora, sem se aperceber que o paciente tenta especificamente levá-lo a sentir determinadas coisas; por outro, o terapeuta é demasiado permeável às projecções recebidas, actuando impulsivamente, sem poder compreender ou modificar as identificações de que é alvo.

Tal como o paciente exerce pressão para o terapeuta afinar com os estados emocionais que lhe pertencem, também é possível que o terapeuta, através da sua própria Identificação Projectiva tente validar os seus sentimentos através do paciente. Mais à frente discutiremos o problema da falta de contenção do terapeuta bem como do fenómeno da devolução agressiva dos conteúdos projectados, ou ainda a contraidentificação projectiva. Fiquemo-nos, agora, pela Identificação Projectiva do terapeuta. Winnicott (1947) sublinha que os desejos dos terapeutas e dos pais, em relação às suas crianças, não são apenas de crescimento. Deste modo, é possível que um terapeuta que não tenha resolvido os seus conflitos, possua desejos

inconscientes de aniquilamento relativamente ao paciente. Assim, pode acontecer que um paciente particularmente destrutivo esteja a actuar cargas emocionais que têm origem no próprio terapeuta. De facto, a capacidade de tolerar e conter os sentimentos de ódio pelos pacientes, sem os actuar, é de uma enorme importância e utilidade terapêutica, sobretudo nos casos de doentes com funcionamento mais regressivo. Portanto, sentir que se detesta o indivíduo e, ainda assim, não retaliar, não agredir, e sobretudo *suportar*. Winnicott faz referência a crianças que foram sujeitas a maus tratos, nos seguintes termos:

....A criança (...) readquire a esperança, e passa a testar o ambiente por ela encontrado a fim de reunir provas de que os que dela cuidam são capazes de odiar objectivamente. Ao que parece, a criança poderá acreditar que é amada somente depois de conseguir sentir-se odiada. (2000, p. 283)

Outra variante das influências produzidas no paciente, sob a forma de Identificações Projectivas do terapeuta, ocorre quando este tem uma necessidade narcísica de observar melhorias a todo o custo. O paciente pode sentir-se coagido a demonstrar estados mentais ou comportamentos que estejam de acordo com as pressões expectativas que recaem sobre si. Como refere Matos (2002), o paciente julga estar a realizar a sua vontade quando, afinal, é apenas vítima-actor de uma Identificação Projectiva do analista: “ O seu grau máximo é a *folie à deux* ou o duo paranóico. Muito frequente é a aliança narcísica, a idealização mútua: o analisando acha-me o melhor dos analistas, inteligente, sabedor, brilhante mesmo, fazendo progressos constantes. Eu sou ótimo, ele é ótimo, somos os dois os melhores do mundo. Num sentido mais amoroso, o par ideal” (Matos, 2002, p. 239).

Como temos vindo a desenvolver, a Identificação Projectiva tem por objectivo criar no outro uma forte influência no sentido do tornar concordante com determinados estados emocionais. Neste sentido, o paciente, tal como a criança, tem uma grande necessidade de verificar que consegue alcançar os seus intentos, esperando ter colocado no seu objecto a experiência emocional que procura. Beres e Arlow (1974) definem o resultado destes esforços como a obtenção da *senalização do afecto*. A aceitação deste estado de coisas pelo terapeuta, bem como do seu reconhecimento, constituem, para estes autores, a base do verdadeiro comportamento empático durante o processo terapêutico.

Mas quando pode o terapeuta reconhecer que se tornou o receptáculo de uma Identificação Projectiva do paciente? Na verdade, essa descoberta só pode ser feita em retrospectiva. Uma das características fundamentais da identificação Projectiva é o desenvolvimento de uma transferência inconsciente, inflexível e inquestionável. Ou seja, na maioria dos casos, só depois do terapeuta dar corpo às identificações despertadas pelo paciente é que pode reconhecer que o que aconteceu foi, efectivamente, uma Identificação Projectiva. Este sucedimento é tanto mais frequente quanto mais regressiva for a situação do doente, como aqueles com patologia limite ou esquizofrenia.

No contexto da sessão clínica, muitas vezes, o entendimento prematuro da presença de um acontecimento de cariz projectivo conduz a uma intervenção verbal do psicólogo, que impede a formação, dentro de si mesmo, de uma experiência emocional de grande importância para o paciente.

Para exemplificar referimos o seguinte caso:

*C., é uma doente com depressão grave que acompanho há cerca de três anos numa instituição hospitalar. Numa sessão diz-me que esperava um autocarro quando um indivíduo com idade aproximada à minha se lhe dirige para pedir comida. Em tom exaltado, vocifera: “Era o que faltava eu ter que lhe dar alguma coisa! (...) Também não tenho para mim!”.*

*Transferencialmente o meu pensamento era: eu estou a pedir alguma coisa a esta mulher, e ela, com arrogância e desprezo rejeita-me. Ao mesmo tempo, sentia-me invadido por uma enorme irritação. Convencido que estava a entender perfeitamente o inverso da situação, precipitei-me a dizer que talvez C. precisasse de alguma coisa e visse isso mesmo em mim – fome, mas de afecto. As consequências foram desastrosas, C. ficou mais agressiva durante toda essa sessão e, durante as semanas seguintes, voltou a cair num estado depressivo não verificado havia já alguns meses.*

Depois de muito pensar e de recorrer às ajudas do terapeuta supervisor, é possível elaborar algumas considerações:

1 – A doente exigia que eu ressentisse a raiva e a dor que provocam a falta do outro, mas, para ser mais rigoroso, mostrar como esse outro *é mau* (esta sessão ocorria após uma breve interrupção dos nossos encontros). Digamos que, logo após ter começado a sentir uma irritação dentro de mim fiz questão de a devolver. Neste sentido, o psicólogo não se constituiu como um verdadeiro receptáculo.

