

SABRINA JACQUES

O LUGAR DO *BORDERLINE* EM WINNICOTT

PUC-CAMPINAS

2015

SABRINA JACQUES

O LUGAR DO *BORDERLINE* EM WINNICOTT

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tania Maria José Aiello-Vaisberg

PUC-CAMPINAS

2015

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9
J19l Jacques, Sabrina.
O lugar do Borderline em Winnicott / Sabrina Jacques. – Campinas:
PUC-Campinas, 2014.
80p.

Orientadora: Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Cam-
pinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

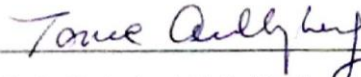
1. Psicologia clínica. 2. Distúrbios da personalidade borderline. 3.
Depressão mental. 4. Psiquiatria. 5. Psicopatologia. I. Vaisberg, Tânia
Maria José Aiello. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t157.9

SABRINA JACQUES


O LUGAR DO *BORDERLINE* EM WINNICOTT

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Tania Maria José Aiello-Vaisberg – Orientadora

PUC-Campinas



Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio Junior



Prof. Dr. Dirceu Antonio Scalli Junior

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr Leopoldo Fulgencio pela confiança.

À Prof^a Dr^a Tânia Aiello-Vaisberg pela disponibilidade em contribuir para o encerramento deste ciclo.

Ao Prof. Dr. João Paulo Barretta pelas valiosas supervisões e pelas discussões que foram decisivas na construção deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Ivan Estevão e ao Prof. Dr. Dirceu Scalli Junior que forneceram preciosas críticas e sugestões no exame de qualificação.

Aos queridos amigos e companheiros de CAPS Marcos, Neide, Raquel e Wilson.

Aos colegas do grupo de pesquisa da PUC-Campinas André, Bruna, Letícia, Marcos, Matheus, Ricardo, Shaienie, Sylvia e Victor pela troca de saberes, conversas e parceria.

À PUC Campinas e a todos os funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Ao Carlos Almeida, à Sophia e à minha família.

Uma coisa é necessária – aqui
neste nosso mundo difícil
de sem-abrigos e desterrados:

Fixares residência em ti.

Entra pela escuridão
e limpa a fuligem da lâmpada.

Para que as pessoas na estrada
possam entrever uma luz
em teus olhos habitados.

Hans Børli

...quando apenas são, somos decididamente
pobres.

D.W.Winnicott

RESUMO

JACQUES, Sabrina. (2015). **O lugar do borderline em Winnicott**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas.

O paciente *borderline* é considerado exemplar da clínica contemporânea. Entretanto, a falta de consenso em torno desta patologia e do tratamento desses indivíduos são prejudiciais ao desenvolvimento científico. Esta pesquisa, de natureza teórica, teve como ponto de partida a tese de André Green de que Winnicott é o psicanalista do *borderline*. No entanto, suas contribuições encontram-se esparsas em sua obra e apresentadas de forma nebulosa e ambígua. Este trabalho objetivou, então, compreender de que fala Winnicott quando se refere ao distúrbio *borderline* e qual o lugar que esta patologia ocupa no seu modo de entender a classificação diagnóstica. A conclusão é a de que o *borderline* ocupa um lugar dentro da categoria das psicoses, distinta da esquizofrenia, mas que engloba todas as patologias do tipo falso *self* e do tipo esquizoide.

Palavras-chave: *Borderline*. Falso self. Winnicott. Psicopatologia. Psicanálise.

ABSTRACT

JACQUES, Sabrina. (2015). **The place of borderline in Winnicott**. Master's Thesis. Pontifical Catholic University of Campinas, Life Science Center, Graduate Program in Psychology, Campinas.

The patient with borderline personality disorder is considered exemplary of contemporary psychoanalysis. The lack of research about the causes of this pathology and the treatment for patients, affects the scientific development of this condition. This research identifies the groundwork of André Green's thesis, which determines that Winnicott's theory formed the basis to understand patients with borderline personality. However, Winnicott's theory is dispersed and presented in an ambiguous manner. This thesis aims to understand what Winnicott's core research was in relation to the development of borderline personality disorder. Also, it will identify where this pathology is situated in the diagnostic spectrum for patient with this disorder. The conclusion is that borderline personality disorder has a place within the category of psychosis, distinct from schizophrenia but encompasses all kind of false self and schizoid pathologies.

Keywords: Borderline. False self. Winnicott. Psychopathology. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	08
1	HISTÓRIA DA NOÇÃO E DO TERMO <i>BORDERLINE</i> NA PSQUIATRIA E NA PSICANÁLISE.....	22
1.1	O desenvolvimento do uso do termo <i>borderline</i> na psiquiatria.....	22
1.2	O desenvolvimento do uso do termo <i>borderline</i> na psicanálise.....	25
2	ASPECTOS GERAIS DA OBRA DE WINNICOTT PARA COMPREENSÃO DO <i>BORDERLINE</i>.....	29
2.1	Integração, não-integração e desintegração.....	31
2.2	Da dependência dupla à independência relativa.....	34
2.3	Agonias impensáveis e estágios iniciais.....	39
2.4	Falso e verdadeiro <i>self</i>	42
3	A NOSOLOGIA PSICANALÍTICA DE WINNICOTT.....	47
3.1	Neurose e Psicose.....	48
3.1.1	Neurose.....	49
3.1.2	Psicose.....	50
3.2	Outros distúrbios.....	52
3.2.1	Depressão.....	52
3.2.2	Tendência Antissocial ou Psicopatia.....	54
3.2.3	Paranoia.....	54
3.2.4	Distúrbio Psicossomático.....	56
3.3	Classificação de acordo com o grau de integração.....	57
4	<i>BORDERLINE</i> EM WINNICOTT.....	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

INTRODUÇÃO

Um violinista no telhado. Parece uma loucura, não? Mas aqui, no nosso vilarejo de Anatevka, pode-se dizer que todos nós somos um violinista no telhado a tentar arranhar uma melodia simples e bela sem quebrar o pescoço. Não é fácil. Você deve querer saber por que ficamos lá em cima já que é tão perigoso... Bem, nós ficamos porque Anatevka é a nossa terra natal... E o que dá equilíbrio à nossa alma? Isso eu resumo em uma palavra: tradição. [...] Sem nossas tradições nossa vida seria tão instável quanto a de um violinista no telhado! (Jewison, 1971).

A epígrafe reproduz o monólogo inicial do filme *Um violinista no telhado*, de Norman Jewison. Uma história que se passa na Rússia czarista do início do século XX, a qual trata do embate entre a tradição e a mudança. Essa ânsia pela liberdade, pela necessidade de rompimento com a tradição, coaduna-se com o dilema analisado por filósofos e poetas da virada do século XIX para o XX, da consciência de liberdade e das múltiplas possibilidades do ser cuja resultante é a angústia. Havia aí um espírito do tempo que lançava a brisa de seus desdobramentos. As rupturas, como marca da modernidade e da hipermodernidade, a insegurança e angústia presentificadas, já davam mostras de que trariam novas consequências à subjetividade humana. De uma era marcada pela rigidez e normas bem delimitadas, passaríamos para uma espécie de volatilidade dos laços, das instituições e das identidades. Olhar para as transformações no tempo e nas ideias não são um julgamento de valor ou uma memória nostálgica do passado, mas uma forma de atentar para as mudanças nos modos humanos e, conseqüentemente, nas patologias que em outros tempos talvez não teríamos notícias, ou seriam poucas as notícias. A nós psicanalistas obviamente é mister acompanhar esses modos de subjetivação que batem angustiados às portas de nossos consultórios e trabalhos institucionais.

Winnicott (1967b), ao dissertar sobre a cultura, afirma que não é possível ser original a não ser em uma base de tradição. A possibilidade de criar o mundo de modo próprio, só pode ser realizada sobre estes alicerces de tradição, os quais fornecem a sustentação da continuidade da história humana, ligação entre passado e futuro. Giddens (1991) declara que “a tradição, em suma, contribui de maneira

básica para a segurança ontológica na medida em que mantém a confiança na continuidade do passado, presente e futuro, e vincula esta confiança a práticas sociais rotinizadas” (p. 95).

Trago esse cenário como pano de fundo ilustrativo para o entendimento acerca do contexto em que o modo de ser denominado *borderline* está inserido, afinal, é a partir do quadro social que as subjetividades se compõem ou, para utilizar a linguagem de Winnicott, o desenvolvimento emocional do ser humano acontece no ambiente e deste depende impreterivelmente para sobreviver. O ambiente “é como o óleo no qual as engrenagens se constituem” (Winnicott, 1988, p. 150), disse certa vez um paciente a Winnicott. As mudanças na estrutura social implicam em novos modos de subjetivação que se apresentam na clínica contemporânea, fenômeno este constantemente abordado na literatura psicanalítica (Costa, 2004; Figueiredo, 2008; Mezan, 1998; Safra, 2004).

Um desses modos é o *borderline*, cuja incidência é cada vez mais frequente nos consultórios, hospitais e instituições (Armony, 2010, 2013; Figueiredo, 2008; Green, 1988; Hegenberg, 2009). Como o entendimento acerca desta patologia ainda é controverso, é altamente relevante contribuir com um maior esclarecimento acerca do *borderline*.

Seguindo nessa linha da tradição, Safra (2009) afirma que a frequência deste quadro clínico advém do mal-estar da atualidade, marcada pela ruína da tradição e da cultura em consequência de uma globalização geradora do despedaçamento do sentido da vida e desenraizamento do ser humano como nunca antes visto. Ainda segundo o autor, “muitos são aqueles que, hoje em dia, tentam equilibrar-se em suas cercas, em seus fiapos de sentidos, fugindo do abismo da não-existência e do não-sentido” (Safra, 2009, p. 6).

É nesse sentido que a metáfora do violinista que toca um instrumento delicado e de grande sutileza equilibrando-se em cima de um telhado vem a calhar, simbolizando a fragilidade da existência humana contemporânea que se equilibra sobre fiapos de tradição. A árvore outrora frondosa agora jaz com poucas raízes, extirpadas pela liquidez característica de nosso tempo, como diria Bauman (2000, 2005).

Sentimento de vazio, sensação de futilidade, tédio, impossibilidade de dar sentido à própria vida são angústias típicas do paciente *borderline*, e também marcas da contemporaneidade. A diferença é que o *borderline* amplia essa angústia a uma proporção muito maior, a qual remete a um inferno pessoal, ou a uma loucura particular como prefere Green (2012).

Além de todas essas marcas, surge ainda a dificuldade em diagnosticar os pacientes. Pude vivenciar essa questão ao trabalhar em equipe multiprofissional em um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial). Pessoas com as mais variadas histórias e que carregavam os mesmos tons de angústia e de vazio. Durante as reuniões de equipe, as dúvidas levantadas se repetiam: qual o diagnóstico possível para essas pessoas polissintomáticas, com sintomas depressivos, meio histéricas, meio “bipolares”, sem perspectivas, entediadas, esvaziadas e com um terrível sentimento de solidão que as acompanha quer estejam em uma festa, quer estejam cruamente sós em suas camas. Além dessas angústias, outro aspecto compartilhado era a coleção de diagnósticos que cada um destes pacientes trazia consigo. Os mais variados “CIDs” já haviam sido indicados: F20 (Esquizofrenia), F41.1 (Ansiedade Generalizada), F32 (Episódios Depressivos) e por aí vai. A necessidade de classificação imposta pela suposta unanimidade dos manuais de psiquiatria só deixava a equipe mais confusa e os pacientes mais angustiados. Trata-se, aqui, de pessoas cuja questão identitária possui enorme fragilidade. Os inúmeros diagnósticos que rotulam tão asperamente alguém ao longo de uma existência marcadamente volátil colaboram apenas para deixá-las ainda mais desorientadas, ainda mais desesperançadas de conseguir encontrar socorro e apoio.

A dificuldade com relação ao diagnóstico do paciente *borderline* não está apenas no âmbito da psiquiatria. Mesmo na psicanálise, ainda são muitas as controvérsias, as quais explicitarei brevemente a seguir.

A psicanálise teve início no final do século XIX com as investigações de Freud sobre as neuroses. Somente algumas décadas depois, Freud elaborou uma teoria das psicoses, teoria esta que se apoiava no conceito de narcisismo e regressão libidinal. O passo seguinte foi uma teorização a respeito da melancolia

incluída por Freud nas patologias narcísicas. Tal evolução teórica levou os psicanalistas a uma oposição que se manteve clássica, aquela entre pacientes neuróticos e narcísicos.

Os pacientes neuróticos são capazes de estabelecer relações objetais e, portanto, de realizar transferência. Já os pacientes narcísicos não mantêm relações objetais e não fazem transferência, o que implica na impossibilidade de seu tratamento.

Com o avanço da clínica psicanalítica, pouco a pouco esta divisão tradicional ficou ameaçada pelo surgimento de casos intermediários, ou seja, pacientes capazes de estabelecer relações de objeto, mas que apresentavam um nível de comprometimento psíquico somente observável em pacientes psicóticos, tais como automutilação, agressividade descontrolada (*acting out*), sentimento de vazio, etc.

Estes pacientes pouco a pouco foram identificados como um grupo refratário àquela divisão diagnóstica inicial e, na medida em que se aprendeu a identificá-los, passou-se a constatar a sua frequência maior do que se imaginava anteriormente. Um desses distúrbios intermediários é o *borderline*, cuja definição adquiriu diversos significados por diferentes autores.

Em artigo de 1967, o psiquiatra e psicanalista Otto Kernberg (1986) foi o primeiro a oferecer um lugar próprio para o *borderline* e cunhou o termo “organização *borderline* de personalidade” como uma entidade que descreve de modo mais preciso os pacientes que apresentam uma organização patológica da personalidade que é estável e específica, e não um estado transitório que oscila entre neurose e psicose. O autor distingue o paciente *borderline* a partir de três critérios: 1) a difusão da personalidade pela falta de integração do *self* e pela falta do conceito de outras pessoas; 2) mecanismo de defesa baseado na dissociação e 3) teste de realidade preservado, o que não ocorre na psicose.

Já o psicanalista Andre Green (1988) utiliza o termo “fronteiriço” e acredita que um conceito único subjaz aos assinalamentos descritivos e compõe todo um campo cujos limites são vagos. Para o autor, a futilidade, a falta de consciência de

presença e contato limitado são expressões do vazio, esta marca do paciente fronteiro. No entanto, são pessoas que circulam na esfera social desempenhando seus papéis suficientemente bem, constroem família, vão a festas, trabalham, etc. No divã é que surgem outros aspectos ou, como o autor bem percebeu, surge a “loucura particular”. Se em seu início a psicanálise apresentou a “noção do teatro particular do histérico, agora precisa lidar com estes pacientes submetidos à sua loucura particular” (Green, 2012, p. 17).

Seguindo com os psicanalistas, em seu *Vocabulário de Psicanálise*, Laplanche e Pontalis (2001) descrevem muito brevemente a patologia *borderline*. Utilizam a expressão “caso-limite” e basicamente explicam que se trata de uma esquizofrenia na qual sintomas neuróticos se apresentam com a função de proteção contra uma irrupção da psicose. Os autores também chamam a atenção para a incerteza e falta de rigor como marcas da definição teórica da patologia *borderline*.

Naffah Neto (2007) compreende o *borderline* de modo mais geral, relacionado à ideia de pessoas que vivem na fronteira entre a neurose e a psicose e, dentro desta categoria, concorda com uma subdivisão em dois conceitos, a personalidade “como se” (termo cunhado por Helen Deutsch) e a personalidade esquizoide. Sobre Winnicott, Naffah Neto (2010) adianta que, quando aquele define a patologia esquizoide como “introvertida” e a diferencia de outra patologia limite delineada como “extrovertida” (em que não há acesso ao mundo interno, onde ocorre o sonhar), fica-se com a impressão de que esta pode ser a última definição mais particular de Winnicott para o termo *borderline*. Contudo, refere que Winnicott faleceu sem esclarecer e dar maior desenvolvimento a esta hipótese.

