

A violência da identificação projetiva

Anette Blaya Luz*, Porto Alegre

Defende-se aqui a ideia de que, quando os cuidadores (pais, mães ou outros) são comprometidos emocionalmente de forma significativa, eles, com frequência, usam a mente da criança para depositar angústias que eles próprios não conseguem administrar em suas vidas. Neste artigo pretende-se discorrer sobre uma situação particular de vulnerabilidade que compromete o caminho de uma criança para usufruir de uma vida emocional satisfatória e saudável. O enfoque diz respeito ao efeito que a violência da identificação projetiva de aspectos muito doentes dos cuidadores tem sobre o desenvolvimento emocional da criança. Esta cresce sob o peso desta invasão e muito provavelmente vai evoluir para um quadro de personalidade borderline. É importante que o analista dê fé ao relato trazido pelo paciente, seja ele adulto, adolescente ou criança.

Palavras-chave: borderline, identificação projetiva violenta, trauma, violência, identificação projetiva.

* Psicanalista, membro efetivo da SPPA.

Sabemos, desde Freud, que a origem etiológica do distúrbio emocional contém diferentes fatores. *Equação etiológica* foi o nome dado por ele em 1895 para esclarecer a constituição multifatorial da perturbação neurótica. Nesta equação estão contemplados não só a predisposição hereditária e os fatores ambientais, mas também as distintas qualidades e quantidades dos diferentes componentes da equação.

Também sabemos o quanto uma boa maternagem pode proteger o indivíduo em seu desenvolvimento emocional saudável. A mãe suficientemente boa descrita por Winnicott (1952) assim como a capacidade de *rêverie* proposta por Bion (1962) são exemplos de desenvolvimentos teóricos posteriores a Freud que contribuem para a nossa compreensão dos fatores que influenciam, positiva ou negativamente, o estabelecimento da capacidade do indivíduo de enfrentar de maneira saudável as dificuldades inerentes à vida.

Partindo destas perspectivas é fácil imaginar que, quanto melhores forem as condições de maternagem e quanto menos carga genética referente a distúrbios emocionais houver na história daquele indivíduo, tanto mais seu desenvolvimento emocional tenderá a ser saudável. A situação contrária criaria vulnerabilidades que deixariam o caminho aberto ao desenvolvimento da perturbação emocional.

Neste artigo pretendo discorrer sobre uma situação particular de vulnerabilidade que compromete o caminho para uma vida emocional satisfatória e saudável. O enfoque que desejo trazer diz respeito ao efeito que a *identificação projetiva violenta* de aspectos muito doentes dos cuidadores tem sobre o desenvolvimento emocional da criança. Não estou preocupada aqui em examinar o dano causado por traumas intensos e *visíveis a olho nu*, como o decorrente do abuso sexual grave sofrido por uma criança, ou outra violência física de qualquer ordem.

Meu foco neste texto incide na violência emocional que a criança sofre, quando seu cuidador primário, em geral um dos pais ou familiar próximo, projeta intensamente nela aspectos que não gosta em si, ou em seu cônjuge, ou ainda papéis que o cuidador precisa que a criança desempenhe para que ele, cuidador, possa não se defrontar com sua doença emocional ou a dor de sua própria existência. É sobre este trauma *invisível* que desejo refletir nestas linhas. São situações que, de um modo geral e à primeira vista, podem passar despercebidas. Refiro-me a situações nas quais encontramos cuidadores aparentemente adequados e até carinhosos, mas que, a um exame mais minucioso, fica evidente o quanto precisam da mente da criança para depositar suas angústias. Este enfoque – o efeito traumático da *violência da identificação projetiva* intensa e invisível do

cuidador sobre a mente da criança - tem interesse para mim em razão daquilo que vejo quotidianamente em meu consultório.

Tenho pacientes de faixas etárias variadas. Muitos na faixa dos 18–20 ou até 50 anos ou mais com distúrbios na conduta e atitudes do tipo antissocial que, a meu ver, ocultam solidão, desespero e desamparo infinitos. Em algumas circunstâncias os pacientes nem chegam a apresentar conduta destrutiva de fato, mas são assim descritos e são assim vistos por eles mesmos. Muitos são adolescentes tardios ou *eternos*, pois os danos que trazem tatuados na alma não permitem que possam se inserir na vida adulta de forma plena. Precisam e dependem dos pais ou familiares e não conseguem separar-se deles. Isto faz crer que sejam desajustados, doentes ou preguiçosos.