2 – Presenciamos uma situação colocada de um modo invertido. A arrogância e o desprezo de C. faziam viver dentro do psicólogo uma raiva associada à ideia de que este necessitava da doente (Como se apetecesse dizer, “Eu não ando atrás de si!”). Provavelmente este é o aspecto central da projecção da doente, que exige fortes barreiras defensivas: “eu não preciso de si”, “você não me faz falta”. É uma mensagem transferencial muito importante, revela, ao contrário, a “grande falta” da doente.

3 – A reflexão sobre este acontecimento pode levar a uma transformação da compreensão do sentido da mensagem transferencial. A doente “convive” com um objecto (internamente mau) que lhe impossibilita disponibilidade, é essa experiência que deve ter conhecido, e ganha vida num contexto em que o psicólogo se encontra ausente. Este momento revela ainda uma tentativa de dominar uma experiência traumática – a falta do objecto. Por isso, C. coloca antes uma questão do género: “se eu lhe pedir comida/afecto, será que me vai rejeitar?”

## Silêncio Interpretativo

A questão que se pode colocar de seguida é o que faz o terapeuta quando observa que ele próprio experiêcia um estado que é congruente com as fantasias projectadas pelo paciente. Segundo Ogden (1982/2005), o terapeuta não deve fazer nada; deve tentar viver com os sentimentos que foram induzidos, sem os negar ou livrar-se deles por qualquer meio.

No exemplo dado anteriormente, a paciente C. induzia no psicólogo o desespero, desamparo e raiva pelo seu estado de carência. Mas, fundamentalmente, não se trata de um comportamento do género retaliador – “tu agora vais ver o que isso dói!”. O aspecto central, é que a doente não possui uma experiência subjectiva, precisando de a provocar no interior de um outro.

É também assim que, nestes casos da Identificação Projectiva, nos encontramos ainda longe da possibilidade de aceder a uma realidade simbólica. Não pode existir símbolo sem a experiência de que qualquer coisa acontece, e esse é o drama que habita o sujeito. Ao contrário do que afirma Segal (1993), o paciente comunica, mesmo a partir da sua concretude. Efectivamente, na Identificação Projectiva, a preocupação básica não é adquirir um pensamento baseado numa *representação simbólica*. Nem ainda uma representação sobre a existência de um *outro*, mas antes, uma percepção de um ambiente procurado enquanto transformador somático (Bollas, 1979).

Reportamo-nos à procura de uma experiência de um tipo *transicional* em que o outro é necessariamente uma parte de mim próprio, mas simultaneamente, uma parte que decididamente eu não posso aceitar – *detesto-me, não fosses tu o mau objecto que possuo!* Aqui numa alusão aos maus objectos internos descritos por Fairbairn (1952).

É neste sentido que Winnicott se refere à existência de “uma terceira parte na vida do individuo, parte essa que não podemos ignorar, uma região intermédia da *experimentação* para a qual contribuem tanto a realidade interna como a externa. Trata-se de uma área *não questionada*, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas” (1951, p.318).

Porque, salienta também Pereira (1999), para o bebé não há nenhum objecto fora no mundo, ou à espera de existência enquanto tal. A experiência psíquica primordial é a criação do objecto, ou seja, a capacidade que o bebé desenvolve ao sentir que aquilo que constrói existe na realidade (Winnicott, 1971).

O terapeuta necessita de viver as experiências emocionais do doente como se fosse uma verdade inquestionável. No exemplo citado, o psicólogo sente a irritação, a humilhação associados a uma certa imagem de “mendigo”. Se o psicólogo tivesse cedido a uma resposta impulsiva, poderia ter deixado escapar uma frase como: “Deve estar mesmo maluca!..., pensar que eu preciso de si!!!!”. Na verdade, a pressão interpessoal para acordar este tipo de emoções agressivas, e geradoras de mau estar, estava em andamento no interior do psicólogo, não fosse este interromper com uma “interpretação” – *precipitei-me a dizer que talvez C. precisasse de alguma coisa e visse isso mesmo em mim – fome, mas de afecto*. O objectivo seria “devolver” ao paciente aspectos seus rejeitados, mas, muito provavelmente, veio apenas confirmar ao doente aquilo que ele já sabia – *isso tudo não é suportável*.

A capacidade do terapeuta verbalizar as suas compreensões acerca do que se passa com o doente é uma característica básica da eficiência da terapia (Freud, 1914). Mas porque pode ser o silêncio tão vantajoso numa situação de Identificação Projectiva?

A urgência em compreender pode boicotar o processo da experiência emocional do terapeuta, sem o qual, como vimos, não há Identificação Projectiva. Também já referimos anteriormente que a descoberta do que se passa neste fenómeno só é possível à posteriori. Ora, sem compreender, não há nada para verbalizar. Por outro lado, o terapeuta pode chegar à formulação de compreensões de alto valor interpretativo, mas, por questões de tempo ou nível desenvolvimental do paciente, não têm possibilidade de ser integradas e, como tal, não constituem nenhuma mais valia.

Uma outra razão prende-se com a concepção e o manejo da transferência. Na técnica terapêutica de inspiração Kleiniana quase todas as intervenções são feitas sob a forma de interpretação da transferência, ou seja, a identificação directa das fantasias inconscientes associadas ao aparecimento de ansiedades durante a sessão (Segal, 1969). Portanto, a

especificidade do modo Kleiniano de lidar e transmitir o entendimento das projecções dos pacientes assenta quase exclusivamente na forma verbalizada de interpretar a transferência.