Outro psicanalista que se dedicou à compreensão do fenômeno *borderline* é Nahman Armony. Ao buscar em Winnicott embasamento para a sua tese a respeito do que ele nomeia como “*borderline* brando”, afirma encontrar grande dificuldade em expor o pensamento de Winnicott sobre o *borderline*. Armony explica que Winnicott utiliza o termo *borderline* poucas vezes e, quando o faz, o vincula à psicose e esquizoidia deixando os três termos em proximidade, o que permite, às vezes, tomar um termo pelo outro ou supor um deles como uma reunião dos três (Armony, 2013).

Armony (2013) postula que há dois tipos de *borderline*, o brando e o pesado. O *borderline* brando, que estaria próximo ao conceito de normalidade, traz semelhanças com o homem pós-moderno e relaciona-se com o ambiente não através da culpa (neurose), mas da recriação mágica. Já o segundo tipo, chamado pesado (patológico), é polissintomático, com problemas na área afetiva, impulsivo, com forte tendência para a dependência a qual é reativamente negada em muitos casos, excesso de identificação projetiva, etc. Enfim, é o tradicionalmente estudado pela psicanálise e pela psiquiatria.

A partir destes exemplos acima, só para citar alguns representantes das mais variadas linhas teóricas, chama a atenção que esta ambiguidade conceitual gera confusão e é perniciosa para o desenvolvimento científico de tal modo que seu esclarecimento se faz necessário.

Tal ambiguidade é também percebida na obra de Winnicott. O autor não possui elaborações teóricas claras acerca do lugar do *borderline* conforme já comentado por Naffah e Armony. Winnicott compreende os casos fronteirços como aqueles que podem apresentar sintomatologia e inibições típicas de quadros depressivos ou mesmo neuróticos, mas que mascaram falhas nas etapas iniciais do desenvolvimento emocional, tendo, portanto, caráter psicótico. São pacientes que não obtiveram êxito em conquistar sua identidade unitária, referente à separação do eu e o não-eu, permanecendo assim sempre no dilema entre viver e não viver, o que é o ser, qual o sentido da vida, ou, para citar o próprio Winnicott (1967b): “sobre o que versa a vida?” (p. 138).

Objetivo

Este trabalho consiste, então, em compreender do que fala Winnicott quando se refere ao distúrbio *borderline* em meio aos seu artigos, qual o lugar que esta patologia ocupa no seu modo de entender a classificação diagnóstica, bem como a teoria que este autor elaborou – se é que elaborou – sobre essa patologia, e a herança que ele deixou para a clínica psicanalítica destes pacientes.

Apesar de a proposta do trabalho ter um objetivo teórico, seu interesse maior é o de contribuir para o trabalho clínico e institucional, de modo a oferecer cuidado e apoio a pessoas, os que sofrem e os que tratam de experiências privadas de loucura.

Perspectiva Teórica

Winnicott é um autor reconhecido internacionalmente. Foi um teórico prolífico especialmente no que tange à clínica psicanalítica. Suas elaborações apresentadas a partir de um texto aparentemente simples possuem no fundo um caráter subversivo e em até certo sentido perigoso (Newman, 2003). Seus livros possuem traduções para diversos idiomas e sua obra é pesquisada e investigada por estudiosos de diversos países. Cada vez mais é amplamente admitido que o pensamento de Winnicott ofereceu um rico avanço na teoria e prática psicanalíticas (Abram, 2008).

Estudiosa dedicada ao desenvolvimento da obra de Winnicott, Jan Abram, em artigo de 2008, fornece um guia para compreensão da trajetória teórica de Winnicott o qual é dividido em duas partes. Na primeira são descritos os arquivos e publicações; na segunda parte consta uma divisão em quatro seções, a primeira (1919-1934) explicita as bases sobre as quais Winnicott fundou seu pensamento – seu percurso desde o encontro com a pediatria e a psicanálise até sua formação e o contexto histórico do movimento psicanalítico na época –, e outras três grandes fases teóricas que seguem orientadas cronologicamente. São elas:

- 1) **A configuração ambiente-indivíduo (1935-1944):** Duas principais formulações que se relacionam entre si são apontadas: o entendimento de que o bebê é um ser humano e a inexistência do que chamamos “bebê” – pensamento central para a formulação da sua teoria da relação pais-bebê. Gradualmente percebe que há algo de errado na psicanálise. Através do que

ele chamou de “jogo da espátula”¹, nota que bebês podem adoecer emocionalmente e que o complexo de Édipo se originaria antes do tempo postulado por Freud. Também faz parte dessa época seu trabalho como consultor para evacuação de crianças durante a II Guerra Mundial, o que o conduziu a elaborar as concepções de tendência antissocial e *holding*. Nesse período, Winnicott publicou 40 artigos sobre saúde e desenvolvimento infantil.

- 2) **Fenômeno Transicional (1945-1959):** Claramente a maior conquista teórica desta fase é o conceito de Fenômeno Transicional, criado a partir da concepção de não-integração primária. O enfoque aqui é o entendimento de como o ego pouco desenvolvido do bebê é fortalecido pelo ego materno por meio de identificação inconsciente da mãe com o estado de dependência absoluta do lactente, e também o início da realidade interna pelos processos de integração, personalização e realização. Nesta fase Winnicott começa a se afastar de Melanie Klein e novas elaborações surgem a partir do discurso crítico com os novos conceitos kleinianos. A autora frisa, contudo, que Winnicott não rejeita a teoria kleiniana totalmente, haja vista a ênfase que ele deposita no mundo interno e o emprego rigoroso da técnica freudiana asseverado pelo próprio Winnicott.
- 3) **O uso de um objeto (1960-1971):** Conceito crucial que trata da sobrevivência psíquica do objeto. Nos últimos anos Winnicott parece dirigir cada vez mais seu discurso a Freud e menos a Klein. É nessa fase que ele trata da menina Piggie, de 27 meses, supostamente a última criança por ele atendida. Nestes 11 anos suas preocupações são de cunho filosófico, indagações sobre o que faz a vida valer a pena de ser vivida e o que é que confere ao ser humano o sentimento de sentir-se real. Escreve 100 artigos sobre o desenvolvimento infantil e 70 trabalhos dirigidos à comunidade psicanalítica.

¹ Trata-se de um modo delimitado de observação de bebês no qual Winnicott permanece sentado em frente à mãe com o bebê de idade entre 5 e 13 meses sentado no colo dela. Em cima da mesa, de alcance fácil para o bebê, é colocada uma espátula (abaixador de língua) brilhante. Winnicott conclui que uma sequência de três fases acontece sobre como o bebê estende a mão interessado na espátula.

Outra autora dedicada ao desenvolvimento do pensamento de Winnicott é Elsa Oliveira Dias. Ela compreende a obra de Winnicott a partir do que ela nomeou de “teoria do amadurecimento pessoal” e defende que tal teoria é a espinha dorsal de todo o trabalho teórico e clínico de Winnicott, o horizonte teórico – e não uma teoria dentre outras – a partir do qual todas as outras formulações devem ser compreendidas. (Dias, 2003).

O avanço histórico do pensamento de Winnicott divide-se, segundo Dias (2003), em três fases: a partir de 1940 até 1951, com a publicação de seu artigo acerca dos objetos transicionais; fase da década de 1950, quando Winnicott resolve tomar um caminho próprio no que concerne às elaborações teóricas; e a fase que se inicia na década de 1960, na qual são apresentadas as noções de tendência inata ao amadurecimento e de objeto subjetivo.

A autora compartilha da opinião que a obra de Winnicott rompe com a psicanálise anterior (Freud e Klein) em muitos aspectos, dentre eles, a técnica analítica. Dias aponta que a prática clínica tradicional se guia por um método específico de trabalho que não pode ser generalizado na clínica winnicottiana, isto é, a “interpretação dos conflitos inconscientes relativos a elementos reprimidos” (Dias, 2008). Isto se verifica porque o modo de tratamento e sua condução são determinados pela necessidade do paciente, a qual varia amplamente consoante a natureza do distúrbio.

De outro modo, Fulgencio (2014) defende que a psicanálise precisa de uma teoria do desenvolvimento que acomode sua esfera de problemas bem como a resolução de problemas. O autor argumenta que a teoria do desenvolvimento trazida por Freud é a teoria da sexualidade, exposta em termos de progresso dos instintos, enquanto que em Winnicott temos uma teoria do desenvolvimento emocional, a qual inclui o modo como a vida instintual é conduzida nas relações interpessoais. Isto quer dizer que a teoria de Winnicott contém duas linhas paralelas: desenvolvimento do ego (continuidade de ser, ser a partir de si mesmo) e desenvolvimento do *id*, a qual é “focada na administração das pressões instintuais antes e depois que a conquista da unidade do sujeito psicológico tenha sido feita” (Fulgencio, 2014, p. 9).

Sobre a questão diagnóstica em Winnicott, Busnardo (2011) revela que Winnicott realizou uma “redescrição nosográfica [...] na medida em que o autor reformula o modo de entender as psicopatologias e suas particularidades” (p. 13). Em Winnicott o diagnóstico é compreensivo, e fornece um guia para a forma de abordagem do terapeuta. Busnardo (2011) expõe que “a origem e as características da doença, as necessidades do paciente e seu manejo, além do tipo de dinâmica relacional com a qual o psicoterapeuta deverá lidar em um tratamento associado à determinada doença” (p. 11) são características importantes e que se relacionam entre si na construção do diagnóstico.

A classificação psicopatológica proposta por Winnicott possui um sentido de maneira a oferecer um entendimento acerca da pessoa que apresenta determinado modo de ser, assim como auxiliar na condução do tratamento clínico. Nesse sentido, Busnardo (2011) estrutura a classificação nosográfica winnicottiana em duas partes elementares:

- a) **Neurose e psicose:** Winnicott considera essa uma divisão vantajosa, já instituída. Não obstante, o autor vai além e acrescenta, a partir de seu aporte, novas dimensões, a saber: integração do ego, maturidade e desenvolvimento emocional, dependência, bem como novas perspectivas no tocante à gênese, à dinâmica e ao tratamento.
- b) **Outras patologias:** depressão, psicopatia ou tendência antissocial, paranoia, *borderline* ou personalidade limítrofe e distúrbios psicossomáticos. É relevante destacar que estas patologias, comumente, apresentam predominância de ordem psicótica ou neurótica. Como exemplo Busnardo (2011) cita a depressão, considerada por Winnicott como um distúrbio entre a neurose e a psicose, a qual é disposta de duas formas, a depressão psicótica que, como o nome diz, aproxima-se mais da psicose e, de outro modo, a depressão reativa, mais próxima da neurose.

Por fim, Andre Green atribui a importância de Winnicott para a psicanálise aos seus desdobramentos acerca do tema do *borderline*. O psicanalista francês

afirma que, “sem sombra de dúvida, Winnicott foi quem permitiu que se pudesse compreender essas categorias na fronteira da psicose”² (Green, 2011, p. 50) e reitera a importância de Winnicott para a compreensão dos pacientes *borderline* localizando-o em um dos vértices da triangulação que, segundo o autor, é a formulação mais sólida e completa da psicanálise, a qual se arremata nas outras duas pontas com Freud e sua teoria das neuroses, e Bion, com suas formulações para a clínica de pacientes psicóticos.

Diante disso, essa dissertação busca esclarecer o que Winnicott entende como patologia *borderline*, de modo a auxiliar no diagnóstico e tratamento desse tipo de paciente. A importância disso reside no fato de que Winnicott marcou seu lugar na história da psicanálise através de seus estudos sobre o *borderline* apesar de, contraditoriamente, não explicitar o lugar que este distúrbio ocupa em seu modo de organizar a classificação diagnóstica.

Método

Com o foco no tema proposto, esta pesquisa, de natureza teórica, foi realizada por meio de uma leitura sistemática e crítica da obra de Winnicott. Foi feita uma análise conceitual e estrutural da obra desse autor, a partir de uma leitura minuciosa com o intuito de encontrar suas principais formulações acerca da patologia *borderline*.

² No original: “Winnicott, there is no doubt about it, was the one who allowed us to understand these conditions at the frontier of psychosis”.

Com o fito de esclarecer quais são os caminhos para a realização de uma pesquisa teórica pura, Fulgencio (2013) explica ser necessário retomar o “que já foi produzido diretamente por um autor central e, indiretamente, pelos autores secundários que desenvolveram esse tema”. No caso do tema desta pesquisa, é um estudo teórico que busca compreender um conceito essencial na obra de Winnicott, a patologia *borderline*, mas que se encontra disperso na extensão de sua obra, o que dá margem a interpretações muitas vezes descontextualizadas ou nebulosas em virtude da carência de uma sistematização.

O método hermenêutico, enquanto proposta de leitura e interpretação, pode orientar pesquisas que tomam um texto ou obra de um autor como seu objeto de estudo. Essa tarefa de interpretação deve seguir um princípio básico que recomenda que cada parte da obra de um autor seja compreendida considerando a obra como um todo, e que a totalidade da obra seja iluminada por suas partes (interpretação da totalidade em sua relação com as partes e vice-versa). Desta forma, para Gadamer (2008), o entendimento hermenêutico depende deste círculo hermenêutico, que explicita o constante movimento de oscilação entre uma parte de um texto e seu significado total.

Entretanto, na medida em que esse método se aplica adequadamente aos trabalhos de cunho filosófico, o procedimento realizado nesta pesquisa faz um determinado recorte da perspectiva hermenêutica, optando por uma determinada compreensão do todo da obra, já estabelecida por alguns de seus comentadores.

A obra de Winnicott foi percorrida no presente estudo com o objetivo de buscar as referências do autor em relação ao fenômeno *borderline*. Seguindo os princípios hermenêuticos, o todo da obra foi compreendido a partir de seus textos (partes), e o(s) caso(s) clínico(s) e principais textos utilizados (partes) foram analisados à luz da totalidade da teoria winnicottiana. É importante salientar que essa compreensão da totalidade se apoiou ainda na literatura secundária (comentadores de Winnicott) e em uma noção do todo já construída a partir das discussões conceituais e epistemológicas dedicadas à obra do autor, considerando a trajetória e o contexto histórico em que os textos foram escritos.

O objetivo é fornecer uma amostra de como Winnicott formula e tenta resolver esse problema empírico-clínico, buscando esclarecer sua compreensão em relação à patologia *borderline*, bem como sua aplicabilidade e contribuição psicossocial na atualidade.

Nesse sentido, a compreensão geral das ideias de Winnicott foi construída a partir de autores atuais que têm produzido significativamente estudos com o fito de expandir o pensamento de Winnicott, como Jan Abram (Abram, 2008), Adam Phillips (Phillips, 1988), André Green (Green, 2011, 2012), Lesley Caldwell (Caldwell & Joyce, 2011), Martine Girard (Girard, 2010), Alfredo Naffah (Naffah Neto, 2007, 2010), Nahman Armony (Armony, 2010, 2013), Elsa O. Dias (Dias, 2003) e Leopoldo Fulgencio (Fulgencio, 2004, 2010).

Mais especificamente, os textos fundamentais de Winnicott percorridos com o intuito de encontrar seu entendimento acerca da problemática *borderline* são, principalmente: “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (Winnicott, 1955c), “Contratransferência” (Winnicott, 1960a), “Teoria do relacionamento parental-infantil” (Winnicott, 1960c), “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (Winnicott, 1965d) “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?” (Winnicott, 1965h), “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” (Winnicott, 1965m), , Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil (Winnicott, 1965vd), O uso de um objeto e relacionamento através de identificações (Winnicott, 1969i-b), além do livro *Natureza Humana* (Winnicott, 1988), dentre outros.