Tudo isto pode ser verdade, mas certamente não é a única verdade. Embora sejam pessoas difíceis, também é verdade que são vítimas de dinâmicas familiares doentias e carregam o peso deste destino. Não conseguem modificá-lo mesmo que o queiram, pois a extrema dependência dos familiares os obriga a fidelizar estes papéis. E muitas vezes nem querem evoluir, por apatia e comodismo, mas, principalmente, por total falta de esperança, já que se constituíram como sujeitos dentro destes papéis doentios. Não se conhecem, nem se reconhecem, como seres adultos e capazes. O dano à autoestima e a insegurança consequentes determinam que estes indivíduos não consigam enfrentar os riscos que o processo de crescimento e amadurecimento exige de qualquer pessoa.

A necessidade de escrever este artigo nasceu de uma reflexão que me aconteceu numa tarde fria de trabalho, com chuva intensa e gelada. Estava em meu consultório imaginando que alguns pacientes provavelmente não viriam à sessão em função do intenso mau tempo, caracterizado por muita chuva e frio e repleto de congestionamentos típicos de uma cidade grande em dia de temporal. O frio e a chuva eram extraordinariamente fortes e ininterruptos naquela tarde. Havia falta de luz em diferentes pontos da cidade, o que piorava as condições de trafegabilidade.

Para minha surpresa todos os pacientes *borderline* agendados para aquela tarde compareceram. Alguns não conseguiram chegar no horário, mas todos compareceram sem exceção. Os pacientes denominados neuróticos faltaram. O dia estava tão feio que fiquei me perguntando o que fazia aquelas pessoas tão frágeis comparecerem, apesar de todos os transtornos que precisaram enfrentar devido ao, fora do normal, mau-humor climático. Ninguém deixa de sair à rua por conta da chuva, mas estava excepcionalmente difícil circular naquele dia.

Pode-se argumentar que os pacientes não deixariam de vir, pois precisavam da sessão, além do fato de que teriam que arcar com o ônus financeiro desta,

tendo ou não comparecido à mesma. Sei que isto é verdade, mas mesmo assim me intriga e me proponho a perguntar por que todos os pacientes do espectro fronteiroço compareceram. Nenhum faltou. Acredito que todas estas pessoas sentiam que valia à pena comparecer à sessão. Algo eu tinha para lhes oferecer que era atraente o suficiente para vencer todas as resistências, tanto internas quanto externas.

Perguntei-me então: e se eu tivesse que ir a uma sessão de análise naquela tarde? O que eu faria? Sendo eu uma paciente mais integrada, teria feito o mesmo esforço para vir à sessão? Tenho a sensação que um paciente mais *normal* não o teria feito naquela tarde. Eu mesma não teria ido à minha sessão de análise, caso ainda tivesse alguma. Mas todos os fronteiroços compareceram e me pareciam necessitados dela como algo vital. E provavelmente lhes fosse vital comparecerem.

Por que seria tão vital? O que teria de tão diferente da conduta que, eu imaginava, seria a de uma pessoa mais normal, mais neurótica? O paciente com diagnóstico na linha neurótica preserva o contato com a realidade de forma mais sólida, portanto percebe e se preocupa com a realidade climática e as condições do trânsito. O fronteiroço não. Está preocupado com outro universo, outra realidade, outras condições internas de trafegabilidade e tempestades, outras questões, da realidade interna, ameaçam suas vidas: o colapso psicótico. A sessão torna-se então vital. Entendi que o contato humano, verdadeiro e sincero, atencioso e empático, firme, cuidadoso e capaz de impor limites claros e bem definidos, representa o que é vital para este grupo de pacientes.

Vital principalmente porque são pessoas que precisam muito que alguém dê fé ao relato que trazem. De um modo geral são pessoas que sofreram ou ainda sofrem bastante com relacionamentos afetivos confusos, exigentes, ambíguos e traumáticos. Não me refiro ao trauma causado por outro que abusa sexualmente de uma criança, por exemplo. Estou me referindo ao trauma contínuo, cronificado, causado pela *identificação projetiva maciça e traumática* que os cuidadores primários impuseram inconscientemente e ainda podem estar impondo à criança que estes pacientes adultos foram um dia e que, de certa forma, ainda abrigam nas profundezas de suas almas. Aquele trauma invisível, perpetrado em nome do amor e da proteção. Amor e proteção que podem ser genuínos e verdadeiros em suas intenções conscientes, mas que inconscientemente têm o poder de deformar, porque traumatizam.