Como sustenta Ogden (1982/2005), o grande problema dos indivíduos que recorrem a uma Identificação Projectiva, até pela clivagem que são obrigados a realizar, é exactamente a sua incapacidade, nesses momentos, em fazer uso de uma linguagem simbólica, seja em termos intrapsíquicos ou interpessoais. Como resultado, não podem compreender interpretações baseadas na verbalização. Assim, acontecem dois tipos de fenómenos: (1) os pacientes mais evoluídos podem tentar substituir as suas experiências pré-verbais por conteúdos intelectualizados, tornando-se estes a sua realidade; (2) os pacientes mais graves experimentam frequentemente a aceitação das interpretação do terapeuta como o equivalente a tornarem-se eles próprios no terapeuta, perdendo o sentido da sua existência própria. Consequentemente, estes doentes muitas vezes distanciam-se do terapeuta, aumentando o isolamento e a solidão.

Em contraste com os Kleinianos, alguns psicanalistas defendem o uso de uma técnica não interpretativa. É esse o caso de Winnicott. Este autor escreveu bastante sobre a forma de lidar com a regressão no decurso do tratamento de pacientes mais perturbados. Para este autor, os distúrbios mentais encontram as suas raízes na falhas precoces no conjunto mãe – bebé, sendo nomeadamente as intrusões do ambiente sobre a criança que impedem o desenvolvimento do seu ser (being), ou de um relacionamento aberto e sadio com os outros (Winnicott, 1952b). A função do terapeuta é responder, por experiência identificatória, às fantasias inconscientes do paciente. A este respeito, diz Frederico Pereira:

A importância da identificação intuitiva desta relação com o self enquanto objecto foi aliás a base que levou Winnicott a insistir no *processo de adaptação ao sujeito*, permitindo a evolução da transferência *tal como ela se apresenta*, sem a imiscuição do uso prematuro da interpretação analítica, que facilmente impediria que a relação ao self se desvendasse, criando, então, pelo contrário, uma *neo-relação* a um *neo-self*, agarrado aos quais um novo *falso-self* facilmente se desenvolveria. (1999, p. 191)

É fundamentalmente a adaptação do analista à necessidade de crescimento espontâneo do indivíduo que leva Winnicott a dizer que “o contexto se torna mais importante do que a interpretação” (1955, p. 395). A formação da organização de uma personalidade baseada num falso-self só tem lugar num meio materno que impede o livre crescimento da criança. A alternativa é a edificação de um conjunto de barreiras defensivas relativamente a um meio sentido como intrusivo e sabotador e, no seu lugar, o levantamento de um self adaptado, mas esvaziado de experiências próprias (Fairbairn, 1940).

O problema da interpretação pode ainda colocar-se quando o desejo explicativo responde exclusivamente às necessidades do terapeuta. Há o perigo de procurar resolver os seus problemas através da utilização do objecto – paciente. Nestes casos repete-se uma interacção precoce patológica, normalmente encontrada nos indivíduos com patologia narcísica, onde as necessidades da mãe são o foco exclusivo da relação mãe-bebé.

Já antes fizemos referência a autores como Balint (1979) ou Searles (1963) que defendem a necessidade de experienciar os sentimentos transferencialmente induzidos pelo paciente, sem qualquer interpretação. Nelson ou Spohnitz (referidos por Ogden, 1982/2005) defendem uma técnica em que o terapeuta se deixa participar na “resistência” do paciente. Estes analistas acreditam que os pacientes fixados narcisicamente (incluindo os pacientes borderline e esquizofrénicos) são incapazes de aceitar e integrar alguma coisa que não seja sentida como uma extensão de si mesmo. As interpretações do analista são vividas como ameaças e intrusões, ou seja, partes de não-self, obrigatoriamente sujeitas à repulsa.

A forma não questionada do terapeuta aceitar um estado emocional confuso, ou mesmo perturbado, pode ser de um grande efeito terapêutico. Tansey e Burke (1989) dizem mesmo que o facto do terapeuta afinar emocionalmente com uma *identificação complementar* – de acordo com a classificação de Racker (1968) – pode constituir a resposta mais empática, relativamente às necessidades do paciente, no sentido em que ele precisa de materializar a relação com esse (mau) objecto. Bollas (1983) comenta que o paciente ao criar um ambiente com o analista, fá-lo sentir doente e invadido por um sentimento de que não sabe já quem é ou para onde vai. É necessário tolerar esse estado de coisas sem “analisar”. Este autor diz que, durante este tipo de fenómeno transferencial, é muito difícil que o terapeuta ou psicanalista possa analisar, na presença do paciente, a sua experiência como objecto do paciente. E a

experiência contratransferencial pode ter de ser sustentada durante muito tempo por territórios habitados, fundamentalmente, por um *não saber*.

A *não interpretação*, não é bem um silêncio. Nem é apenas o tempo em que se espera ansiosamente o entendimento das coisas. É o tempo da criação da experiência emocional do paciente, é a aceitação de um estado relacional do tipo simbiótico em que a mãe (terapeuta) não é conhecido como *um* objecto mas como o outro *self*, ou como refere Bollas (1979), um objecto enquanto processo transformador.

Voltando ao momento referido anteriormente, a propósito do caso C., pode ser de grande interesse terapêutico a opção pelo silêncio contentor. A intervenção interpretativa levanta os seguintes problemas:

- a) interpretar a carência da doente, antes do próprio psicólogo ter sido objecto da raiva que tanto deseja “ver” experienciada.
- b) interpretar a indisponibilidade do objecto, quando é a própria C. que se assume como rejeitante – “era o que faltava ter de lhe dar alguma coisa!”
- c) interpretar a falta sentida durante a ausência do psicólogo, quando o objecto não é sentido como faltante, mas como *mau*. É mau porque deixou de existir.
- d) neste contexto de *mau objecto*, não há discussão simbólica possível acerca da sua falta. Se o psicólogo não for *objecto* dessa maldade, não existe C. (ficando apenas a doente).