Desenvolvimento

O trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro foi realizado um percurso na história do distúrbio *borderline* na Psiquiatria e na Psicanálise em geral.

O segundo capítulo foi elaborado com o objetivo de explicitar os aspectos gerais da obra de Winnicott que interessam à contribuição dos *borderlines*. Foram

elucidados os conceitos que compõem a teoria do desenvolvimento afetivo de Winnicott e, igualmente, sua teoria acerca dos distúrbios psíquicos, especialmente relacionada às psicoses e seus conceitos-chave, a saber, a noção de integração, dependência, agonias impensáveis, e falso e verdadeiro *self*.

No terceiro capítulo foi apresentada a classificação dos distúrbios psíquicos conforme Winnicott organizou no decurso de suas pesquisas.

Em seguida, no quarto e último capítulo foi realizada uma análise das referências de Winnicott ao tema do *borderline* em sua obra.

Por fim, foi realizada uma conclusão na tentativa de fornecer o resultado que foi possível alcançar para o esclarecimento sobre o que Winnicott entendia ser o *borderline* e qual o lugar que este ocupa em sua nosografia.

1 HISTÓRIA DA NOÇÃO E DO TERMO *BORDERLINE* NA PSQUIATRIA E NA PSICANÁLISE EM GERAL

1.1 O desenvolvimento do uso do termo *borderline* na psiquiatria

Borderline é um termo composto por duas palavras da língua inglesa, *border*, que quer dizer fronteira, borda, margem, fazer limite com algo e *line*, que significa linha³.

Dalgarrondo e Vilela (1999) esclarecem que a ideia de se elaborar uma categoria para os distúrbios mentais que não apresentam sintomas explícitos de “loucura” é antiga na história da psiquiatria. Para os autores, Pinel (1801) com sua mania sem delírio (*manie sans délire*), Prichard (1835) com sua insanidade moral (*moral insanity*) e Esquirol (1838) com as monomanias, podem ser considerados pioneiros no desenvolvimento do conceito de *borderline*. No entanto, é no conceito de “*heiboidophenie*” desenvolvido por Kahlbaum em 1890 que os autores identificam uma semelhança ao que hoje conhecemos por transtorno *borderline*.

O trabalho de Kahlbaum abre caminho para que, em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler apresente novas concepções sobre o assunto a partir de seu estudo sobre as esquizofrenias. Ele menciona um grupo de pacientes que, apesar de apresentarem conduta social tradicional, trazem elementos psicóticos implícitos, quadro batizado por ele de esquizofrenia latente. Esta será ratificada mais tarde, em 1921, por seu discípulo Rorschach. Estes mesmos tipos de pacientes serão descritos ainda por: Zilborg com o termo “esquizofrenia ambulatorial” em 1941; Stern, em 1938, é o primeiro a utilizar o termo *borderline*; Helen Deutsch, 1942, descreve a personalidade “como se”; Hoch e Polatin, em 1949, nomeiam “esquizofrenia pseudoneurótica”; o trabalho de 1953 de Robert Knight, responsável por consolidar o termo *borderline* e, enfim, em 1967, o trabalho de Otto Kernberg

³ Dicionário Oxford escolar para estudantes brasileiros de inglês. Oxford University Press, 2007.

acomodou o grupo clínico dos *borderlines* em uma categoria com direito próprio (Dalgarrondo & Vilela, 1999; Etchegoyen, 2004).

Importante salientar que, apesar do estabelecimento do termo, a definição permaneceu imprecisa e o consenso entre os autores continuou distante. Dalgarrondo e Vilela (1999) asseveram que, se de início a ideia de *borderline* constituiu-se de modo bastante impreciso e abrange desde os sintomas de tipo neurótico, transitando pelos distúrbios de personalidade, até o espectro psicótico, mais recentemente foi percebida a necessidade de um lugar específico para a patologia *borderline*.

No levantamento histórico realizado pelos autores, estes relatam que o termo *borderline* era localizado no espectro das psicoses, relacionado à esquizofrenia, e que nos manuais da APA e da OMS, respectivamente DSM-II e CID-9, “o termo *borderline* é praticamente sinônimo de esquizofrenia latente” (Dalgarrondo & Vilela, 1999, p. 58). Sua organização e conclusão eram impossibilitadas pela carência descritiva, reconhecendo, assim, a fragilidade desta categoria, a qual ainda acolhia todas as formas de esquizofrenias mal definidas e sem os sintomas clássicos (Dalgarrondo & Vilela, 1999).

Seguindo com os autores, “é apenas com o advento de novo sistema diagnóstico de 1980, o DSM-III, que a situação nosotóxica e nosológica do quadro *borderline* vai se definir de modo radicalmente novo” (p. 58). Na 3ª edição do manual americano, o panorama *borderline* passa do espectro da esquizofrenia para o espectro do transtorno de personalidade e dele decorrem duas derivações: o distúrbio esquizotípico de personalidade e o distúrbio *borderline* de personalidade. A partir daí, *borderline* deixa de ser uma vaga noção de estados intermediários entre a neurose e a psicose, e passa a ser “um distúrbio específico de personalidade, no qual comportamentos impulsivos, autolesivos, sentimentos de vazio interno e defesas egoicas muito primitivas seriam predominantes” (Dalgarrondo & Vilela, 1999, p. 53).

Em edição posterior, o DSM-IV firma o nome de Transtorno de Personalidade *Borderline* é definido como “um padrão invasivo de instabilidade dos

relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos” e deve preencher cinco ou mais critérios de um total de nove descritos no manual:

- (1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado. Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5
- (2) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
- (3) perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de *self*
- (4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente). Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5
- (5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante
- (6) instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)
- (7) sentimentos crônicos de vazio
- (8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)
- (9) ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos⁴.

Em sua 5ª e última edição, o DSM não realizou alterações quanto à nosotaxia do *borderline*.

Seguindo com os manuais descritivos das doenças mentais, temos que na CID-10, editada pela Organização Mundial de Saúde, o tipo *borderline* (F60.3) está incluído no capítulo dos “Transtornos de personalidade emocionalmente instável”. Este transtorno se subdivide em 2 tipos; o Tipo Impulsivo e o Tipo *Borderline*, o qual é caracterizado por:

Perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas⁵.

⁴ Disponível em: http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=164

⁵ Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

Dessa forma, enquanto os manuais de psiquiatria contribuem com suas descrições sintomatológicas observáveis na tentativa de classificar o *borderline* no rol das patologias oficiais, é a partir da psicanálise que é possível oferecer um lugar para o sofrimento deste paciente e dar sentido às suas experiências. Não entrarei na discussão sobre os caminhos e descaminhos que os manuais psiquiátricos vêm tomando. Apesar das críticas levantadas a esse respeito por diversos especialistas⁶, não faz parte do objetivo deste trabalho levantar essa discussão, embora seja bastante pertinente.

Seguiremos, então, com a história do *borderline* na psicanálise, ainda que as duas histórias não tenham um caminho tão separado assim, haja vista que muitos psiquiatras eram também psicanalistas. É interessante notar que a contribuição da psicanálise ao entendimento deste distúrbio teve uma participação determinante na consolidação do termo.

1.2 O desenvolvimento do uso do termo *borderline* na psicanálise

Etchegoyen (2004) explica que a entidade clínica *borderline* consolidou-se graças aos psicanalistas americanos e atribui ao psicanalista Adolph Stern o pioneirismo na introdução do termo em um artigo escrito em 1938. O trabalho refere-se a pacientes cujas características particulares não se enquadram nas categorias de neurose e psicose, bem como apresentam um modo especial de transferência na qual o narcisismo e uma relação de extrema dependência são pontos predominantes e impõem a necessidade de modificação da técnica. Contudo, ainda aí não há uma distinção clara sobre a proximidade com a neurose ou psicose.

Helen Deutsch, psicanalista, descreve em 1942 um tipo de paciente denominado por ela como *as if*, ou “como se”. A autora explica que este tipo de caso

⁶ Ver: <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/home>

tem a peculiaridade de suscitar a pergunta: o que há de errado com ele(a)? Não apresenta comportamentos incomuns, possui intelecto preservado, expressa as emoções de modo apropriado. Porém, a despeito disso tudo, “algo intangível e indefinível se impõe entre a pessoa e seus colegas e, invariavelmente, dá lugar à pergunta: o que está errado?⁷” (Deutsch, 1986, p. 75). Quer dizer, é uma personalidade que apresenta certa adequação para lidar com as relações sociais cotidianas, mais superficiais, mas que no bojo, manifestam grande dificuldade nos relacionamentos que demandam maior intimidade, maior contato afetivo.

É apenas em 1952, todavia, que uma nova entidade surge, a partir da leitura do trabalho de Robert P. Knight (1986) intitulado “*Borderline States*”. Neste artigo, Knight qualifica o *borderline* pela fragilidade de algumas funções egoicas como integração, formação de conceitos e juízos; e pela conservação de outras, por exemplo, a adaptação à realidade, atributo que o distingue da psicose.

A partir daí alguns autores, especialmente dos Estados Unidos e da Inglaterra, vinculam os casos *borderlines* à esquizofrenia e às personalidades esquizóides; outros associam à psicose maníaco-depressiva, dentre eles Paz, Bergeret, Grinberg e López. Entretanto, foi com Otto F. Kernberg, que o *borderline* deixou de ser uma mistura de casos de diagnóstico impreciso para se tornar uma “entidade clínica com direito próprio” (Etchegoyen, 2004, p. 111).

Com o intuito de sublinhar a especificidade da categoria *borderline*, em 1967, Otto Kernberg delimita o que ele nomeia de “organização *borderline* da personalidade”. Este autor se destaca dentre outros que colaboraram para que o termo *borderline* deixasse de ser uma mixórdia composta de neurose, psicose e todo tipo de caso considerado difícil ou “inclassificável” para se estabelecer como categoria de direito próprio. O autor salienta como sintomas relevantes a ansiedade persistente e difusa, a neurose com múltiplos sintomas e as predisposição sexual perverso-polimorfa. Acrescenta ainda pacientes com traços paranoides intensos, esquizóides, hipomaníacos, toxicomaníacos e impulsivos. O afeto predominante é a

⁷ No original: “*something intangible and indefinable obtrudes between the person and his fellows and invariably gives rise to the question, ‘what is wrong?’*”

raiva. O autor distingue o paciente *borderline* a partir de três critérios: 1) a difusão da personalidade pela falta de integração do *self* e pela falta do conceito de outras pessoas; 2) mecanismo de defesa baseado na dissociação e 3) teste de realidade preservado, o que não ocorre na psicose (Etchegoyen, 2004; Kernberg, 1986).

Laplanche e Pontalis em seu Vocabulário de Psicanálise (2001) descrevem o “caso-limite” como uma psicopatologia localizada no limite entre a neurose e a psicose, especialmente esquizofrenias latentes que configuram uma sintomatologia com aspecto neurótico cuja função é a de exercer uma defesa contra o rompimento da psicose. Também no verbete confirmam a incerteza dos mais variados entendimentos acerca da expressão “caso-limite” e reconhecem que foi graças à psicanálise que a categoria de casos-limite ganhou destaque.

Hegenberg (2009) afirma que nos trabalhos de Freud os estados-limite já estão descritos apesar da nomenclatura não estar presente. Não há referência ao termo *borderline* na obra freudiana.

Contudo, sua contribuição obviamente não deve ser descartada da discussão, pois é a partir da introdução do tema do narcisismo em 1910 que a noção de ego se desenvolve e se complexifica. Para Hegenberg (2009), Freud optou por debruçar-se sobre a questão da histeria e da castração, em detrimento do aprofundamento do tema do *borderline*, mesmo tendo-se deparado com as mais variadas questões ao longo de seu percurso clínico e salienta que:

Uma das questões complicadas para Freud entender o *borderline* é que este encontra-se imerso na relação com o outro, dependente dele, angustiado com separações, necessitando de uma relação a dois, precisando encontrar um analista presente enquanto ele mesmo. Apesar de precisar de limites, o *borderline* não está demandando castração, mas um encontro com um analista que existe enquanto pessoa, e não apenas enquanto qualidade transferencial, concepção esta mais próxima da de Winnicott do que da de Freud. (p. 24)

O autor ainda encerra com a afirmação de que a inclinação teórica e clínica sobre o *borderline* que ocorre atualmente ocupa o lugar do estudo sobre a histeria característico do século XIX. Tal afirmação vai ao encontro do raciocínio de André

Green (1988) que também pondera nesse sentido: “Se a psicanálise se iniciou com a noção do teatro particular do histérico, agora precisa lidar com estes pacientes submetidos à sua loucura particular” (p. 17).

Em uma passagem do texto de 1930, “O mal-estar na civilização“, há um trecho em que Freud comenta sobre a importância da introdução do tema do narcisismo em sua teoria e registra que “o conceito de narcisismo tornou possível apreender analiticamente a neurose traumática, assim como a psicose e *muitas afecções vizinhas a esta* [itálicos meus]”⁸ (Freud, 1930, p. 85). Quer dizer, ao indicar sobre afecções vizinhas à psicose, Freud, apesar de não utilizar o termo *borderline*, revela reconhecer a existência não de uma, mas de muitas patologias que não se enquadrariam no modo de ser neurótico e tampouco psicótico, porém que, no seu entendimento, estariam localizadas muito próximas desta última.

A partir de sua experiência clínica, o psicanalista Alfredo Naffah (2007) propõe uma subdivisão do *borderline* em dois tipos: a personalidade esquizóide e a personalidade “como se”, inspirado em Helene Deutsch. O autor apresenta seu entendimento acerca do *borderline* como aqueles “indivíduos que vivem nas bordas, ou seja, nas fronteiras entre a neurose e a psicose” (p.80) e salienta que em períodos mais saudáveis os pacientes podem apresentar uma dinâmica equivalente a neurótica a partir de um falso *self* bem adaptado. Por outro lado, em momentos mais críticos quando a defesa falso *self* falha, precipita-se a dinâmica psicótica.

Dito isto, pudemos compreender brevemente o entendimento de alguns teóricos da psicanálise a respeito do tema *borderline*. Há basicamente dois modos de entendimento acerca dessa patologia, uma que localiza o *borderline* na fronteira entre a neurose e a psicose, com características que se alternam entre estas duas condições, e outra, que oferece um lugar para o *borderline*, ou melhor, um vasto território cujas fronteiras delimitam seu espaço de modo fluido, absorvendo um tanto de psicose numa ponta, e um tanto de neurose na outra, local onde ainda há muito a ser explorado.

⁸ No original: “den Psychosen nahestehende Affektionen”.

2 ASPECTOS GERAIS DA OBRA DE WINNICOTT PARA COMPREENSÃO DO *BORDERLINE*

Antes de analisarmos as contribuições de Winnicott acerca da temática *borderline*, bem como sua compreensão clínica e tratamento a respeito destes casos, a título de embasamento, é importante tomar como ponto de partida um breve entendimento de sua teoria do desenvolvimento emocional, a qual pressupõe que é na relação inicial mãe-bebê que são estabelecidas (ou não) as bases da saúde psíquica e é por ele considerada a “espinha dorsal” (Winnicott, 1984e, p. 241) de seu trabalho teórico e clínico.

O desenvolvimento emocional tem dois elementos principais: a tendência inata à integração e uma provisão ambiental satisfatória. Esta afirmação serve de guia para compreender a saúde e fundamenta certa parte da teoria dos distúrbios psíquicos, já que sua ênfase recai sobre os estágios iniciais e as tarefas fundamentais que estão em jogo neste momento essencial do desenvolvimento humano, quando são erigidas as bases da personalidade e da saúde psíquica.