Ferenczi (1932), em *Confusão de línguas*, retoma as concepções do *sonho do bebê sábio*. Este se caracteriza por ser hábil em capacidades egóicas adultas, mesmo sendo uma criança bem pequena. Propõe que a criança traumatizada seja comparada a um fruto ferido por um pássaro ou inseto que *amadurece*

precocemente para defender-se de *adultos quase loucos* que perderam o autocontrole. Para Ferenczi o trauma acontece em dois tempos. O primeiro momento ocorre quando a linguagem da *paixão*, usada por um adulto enlouquecido de fúria ou sexualidade, em quem a criança confia, violenta a linguagem da *ternura*, da confiança e do amor que a criança sente por aquele seu adulto cuidador. A criança busca então um segundo adulto para relatar o maltrato ocorrido, na esperança de entender o que está sentindo em função daquele acontecido. É neste momento que o trauma se concretiza e deixa suas marcas na frágil personalidade da criança, pois esse segundo adulto, não conseguindo suportar o relato desta, a desmente e a confunde. Mesmo sabendo que a criança está dizendo a verdade, este adulto afirma que não aconteceu nada, que ela (criança) entendeu mal.

A criança fica então sem ter em quem confiar, nem nela mesma, pois sua percepção também foi atacada. Seria neste momento que o trauma se constituiria como tal, pois a criança, sem entender o que sua percepção lhe informa, passa a duvidar de si e identifica-se com a culpa que percebe inconscientemente que o adulto sente, embora sem alcançar a compreensão desta culpa.

Partindo desta compreensão, penso que muitos dos pacientes nos procuram na esperança de encontrar alguém que dê fé e acredite no seu relato. Um relato a que nem o próprio indivíduo consegue dar fé. Alguém que possa perceber que há uma ferida quase incurável, embora invisível. A culpa inconscientemente transmitida por identificação projetiva pelo adulto e introjetada inconscientemente pela criança deforma a personalidade desta última, pois é incompreensível e pesada demais para a sua psique e, portanto, traumática. E isto de forma crônica, continuada e invisível a olhos nus. Frequentemente entremeada de dedicado amor, puro e verdadeiro, o que confunde mais ainda a percepção de quem sofre este processo.

Baseada nesta compreensão, penso que estes pacientes nos buscam na esperança de encontrar um olhar neutro que os ajude a discriminar entre o que é falso e o que é verdadeiro em suas percepções; os ajude a identificar o que é de responsabilidade deles e o que pertence à conflitiva emocional do outro. Enfim, buscam um olhar não contaminado pela concepção de que eles *são o problema* daquela família e que todos seriam mais felizes se eles não existissem, ou se, pelo menos, não existissem daquela forma. Pode-se pensar que, muitas vezes, todos os demais membros daquela comunidade familiar podem ser *felizes* justamente porque estes pacientes carregam a doença familiar. Fica então a pergunta: por que eles não foram resilientes e outros foram?

Sabemos que nem todas as crianças vítimas de violência, e aqui me reporto a qualquer tipo de violência, adoecem da mesma forma. Há pessoas que, com

traumas muito focais e de baixa intensidade, tornam-se muito comprometidas em suas vidas emocionais, enquanto outros indivíduos, sobreviventes de importantes episódios traumáticos, apresentam personalidades afetadas de forma bem mais discreta. Por que estas reações tão distintas? Por que algumas pessoas são mais resistentes às intempéries da vida enquanto outras adoecem tão facilmente? Por que algumas apresentam resiliências tão significativas frente ao trauma psíquico e outras sucumbem com facilidade?

O conceito de resiliência, palavra originária do latim – *resilire* – refere-se à resistência física de um material frente aos choques. Na psicologia este conceito foi retomado por Bóris Cyrulnik e diz respeito ao processo que permite retomar algum tipo de desenvolvimento emocional após a e apesar da ocorrência de um trauma e em circunstâncias adversas. O próprio Cyrulnik é um bom exemplo de resiliência. Na infância sofreu muito devido a importantes acontecimentos: a deportação dos pais para um campo de concentração na Alemanha onde morreram e seu encontro com pessoas que o recolheram e educaram-no como um filho. Escreveu Cyrulnik, sobre resiliência: “Em seguida, depois do trauma, é preciso que o entorno lhe ofereça lugares de expressão para que a resiliência se processe, como o que permite retomar algum tipo de desenvolvimento apesar de um traumatismo e em circunstâncias adversas” (Cyrulnik, 2005, p. 4).

E ainda:

[Resiliência é] um processo, um conjunto de fenômenos harmonizados em que o sujeito se esgueira para dentro de um contexto afetivo, social e cultural. A resiliência é a arte de navegar nas torrentes [...] o resiliente deve apelar aos *recursos internos impregnados em sua memória*, brigar para não se deixar arrastar pela inclinação natural dos traumatismos que o fazem navegar aos trambolhões de golpe em golpe, até o momento que *uma mão estendida* lhe ofereça um recurso externo, uma relação afetiva, uma instituição social ou cultural que lhe permita a superação (Cyrulnik, 2001, p. 207, grifos meus).