## “Acto” de Contenção

O conceito de “contenção” é utilizado mais ou menos de modo corrente nos meios clínicos, talvez por isso, levante dúvidas relativamente ao seu significado. Fica a impressão de que a ideia Bioniana de acolher os sentimentos do doente se transformou numa outra rigorosamente diferente: conter como equivalente a fechar, impedir o conflito ou o surgimento de emoções desagradáveis, no paciente e/ou no terapeuta.

Na sequência do que temos vindo a dizer acerca do fenómeno da Identificação Projectiva, a sua dimensão transferencial e o apelo de receptividade que lança sobre um outro (bom objecto), não surpreende que seja o próprio Bion (1959) a chamar a atenção para que a base do distúrbio mental grave se encontre na privação, por parte do objecto, da utilização da Identificação Projectiva. Isso mesmo é referido quando são dados exemplos clínicos em que mães, apesar de muito presentes, não experimentam as emoções desejadas pelos seus filhos, nomeadamente o seu *pânico de morte*. São objectos que rejeitam o self da criança e, por isso são interiorizados como *não-self*. Contactando com a *indiferença* não surpreende, pois, que estes indivíduos não estejam interessados em compreender ou aprender nada sobre si mesmos. O seu objectivo é apenas destruir, e as questões paradoxais que colocam são: *será que consigo?* e, *Será que sobrevive?* Quer dizer, se o terapeuta permanece numa tranquila indiferença, o doente não consegue o seu objectivo, por outro lado, é importante para o doente ganhar a noção que depois de destruir não fica sem nada.

Para exemplificar, fazemos referência a um paciente acompanhado semanalmente pelo autor deste trabalho, numa instituição hospitalar, há cerca de dois anos e meio. O Sr. Z. foi internado durante dois meses no hospital há cerca de oito anos atrás. Descompensou, segundo as suas palavras, “sem saber onde estava, ou quem era”. Desde essa altura, requer um acompanhamento psicológico regular (é também um doente crónico de psoríase). Apesar do registo verbal neutro e de baixo volume sonoro, Z. surge frequentemente nas sessões de modo bastante destruidor. Recorrendo a assuntos do seu quotidiano concreto, transmite a ideia de que detesta a minha companhia e que se quer ver livre de mim – “não suporto as pessoas”, “odeio a companhia”, “detesto esta terra”, etc. Quando tentava abordar este assunto, recebia de Z. mais agressividade, indiferença e, sistematicamente, justificações de uma inabalável concretude. Certo é que o seu desprezo pelas minhas palavras conseguia encher-me de uma irritação tão poderosa que, por vezes, me apetecia desistir do caso. Algumas vezes fui tomado

por uma enorme impotência e adquirir o sentimento de que tudo o que fizesse ou dissesse não tinha utilidade alguma.

Exemplificamos com o discurso de Z. Numa das sessões, senta-se e começa:

- Gostava de pôr fim à minha carreira profissional (...) Então mas eu agora estou sempre a pensar que tenho de ir para o trabalho (...) Eu só trabalho porque preciso do dinheiro, não é por gostar ou não, não é para ficar feliz ou não!  
(...)
- A minha mulher estava agora a habituar-se a ir almoçar comigo... mas isso ainda me vem mais confrontar com a realidade... ela está presa por mim (...) Isso leva-me cada vez a gostar menos de... (vir aqui, pensei) trabalhar.  
(...)
- Até parece que estou mesmo a pedir para me reformar, não é?  
(pareceu-me ouvir, “estou mesmo a pedir para me pôr daqui para fora”. Disse qualquer coisa: *Não, acho que...* mas não tive tempo para muito)
- É que estou mesmo a dizer (interrompe bruscamente)... que o trabalho é... (“uma grande m...”, era a ideia que me transmitia... Resolvi falar um pouco mais alto: “está a dizer que isto aqui, não presta para nada!”). Talvez, pensei, Z. pudesse perceber o que estava a fazer. A resposta foi ainda mais extraordinária...)
- Tem razão!... Isto não presta mesmo para nada!... o trabalho.

Contudo, Z. vinha sempre, rigorosamente a horas e, normalmente depois de me ter quase transformado em “farrapos”, dizia-me que estava muito melhor e que eu era muito bom psicólogo. E, de facto, nestes momentos, a voz tinha-se tornado menos neutra, menos confusa e mais sonora.

Contrariamente, houve um período de tempo, em que deixei de ter vontade de mostrar a Z. que estava a ser muito agressivo, ou como eu próprio me sentia afectado. Talvez porque já não soubesse o que ali vinha fazer, ou porque estava cansado de ver transformado em nada

tudo o que eu dizia, talvez ainda porque estivesse a desistir – nessa altura, já não me sentia irritado com este homem. Ficava ali sentado a ouvi-lo, não completamente indiferente, mas dei comigo a pensar: “não adianta, ele só quer vir aqui massacrar-me a cabeça”.