A tendência inata à integração, como o próprio nome diz, o indivíduo traz consigo ao nascer e é a sua herança mais valiosa. Entretanto, não sucede automaticamente, sua potencialização somente ocorre se houver um ambiente facilitador, ou seja, aquele que inicialmente se dá com plena adaptação às necessidades da criança através de cuidados suficientemente bons. Isto só é possível a partir do conceito de *holding*, ou seja, o suporte físico e emocional proporcionado pela mãe (Winnicott, 1960c; 1965vd).

O ambiente no pensamento de Winnicott possui participação efetiva e necessária não só na implantação da doença, mas principalmente no estabelecimento da saúde. Este ambiente suficientemente bom é garantido pela mãe que está identificada com seu bebê, o que o autor denominou de "preocupação materna primária". Com o tempo, esta adaptação diminui na medida em que o bebê passa a experimentar reação à frustração, necessária ao seu amadurecimento. O

ambiente (mãe) possibilita a experiência da continuidade de ser até que o indivíduo alcance a integração em uma unidade, um senso de existir. Integração, diz Winnicott (1971f), é a "palavra-chave" (p. 11) que contempla quase todas as tarefas do desenvolvimento.

Esta jornada do desenvolvimento emocional é descrita através de três estágios básicos: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Para Winnicott, o valor desta compreensão acerca do desenvolvimento humano "é que ela nos permite estudar e discutir ao mesmo tempo os fatores pessoais e ambientais" (Winnicott, 1965r, p. 80).

Para Winnicott, o indivíduo humano possui uma pré-história que até então havia sido pouco explorada. Através da sua experiência com bebês e psicóticos, Winnicott introduziu estas fases iniciais brevemente descritas acima em que ainda não há um eu constituído. Para ele, "o estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional de todo ser humano" (Winnicott, 1984h p. 47).

A relação que há entre a teoria do amadurecimento e a dos distúrbios psíquicos, está no ponto em que ocorreu a falha ambiental caracterizada por um padrão, ou seja, são falhas que se repetem nos cuidados iniciais. Não se trata de um acontecimento isolado. As tarefas das fases iniciais não são conquistadas em virtude da ocorrência de falhas ambientais padronizadas (Dias, 2003).

Na doença, que significa imaturidade emocional para a idade cronológica, há um estancamento no amadurecimento. As tarefas das fases iniciais não são conquistadas devido a falhas ambientais padronizadas. Há uma interrupção na continuidade de ser, o que leva o indivíduo a uma reação defensiva de modo a não reviver a agonia impensável. A psicose é em si mesma uma defesa que aprisiona o indivíduo impedindo-o de viver. Sua dificuldade primeira é a do contato com a realidade. Acerca dos psicóticos, explica-nos Winnicott:

Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida – o tratamento bem-sucedido de um psicótico permite que o paciente comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida. (Winnicott, 1988, p. 100)

Winnicott afirma que os pacientes psicóticos nos forçam a encarar um tipo de problema básico: “sobre o que versa a vida?” (1967b, p. 137)

Veremos, então, mais detalhadamente neste capítulo as noções de integração; de dependência; de agonias impensáveis e de verdadeiro e falso *self*.

2.1 Integração, não-integração e desintegração

Em *Natureza Humana*, Winnicott (1988) explica que, nas teorias psicológicas, normalmente entende-se a integração como garantida. Entretanto, sua experiência o levou a perceber que o estabelecimento de um eu unitário é uma conquista do ser humano que se inicia nos momentos iniciais da vida. O autor, então, postula que há um estado inicial de não-integração de onde parte a possibilidade de integração. Esse estado inicial se refere a uma ausência de noção espaço-temporal e de consciência.

Gradualmente, a partir de pequenos momentos de integração do bebê, é que o estabelecimento do eu em uma unidade se consolida. Estes pequenos momentos ocorrem a partir do cuidado físico e também de o bebê ter suas exigências instintivas atendidas no momento em que ele necessita. Assim, o bebê paulatinamente adquire confiança na consistência dos cuidados e na previsibilidade do ambiente, bem como na sua capacidade criativa, o que o protege de agonias impensáveis e evita o surgimento de defesas que impedem a continuidade do desenvolvimento emocional. Em consequência disso e da maior capacidade de apreender a realidade, o bebê se dá conta de sua dependência em relação ao ambiente, o que já significa, para Winnicott, uma diminuição da dependência. Ele

passa a se localizar no tempo mas não é o tempo do mundo externo, mas o tempo subjetivo, característico desta etapa. Esta conquista se baseia na unidade que só pode ser alcançada a partir de cuidados maternos suficientemente bons. Winnicott explica que:

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. (Winnicott, 1945d, p.224)

Quer dizer, ao bebê é permitido vivenciar momentos de integração a partir de uma tarefa materna essencial de cuidado: o *holding*. Este se caracteriza pelo segurar da mãe, não apenas o colo corporal, mas a sustentação psíquica está aí também incluída. A mãe junta os pedaços do bebê quando necessário e de um modo característico que os pais sabem como fazer. Winnicott observou que, de um modo natural, em geral, a mãe, ao pegar o bebê no colo, realiza os movimentos através de etapas as quais se iniciam com a advertência à criança de que ela será manipulada, em seguida, com a colaboração desta, sua acomodação ao colo e, por fim, singelo deslocamento, com início meio e fim, de modo que seja compreensível para o bebê (Winnicott, 1947b). Lembrando que esta observação em torno dos gestos tem caráter apenas descritivo para compreensão dos cuidados. De nada adianta ensiná-los a alguém que os realiza de modo mecânico e impessoal.

Também, nestes momentos iniciais, o fluxo que consiste em uma excursão de um estado de não-integração para a integração e posterior retorno a não integração ocorre a partir das experiências instintivas. Neste caso, o bebê, quando em estado de relaxamento, é acossado por alguma exigência instintual, ele transita para um estado de excitação que contém a propriedade de possibilitar a experiência de juntar o *self* do bebê como um todo, oferecendo uma experiência de consciência de si (Winnicott, 1988).

A edificação do *self* se tornará uma realidade a partir destes dois tipos de experiências – ambiental e instintiva – ao mesmo tempo em que o bebê humano aos poucos utiliza a memória para incorporar e reter a herança destes cuidados recebidos, tornando, através da aquisição da possibilidade de cuidar de si mesmo, a

integração cada vez mais confiável, enquanto a dependência paulatinamente diminui. A integração, então, segundo Winnicott:

Significa responsabilidade, ao mesmo tempo em que consciência, um conjunto de memórias e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana. (1988, p. 140)

Neste ponto, quando a integração torna-se um fato na curta vida do indivíduo, “a palavra desintegração revela-se mais apropriada para descrever o negativo da integração do que o termo não-integração” (Winnicott, 1988, p. 137). A partir daí, nos depararemos novamente com a não-integração apenas nos momentos relaxados de pessoas saudáveis ou no contexto analítico.

Isto porque, segundo o autor, a desintegração é uma defesa sofisticada tanto contra a integração, quanto contra a não-integração, através da produção ativa de caos para se proteger da insegurança gerada pelo meio, ou seja, a da ansiedade impensável disparada em decorrência da falha materna de carregar o bebê em segurança – *holding*. Apesar deste caos fabricado ser prejudicial, sua vantagem reside no fato de estar dentro da área de onipotência do bebê, ou seja, é uma criação dele, o que torna, em termos psicanalíticos, algo passível de ser analisado, ao passo que as ansiedades impensáveis não o são (Winnicott, 1965n).

O controle da desintegração pode proteger também da integração alcançada através do alto preço de uma reação à intrusão de fatores externos em excesso, ou ainda, de uma integração adquirida de modo que o relaxamento fica impedido, por ter se tornado uma integração altamente defendida, estereotipada e hiperenfaticada.

Winnicott recorre volta e meia em seus textos ao personagem Humpty-Dumpty, o ovo sentado em cima de um muro com o qual Alice – a do País das Maravilhas – se depara na conhecida história de Lewis Carrol:

Neste contexto, gostaria de citar a figura de Humpty Dumpty. Trata-se de um personagem que acabou de alcançar a integração, tornando-se um único todo, e recém emergiu do conjunto ambiente indivíduo, de modo que ele se vê em cima do muro, não mais sustentado com devoção. Ele está num momento visivelmente precário de seu desenvolvimento emocional,

multíssimo vulnerável a uma desintegração irreversível (Winnicott, 1953a, p.313).

Com esta ilustração, ele demonstra que o processo de integração, uma vez alcançado, não é uma garantia. Esta é uma aquisição delicada do acontecer humano e nunca pode ser entendida como assegurada, tal é a fragilidade dessa conquista, a qual nunca alcançará um ponto final ao longo de toda a existência do indivíduo.

A partir da noção de integração, a qual ocorre desde os primeiros instantes de vida, o tema da dependência pode ser apresentado, uma vez que esta tarefa do bebê só pode ser alcançada a partir de uma provisão ambiental suficientemente boa na fase inicial da vida humana, denominada dependência dupla ou absoluta, época quando, segundo Winnicott (1965r), “se lançam as bases para a saúde mental futura” (p. 82).

2.2 Da dependência dupla à independência relativa

No período que abarca os três ou quatro primeiros meses de vida humana, a unidade aqui é considerada por Winnicott como dois-em-um, ou seja, a dupla mãe-bebê, e a mãe é experienciada pelo bebê como objeto subjetivo. Diz ele: “No início, o indivíduo não é uma unidade. Para o observador externo, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo” (Winnicott, 1953a, p. 308).

É nesse contexto que é possível compreender sua famosa frase na qual ele afirma que “aquilo a que chamamos bebê não existe”. O que ele quis dizer é que não se vê um bebê sem que se depare também com sua mãe ou com quem quer que seja o cuidador responsável. O bebê só existe na presença deste outro, em dupla. Não há uma unidade estabelecida, um *self* que possa afirmar ser ele uma entidade individual separada do ambiente externo. O ambiente é externo apenas do

ponto de vista do observador. A dependência aqui é máxima e o cuidado materno não é percebido, ou seja, o bebê não se dá conta de sua dependência.

Do ponto de vista do bebê não há noção alguma de externalidade, separação eu/não-eu, tempo e espaço. Fazem parte desta fase as seguintes etapas: solidão essencial, quando o bebê passa da não-comunicação para o contato; a experiência do nascimento, que não é traumática em si mesmo, só o é quando ocorre antes do tempo do bebê ou tardiamente, quando seu impulso não foi levado em conta e a primeira mamada teórica, apesar de a amamentação ser a questão central, não se trata de mera alimentação, mas do início do contato com a realidade (Dias, 2003).

Nesta fase inicial, o bebê está envolvido com três tarefas fundamentais para o estabelecimento da saúde psíquica: integração no tempo e no espaço, alojamento da psique no corpo e início das relações objetais. Em correspondência, as tarefas maternas são: *holding*, manejo e apresentação de objeto. Há ainda uma quarta tarefa em andamento: a constituição do *self* a partir de uma rotina de repetições de experiências de integração (Dias, 2003).

As experiências descritas para a integração também podem ser aplicadas à localização da psique no corpo, a qual é alcançada a través da segunda tarefa chamada de personalização. Tudo o que se refere aos cuidados com o corpo do bebê, a experiência com sensações na pele, bem como as de relaxamento e excitação são o que promovem a personalização, que nada mais é do que o indivíduo atingir a possibilidade de habitar o próprio corpo. É importante registrar aqui que, para Winnicott, a psique e o soma, no início estão indiferenciadas. Somente a partir das experiências descritas é que psique e corpo podem unir-se em uma parceria psicossomática. O cuidado dispensado refere-se ao *handling* (manejo), que faz parte da tarefa básica de sustentação (*holding*).

Nesse período de realidade subjetiva, com um sentido espaço-temporal próprio, a relação de objeto é correspondentemente subjetiva. O que ocorre é que o bebê, a partir de uma necessidade que pode ser instintual, cria uma expectativa. A mãe suficientemente boa, identificada com o bebê, oferece a ele o que é esperado exatamente no momento em que a necessidade surge. Dessa forma, o bebê tem a

ilusão de criar aquilo que ele precisava naquele instante podendo experienciar a onipotência de fato. A esta tarefa materna nomeia-se apresentação de objetos. É nesta área de ilusão de onipotência que o bebê pode começar a ser.

É imprescindível assinalar que todas estas tarefas têm como condição de possibilidade um ambiente suficientemente bom. Na ausência de tal ambiente a integração é comprometida, o que permite o surgimento de agonias impensáveis, uma espécie de angústia primitiva, angústia esta que não é registrada, não faz parte da narrativa. Aqui, o que está em jogo é existir e sentir-se existindo ou deixar de existir. Winnicott (1965n) fornece quatro exemplos de agonias impensáveis: 1) desintegração; 2) cair para sempre; 3) não ter conexão com o corpo e 4) carecer de orientação. Winnicott assinala que:

O que vemos clinicamente é sempre uma organização de defesa, até mesmo no autismo e na esquizofrenia infantil. A agonia subjacente é impensável. É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano). (1974, p. 72)

Ou seja, a fim de proteger o *self* dessas agonias, o indivíduo desenvolve defesas que vão da desintegração da personalização à falsa adaptação. Cada uma dessas defesas dá origem a um tipo de patologia. Para Winnicott, são três os tipos de patologias básicas derivadas de uma falha ambiental – trauma, para Winnicott – nessa etapa inicial a saber: a esquizofrenia, o tipo esquizoide e o falso *self* patológico.

As tarefas da mãe nesta fase podem ocorrer porque ela se encontra em um estado especial de total devotamento à criança. Ela dedica uma adaptação ativa e sensível às necessidades do bebê de modo a favorecer a experiência de ilusão, a qual possibilita que o bebê crie o mundo a partir dele mesmo, sem precisar reagir a intrusões ambientais, Segundo Winnicott, a alternativa a ser, nesta fase, é reagir:

Todos os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se devotar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o *vir-a-ser* de seu nenê.

Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser. (1965r, p. 82)

Desse modo, caso os primeiros meses de vida do bebê tenham como padrão a necessidade de se proteger de uma irritação ou intrusão, sofrendo, assim, uma quebra na sua continuidade de ser, a tendência inata à integração sofre interferências sérias, prejudicando o estabelecimento de um *self* unitário que abarque experiências de passado, presente e futuro.

Ao contrário, caso esta fase transcorra sem maiores acontecimentos que perturbem esse vir-a-ser, com relativa ausência de reações, as bases para a saúde mental, então aí estarão semeadas.

A partir daí, o bebê caminha para a fase da dependência relativa, cuja característica passa pelo início de uma desadaptação gradual da mãe, a qual propicia o processo de desilusão, quando o bebê deixa para trás a ilusão de onipotência e passa a tomar conhecimento da necessidade que possui dos cuidados maternos (Winnicott, 1960c). É aí que o desmame pode começar a acontecer.

A ideia que começa a ser estabelecida aqui é a da existência de uma membrana limitadora, a partir da qual é possível alcançar a percepção de que há um interior e um exterior, e mais adiante, um eu e um não-eu. Isso abre as portas para que o indivíduo possa começar e se sentir responsável pela sua experiência instintiva, a qual muitas vezes atinge seu objeto de amor, a mãe, que passa agora a ser vista como alguém também dotado de um eu, que por sua vez implica em senti-la como pessoa inteira e, conseqüentemente, a “dona” do seio, agora visto como uma parte dela e não do bebê.