Entendo que a mão estendida oferecida àqueles pacientes que referi no início é o que faz estas pessoas comparecerem às sessões. Que forma tem esta mão estendida? A forma que o paciente precisa que tenha. Provavelmente estes pacientes a quem me refiro adoeceram devido à ausência deste gesto. Não têm como recorrer aos *recursos internos impregnados em sua memória*, pois esta memória não existe como tal. Existe uma confusão entre o que é falso e verdadeiro no mundo interno destes indivíduos.

Ferenczi em (1912), no texto *O conceito de introjeção*, salientava: “É esta união entre os objetos amados e nós mesmos, essa fusão desses objetos com o nosso ego, que designamos por introjeção” (p. 181). Imagino que a mão falhou porque algo ocupou seu lugar. A dor, frustração, depressão, revolta do cuidador que não pôde fazer outro uso daquela criança a não ser como o depositário de seus anseios frustrados. Isto é o que é introjetado nesse momento pela criança. Assim ela torna-se presa deste adulto que necessita dela como depósito de suas expectativas malsucedidas. À criança cabe então *completar/consertar* a vida daquele cuidador.

Penso que o peso desta responsabilidade aliada à extrema fidelidade destas crianças as torna vulneráveis. Não conseguem resistir e adoecem. Passam a vida adoecida e, em sua doença, buscam, inconscientemente, fazer o ajuste de contas com o cuidador desenvolvendo justamente o sintoma mais perturbador para este cuidador específico. Esta *vingança* é, no entanto, inconsciente.

Se entendermos resiliência como a capacidade para fazer frente às intempéries da vida, particularmente àquelas situações de impacto emocional significativo, e de conseguir superá-las valendo-se de novas alternativas para defender-se, também é verdade que mesmo aqueles indivíduos que desenvolveram capacidades de resiliência no início da vida podem sucumbir se o meio ambiente (mundo externo) adequado se modifica (morte de um membro da família, por exemplo) e transforma-se num meio hostil, difícil, depressivo e abusivo. O que se poderia dizer se este entorno for mantido por muito tempo, mesmo que de forma insidiosa e silenciosa? É coerente concluir que a habilidade resiliente depende de um processo. Não se nasce resiliente, mas é possível se tornar resiliente. Nem todos os indivíduos *adquirem* naturalmente esta condição.

Ela dependeria do processo de interação da criança com outros seres humanos, da criação de um vínculo afetivo através do estabelecimento de uma relação primordial, primária e dinâmica, continente-contido, entre a mãe e o bebê, evoluindo para uma abertura rumo à triangulação, pai-mãe-bebê, responsáveis pelos alicerces da construção do sistema psíquico do homem, pelo processo de humanização, ou seja, pelo nascimento da sua identidade e capacidade de sonhar, fantasiar, simbolizar. A introjeção e identificação com os objetos primários, núcleo em torno do qual se desenvolve o self, seria a mola propulsora da condição de resiliência (Haundenschild, 2005, p. 2).

Portanto, sempre que o objeto primário não tiver as condições de continência

das angústias do bebê e/ou da criança pequena e falhar na habilidade de *rêverie* e ainda necessitar usar aquele pequeno ser como o depositário de seus anseios, frustrações e angústias, estaremos frente a uma violência nem sempre percebida como tal. O que o bebê vai introjetar é a dor, o medo e a culpa que seu cuidador projeta nele. Ferenczi (1909, 1912) salienta que, no processo de introjeção, a criança introjeta não só o objeto com quem está se relacionando. Introjeta todo o mundo interno deste, inclusive (acrescento eu) a percepção que o cuidador tem daquela criança.

Vamos examinar algumas vinhetas a título de ilustração daquilo que identifico como a patologia familiar e que entendo como o dano causado pela violência da identificação projetiva sobre a mente do mais frágil, que adoece e, em sua doença, *se ving*a dos cuidadores.

Paciente A

Trata-se de uma jovem de 28 anos, inteligente bonita, muito bem articulada, homossexual, sem vida sexual ativa. Já vivenciou alguns relacionamentos amorosos, mas sempre num papel masoquista, caracterizado por abuso e maltrato por parte da companheira. Acha-se muito feia e errada. Considera-se incompatível com a vida. Veio a tratamento para resolver sua situação familiar, pois está constantemente em conflito com seus pais. Nasceu em momento de ruína familiar, quando o pai abandonou o lar deixando a mãe grávida da paciente A e com uma filha de pouco mais de dois anos. Ambos os pais mostram-se preocupados com o futuro desta filha. A irmã mais velha já é casada, independente financeiramente, mãe de um menino de um ano e meio. Bem-sucedida, é quem mais entende e cuida da paciente A. Tanto o pai quanto a mãe falam desta filha como quem fala sobre um bem adquirido que veio com defeito de fábrica: queixam-se dela constantemente. Fazem listas de queixas e esperam que eu lhes devolva uma filha intacta, sem se aperceberem de o quanto eles precisam dela doente. Devido ao número de fracassos terapêuticos anteriores, nem a família nem a paciente acreditam que algo possa melhorar em suas vidas. Como os pais são pessoas muito preocupadas com as aparências, ter uma filha assim estraga toda e qualquer aparência de sucesso. Desta forma fica evidente a *vingança* da criança contra estes pais. Ao mesmo tempo estes pais tão confusos podem crer que o impedimento ao seu bem-estar é justamente a patologia da filha.