Z. voltou a manifestar um discurso mais confuso, de baixo volume sonoro e com uma postura de abatimento. A vermelhidão da sua pele psoriática também dava mostras de maior intensidade. A certa altura, a frase de Z. “não vou ali fazer nada, não é nada com ele”, deixou-me mais pensativo. Esta frase correspondia simultaneamente ao meu estado de espírito e ao desânimo do doente. Compreendi então, que no primeiro momento eu estava a ser parcialmente um bom contentor das emoções projectadas pelo doente. Ao ficar irritado, mas não descontrolado, Z. conseguia exercer a sua influência sobre o objecto: o psicólogo sentia repetidamente a destruição. Como não o abandonava, tinha um grande interesse terapêutico. Isso não poderia acontecer quando ficava imune a estes sentimentos, esta negligência no comportamento aproximar-se-ia mais de um objecto mortificante – um objecto *inexistente*. De facto, depois de eu “aceitar” ser destruído, e de me constituir como um objecto influenciável, não indiferente, foi possível começar a formar-se em Z. algum pensamento acerca dos seus comportamentos destrutivos.

Bion dá grande relevo aos doentes cuja capacidade de pensar está danificada (1962a). São pacientes cuja vida emocional se encontra dominada pela função *beta*, ou seja, em que a sua presença se encontra em estado bruto, não sendo por isso acessível ao pensamento. A natureza destes elementos não possibilita qualquer apreensão consciente, ou mesmo inconsciente a seu respeito, e portanto, não podem ser sujeitos a repressão, supressão ou aprendizagem. Ainda assim, os elementos *beta* são o sedimento do processo da Identificação Projectiva e, são responsáveis pela formação de emoções dentro do analista. Mas outra função é assinalada por Bion: “sou levado a crer que a Identificação Projectiva é a primeira forma do que pode mais tarde ser apelidado como a capacidade para pensar” (1962b, p. 37).

O pensamento emerge da experiência emocional verbal e não verbal. E nos pacientes mais regressivos, a utilização das palavras tem, fundamentalmente, por finalidade, a criação dessa experiência no interior do analista:

Existiam sinais de confusão que eu tinha aprendido a associar à Identificação Projectiva. Nesta linha de pensamento, pressupus que eu estava a ser o repositório de uma parte da sua personalidade, como regiões mais sadias ou partes não-psicóticas da personalidade. Desde logo decidi que a utilização de mais interpretações baseadas nestas teorias (teorias do erotismo anal) não se revelavam adequadas em alcançar qualquer propósito útil (...) Eu continha a parte não psicótica da sua personalidade, e comecei a compreender que era suposto eu tomar consciência do que se passava com o paciente. Eu era (o conteúdo) da sua “consciência”. (1962 b, p. 20)

De modo que, com as palavras, o doente esgota os impulsos de sobrevivência que possui – através da evocação das emoções em estado bruto. É essa a sua busca incessante pela *verdade*, um objecto que receba o seu material doente e lhe dê vida. Um fenómeno muito interessante ainda referido por Bion (1962b) é que a criança tem desde o início da vida um contacto suficientemente adaptado à realidade (o que é confirmado por Stern, 1992) que lhe permite manipular o seu meio ambiente, de modo que sua fantasia de Identificação Projectiva tenha uma substância real.

O efeito contendor é produzido pela “reverie materna”, esse “órgão receptor” com capacidades em acolher (capacidades *alfa*) as projecções do paciente (Bion, 1962b). Assim, viver com as emoções projectadas, recebidas como uma comunicação a ser entendida – em oposição a comportamentos de ataque, utilização em benefício próprio ou fuga – constitui a base da contenção, em situação terapêutica (Ogden, 1982/2005).

Mas pode não ser fácil *viver com* os sentimentos provocados pelos outros, até porque a capacidade de tolerância é colocada repetidamente à prova, cedendo facilmente a comportamentos verbais ou não verbais, mesmo inconscientes. Em muitas ocasiões, o terapeuta pode ter medo de se sentir invadido pelos conteúdos psicóticos dessas projecções, porque podem ameaçar o equilíbrio psíquico próprio. As rejeições a esses conteúdos pode verificar-se diferentes maneiras.

Uma das falhas de contenção da Identificação Projectiva é equivalente ao fenómeno definido por Grinberg (1962, 1985) como *contraidentificação projectiva*. O terapeuta é arrastado para uma identificação, de certo modo, semelhante aquela que é projectada. Ou seja, o terapeuta torna-se incapaz de “filtrar” o que o paciente, inconscientemente, quer que ele seja, assimilando a realidade concreta dos aspectos projectados. O terapeuta deve permanecer suficientemente aberto para receber as Identificações Projectivas do paciente e, ainda assim, manter uma distância psicológica suficiente que lhe permita uma análise efectiva da interacção terapêutica.

Fizemos referência anteriormente a possíveis situações em que o terapeuta rejeita a experiência de determinados sentimentos pelo recurso ao isolamento. Esta é a defesa pela negação, e a consequência é a formação de escotomas na compreensão do terapeuta. A recusa dos conteúdos projectados pode ainda ocorrer num movimento de repulsa, como refere Grinberg (1985), o analista devolve violentamente o material que o paciente procurava colocar nele. Nesta ordem de acontecimentos, o medo do paciente aumenta e as suas defesas patológicas são reforçadas e expandidas. O doente vive um grande desespero quando pressente que os seus aspectos patológicos – ou seja, aqueles que são completamente intoleráveis dentro de si próprio – são partilhados pelo terapeuta (Ogden, 1982/2005).

Se observarmos com sensibilidade verificamos que no movimento da Identificação Projectiva existe uma carga de hostilidade. Fairbairn (1952) defende que na base da dinâmica de toda a clivagem se encontra sempre uma emoção agressiva. Por isso, é compreensível que as falhas na contenção ocorram com relativa frequência. Uma saída possível para o terapeuta, é a expressão destes sentimentos fora do contexto em que são induzidos. Portanto, os sentimentos são deslocados para um outro tempo ou espaço, por exemplo, na presença de um outro paciente.