Nesta fase, que dura aproximadamente de 6 meses a 2 anos (Winnicott, 1965r), também são iniciados: os processos mentais impulsionados pelas pequenas falhas que ocorrem no ambiente; a transicionalidade, uma nova área da experiência, marcada por um caráter objetivo e subjetivo ao mesmo tempo; e o uso do objeto, quando estes passam a fazer parte do mundo externo. Agora o bebê não é mais o objeto, como na dependência absoluta, mas possui o objeto. Por último, o estágio do

EU SOU, que marca o final da dependência relativa, quando, por volta de um ano e meio, o ser humano se percebe enquanto existência unitária e habita o seu próprio corpo. É aí que ele se dá conta do ambiente e adquire, se tudo caminhou bem, a capacidade para se preocupar com o outro (Dias, 2003).

Dando continuidade à jornada do desenvolvimento emocional, quando tudo corre bem, a criança obtém a partir daí uma capacidade cada vez maior para ir ao encontro do mundo – ou de encontro a ele, quem sabe... Assim, chega agora ao período do complexo de Édipo, quando se defrontará com as nuances do relacionamento triangular já descrito por toda a psicanálise anterior à Winnicott. Daí parte para a ampliação de seu repertório de relação com o mundo, e passa a se identificar com a sociedade (Winnicott, 1965r).

Neste ponto, explica Winnicott que “a independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes” (Winnicott, 1965r p. 80). Portanto, o indivíduo se identifica com a sociedade sem que isso necessariamente acarrete em uma renúncia à sua espontaneidade pessoal. Esta afirmação denota um aspecto da maturidade e, conseqüentemente, da saúde, já que para o autor estes dois termos são praticamente sinônimos (p.80).

Importante salientar que esta divisão das fases proposta por Winnicott é de cunho pedagógico de maneira a facilitar o entendimento e conseqüente apreensão de suas ideias. O próprio autor afirma que:

A dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. As tarefas primitivas jamais são completadas. (Winnicott, 1988, p. 52)

Todas as conquistas que o indivíduo alcança ao longo de sua existência não podem ser consideradas como garantidas nem tampouco estanques. O indivíduo está, desde o instante de seu surgimento, em constante devir.

2.3 Agonias impensáveis e estágios iniciais

Tratemos agora da ansiedade considerada por Winnicott como psicótica. O autor explica que, enquanto nas neuroses é a ansiedade de castração que está por trás da organização das defesas, nos fenômenos psicóticos o que se apresenta é uma ansiedade impensável contra o colapso do assentamento de um *self* unitário. Colapso, aqui, significa o fracasso de uma organização de defesa contra uma forte ansiedade derivada de uma falha ambiental.

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade de ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. (Winnicott, 1960c, p. 47)

O bebê sente como se estivesse sofrendo um aniquilamento de seu ser, uma vez que continuar a ser é tudo o que constitui sua incipiente existência. Ele reage a algo imprevisível, deformando sua capacidade para construção de confiança no ambiente. A agonia que ele sente é impensável, ou inimaginável, porque ainda não há um eu consciente do mundo externo para nomear tal ansiedade, o indivíduo não estava lá para vivenciá-la, ou seja, para abarcar dentro de sua área de onipotência (Winnicott, 1974).

Se o bebê pudesse falar, diria: aqui estava eu, desfrutando uma continuidade de ser [...] De repente, duas coisas terríveis aconteceram: a continuidade do meu ser, que é tudo que possuo atualmente em termos de integração pessoal, foi interrompida. (Winnicott, 1964c, p. 37)

A interrupção na continuidade de ser é vivenciada pelo bebê como uma aniquilação por ter sido submetido a um intenso sofrimento mental. Por trás da organização defensiva há um conjunto de acontecimentos cuja alternativa foi apenas reagir, pois aqui ainda não há a capacidade de pensar devido ao momento de extrema imaturidade do bebê. Ocorre aí uma inversão no processo de amadurecimento.

A ideia aqui, basicamente, é a de que o bebê esperava por algo, entretanto, esse algo não aconteceu, deixando-o rendido frente ao caos de seu desamparo. A

alternativa que ele tem é defender-se de modo a não reviver essa agonia, ou seja, proteger-se para não reviver aquilo que na verdade não ocorreu. Porque não ter vivido algo esperado é diferente de perder algo que já se teve um dia.

Quanto às variedades de agonias impensáveis listadas por Winnicott, em seu importante texto “O medo do colapso” (1974), são elencadas as seguintes agonias e suas respectivas defesas:

1. Retorno a um estado não integrado (Defesa: desintegração)
 2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/*self-holding*)
 3. Perda do conluio psicossomático, fracasso do alojamento da psique no corpo (Defesa: despersonalização)
 4. Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc)
 5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do *self*)
- E assim por diante. (Winnicott, 1974, p. 72)

A proposta desta passagem, então, é que o entendimento acerca de uma determinada agonia pode ser feito a partir de sua correspondente defesa, a qual pode ser relacionada à tarefa com a qual o bebê estava envolvido no momento em que a falha aconteceu, ou seja, no contexto analítico é possível compreender o grau de maturidade do indivíduo de acordo com o tipo de defesa apresentado.

No primeiro caso, mais imaturo, a defesa apresentada contra um estado de desintegração causado por uma falha na sustentação do indivíduo, é de produção ativa do caos. Apesar de este caos controlado ser tão ruim quanto a insegurança do ambiente, ainda assim há a vantagem de estar contido na área de onipotência do bebê.

A agonia seguinte, remete a falhas tanto na sustentação quanto no manejo. É através destas tarefas que o meio ambiente pode, pouco a pouco, tanto reunir as partes do bebê e integrar seus pedaços em uma unidade, quanto protegê-lo do efeito da gravidade, uma novidade para o bebê que até pouco tempo era protegido por todos os lados quando ainda na vida intrauterina. A alternativa a isso é a permanência do bebê em um constante estado de alerta, impedindo-o de alcançar um relaxamento e que persiste na idade adulta.

Outra agonia listada é a perda da coesão psicossomática, derivada da falha na aquisição da personalização. A pessoa não sente que habita o próprio corpo e o sentimento de irrealidade é marcante.

A quarta agonia citada remete à perda do senso de real, cuja defesa ele descreve como uma utilização do narcisismo primário, considerado por ele como “o único estado a partir do qual o ambiente pode ser criado” (Winnicott, 1988, p. 151). Nesse caso, a experiência do contato com a realidade é que deveria ter sido oferecida pela mãe de modo suficientemente bom. A mãe apresenta o mundo ao bebê em pequenas doses, para usar a linguagem de Winnicott e, assim, o princípio de realidade pode ser suportado de acordo com as possibilidades do bebê. A mãe aqui não pode se ausentar por um período muito longo. Caso isso ocorra, o bebê perde a memória viva da presença da mãe dentro de si e termina por afundar em intensa agonia cuja única saída é a volta para o investimento em si mesmo e o não repúdio ao não-eu.

Por último a agonia da perda de relacionamento com objetos a qual se relaciona ao estágio da transicionalidade. Neste caso, já está configurada certa noção de externalidade e a tarefa da mãe compete em falhar, pois agora a criança já possui maturidade o suficiente para suportá-las e adquirir certo distanciamento para que seja possível a experiência de criação da externalidade a partir do indivíduo. Se a crença de se relacionar com os objetos externos é perdida, uma defesa de permanecer em um estado autista pode emergir, com prejuízo da comunicação com a realidade externa.

Em outro texto intitulado “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, Winnicott registra nova classificação e afirma ser cada uma delas a chave de um aspecto do crescimento normal:

1. Desintegração
2. Cair pra sempre
3. Não ter conexão alguma com o corpo
4. Carecer de orientação (Winnicott, 1965n, p. 57)

A lista acima descreve de modo mais sintético a categorização anterior e não há a necessidade de maiores explicações. O que importa aqui é que Winnicott parece manter um padrão de definição das agonias impensáveis e afirma, inclusive, serem estas aqui reproduzidas a essência das ansiedades psicóticas as quais, segundo ele assevera “pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizoide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos” (Winnicott, 1965n, p. 57), ou seja, trata ele aqui do *borderline*.

Um dado esclarecedor quanto aos termos empregados, é que, apesar do uso do termo ansiedade ser corrente, Winnicott (1974) assinala que esta palavra não tem força suficiente para representar o estado em que o bebê mergulha diante dessa invasão. Ele recorre, como vimos, ao termo agonia para tal.

Como vimos, o vazio é um sintoma característico do distúrbio *borderline*. Para Winnicott (1974), este sentimento pode ser compreendido a partir da ideia de medo do colapso. Ele explica que o paciente precisa experienciar o vazio pertencente a um passado quando o indivíduo ainda não tinha maturidade suficiente para experienciá-lo. Não é um trauma, mas algo de bom que poderia ter acontecido mas que não aconteceu, alguma provisão necessária que não foi oferecida deixando o bebê no vácuo. Isso torna a lembrança ainda mais difícil, uma vez que o indivíduo desconhecia o que poderia ter sucedido, apenas pode sentir que algo poderia ter acontecido mas não aconteceu.

2.4 Falso e verdadeiro *self*

Winnicott esclarece que este tema por ele desenvolvido não é novidade tanto na psiquiatria descritiva quanto no pensamento filosófico e religioso, e inclusive na psicanálise. Ele explica que Freud já havia apreendido a noção de falso *self* em suas primeiras formulações. Winnicott vincula a divisão em falso e verdadeiro *self* à divisão proposta por Freud do *self* composta por uma parte voltada para dentro (que

chamou sexualidade pré-genital e genital), e outra parte voltada para fora e que mantém relações com o mundo exterior (Winnicott, 1965m).

O tema do falso *self* é desenvolvido com base nas experiências de Winnicott como pediatra, a partir do atendimento às mães e seus bebês e como psicanalista de pacientes *borderline*, os quais necessitam experienciar, no contexto analítico, uma fase de regressão à dependência (Winnicott, 1965m). Tal necessidade decorre do fato de que, estes pacientes, desenvolvem defensivamente o funcionamento mental para dar conta de intrusões ambientais excessivas as quais produzem um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego: “a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de *self* verdadeiro e falso” (Winnicott, 1965vi, p.15).

Como já descrito anteriormente, o desenvolvimento inicial é caracterizado pela continuidade de ser e assim seguirá sem maiores percalços a partir da capacidade de adaptação sensível e ativa da mãe devotada comum, que é suficientemente boa. Caso o ambiente deixe de se adaptar, causando um desapontamento no bebê, isto será sentido como uma intrusão que resulta na quebra da continuidade de ser, porque o bebê se dá conta da existência do ambiente antes do tempo. O caminho que resta, aqui, é reagir. (Winnicott, 1954a).

A reação perturba o seguir vivendo porque ocorre com base em uma submissão. O bebê reage para sobreviver e precisa dar conta de tensões para as quais ainda não está preparado devido ao grau de imaturidade em que ainda se encontra. A dependência aqui é absoluta. Ele então necessita utilizar capacidades intelectuais que ainda não possui de modo a conseguir escapar da ansiedade causada pelas intrusões – importante lembrar aqui que as intrusões referem-se tanto a um excesso como a uma falta/negligência.

Uma questão aqui é que certa quantidade de falhas são necessárias para o desenvolvimento mental. Elas permitem que o bebê possa paulatinamente adquirir a possibilidade de tolerar as falhas, por meio de uma compreensão, e então liberar a mãe da adaptação total. Assim o funcionamento mental vai se desenvolvendo de maneira gradual e sem a necessidade de um desenvolvimento defensivo. Na saúde, o ambiente é quem cuida do psicossoma, enquanto que nas perturbações, a mente

acaba por usurpar as funções do ambiente resultando no estabelecimento de um falso *self* patológico cuja base é a submissão (Winnicott, 1954a).

A falha neste ponto exacerba ao invés de curar a cisão na pessoa total do bebê. Em vez do relacionamento com a realidade exterior atenuado pela utilização da onipotência ilusória, desenvolvem-se dois tipos diferentes de relação objetal, que podem existir desconectados um do outro a ponto de constituir uma grave doença, que eventualmente se fará notar na forma clínica como esquizofrenia. (Winnicott, 1988)

A dissociação do ego em verdadeiro e falso *self* indica dois modos de relação. Por um lado, o verdadeiro *self*, oculto e protegido, cuja base está na capacidade que o bebê tem de criar. De outro, o falso *self*, erigido a partir da sujeição do indivíduo ao ambiente, cujo modo de relação com a realidade exterior só pode ser vivido de modo passivo e complacente, sem a capacidade criativa. Quanto mais extrema a cisão, mais grave a patologia desenvolvida.

O falso *self*, então, é considerado por Winnicott uma organização defensiva cuja função é “ocultar e proteger o *self* verdadeiro, o que quer que este possa ser” (Winnicott, 1965m, p.130). É a partir do *self* verdadeiro que a vida pode ser sentida como real, já que ele em ação é o próprio gesto espontâneo. Já a existência a partir de um falso *self* é sentida como fútil, vazia, acompanhada de um sentimento de irrealidade. Somente o verdadeiro *self* pode ser analisado.

Esse dilema da reação X espontaneidade possui diversos graus de organização, os quais são descritos por Winnicott em seu texto capital intitulado “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” (Winnicott, 1965m). São cinco classificações que vão de um grau extremo à normalidade. Farei um resumo a seguir na tentativa de abordar um pouco de cada uma delas.

No extremo da organização, o falso *self* é percebido pelas outras pessoas e inclusive pelos analistas como a pessoa real, tamanho é o enraizamento da defesa, enquanto que o verdadeiro *self* permanece escondido por temor da ameaça de ser aniquilado. No entanto, o *self* falso pode malograr em situações de convívio que exijam maior proximidade, como no âmbito pessoal e profissional, quando a necessidade de um relacionamento mais próximo e autêntico se fizer presente.

Em um grau menos extremo, o falso *self* permanece em defesa do verdadeiro, ao qual é concedido viver secretamente porque este é sentido como potencial e precisando ser protegido de uma condição ambiental adversa. Nestes casos observa-se uma doença com um objetivo positivo, na qual parece habitar uma esperança de ser descoberto. Porque pior do que se perder é não ser encontrado, como nos lembra Winnicott.

Na terceira forma, já mais próxima da normalidade, o falso *self* se empenha na busca de condições que propiciem a eclosão do verdadeiro *self*. O indivíduo vive em busca de algo que dê sentido a uma existência experimentada como irreal e desprovida de significação. Para este modo de estar no mundo, há uma grande dificuldade em fazer concessões diante das exigências sociais, muitas vezes marcadas pela necessidade do uso de “máscaras”. Esta situação é percebida como uma traição ao verdadeiro *self* e é sentida pelo paciente como algo inadmissível. Nestes casos o desfecho pode ser o suicídio, como modo de evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro por meio da destruição do *self* total.

No caminho ainda mais próximo da normalidade há o quarto tipo e último patológico, em que o falso *self* é construído sobre identificações. Houve neste casos uma boa experiência inicial, com elementos integrativos o suficientes para capacitar o indivíduo à identificação. Apesar de demonstrar um tanto de necessidade de adaptação ao meio, ainda com certa submissão a fim de poder corresponder às expectativas do ambiente, há aí envolvido um movimento conciliatório entre mundo externo e interno, de preservação do verdadeiro *self*.

Por fim, na normalidade, o chamado falso *self* instrumental é utilizado a fim de que a coexistência social seja possível. O indivíduo mantém certa polidez e nível de concessão de modo que a convivência não seja uma afronta ou algo da ordem do insuportável.

Esta classificação se faz necessária de sorte que as diversas gradações de falso *self* possam ser esmiuçadas e compreendidas. Winnicott enfatiza a importância deste conceito que instala uma nova maneira de compreender os distúrbios

psicóticos. O diagnóstico acerca do falso *self* é considerado por Winnicott mais importante do que qualquer outro tipo de classificação. Justamente dentro da psicanálise esse entendimento é essencial, de modo que análises intermináveis e frustrantes poderiam ser evitadas, caso o analista não ficasse iludido em realizar uma análise de um falso *self*.