Paciente B

Este é um homem, homossexual, com 33 anos, usuário pesado de crack, cocaína, maconha, com inúmeras internações psiquiátricas por abuso de drogas, quarto filho de uma família de quatro filhos, sendo mulheres os três primeiros. Não trabalha, não estuda e cria confusão o tempo todo por conta da necessidade de dinheiro para comprar cigarro, ou drogas, ou qualquer outra necessidade. O pai, já falecido, separou-se da mãe quando B era um menino pequeno. Pai e mãe sempre se relacionaram muito mal, com muitas brigas e intensa violência verbal.

A mãe, a exemplo do casal anteriormente descrito, traz o filho para terapia e relata o que gostaria que fosse diferente, embora deixe bem claro que não nutre nenhuma expectativa quanto a este tratamento. Afirma: *“Este [tratamento], a exemplo de anteriores, vai ser dinheiro posto fora, porque este daí (apontando para o filho) não tem jeito. Pau que nasce torto morre torto, diz o ditado. E é a mais pura verdade. Tanto ele quanto o pai já nasceram tortos”*. A mãe, com esta comunicação, projeta no filho todo o seu desgosto e mágoa com os homens e particularmente com seu ex-marido. B, *obedientemente*, aceita a identidade e a identificação que lhe são impostas. Em contrapartida passa a vida atormentando esta mãe com suas necessidades financeiras e sua falta de maturidade emocional.

Paciente C

Tem 40 anos, é do sexo masculino, nunca trabalhou, embora tenha dois diplomas de curso superior. Filho único, sempre teve tudo o que entendo que a culpa dos pais os obrigou a dar a este filho. Usuário de maconha até a vida adulta, esporadicamente provou todo tipo de droga na adolescência. Sente-se envergonhado da vida que leva, mas não consegue efetuar nenhuma mudança. Os pais nunca acreditaram no potencial deste homem e, desde muito pequeno, compraram tudo o que achavam que seria bom para ele, inclusive *“amiguinhos com quem brincar”*, pois presenteavam as crianças da vizinhança para que viessem acompanhar o paciente. C vem a tratamento porque não consegue um relacionamento afetivo saudável, assim como não consegue enfrentar um trabalho. Já casou duas vezes e em ambas foi abandonado pela parceira. É incapaz de ver alguma coisa boa em sua pessoa, embora se defenda com profunda arrogância. Ao longo de toda a sua vida sofreu abusos verbais importantes por parte do pai, acompanhados do silêncio passivo da mãe. Hoje tem medo de tudo, inclusive de

fazer um telefonema para se informar de uma vaga para trabalhar. Passa os dias pesquisando qualquer coisa na web.

Mesmo tratando-se de um paciente de quarenta anos de idade, eu solicitei a presença dos pais, que compareceram prontamente. Tão logo passei a examinar a conduta deles com relação ao filho, eles acharam melhor não vir mais. O que queriam era me dizer como eram vítimas deste filho mau e ingrato. Como não endosseï esta versão dos fatos, pois penso que todos são vítimas da dinâmica familiar doentia, particularmente o paciente, estes pais recusaram-se a retornar, embora sigam pagando o tratamento, o que, de alguma forma, me faz crer que não só se sentem responsáveis, mas desejam consertar os equívocos. Isto desde que eles não precisem repensar suas cotas de responsabilidade neste destino, tão difícil para todos, já que este único filho deveria ser a prova da realização plena deste casal que é obstinadamente voltado ao sucesso social e profissional.

Paciente D

Esse homem de 36 anos, usuário grave de cocaína, sem curso universitário, já sofreu envolvimento com a polícia devido a arruaças e também por dirigir embriagado. Já foi preso e já cumpriu pena. No momento está quite com polícia e sociedade. Foi internado para desintoxicação e tratamento de dependência de álcool e cocaína várias vezes. Contudo, sempre interrompeu o tratamento com o consentimento da família.