A contenção é uma atitude verdadeiramente activa do terapeuta quando favorece livremente a *criação* de um ambiente procurado pelo paciente. A ideia do terapeuta se adaptar as necessidades do doente de forma não intrusiva, gerando uma atmosfera que potencie o crescimento do paciente, foi bastante realçada, como referimos anteriormente, por Winnicott (1951).

Por outro lado, o terapeuta é convidado a participar na *criação* de um objecto diferente. Referimo-nos a um estado mental que permita constituir-se como um espaço potencial intersubjectivo semelhante ao verificado entre mãe e bebé. O conceito de espaço potencial Winnicott (1951, 1971) refere-se a uma área intermediária da experiência que se situa entre a realidade e a fantasia, neste sentido, é uma região cuja veracidade não é questionada. A mãe existe tal como é inventada e, neste sentido, pode tornar-se independente do bebé. Então, o terapeuta deve encontrar uma forma de estar e de se exprimir, de modo a tornar-se um objecto potencial, que possa ser usado pelo paciente, e que se encontra simultaneamente aquém e além dos dois intervenientes.

Este aspecto encontra-se no centro das concepções contemporâneas da psicanálise sobre intersubjectividade. O que antes era entendido sobre a psicologia de um é agora encarado como a psicologia de dois, ou melhor a psicologia *dos* dois (Zaslavsky & Santos, 2007). Neste contexto, a fantasia básica de uma sessão não é o mero entendimento do paciente pelo terapeuta, mas algo que se constitui numa relação dupla. Baranger (1993) definiu o conceito de *campo analítico* para se referir a uma estrutura dinâmica que resulta de interações conscientes e inconscientes específicas dos dois participantes, em que cada um é formado pelo outro. Muitas vezes os impasses terapêuticos não se devem às resistências do paciente ou do terapeuta, mas antes a uma estrutura inconsciente que resulta da formação de um vínculo com características patológicas. A grande vantagem de pensar em termos de *campo psicanalítico* é que desloca o foco das atenções para esse espaço original que o terapeuta deve ter a capacidade de analisar. Não se trata, apenas, de um em relação com outro: o que se passa no outro, o que se passa em mim, mais o entre nós. É o espaço da *criação* mútua, que é ao mesmo tempo agente e consequência de mudança no processo terapêutico (Ogden, 1994a).

Tal como temos vindo a analisar, a contenção é um processo criativo cuja acção se assemelha ao *objecto transformacional*, descrito por Christopher Bollas (1979). Nas primeiras fases de desenvolvimento, a mãe não é sentida como um outro mas fazendo parte de um ambiente total. A criança espera que o ambiente se ajuste a transforme sucessivamente para dar resposta às suas necessidades – para ela isso é um facto, a mãe transforma o mundo da criança, e é, neste sentido, transformadora do seu self em estado contínuo. Ao mesmo tempo, a criança ganha convicção que ela própria tem capacidades transformativas: percepção, integração, motilidade, etc.; e as suas conquistas são identificadas com a presença do objecto. Na medida em que esse objecto é *transicional*, permite à criança a *ilusão* da sua onipotência

– ela pode *usar* o objecto. Assim, sustenta Bollas (1979), primeiramente, o objecto é experienciado como um *processo de transformação* dos estados do self. Na verdade, não é *conhecido* nem *representado* como objecto, mas um meio através do qual o self faz uma espécie de captação proto-perceptiva das capacidades construtivas do self-mãe.

Mas no processo terapêutico, o acto de conter está intimamente relacionado com dois aspectos importantes: o saber e o tempo. A aceitação da experiência viva induzida pelas projecções transferenciais do doente podem perdurar ao longo de muito tempo sem que o terapeuta possa tomar conhecimento da função que desempenha no idioma ambiental do paciente (Bollas, 1983). É neste sentido que a contenção implica uma grande capacidade em tolerar regiões que pertencem a um *não-saber*. Se o terapeuta estiver bem analisado, ou possuir um ego suficientemente estruturado, é importante que possa entregar-se a estados muito regressivos, ou ficar mesmo temporariamente doente. Desta maneira responde às identificações criadas pelo paciente, sem por ficar aprisionado pela perturbação ou perder a capacidade de se constituir como um objecto transformador.

Temos vindo a salientar que o foco das atenções no movimento da Identificação Projectiva deixou de ser os aspectos cindidos pelo paciente, para se concentrar na análise da experiência interna do terapeuta, que se visa constituir como contentor desses aspectos. Sendo este, o terapeuta, o “outro” paciente a ser objecto de análise. Ou, na perspectiva mais modernista, o novo espaço de contenção *criado* pelos dois.

Durante este tempo, o terapeuta deve descobrir modos de exprimir a experiência emocional ou de favorecer a sua continuidade, sem actuar grosso modo as cargas emocionais que o invadem. Este procedimento deve basear-se num discurso com o paciente que permita ao mesmo tempo alargar a experiência subjectiva, que ganhe contornos compreensíveis e interpretáveis. A interpretação de comunicações inconscientes, sem a prévia compreensão do seu significado, ou adequação aos interesses e capacidades do paciente, conduzem a terapia ao impasse (Bollas, 1983).

Alguns autores que defendem que a capacidade de tolerar as projecções agressivas, e neste sentido conter – tal como temos estado a desenvolver – seria, por si só, a grande tarefa terapêutica (Carpy, 1985; Zaslavsky & Santos, 2007). É de notar que Bion (1962a) refere o estado receptivo da reverie materna, cuja acção contentora se verifica quando modifica as

experiências projectadas através do pensamento. Não é obvio que a resposta terapêutica corresponda a uma interpretação; Bion diz que a criança só pode receber o que conseguir tolerar, mas não diz exactamente como isso é feito (Carpy, 1985).