3 A NOSOLOGIA PSICANALÍTICA DE WINNICOTT

Winnicott irá pensar uma ampla gama de patologias psíquicas à luz de sua teoria do desenvolvimento o que o leva a uma reorganização dos distúrbios psicopatológicos e a introdução de novos distúrbios. No centro de seu ponto de vista inovador estão as noções de dependência ambiental e amadurecimento. É por causa disso que Winnicott diz que “os distúrbios mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras” (Winnicott, 1963c, p. 200-201).

Em sua obra ele mantém a tese da importância fundamental do ambiente suficientemente bom para o amadurecimento do indivíduo humano. Isto é, de um lado há o bebê, na largada pela conquista de sua maturidade emocional e, de outro, um ambiente que pode ou não ser um facilitador dessa aquisição, ou seja, que age de modo a oferecer a sustentação necessária para que o desenvolvimento saudável ocorra ou que, de outro modo, sendo invasivo tanto pelo excesso quanto pela falta, acaba por interromper esse processo de amadurecimento. Neste caso, apesar da passagem do tempo e do desenvolvimento físico e intelectual mantém-se uma imaturidade que, quando confrontada com a realidade social, irá desencadear angústias mais ou menos primitivas contra as quais o ego irá se defender gerando as psicopatologias. O resultado disso será algum tipo de distúrbio, o qual se define a partir do acordo nascido desse encontro cuja formulação poderia ser algo como: fase do desenvolvimento emocional em que o indivíduo se encontra + resposta do ambiente (retaliadora) = ansiedade -> defesa -> distúrbio psíquico. Logicamente que fórmulas assim servem apenas para auxiliar no entendimento de forma didática. De maneira alguma deve ser utilizada como uma espécie de regra ou solução fácil para o entendimento de toda a sorte de patologias psíquicas.

Para Winnicott há distúrbios que derivam da deficiência ambiental e há os distúrbios de natureza instintual. Nos primeiros incluem-se as psicoses e a tendência antissocial e nos segundos a neurose e a depressão patológica (reativa), sendo que nesta última o fator ambiental também se apresenta pois depende do fato de a mãe

sobreviver. Nas psicoses e tendência antissocial a diferença principal está na privação por que passa o indivíduo no primeiro tipo e na deprivação no segundo caso. Na privação o indivíduo foi despojado de algo que nunca recebeu, enquanto que na deprivação, a pessoa sente que o ambiente retira algo que ela já possuiu algum dia.

A seguir serão expostas as categorias nosológicas tal como concebidas por Winnicott

3.1 Neurose e Psicose

Neste tópico, os distúrbios foram classificados em duas grandes categorias: psicose e neurose. Winnicott considera essa uma divisão elementar e aceita por praticamente todos os analistas. Um ponto importante aqui, é que em uma nota de rodapé de seu texto “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à contribuição psiquiátrica?”, Winnicott comenta que utiliza o termo psicose para abranger toda desordem emocional que não componha o conjunto das neuroses ou da depressão neurótica, pois não vê serventia em “inventar uma palavra nova” (1965h, p. 120).

Entretanto, Winnicott afirma que “esta classificação grosseira tem uma utilidade limitada” (1988, p.34) e que ao se deter clinicamente na doença psicótica, é possível verificar a necessidade de uma maior sofisticação no entendimento da patologia, um desmembramento talvez. Além disso, considera também que essa divisão básica entre neurose e psicose “é simples demais. Há três complicações que tenho que mencionar, para que vocês fiquem satisfeitos com o que estou dizendo” (Winnicott, 1989vi, p. 54). As complicações às quais ele aqui se refere são a depressão, a paranoia e a psicopatia.

3.1.1 Neurose

Winnicott afirma ao longo de sua obra que seu entendimento acerca das neuroses segue o curso que a psicanálise já havia traçado desde Freud. Ele define:

Neurose é o termo empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais. Os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que, se se tornam organizadas em um estado relativamente rígido, se qualificam para o rótulo de neurose. (Winnicott, 1963c, p. 197)

Quer dizer, por organização psiconeurótica, Winnicott entende como aquela derivada dos conflitos interpessoais, triangulares que envolvem rivalidade, ciúme, amor e ódio, enfim, o complexo de Édipo conforme descrito por Freud, cuja ansiedade central é de castração.

Conforme Winnicott, o indivíduo torna-se neurótico quando há uma excessiva ansiedade associada às relações instintivas do indivíduo com as figuras parentais, permeadas por fantasias incestuosas e parricidas. Frente a esta excessiva ansiedade o indivíduo é compelido a desenvolver defesas estruturadas, como a conversão, formação reativa, deslocamento, evitação (fobias) ou uma inibição das funções – locomoção, sexual, intelectual, etc.

Nos termos de Winnicott, o indivíduo já se tornou uma pessoa inteira em meio a pessoas inteiras, o que o leva afirmar que é preciso atingir certo grau de saúde para alcançar a neurose. Os estágios iniciais aqui foram atravessados de maneira satisfatória e a criança pode atingir certo grau de maturidade emocional, o que significa uma maior independência em relação ao ambiente, que acompanha um crescimento do mundo interno.

3.1.2 Psicose

A psicose é uma organização defensiva decorrente de falhas da provisão ambiental básica ocorridas nos momentos anteriores à distinção eu e não-eu. É, por isso, considerada por Winnicott uma doença ambiental. A ansiedade central é de aniquilamento e o que normalmente se apresenta clinicamente é o colapso das defesas. As defesas surgem de modo a evitar a desintegração. Significa que:

O indivíduo em criança não foi capaz de atingir certo grau de higidez pessoal que faça sentido em termos de complexo de Édipo, ou de outra forma que a organização da personalidade tem fraquezas que se revelam quando a tensão máxima do complexo de Édipo tem de ser suportada. Há uma linha muito tênue entre esse segundo tipo de psicose e a neurose. (Winnicott, 1965h, p. 120)

Interessante aqui a sugestão que ele supõe entre uma divisão da psicose em dois tipos, um para o qual a saúde emocional foi tão prejudicada que não há sentido em se falar – e muito menos experimentar – em complexo de Édipo e, outro tipo, no qual parece que certas condições de integração e saúde foram alcançadas, porém com um tanto de fragilidade que acaba por se impor a partir das ansiedades desencadeadas na fase edípica. Ele ainda afirma que há pouca semelhança com a neurose o primeiro tipo de psicose, o que leva a admitir uma hipótese de que no outro extremo há sim semelhanças com a neurose e há até certa integração, ou talvez até mesmo uma integração alcançada, porém precária, como se aí se apresentasse uma doença de fronteira ou que abarque características tanto neuróticas quanto psicóticas. Surge aí uma pista do lugar que ocupa o *borderline* na nosografia proposta por Winnicott? Voltarei a isto mais adiante.

Winnicott registra uma classificação das psicoses na qual sugere, a despeito dos diferentes graus e variantes apresentados pela dificuldade da sustentação materna, pensar basicamente a partir de: 1) distorções do ego que compõem os fundamentos da doença esquizoide; e 2) a defesa do tipo falso *self*. A falta de apoio ao ego do bebê pela mãe produz graves consequências, as quais Winnicott elenca: 1. esquizofrenia infantil ou autismo; 2. esquizofrenia latente; 3. falsa autodefesa; 4. personalidade esquizoide (Winnicott, 1965n, p. 57-58).

Na esquizofrenia, o tema gira em torno da tarefa básica da integração espaço-tempo. O indivíduo fica engatado em certo mundo subjetivo e seu contato com a realidade fica seriamente comprometido. O mundo objetivamente percebido se torna extremamente ameaçador e a angústia que permeia é de desintegração.

A esquizofrenia latente se caracteriza por uma variedade clínica complexa na qual o indivíduo passa por “normal” ou até mesmo dotado de um intelecto brilhante. Porém é um êxito construído sobre bases muito frágeis as quais podem sucumbir em decorrência de tensões de estágios posteriores.

Na personalidade do tipo falso-*self*, como já vimos, o que as caracteriza é a utilização de defesas especializadas de um falso-*self* muito bem sucedido. O *self* verdadeiro se recolhe de modo a não sofrer invasões. O indivíduo se adapta ao mundo externo de forma inautêntica com grave ausência de criatividade. Contudo, um colapso pode revelar a ausência do *self* verdadeiro.

A patologia esquizoide se refere a um elemento de natureza psicótica que diz respeito ao tipo de falha ambiental que foi vivenciada e que se oculta em uma personalidade aparentemente normal. Muitas vezes podem passar despercebidos dependendo do meio cultural em que o indivíduo circula. O retraimento é característico nestes pacientes.

Todas as três últimas perturbações no desenvolvimento emocional (excluída e esquizofrenia propriamente dita e o autismo) têm em comum o fato de referir-se a algo oculto que pode se revelar frente à fortes pressões, bem como um relativo êxito nas relações externas, mesmo que haja um empobrecimento da espontaneidade, um sentimento de irrealidade, um esvaziamento de si ou até mesmo a necessidade de recolhimento. Tais características podem levar a mais uma hipótese de que estas classificações são subtipos da chamada patologia *borderline*, uma vez que a característica marcante desta patologia para Winnicott é a apresentação de uma personalidade neurótica para o mundo, mas cujo cerne do distúrbio é de natureza psicótica conforme veremos mais adiante.

3.2 Outros distúrbios

Veremos agora os tais complicadores anunciados anteriormente que podem ocorrer associados às grandes categorias: a depressão; a paranoia, que pode estar vinculada à depressão ou à psicose; a tendência antissocial e os distúrbios psicossomáticos.

3.2.1 Depressão

As depressões são consequência de um estágio em que o indivíduo recém integrou a personalidade, o estágio do *concern*, referente à dependência relativa. Há dois tipos de depressão para Winnicott: a esquizoide (ou psicótica), que resulta de uma desesperança de estabelecer um contato com o ambiente (relaciona-se à fase da dependência absoluta); e a reativa, resultado da incapacidade de integrar a agressividade (ambivalência). Tal capacidade se desenvolve na dependência relativa, com a instalação do círculo benigno.

Como este não é o aspecto central deste trabalho, tratarei do tema da depressão apenas nos pontos em que ela se conecta com a personalidade *borderline*. Winnicott demonstra essa conexão em algumas passagens. Uma delas é quando ele afirma que:

Seria mais simples do ponto de vista de minha apresentação se eu pudesse considerar os dois extremos e colocar a neurose em um extremo e a esquizofrenia no outro. Não posso fazê-lo, contudo, por causa das doenças afetivas. Entre a neurose e a esquizofrenia há todo um território coberto pela palavra depressão. Quando digo entre, realmente quero dizer que na etiologia destas doenças os pontos de origem da depressão se situam entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose. (Winnicott, 1963c, p. 199)

Então, a depressão pode abarcar toda a sorte de distúrbios, como uma complexidade a mais com a qual o indivíduo tem que se haver, e isso inclui o que ele chama de segundo tipo de psicose, ou tudo o que não é esquizofrenia, o que me leva a pensar ser o *borderline* quem ocupa esse espaço.

A depressão reativa, neurótica, é ligada à perda, à aquisição da capacidade de sentir culpa, ou seja, refere-se ao relacionamento interpessoal entre pessoas inteiras. Já a depressão psicótica, ele afirma que também esta é associada à perda, mas é uma perda de tipo mais obscuro, por exemplo, a perda de parte da boca que, para o bebê, é como se desaparecesse junto com a o seio e a mãe em uma fase na qual ele ainda não possui maturidade para lidar com a perda (Winnicott, 1963c). É importante assinalar que nas duas formas de depressão a dificuldade se liga aos impulsos e pensamentos destrutivos componentes das relações objetais (Winnicott, 1989vi, p. 54).

A depressão esquizoide “implica que certa organização do ego (depressão) é mantida, apesar da desintegração que a ameaça (esquizoide)” (Winnicott, 1964e, p. 66). Neste tipo de depressão, a pessoa experimenta certo grau de despersonalização e outros aspectos esquizoides, como sentimento de irrealidade, por exemplo. Ela representa uma falha iniciada num estágio precoce, anterior ao da posição depressiva.

No entanto, há outro lado da doença que indica que certa integração foi alcançada, havendo inclusive componentes neuróticos. Parece que mais uma vez ele percebe um fenômeno clínico em que componentes neuróticos e psicóticos misturam-se ou, mais especificamente, elementos neuróticos disfarçam um conteúdo psicótico oculto, uma complicação do tipo falso *self*, e característico do *borderline*.

3.2.2 Tendência Antissocial ou Psicopatia

Winnicott (1989vi) defende que a tendência antissocial tenha um lugar próprio porque em essência, o indivíduo com esta tendência pode ser normal, neurótico, depressivo ou psicótico.

Esta tendência deriva de uma deprivação, ou seja, a criança experimentou uma provisão ambiental que lhe foi posteriormente arrancada em uma época quando ela já possuía certa maturidade para se dar conta da perda que sofreu. A consequência disso, é que o indivíduo age no ambiente de modo a resgatar o que lhe foi “roubado”. Estamos tratando aqui de um distúrbio que remete à fase da dependência relativa. O ego sofre um trauma e não uma deformação conforme visto nos casos de psicose (Winnicott, 1965vi).

3.2.3 Paranoia

Para esta especificidade, mais uma vez Winnicott (1963c) usa o termo “complicação”, ou seja, não se refere a um distúrbio propriamente dito, mas a um incremento que complexifica ainda mais a constituição do indivíduo. Neste caso, ele afirma que a paranoia pode ser uma dificuldade a mais na esquizofrenia ou na depressão.

Com relação à paranoia presente durante as fases mais primitivas, Winnicott (1953a) explica que “a atividade de integração produz um indivíduo em estado bruto, um paranoico em potencial” (p. 313), uma vez que o bebê não sabe de onde vem toda aquela excitação potencialmente integradora. A maternagem suficientemente boa protege o bebê desta novidade chamada mundo através de uma adaptação ativa às necessidades da criança. Um fracasso ambiental neste ponto favorece que a trajetória comece com um potencial paranoide. O modo de se defender deste estado persecutório é o bebê voltar-se para seu frágil mundo interno, e evitar o

estado de unidade furtando-se da integração. Winnicott (1953a) comenta que, nestes casos, ao nos aproximarmos deste tipo de paciente e adentrarmos o mundo interno dele, ficamos à mercê de uma espécie de controle onipotente, porém inconsistente, “que faz com que nos sintamos loucos” (p. 314), dentro de um mundo mágico.

Em um texto em que Winnicott (1958b) esmiúça o tema da agressividade, apesar de não utilizar o termo “paranoia”, ele faz uma interessante observação acerca da persecutoriedade. A ideia básica é a de que alguns bebês que experimentam intrusões ambientais excessivas as percebem de modo persecutório e o resultado disso é uma agressividade maciça. Nestes casos a criança espera pela perseguição e somente a partir delas pode se sentir real. Contudo, essa necessidade revela, no fundo, um modo falso de desenvolvimento, pois necessitará de perseguições em seu enalço frequentemente. Aqui Winnicott insere a ideia de um modo falso de se sentir real atrelando à paranoia a ideia de falso *self*. Penso que esta pode ser a complicação paranoide observada em muitos pacientes *borderline*.

Outra predisposição da paranoia se relaciona ao tema do intelecto e da psique. Winnicott (1958f) observa que a função do intelecto como protetor da psique se inicia a partir de reações intoleráveis contra intrusões. O modo de defesa é uma espécie de catalogação das intrusões de maneira a proteger a psique até que o resgate da continuidade de ser seja possível.