Pai e mãe são separados. Nunca concordam sobre a melhor forma de lidar com as atuações de D. Se a mãe diz que ele não pode usar o carro, o pai libera o uso do automóvel. Se o pai diz que não vai dar dinheiro para D, a mãe lhe oferece o dinheiro. Chamei o casal para dentro da sala de atendimento, buscando ajudar a uniformizar a conduta deles frente a este filho. Foi impossível, pois o nível de agressão verbal impedia qualquer diálogo. Apesar disto ambos concordam que D é um problema, sem que se deem conta de o quanto eles próprios mantêm este filho refém das identificações projetivas de ambos, depositando em D a responsabilidade por eles, os pais, terem vidas tão infelizes.

Embora estejam separados há muitos anos, seguem ligados através das dificuldades do filho problemático e responsabilizando-o por seus infortúnios, mesmo que o paciente já consiga permanecer longos períodos longe das drogas. Recuperou uma boa aparência física e está trabalhando, mas ainda atende aos pedidos inconscientes dos pais e recai sempre que a mãe ou o pai o torturam com acusações as mais variadas. O paciente atualmente consegue identificar estes

momentos e apressa-se em me solicitar ajuda, evitando assim algumas possíveis recaídas.

Paciente E

Mulher de 62 anos, é solteira, reside com os pais. É interdita judicialmente desde os 35 anos. Mais velha de uma prole de duas crianças, o segundo filho é um homem um ano mais moço do que ela. Nunca casou nem teve filhos, pois os pais não concordavam com suas escolhas afetivas, desejando eles próprios eleger quem deveria ser o futuro genro. cursou duas faculdades, mas nunca trabalhou. Abandonou uma terceira por ocasião da interdição. Foi interdita porque roubava dinheiro dos pais e o gastava em noitadas com amigas e amigos. Teve uma criação muito rígida e relata que, para o irmão, por ser filho homem, tudo era mais fácil.

O irmão é casado, tem filhos. A mãe sempre se mostra *furiosa* quando contrariada e a paciente até a maturidade nunca ousou desobedecê-la. A partir dos 30 anos, no entanto, passou a fazer tudo o que desejava sem se preocupar com as consequências. Trabalha e é independente financeiramente. Veio a tratamento devido a estas condutas e também porque estava dependente de ansiolíticos que usava em altas doses diárias.

No início do tratamento a paciente tinha uma aparência de retardo mental, mas, à medida que foi conseguindo abrir mão dos benzodiazepínicos, revelou-se uma mulher atenta, espirituosa e inteligente. Com um ano de tratamento sua melhora foi espantosa, apesar de já ter passado por vários tratamentos psicoterápicos, analíticos e psiquiátricos. À medida que a paciente melhorava fazia-se evidente o surgimento de condutas antissociais na mãe, francamente acobertadas pelo marido desta. Enquanto E não conseguia melhorar ela servia de companhia para a mãe, e o pai podia sair de casa, trabalhar e viver sua vida. A melhora de E obriga o pai a se ocupar das instabilidades da esposa.

Paciente F

Jovem de 20 anos, F vem a tratamento encaminhada por sua psiquiatra, após uma tentativa de suicídio. Alcoolizada, bateu seu carro contra uma árvore. É uma moça bonita, inteligente, muito bem articulada, de fala mansa e arrastada. Fala baixinho, quase num sussurro. Conta que, sempre que termina um relacionamento, se desespera e acha que a vida é uma droga e que ela não tem

recursos para viver melhor. É a segunda de duas filhas. Tem um irmão mais velho que ambas, de um primeiro casamento da mãe. Este irmão é homossexual. Tanto a mãe quanto a irmã mais velha usam antidepressivos e já tentaram suicídio no passado. Boa aluna, nunca sai de casa, pois a mãe fica muito braba e triste se a deixam sozinha. A irmã mais velha casou-se e a pressão para acompanhar a mãe se intensificou sobre F, que praticamente não percebe o quanto suas necessidades não são levadas em consideração, nem por ela nem pela mãe. Esta tem um diagnóstico de personalidade *borderline* com bipolaridade. Enlouquece caso contrariada e por isto F tenta não ir contra seus mandamentos. O resultado é uma moça infeliz, suicida, incapaz de viver sua vida, mas que está sempre ao lado da mãe, refém do medo de que esta atente contra a própria vida.

Por último gostaria de relatar um episódio que, penso eu, contribui para elucidar o que estou buscando apresentar. Recebo o pedido de um colega para que atenda um jovem de 22 anos. Segundo relato do colega, colhido com os pais, trata-se de uma pessoa muito difícil, rebelde, irascível, que recusa qualquer ajuda psicoterápica e que já interrompeu alguns tratamentos prévios. “*Vai ser muito difícil convencer X a vir se tratar*” foi o que disseram. Propus então que o próprio X fizesse contato comigo, se desejasse atendimento. O caso era urgente, pois X estaria apresentando conduta muito destrutiva, brigando com todos em casa, batendo as portas e saindo enlouquecido para a rua, desaparecendo por muitos dias sem dar notícias. Conforme o verbalizado pelo colega, os pais de X estavam muito preocupados e o tratamento deveria começar em seguida.