Na opinião de Carpy (1985), o paciente é capaz de reintrojectar os seus aspectos intoleráveis quando “observa” que estes são tolerados e contidos pelo terapeuta. Nestas circunstâncias, o processo gradual de reintrojecção resulta de uma interacção não-verbal, mas que origina alterações na estrutura psíquica do paciente. A interpretação pode tornar-se significativa apenas como consequência da descoberta do paciente. O cenário da Identificação Projectiva evidencia fendas nas ligações – entre pensamentos mas também entre emoções – que não são suportáveis. À medida que o terapeuta é capaz de tolerar os ataques, sentidos do ponto de vista contratransferencial, tem possibilidade de “unir” partes quebradas dentro de si mesmo, possibilitando ao sujeito experiências identificatórias.

Na Identificação Projectiva, o sentido do conceito de interpretação como a procura do sentido latente tornado acessível ao sujeito (Laplanche & Pontalis, 1967/1990), não se revela o mais apropriado. Thomas Ogden (1994b) desenvolveu o conceito de *acto interpretativo* para se referir às comunicações do psicanalista relativamente aos aspectos transferenciais e contratransferenciais que vai compreendendo. Estas comunicações não se baseiam na palavra, enquanto dimensão da linguagem simbólica. O enfoque comunicacional é dado numa acção comportamental – tonalidade da voz, o ênfase colocado nalguma particularidade emocional, modo de cumprimentar o paciente, intensidade da conversação, etc. – que se constitui como mediador da compreensão do que se vai passando em cada sessão. As acções do analista são antes um veículo interpretativo que visa fornecer ao indivíduo aspectos específicos da compreensão do analista sobre o significado da corrente transfero-contratransferencial. Nesta sequência, mostra que “acompanha” o paciente de modo compreensivo, favorecendo o desenvolvimento desse espaço comum de crescimento, que se torna, a pouco e pouco, apto a adquirir formas do ponto de vista do pensamento.

## Conclusão

A Identificação Projectiva é um dos aspectos mais importantes no contexto da actividade clínica, prova disso é a relevância que lhe foi atribuída por autores de grande envergadura, tais como Klein, Bion, Grotstein ou Ogden, para citar apenas alguns. Concomitantemente, este fenómeno verifica-se, com relativa frequência, em qualquer contexto onde a interacção humana ocorre como um normal acontecimento.

No meio clínico fica a impressão que a sua presença tem sido assinalada nos termos de uma modalidade defensiva, associada a baixos níveis desenvolvimentais ou configurações de carácter psicopatológico mais ou menos estabelecidas. Enquanto fenómeno real da interacção humana, o qual não requer, naturalmente, a sua identificação conceptual, é, compreensivelmente, gerador de confusão, conflitualidade e mesmo hostilidade. Até aqui nada de errado.

A grande tentação da Psicologia Psicanalítica é, contudo, descobrir outras maneiras de olhar o mundo, para no final ficar a ver, e a ser, um mundo diferente. A ruptura de imagens feitas, e, ao mesmo tempo, a procura de mundos novos e mais amplos, é a essência da descoberta analítica. E porque não dizer, a *pulsão* para o crescimento e desenvolvimento do próprio amante da psicanálise.

Vem este assunto a propósito do que achamos estar no cerne do mecanismo da Identificação Projectiva. Um indivíduo cria rupturas na constituição do próprio self porque partes suas, não lhe servem – não se adequam ao seu estado de coisas. Mas será que as expulsa verdadeiramente? Porque precisam os indivíduos de outros humanos para esse efeito? E porque é que as Identificações Projectivas não se exercem sobre um indivíduo qualquer, completamente afastado da possível afinidade com os conteúdos projectados?

Que tenhamos conhecimento, Fairbairn não escreveu uma linha sobre a Identificação Projectiva. No entanto, as suas ideias sobre a clivagem do self, a busca incessante do homem pelo contacto emocional com outro e o entendimento que no núcleo da questão psicopatológica se encontra uma situação de impasse, relativamente a uma experiência relacional frustrante, conduziu-nos a uma concepção nova da Identificação Projectiva.

Em períodos precoces do desenvolvimento da individualidade as relações self/objecto são vividas de um modo intrincado. A falta da resposta do objecto é irremediavelmente associada ao self, que é, nessa altura objecto de sabotagem. Como consequência, a parte do self respectiva é expulsa – clivada – associada à carga agressiva do agora mau objecto internalizado.

O indivíduo “separa” agressivamente os constituintes internos, porque se tornaram *insuportáveis* – primeiro no objecto e, agora, em si mesmo. Mas ao mesmo tempo, e esta é a vertente construtiva do processo, procura exactamente o contrário: um outro adequado, que dê efectivamente *suporte* aos conteúdos danificados, então projectados.

Nesta perspectiva, o indivíduo que faz uma Identificação Projectiva *procura* relacionar-se com os aspectos excisados. Para o efeito esforça-se – *controlando* – em criar um objecto da sua experiência emocional. Um objecto humano que sinta por si mesmo as partes detestadas no seu interior.

A tragédia é a falta do objecto. *Ser* objecto da experiência emocional de um indivíduo é uma das tarefas terapêuticas mais benéficas, mais sensíveis e complexas da actividade clínica. O objecto, enquanto receptor e, nesse sentido, contentor, da vida emocional projectada dos pacientes é, o grande motivo de reflexão e análise deste trabalho, para não dizer, o grande objecto de análise na Identificação Projectiva.

O objecto não pode ser inteiramente definido. Na sua essência, o objecto tem de ser criado, e esse é o assunto que mais nos ocupou. Que possa, assim, tornar-se uma porta aberta, para vistas sempre mais amplas.