Por último, há mais um desdobramento interessante de Winnicott a respeito da paranoia. Em “Natureza Humana”, ele aponta para dois tipos extremos do desenvolvimento que contrastam entre si, a paranoia e a ingenuidade. No primeiro extremo, a integração do *self* gera uma expectativa de perseguição. O bebê percebe como um movimento hostil em relação ao não-eu, e voltar para o estado de repouso não é mais um local de sossego, pois este lugar foi modificado e tornou-se perigoso. Já no segundo tipo, a principal causa para a integração do *self* é o cuidado ambiental e praticamente o *self* foi obrigado a realizar essa aglutinação. Quando isto acontece, a consequência é uma ausência de perseguição, o que acarreta em uma base para a ingenuidade, que significará em uma irrevogável dependência de um bom amparo ambiental. Apenas o indivíduo que se encontra entre estes extremos, ou seja, onde pode sentir-se perseguido mas também protegido, é que pode

alcançar uma ampla dependência, a qual não é possível em nenhum dos dois extremos

3.2.4 Distúrbio Psicossomático

Por transtorno psicossomático Winnicott compreende os vários sintomas corporais que não se reduzem a fenômenos histéricos conversivos, ou seja, não são meros distúrbios funcionais, mas implicam algum grau de comprometimento biológico, quer dizer, há uma patologia clinicamente detectável. No entanto, ele explica que:

A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade. (Winnicott, 1966d, p. 82).

Tais fenômenos psicossomáticos devem ser vistos como uma forte defesa contra a despersonalização, a qual deve ser entendida como o inverso da personalização, ou quando o alojamento da psique no soma está ameaçado. Essa dissociação entre a psique e o soma é o que caracteriza a doença psicossomática. Esta se relaciona tanto a uma fraqueza de ego refém de uma maternagem deficiente, quanto a uma cisão que se passa na mente como forma de “batida em retirada do EU SOU” (Winnicott, 1966d, p. 90), contra uma perseguição desencadeada pelo repúdio ao não-eu, de modo que o mundo externo é pelo indivíduo percebido de forma hostil.

3.3 Classificação de acordo com o grau de integração

Outro modo de pensar a nosografia que Winnicott propõe à luz da sua teoria do desenvolvimento é vinculando as etapas do amadurecimento às patologias. O critério proposto aqui não é em termos de sintomatologia, mas em termos de integração. Desse ponto de vista, como há três grandes etapas do desenvolvimento emocional, a dependência absoluta, a dependência relativa e a etapa rumo à independência, cada uma delas com um nível de integração e amadurecimento, haveria três grandes grupos de categorias psicopatológicas (Winnicott, 1955d).

O primeiro formado por psicopatologias que pressupõem uma integração do ego já alcançada, cuja dificuldade diz respeito ao terreno das relações interpessoais, ou seja, das neuroses. Neste caso o tratamento é a psicanálise clássica o tratamento indicado ou seja, a interpretação de fantasias inconscientes eróticas e agressivas infantis na transferência.

O segundo grupo formado por psicopatologias oriundas de uma recente integração. A análise desses pacientes caminha em torno não só do tema da recém-integração, mas também engloba a conquista do sentimento de unidade, bem como a percepção da dependência e união entre amor e ódio. Trata-se aqui da análise da posição depressiva, a qual não requer uma mudança na técnica – interpretação de fantasias inconscientes referentes à ambivalência –, entretanto, a importância do manejo merece ser ressaltada, uma vez que é decisivo um aspecto ambiental: a sobrevivência do analista, a não retaliação e a capacidade de reconhecer o impulso reparador e aspectos bons do paciente, apesar do conflito entre amor e ódio existente no seu mundo interno.

O terceiro grupo compõe-se de psicopatologias cuja questão central é a integração da personalidade, o que significa que se relacionam com as fases iniciais do desenvolvimento emocional. Estamos na esfera das psicoses, quando ainda não foi possível o estabelecimento de um *self* unitário. O cuidado com esses pacientes ocorre basicamente em torno do manejo, como longos períodos em que não se faz uso da psicanálise propriamente dita.

Neste modo de classificação fica mais difícil encontrar um lugar para o *borderline*. Apesar de ser considerado um tipo de psicose por Winnicott, especialmente, como vimos, por sua resistência em criar uma categoria nova para além de neurose e psicose, o *borderline* que inicialmente poderia ser, nesse caso, encaixado na terceira categoria, ainda aí fica um tanto deslocado, uma vez que já vimos o quanto o *borderline* parece sim se aproximar de uma recém-integração, talvez muito próxima da conquista do “eu-sou” e apresentar componentes neuróticos. A partir da observação clínica, empírica, o *borderline* pode possivelmente ser entendido como um caso de integração recente e precária, tal qual o ovo, como apontou Alice ao se deparar com Humpty-Dumpty, o personagem inclusive utilizado por alguns autores para ilustrar o modo de ser *borderline*.

Há duas passagens na obra winnicottiana que deixam margem para se pensar nesse desamparo classificatório por que passeia oscilante o paciente *borderline*. Uma delas se refere a uma abrangente classificação também associada à integração, porém, especificamente relacionada a grupos e catalogada em um texto chamado “Influências de grupo e a criança desajustada” (1965s). São 12 categorias descritas e ainda alguns subtipos. Chama a atenção o terceiro tipo detalhado por Winnicott que especifica:

(c) as crianças doentes no sentido de serem retraídas. Nestes casos a integração é *um fato consumado* [grifos meus], e a defesa se dá em termos de uma reorganização de forças malignas e benignas. Essas crianças vivem em seu próprio mundo interior, o qual, embora sendo artificialmente benigno, é perigoso devido à operação da magia. Seu mundo exterior é maligno ou persecutório. (Winnicott, 1965s, p. 224)

Ora, o retraimento é uma característica específica da personalidade esquizoide, a qual é utilizada muitas vezes como sinônimo de *borderline* ao longo dos textos de Winnicott. O que chama bastante atenção nessa passagem, é que um distúrbio considerado psicótico, aqui, possui como característica a conquista da integração e, mais ainda, é concebida como um fato. Além disso, são acrescentados traços de paranoia, com uma dissociação em termos de mundos bom e mal. Essa mesma ideia do *splitting* em bom e mal é articulada por Winnicott ao *borderline* em “Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil”. Ele refere que os temas

do *splitting* do objeto para lidar com a ambivalência; o *splitting* da personalidade para se adaptar ao *splitting* do objeto; bem como o medo de retaliação do objeto parcial com o conseqüente recolhimento ao se relacionar, são todos observados no trabalho analítico e principalmente quando é um paciente *borderline* pelejando com material psicótico (Winnicott, 1965vd).

A outra passagem que gostaria de abordar aqui que dá margem para outro entendimento acerca do *borderline*, aparece no texto “O atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência” (1965u). Apesar de o tema girar em torno da fase da adolescência, o ponto aqui é o modo como ele lista a disposição das doenças. Aqui a transcrição literal e gráfica se faz necessária:

Distúrbios afetivos, com depressão como base. Estes incluem:

Oscilações maníaco-depressivas
 Defesa maníaca (negação da depressão)
 Euforia e complicações paranoides e hipocondríacas
 A personalidade com falso *self*, que ameaça sucumbir no período de exames
O grupo de distúrbios esquizoides [itálico meu]. Estes incluem o recuo da integração e dos processos maturativos em geral. As manifestações clínicas incluem a falta de contato com a realidade, despersonalização, *splitting* e senso de identidade. (Winnicott, 1965u, p. 220)

Neste curioso rol de afecções, da forma como Winnicott as organizou, o distúrbio esquizoide foi catalogado dentro do conjunto de distúrbios afetivos. E mais ainda, ele usa aqui o termo “grupo de distúrbios esquizoides”, ou seja, a ideia implícita é que dentro deste conjunto deve haver uma série de gradações da mesma família de fenômenos os quais possuem uma série de características que fazem parte do tipo *borderline*, como a despersonalização, falta de senso de identidade, etc. Junta-se a isso a personalidade falso *self*, a paranoia e a psicose maníaco depressiva também consideradas por ele distúrbios psicóticos, de etiologia ambiental e cujo estudo deve se dirigir ao berçário, como ele mesmo afirmou (Winnicott, 1948b).

4 **BORDERLINE** EM WINNICOTT

Como já foi exaustivamente repetido e demonstrado ao longo do trabalho, Winnicott utilizou dessa nomenclatura de uma forma bastante confusa, com muitas ambiguidades e de um jeito nebuloso em meio a outras patologias. Alguns psicanalistas já realizaram comentários a esse respeito como consta na parte inicial desta pesquisa.

O próprio Winnicott, apesar da tentativa de inúmeras vezes tentar realizar uma classificação dos distúrbios e de ratificar diversas vezes a importância do diagnóstico para o tratamento analítico, demonstra muita dificuldade em concretizar tal classificação e mais ainda em fornecer uma versão, digamos, definitiva – algo que ele nem tentou, na verdade. Não parecia ser sua preocupação e muito menos sua pretensão.

Muitas vezes suas afirmações vão ao curso do dinamismo das doenças, o quanto um paciente pode transitar de uma patologia para outra e, assim, Winnicott (1965h) pode verificar a alteração do diagnóstico no curso do tratamento. Nesse sentido, afirma que ao longo de sua experiência enquanto psicanalista ocupou-se de certo número de casos *borderline*, bem como de alguns pacientes que de modo imprevisível se tornaram esquizoides ao longo do processo analítico (Winnicott, 1968c). Ele justifica:

Quero dizer também que há todos os graus de superposição, que não há distinções e que na doença psiquiátrica é falso rotular distúrbios como se fossem doenças de modo que é característico da classificação da medicina física. (Winnicott, 1963c, p. 199).

Aqui claramente ele discorda do modo como são realizadas as classificações psiquiátricas oficiais até hoje, ou seja, de modo meramente descritivo e biologizante. Segundo Winnicott (1965h), a principal contribuição da psicanálise à psiquiatria é a eliminação de uma ideia tradicionalista de entidades nosológicas bem definidas, concepção esta considerada por ele ultrapassada já naquele tempo. O psicanalista é

para Winnicott (1965h) “um especialista em obtenção de histórias” (p. 121) e isso só é possível através de um intenso e árduo processo.

No entanto, a importância do diagnóstico é crucial para saber os rumos de um determinado tratamento analítico e possui, ainda, a finalidade de encontrar um entendimento mais específico, mais detalhado para, em última instância, tentar encaixar o *borderline* de modo que este esclarecimento gere frutos no futuro. Pois se Winnicott é mesmo o psicanalista do fronteiro que, como vimos, sugere Andre Green, por que não explorá-lo intensamente a fim de trazer benefícios e alento para terapeutas e pacientes envolvidos em um tratamento carregado de sofrimento como é o do caso *borderline*? “Nenhum tratamento de caso *borderline* pode achar-se livre de sofrimento, tanto do paciente quanto do terapeuta” (p. 156), segue Winnicott no mesmo compasso (1968c).

Winnicott parte de Freud para justificar seu interesse pelo paciente *borderline*. Explica que, quando Freud em 1914 introduziu em sua teoria o tema da dependência – amor anaclítico pelo objeto – e da ideia de força e fragilidade egoicas, fundou um idioma para tratar dos casos *borderline*. Ele reconhece que:

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir de seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao estender seu trabalho para cobrir o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência. (Donald Woods Winnicott, 1960c, p. 53)

Alguns anos depois, a contribuição partiu de Ferenczi em 1931, que chamou a atenção para as limitações da técnica psicanalítica na condução do tratamento de alguns casos. O desafio, então, era de a técnica ser adaptada aos casos *borderline* e de distúrbios de caráter sem se tornar diretiva e sem desvirtuar-se em sua essência e deixar de ser psicanálise para transformar-se em outra coisa. Assinala também o papel de Melanie Klein nesse sentido doravante seus atendimentos com crianças psicóticas (Winnicott, 1965h).

Winnicott considera que um dos temas crescentes na psicanálise de seu tempo é o do tratamento de pacientes *borderline* e, conseqüentemente, seu

interesse crescente também (Winnicott, 1963a). A psiquiatria aí estava em desenvolvimento paralelo e ele, como estudioso que era, provavelmente envolvido em todas estas áreas. Talvez resida aí um dos motivos para tanta confusão no uso do termo *borderline* e sua classificação, pois mesmo dentro da psiquiatria levou muitos anos até que o termo viesse a ser solidamente estabelecido e sua dinâmica minimamente compreendida com algum consenso. Basta lembrar que o artigo divisor de águas de Kernberg foi publicado em 1967, apenas quatro anos antes da morte de Winnicott.

Winnicott (1960c; 1965vd) afirma em alguns trechos de seus textos que foi o trabalho com pacientes *borderline* que o levou a elaborar a sua teoria do desenvolvimento emocional, pela possibilidade de alcançar a vida inicial do indivíduo. Toda elaboração teórica acerca da dependência infantil teve sua origem no exame da transferência e da contratransferência marcantes na análise de casos *borderline*. Ele declara:

Posso dizer que minhas opiniões se forjaram em meu consultório, no tratamento, nem sempre exitoso, mas às vezes suficientemente bem-sucedido de casos fronteiros [*borderline*] em que a regressão à dependência era uma questão assinalada e, em verdade, essencial. (Winnicott, 1989xg, p. 352)

Assim também ele pode alcançar a etiologia do distúrbio, a qual reside em uma época anterior ao complexo de Édipo e implica em uma distorção do tempo da dependência absoluta (1960c).

Há um excerto de um texto de Winnicott no qual ele define de modo bem preciso – talvez o mais preciso que há em toda a obra – o distúrbio *borderline*:

Pela expressão *borderline* quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira. (1969i-a, p. 172)

Ou seja, o paciente *borderline* pode apresentar sintomatologia e inibições típicas de quadros depressivos ou mesmo neuróticos, mas que mascaram falhas nas etapas iniciais do desenvolvimento emocional, tendo, portanto, caráter psicótico.

Um distúrbio psicótico para Winnicott é aquele que se caracteriza por um rompimento do contato com a realidade e da unidade do si mesmo. Tal rompimento se manifesta no caso-limite como uma desintegração da personalidade tal como aparece na esquizofrenia, porém de modo bem menos intenso. Essa desintegração seria, segundo Winnicott, o oposto da integração, conquista própria da primeira etapa do desenvolvimento emocional que é a dependência absoluta. Este é um ponto definitivo no que concerne à classificação diagnóstica, quer dizer, o tipo de ansiedade vivida pelo indivíduo. Winnicott esclarece que:

Quando ocorre ansiedade de aniquilamento, e não ansiedade de castração, como um aspecto importante, então globalmente o psicanalista considerará que o diagnóstico do paciente não é de neurose, mas de psicose. Em certa extensão, uma questão de se a ameaça é em termos de parte do objeto ou do objeto todo. (1965h, p. 119)

A patologia *borderline* possui em seu bojo o caos como característica (Winnicott, 1960a). Além disso, afirma ele também que o termo psicótico é mais pertinente do que neurótico em se tratando de casos *borderline* (Winnicott, 1960a, p. 149). Winnicott descreve bem claramente que o *borderline* é uma patologia que contempla um lado oculto da personalidade, mais psicótico, e outro lado organizado conforme as expectativas do mundo, ou neurótico. Nesta afirmação está implícita a dissociação em termos de falso e verdadeiro *self* como característica basilar dos fenômenos *borderlines*, decorrentes de um padrão de falhas na maternagem. Ele revela:

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de *self* verdadeiro e falso. [...] (um *self* particular reservado para intimidades e um *self* público orientado para a socialização). (Winnicott, 1965vi, p. 15)

Já comentei no capítulo 2 as diversas nuances de falso *self* que estão contidas dentro da expressão *borderline*, ou dentro desse esquema das doenças que possuem um funcionamento normal pra fora mas que ocultam uma

personalidade secreta para dentro e com ansiedade de tipo psicótico. Esta dissociação se opera de diversas maneiras e abarca as psicoses não esquizofrênicas, a saber, a esquizofrenia latente, o *borderline*, o esquizoide e a depressão esquizoide, todas citadas por Winnicott. As patologias esquizoide e *borderline* muitas vezes são inclusive apontadas como sinônimas (Winnicott, 1948b, p. 252; 1965h, p.122; 1965j, p.172; 1965vd, pp. 215-216). Sobre esta condição comum nesse rol de doenças narcísicas, Winnicott explicita:

É como se, olhando a doença narcisística, o clínico estivesse sujeito a ser iludido com o ambiente absorvido ou internalizado, e a tomar este pelo indivíduo real, que de fato está oculto e é secretamente amado e cuidado pelo *self* dentro do *self*. É este indivíduo de verdade que está oculto (1965h, p. 117).