Passado um par de dias recebo um telefonema de X, calmo, tranquilo ao telefone. Diz que deseja se tratar, mas só quer este atendimento dentro de cinco semanas, pois estará iniciando suas férias e prefere não começar agora. Tem uma viagem de surf programada. Concordo e, no dia marcado, cinco semanas após, X chega em minha sala de espera quinze minutos antes da hora agendada. Ao entrar, conta que o pai teve uma crise quando X lhe relatou que eu havia concordado em recebê-lo após cinco semanas e não naquele momento. Conversamos algumas vezes e combinamos iniciar o tratamento.

O curioso deste episódio é que, após termos combinado o contrato do nosso trabalho juntos, tanto o pai quanto a mãe se recusaram a pagar pelo tratamento que eles próprios haviam solicitado com tanto desespero e urgência. Minha hipótese é que, ao perceberem que o filho estava sendo ouvido por alguém disposto a confiar em seu relato, interrompeu-se a via de manipulação de X através da violenta identificação projetiva que impunha o papel de *problema* àquele indivíduo indefeso. Sem permitir a interferência dos pais, e concordando em ver X conforme

seu pedido, criou-se a possibilidade de estancar a invasão a que ele estava submetido.

Busquei, através das vinhetas relatadas, exemplificar a violência inconsciente do cuidador contra a mente da criança, seja no caso de um paciente adulto ou não. Violência esta revestida de cuidado e amor pelo ser que está sendo cuidado, a criança. São cuidados e amores que de fato existem. Mas, ao mesmo tempo em que são genuínos, são também esconderijos para a doença emocional do cuidador.

Spillius (1983) salienta que “os impulsos projetados não desaparecem simplesmente quando projetados, mas penetram num objeto e *distorcem a percepção deste último*” (p. 322, grifos meus). Saliento esta frase, pois é este o enfoque que pretendi examinar aqui: a distorção de percepção que a criança pequena tem a seu respeito enquanto seu *self* está sendo constituído. Partes significativas do ego doente de um cuidador podem estar sendo projetadas com violência para dentro do mundo interno daquele ser frágil e imaturo que é a criança. Este tipo de circunstância leva obrigatoriamente a uma confusão de fronteiras entre a criança e o adulto que dela cuida. Como o adulto tem mais poder e credibilidade, exatamente por ser o adulto daquela dupla, a *verdade* é aquela relatada por ele. À criança é vetado o relato e a credibilidade de sua história, até porque nem ela mesma sabe onde a verdade pode estar. Cabe ao analista identificar e interpretar estes processos dinâmicos inconscientes, pois, se não o fizer, corre grave risco de sucumbir a eles e reproduzir o mesmo trauma da infância daquele indivíduo. Dar fé, o ato de fé de que nos fala Bion em 1965, ao relato do paciente identificado é tarefa primordial para se evitar a reprodução do trauma.

São significativas as consequências para a formação do indivíduo quando, em seu desenvolvimento emocional, ele é o receptáculo destas poderosas fantasias da identificação projetiva, particularmente se for o caso de uma criança que depende do amor e cuidado daquele ser que a usa como alvo destas violentas fantasias. Uma consequência imediata é o borramento das fronteiras emocionais entre o cuidador e a criança. Como o cuidador detém o poder de determinar o que pertence a quem e como ele se sente muito culpado pela perturbação da criança, desespera-se. Neste desespero, sua culpa inconsciente o obriga a culpabilizar a criança, que cresce soterrada numa culpa que ela não entende e que, por direito, nem lhe pertence. Além disto aumentam as ansiedades no cuidador a respeito do dano causado ao objeto criança, como resultado da violenta intrusão.

Superproteção e compensações emocionais que visam a diminuir esta culpa passam a fazer parte da confusão que se estabelece entre o adulto e a criança. O adulto precisa ver e sentir que não danificou a criança. Sempre que a criança dá

sinais de dano emocional o adulto se desespera e mais uma vez retoma, e nele se instala, um doentio círculo vicioso de invasão da alma da criança via identificação projetiva de sua culpa.

Outra grave consequência deste processo tão doente é que podem surgir intensas angústias a respeito de retaliações por parte do objeto, em resposta à violenta intrusão. Tudo o que aquela criança fizer, particularmente quando adolecer, poderá ser compreendido pelo adulto como vingança. O resultado é que o adulto reiteradas vezes percebe a criança como um monstro vingativo e passa a lidar com ela como tal. A criança, por sua vez, passa a se perceber da mesma forma e assim se constitui como self, ou seja, um monstro perigoso. Suas ações na vida adulta tenderão a ser em concordância com este papel que lhe foi atribuído e que ela fideliza eternamente. Estas atitudes *monstruosas* podem tornar difícil ao analista dar fé ao relato daquele paciente, que apresenta condutas tão pouco sensatas.