### Referências Bibliográficas

- Arlow, J. (1993). Two Discussions of “The Mind of the Analyst” and a Response from Madeleine Baranger. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1147-1156.
- Balint, M. (1979). *Basic Fault*. London: Routledge.
- Baranger, M. (1993). The Mind of the Analyst: From Listening to Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 15-25.
- Beres, D., & Arlow, J. (1974). Fantasy and Identification in Empathy. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 26-51.
- Bion, W. (1959). Attacks on Linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. (1962a). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-311.
- Bion, W. (1962b). *Learning from Experience*. London: Karnac.
- Bollas, C. (1979). The Transformational Object. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 97-108.
- Bollas, C. (1983). Expressive Uses of the Countertransference – Notes to the Patient from Oneself. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 1-34.
- Carp, D. (1985). Tolerating the Countertransference: A Mutative Process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 287-295.
- Fairbairn, R. (1940). Factores esquizoides na personalidade. In *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (pp.15-43). Lisboa: Vega.

- Fairbairn, R. (1941). Uma revisão psicopatológica das psicoses e psiconeuroses. In *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (pp. 45-81). Lisboa: Vega.
- Fairbairn, R. (1944). Estrutura endopsíquica considerada em termos de relação de objecto. In *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (pp.111-175). Lisboa: Vega.
- Fairbairn, R. (1952). *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa: Vega.
- Freud, S. (1912). The dynamics of Transference. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912b). Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111-120). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating, and working through. In J. Strachey (Ed. e Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 146-156). London: Hogarth Press.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1983).
- Greenson, R. (1960). Empathy and its Vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 418-425.
- Grinberg, L. (1962). On a Specific Aspect of countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 436-440.
- Grinberg, L. (1985). *Teoria da Identificação*. Lisboa: Climepsi.
- Grotstein, J. (1994). Projective Identification and Contertransference: A Brief commentary on their Relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 578-592.

- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hoffman, I. (1983). The Patient as Interpreter of the Analyst's Experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 389-423.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. (1989). Projection and Projective Identification. In J. Sandler (Ed), *Projection, Identification, Projective Identification* (pp. 93-115). London: Karnac.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-111.
- Klein, M. (1955). A propos de l'identification. In *Envie et Gratitude* (pp. 139-185). Paris: Gallimard.
- Klein, M. (1968). *Envie et Gratitude*. Paris: Gallimard. (Obra original publicada em 1957).
- Kohut, H. (1959). Introspection, Empathy, and Psychoanalysis – An Examination of the Relationship Between Mode of Observation and Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- Langs, R. (1979). Interventions in the Bipersonal Field. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 1-54.
- Langs, R. (1984). "Transference Analysis" and the Communicative Approach. *Psychoanalytic Inquiry*, 4 (3), 465-487.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1990). *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967).

- Loch, W. (2006). *The Art of Interpretation*. London: The International Psychoanalytical Association.
- Malin, A., & Grotstein, J. (1966). Projective Identification in the Therapeutic Process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 26-31.
- Mancia, M. (1990). *No olhar de Narciso. Ensaios sobre a memória, o afecto e a criatividade*. Lisboa: Escher.
- Matos, A. C. (1995). Da Emoção ao Pensamento: O Afecto no conhecer do Outro. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (pp. 199-211). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Meissner, W. (1980). A Note on Projective Identification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 43-66.
- Ogden, T. (1979). On Projective Identification. *International Journal of Psycho-analysis*, 7, 846-507.
- Ogden, T. (1994a). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3-20.
- Ogden, T. (1994b). The Concept of Interpretive Action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 219-246.
- Ogden, T. (2005). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. London: Karnac. (Obra original publicada em 1982).
- Pereira, F. (1999). *Sonhar Ainda: do sonho-desejo-realizado ao sonho emblemático*. Lisboa: ISPA.
- Pereira, F., & Scharff, D. (2002). *Fairbairn and Relational Theory*. London: Karnac.

Racker, H. (1968). *Transference and Counter-Transference*. London: Maresfield.

Rosenfeld, H. (1952). Transference-Phenomena and Transference-Analysis in the Acute Catatonic Schizophrenic Patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 457-465.

Rosenfeld, H. (1954). Considerations Regarding the Psycho-Analytic Approach to Acute and Chronic Schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 135-140.

Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Journal of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.

Sandler, J. (1989). The Concept of Projective Identification. In J. Sandler (Ed), *Projection, Identification, Projective Identification* (pp. 13-26). London: Karnac.

Sandler, J. (1993). On Communication from Patient to Analyst: Not Everything is Projective Identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1097-1107.

Schafer, R. (1959). Generative Empathy in the Treatment Situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 242-274.

Searles, H. (1963). Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 249-281.

Segal, H. (1969). *Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein*. Paris: Presses Universitaires de France.

Segal, H. (1983). *Sonho, Fantasia e Arte*. Rio de Janeiro: Imago.

Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tansey, M., & Burke, W. (1989). *Understanding Counter-transference. From Projective Identification to Empathy*. London: The Analytic Press.

- Winnicott , D. (1947). O Ódio na Contratransferência. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott , D. (1951). Objectos Transicionais e Fenómenos transicionais. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1952a). Ansiedade Associada à Insegurança. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1952b). Psicoses e cuidados Maternos. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1955). Formas clínicas da transferência. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1956). A Preocupação Materna Primária. In *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-596.
- Winnicott , D. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zaslavsky, J., & Santos, M. (2007). *Contratransferência. Teoria e Prática Clínica*. São Paulo: Artmed.
- Zinner, J., & Shapiro, R. (1972). Projective Identification as a Mode of Perception and Behaviour in Families of Adolescents. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 523-530.