Para piorar este estado de coisas cabe ainda ressaltar a imensa necessidade que o cuidador sente de manter-se tenazmente próximo da criança (mesmo que seja já um paciente adulto), onde partes de seu self foram violentamente projetadas. A criança alvo destas violentas identificações projetivas também não se sente capaz de cuidar de si e de seus interesses, pois sua autoestima é quase nula. Afinal ela é um monstro! Isto é bem nítido de ser identificado na clínica. Os pais frequentemente se queixam que aquele *filho problema* não desgruda deles. A mesma queixa os filhos têm: de que os pais não os deixam em paz. Todos têm razão. Mas não pelas razões que acreditam. Cabe ao analista identificar e interpretar estas dinâmicas.

As implicações técnicas que gostaria de salientar e que me parecem fundamentais para atender estes casos dizem respeito à necessidade fundamental de o analista conectar-se verdadeiramente com a criança sofrida, confusa, que vive oculta dentro do paciente difícil que se apresenta frente a nós à primeira vista. Poder acreditar que atrás daquela fachada de paciente *monstruoso*, drogadito, atuador, mentiroso e falso, existe alguém aguardando esperançosamente por cuidado e compreensão verdadeiros. É preciso gostar muito destes indivíduos para alcançar um bom vínculo e um resultado analítico satisfatório. Eles conhecem a violência e sabem usá-la. Cabe a nós sobrevivermos a esta violência, pois assim eles também poderão sobreviver e crescer para além da violência. □

Abstract

The violence of projective identification

This paper encourages the idea that, when caregivers (parents, or others) are significantly impaired emotionally, they often use the child's mind to deposit anxieties that they are not able to administer in their lives. The intention is to debate on an especial vulnerability situation which impairs the journey of a child towards a satisfactory and healthy emotional life. The focus has to do with the effect of violent projective identification of very sick aspects of the caregivers over the emotional development of the child, who grows under the load of this invasion and much likely will develop a borderline personality. It is important that the analyst gives faith to the patients' discourse, be him an adult, adolescent or child.

Keywords: borderline, violent projective identification, trauma, violence, projective identification.

Resumen

La violencia de la identificación proyectiva

Se defiende aquí la idea de que, cuando los cuidadores (padres, madres u otros) son comprometidos emocionalmente de modo significativo, ellos, con frecuencia, usan la mente del niño para depositar angustias que ellos propios no logran administrar en sus vidas. En este artículo, se pretende discurrir sobre una situación particular de vulnerabilidad que compromete el camino de un niño para disfrutar de una vida emocional satisfactoria y sana. El enfoque dice respecto al efecto que la violencia de la identificación proyectiva de aspectos muy enfermos de los cuidadores tiene sobre el desarrollo emocional del niño. Ésta crece bajo el peso de esta invasión y muy probablemente evolucionará para un cuadro de personalidad *borderline*. Es importante que el analista de fe al relato traído por el paciente, sea él adulto, adolescente o niño.

Palabras clave: *borderline*, identificación proyectiva violenta, trauma, violencia, identificación proyectiva.

Referências

- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac Books, 1984.
- Bion, W.R. (1965). *Transformations*. Londres: Karnac Books, 1984.
- Ferenczi, S. (1909). O conceito de introjeção. In *Obras completas - Psicanálise I*, São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Ferenczi, S. (1932). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- Freud, S. (1895). Sobre a justificativa de se separar da neurastenia uma determinada síndrome intitulada 'neurose de angústia'. *S.E.*, Vol. III.
- Cyrulnik, B. (2001). *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Cyrulnik, B. (2005). *O murmúrio dos fantasmas*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Haundenschild, T. R. L. (2005). *Esboço do trabalho para o 44º Congresso da IPA* (Rio de Janeiro, julho de 2005).
- Spillius, E. (1983). Some developments from the work of Melanie Klein. *IJPA*, 64:321-332.
- Winnicott, D.W. (1952). Letter 26 to Roger Money-Kyrle. In R. Rodman (Ed.), *The spontaneous gesture: selected letters of D. W. Winnicott*. London: Karnac Books, 1999, pp. 38-43.

Recebido em 14/03/2014

Aceito em 16/04/2014

Revisão técnica de **Lúcia Thaler**

Anette Blaya Luz

Rua Álvares Machado, 44/505
90630-010 – Porto Alegre – Brasil
e-mail: anetteluz@gmail.com

© Revista de Psicanálise – SPPA