O que pode levar ao engano de muitos analistas, que, ludibriados pelo funcionamento aparentemente neurótico do paciente, põem-se a realizar uma análise do falso *self* muitas vezes por anos a fio. Nestas ocasiões, paciente e analista entram em um conluio aonde a análise e tudo o mais vai bem, porém ambos pagam o alto preço da frustração, tanto do analista, quanto do paciente, que segue a partir de uma vida irreal e destituída de espontaneidade, já que o verdadeiro *self* fica impossibilitado de aparecer.

Winnicott considera que isso acontece porque o falso *self* dificulta muito uma boa análise diagnóstica. Ele afirma até, que todo e qualquer diagnóstico deve partir primeiro dessa questão, de que se a personalidade se apresenta ou não em termos de falso *self*. Qualquer forma de diagnóstico que não contemple essa questão em primeiro lugar, corre um severo risco. Ele ensina que se o analista deseja que o verdadeiro *self* do paciente desponte espontaneamente, é necessário que este tolere um colapso necessário para o tratamento, de modo que aquele possa oferecer ao paciente a possibilidade de vivenciar uma maternagem suficientemente boa através de um fornecimento de apoio ao ego intenso e duradouro (Winnicott, 1960a).

É nesse sentido que o *borderline* é pelo autor considerado em sua etiologia uma organização defensiva altamente refinada (Winnicott, 1968c), Mas não é a organização das defesas que deve ser analisada e não só a descoberta da agonia impensável é o suficiente, “mas também o colapso clínico real da primeira infância, o

superestiramento da onipotência, o aniquilamento que constitui a ferida narcísica” (Winnicott, 1962c, p. 60).

Caso a análise flua conforme seu entendimento, Winnicott garante que a espera do analista não terá sido em vão. Após o período espinhoso de intenso *holding*, pouco a pouco o paciente pode receber as interpretações como uma projeção – no sentido de o que é criado, não é o termo consagrado pela psicanálise clássica. Essa consistência fornecida é por este tipo de paciente experimentada pela primeira vez, não é algo lembrado e vivido na técnica (Winnicott, 1965vd). Assim, o paciente pode receber o que é bom no ambiente como uma projeção de sua potencialidade inata (Winnicott, 1960c). Ele mesmo confirma que tratou seus pacientes *borderline* com análise mas que demandaram uma ou várias fases de regressão à dependência (Winnicott, 1965m). Cito uma interessante passagem do depoimento de Margareth Little – uma paciente considerada *borderline* – acerca de sua análise com Winnicott publicada em livro:

A primeira sessão trouxe a repetição do terror. Eu permaneci curvada fortemente, completamente escondida sob o cobertor, incapaz de me mover ou de falar. D. W. Ficou silencioso até o final da hora, quando disse somente: “Eu não sei, mas tenho um sentimento de que você está me trancando para fora por alguma razão”. Isso trouxe alívio, pois ele pôde admitir que não sabia e permitir uma contestação, se ela viesse. Mais tarde, percebi que estivera me trancando por dentro, assumindo a menor quantidade de espaço possível e sendo tão reservada quanto eu podia, escondendo-me no útero, mas sem segurança mesmo aí. (Little, 1992, p. 44-45)

A sessão acima ilustra como nos casos *borderline* o trabalho interpretativo de início não faz sentido para o paciente, uma vez que sua necessidade egoica é a da possibilidade de restaurar a sua capacidade de confiança no ambiente. Não obstante a isso, Winnicott (1965vd) afirma ser a técnica clássica a base do tratamento, mas é a partir desses fundamentos que serão feitas as modificações necessárias. Winnicott sugere em um texto bem antigo, da década de 40, época anterior às suas maiores contribuições, mas que já demonstrava sua genial capacidade de observação:

Talvez seria possível trazer de volta uma pessoa retraída pelo fornecimento de um pedaço de mundo para o qual o paciente pudesse gradualmente voltar sem sofrer impressões dolorosas. Na análise de casos fronteirios, algo dessa provisão é fornecido pelos limites do contexto analítico, sendo essa provisão o pré-requisito para o trabalho baseado na interpretação verbal (Winnicott, 1948b, p. 252).

Só é possível apresentar o mundo ao paciente através da oferta de sustentação por parte do analista, o que, a princípio, não contempla interpretações verbais, mas uma comunicação de outra ordem, uma comunicação silenciosa, como a que se instala entre a mãe e seu bebê, em período anterior ao estabelecimento da linguagem. Winnicott se refere a um retraimento, o qual é característica basilar da personalidade esquizoide desde sua descrição no século XIX, mas utiliza o termo fronteiro para designar o tipo de paciente de quem ele fala. Outra vez o fenômeno esquizoide é posto lado a lado do *borderline* como se fossem a mesma coisa.

Dado que os pacientes *borderlines* têm em seu núcleo problemas de tipo psicótico, o tratamento prescrito por Winnicott consiste não na interpretação de fantasias inconscientes, mas na oferta de um ambiente adequado – *holding*. Uma sustentação egoica de tal modo que, no lugar dessa defesa que caracteriza o quadro, surja uma regressão à dependência. A oferta do *holding* diz respeito a um reconhecimento silencioso, como na relação mãe-bebê, da propensão que o paciente psicótico tem de desintegrar, cair pra sempre, deixar de existir, etc. (Winnicott, 1965vd). Winnicott (1965h) assinala que a “dependência no paciente esquizoide ou no caso *borderline* no analista é uma realidade marcante” (p. 122).

Por regressão Winnicott entende não uma regressão libidinal, mas uma regressão egoica a partir da qual o indivíduo poderá vivenciar experiências necessárias ao amadurecimento pessoal que não ocorreram no momento em que deveriam e que por este motivo as defesas foram desenvolvidas. A regressão pode ser entendida como uma comunicação do paciente psicótico e significa uma esperança na possibilidade de reviver, ou viver pela primeira vez, faculdades ambientais que falharam lá no início e, mais ainda, responder a isso a partir de si mesmo e não a partir de uma submissão ou de uma decepção. No depoimento de Margarete Little:

Pude viver uma fase inicial e uma infância próprias, o que era diferente de viver e reviver as da minha mãe para ela. Atingindo os níveis mais primitivos do que às vezes é chamado de ‘posição esquizoide-paranoide’ em um ambiente controlado, seguro, não-retaliativo e razoavelmente estável, cheguei a um novo ponto de partida, do qual pude seguir para o ‘estágio de preocupação’ e, mais tarde, para a situação edipiana – eventualmente para minha maturidade cronológica. Minhas áreas psicóticas e não-psicóticas foram firmemente unidas. (1992, p. 100)

M. Little exemplifica através desta declaração o que Winnicott assinala, de que “no chamado caso ‘limítrofe’ há um impulso para dar continuidade ao desenvolvimento emocional que foi interrompido” (Winnicott, 1964c, p. 38), e é a partir desse impulso que a regressão à dependência pode acontecer, mas em um contexto protegido e preparado para este fim, porque é muito penoso reviver esse tipo de experiência tão primordial. Além disso, é importante destacar, que nessas condições preparadas, ainda assim o analista cometerá falhas, mas estas falhas são importantes e necessárias porque a maturação do indivíduo depende da conquista da possibilidade de odiar alguém que se responsabilize pela falha original.

Em um artigo de 1954 intitulado “Retraimento e Regressão”, Winnicott (1955e) esclarece que em alguns momentos na situação analítica, ocorrem momentos em que “no estado de retraimento o paciente está dando uma sustentação para o eu” (p. 354) Se nesta ocasião em que surge o retraimento o analista puder oferecer uma sustentação para o paciente, ocorre daquele retraimento transformar-se em uma regressão, e é aí que o analista pode atuar na emergência da “possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce” (p. 354).

Hegenberg (2009) acrescenta que o tratamento de pacientes *borderline* a partir da ótica winnicottiana consiste em uma oferta por parte do analista de um ambiente confiável que sustente o paciente quando este regride. A regressão, como vimos, é uma forma de voltar ao ponto onde ocorreu um estancamento em seu desenvolvimento emocional, ou seja, um retorno a um período primitivo quando um padrão de falhas ambientais se estabeleceu. Compete ao analista acompanhar o

paciente nesta jornada em busca da constituição de um *self* verdadeiro, como, ao que tudo indica, parece ter alcançado Little:

Tenho tido sucesso e fracasso, prazer e dor, em minha vida profissional e pessoal, e considero que a vida vale a pena ser vivida, o que certamente não ocorria antes... D.W. Me possibilitou encontrar e libertar o meu verdadeiro *self*, minha espontaneidade, criatividade e capacidade de brincar. (1992, p. 70)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A travessia empreendida por este trabalho na tentativa de compreender o fenômeno *borderline* dentro da obra de Winnicott tinha por objetivo encontrar um lugar, na teoria do desenvolvimento emocional, para este distúrbio e assim compreender sua gênese e dinâmica de modo que o conceito possa um pouco repousar sobre bases mais sólidas. A própria história geral do distúrbio, tanto quanto dentro da teoria de Winnicott, parece sofrer dos mesmos sintomas de que padecem os indivíduos que sofrem desta patologia. Tanto quanto a pessoa, o distúrbio carece de uma identidade própria, de integrar suas partes em uma definição mais rigorosa, e assim encontrar um lugar onde possa se enraizar e ganhar consistência.

Parece uma ideia um tanto abstrata, mas no sentido mais amplo, e com isso quero dizer, nos termos de Winnicott, ambiental, tendo a compreender o *borderline* conforme autores como Green e Figueiredo, que consideram este um modo de ser construído em consequência dos modos de subjetivação próprios da contemporaneidade e seus motores históricos, culturais, artísticos, etc. Ao mesmo tempo, no sentido estrito, a forma com que cada indivíduo será apresentado a este mundo é que produzirá efeitos patológicos ou não. Nesse sentido, concordo muito com a ideia trazida pelo psicanalista Nahman Armony de um *borderline* que vai do normal ao patológico. Ele se apoia em uma declaração primorosa de Winnicott a qual não posso me furtar de reproduzi-la aqui a despeito das regras acadêmicas:

Os psicanalistas experientes concordariam em que há uma gradação da normalidade não somente no sentido da neurose mas também da psicose, e que a relação íntima entre depressão e normalidade já foi ressaltada. Pode ser verdade que há um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose; isto é, em certos aspectos. Por exemplo, o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contato com os processos primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para o seu próprio empobrecimento. (Winnicott, 1965h, p. 121)

Se há uma linha na psicose que percorre do normal ao patológico, o *borderline*, no vasto território que ele ocupa no terreno das psicoses, parece pertencer ao espaço mais para o lado da normalidade. Digo isto porque, a despeito

dos graus mais severos deste distúrbio, nos graus mais próximos da saúde a essência – se é que se pode dizer assim – do modo de ser *borderline* continua e continuará lá, mas sem implicar em uma carga de sofrimento para o indivíduo, ao contrário, que ele possa aproveitar a parte saudável de sua “psicose”, nos termos que Winnicott expõe, ou seja, que ele seja capaz de entrar em contato com sua riqueza interior mais profunda, até porque, como ele bem lembra, “se apenas são, somos decididamente pobres” (1945d). Digo isto porque não compreendo o tratamento de casos *borderline* como uma jornada em busca da neurose, como pode ser possível conceber seguindo a linha do amadurecimento. No meu entendimento, essa linha pode ter muitas ramificações possíveis e com diferentes caminhos que podem levar o indivíduo a uma vida criativa e que valha a pena ser vivida.

Saindo do âmbito geral, voltemos ao objetivo do trabalho, na especificidade que lhe é necessária, em que alguns pontos merecem ser levantados.

O entendimento que pude alcançar do distúrbio é que, em primeiro lugar, dentro do arcabouço de Winnicott, trata-se sim, por um lado, de uma psicose, pois sua etiologia reside ao que tudo indica em falhas ambientais ocorridas na fase da dependência absoluta, que atrapalham a tarefa crucial da integração do ser humano em uma unidade. Isto leva ao principal ponto para se chegar a um diagnóstico em psicanálise, que é saber o tipo de ansiedade em torno da qual as defesas se organizam. De acordo com Winnicott, o tipo de ansiedade da qual o *borderline* padece tem etiologia psicótica, ou seja, sofrem de ansiedade de aniquilamento, ou agonias impensáveis. Mesmo aqueles pacientes mais próximos da integração possuem, na base, ansiedades desse tipo. Podem até sofrer ansiedades de outra espécie, mas a de base é psicótica. Além disso, a despersonalização e a dificuldade em relacionarem-se com o mundo externo, características específicas deste paciente também são decorrentes de falhas iniciais, em uma maternagem deficiente das tarefas de manejo e apresentação de objetos, o que também caracteriza um distúrbio de origem ambiental, ou seja, de tipo psicótico.

Por outro lado, ele repete muitas vezes que o indivíduo possui um funcionamento “normal” para fora, e um psicótico para dentro. O “para dentro” refere-se, como vimos, ao tipo ansiedade, que é de base psicótica. O “para fora”

remete ao modo de lidar com as pressões internas na relação com o mundo externo. Esse modo de administrar as pressões do lado de fora depende de uma ferramenta, a construção defensiva chamada falso *self*, a qual permite que esta pessoa possa frequentar o mundo compartilhado, porém ao alto custo de uma vida irreal, inautêntica, com sentimentos de vazio, etc. O modo como este sujeito vai dar conta desse movimento fora/dentro é que vai desmembrar as diversas formas de apresentação do paciente *borderline*. A opção que se segue passeia por dois extremos: da submissão e adaptação quase completa até a total intransigência àquilo que afronte o verdadeiro *self*, ou o repúdio a tudo que é percebido como falso, e aí estão incluídas principalmente a polidez e o formalismo das exigências sociais.

Pensando que o falso *self* é o funcionamento “neurótico” do *borderline* – e neurótico aqui ganha uma conotação de “normal”, o que não me agrada muito mas não vou entrar nessa discussão –, defendo que todas as patologias elencadas por Winnicott que se utilizam dessa defesa e as quais ele sugere como um segundo tipo de psicose, podem ser consideradas subtipos do distúrbio *borderline*. Logo, esquizofrenia latente, personalidade esquizoide, personalidade tipo falso *self*, depressão esquizoide, e até mesmo, psicose maníaco-depressiva, são todas patologias pertencentes ao conjunto maior que é o distúrbio *borderline*.

Considero, portanto, o falso *self* como o “pulo do gato” de Winnicott, e é desse problema que sofrem estes pacientes. Não que não tenham outros sofrimentos, absolutamente. Porém, o falso *self* é um elemento decisivo e central nesta patologia porque é ele quem faz a ponte com o mundo externo. A área de ilusão que dá origem à transicionalidade ganha contornos falsos.

Não foi à toa que Winnicott orientou que o primeiro ponto a ser observado em um paciente é saber se o caso se trata ou não de um falso *self*. A questão aqui é que se é um falso *self* patológico, então estamos no terreno das psicoses, e aí de nada adianta basear o tratamento analítico, a princípio, na forma clássica de interpretação de inconsciente reprimido.

Todas estas patologias sofrem de alguma maneira em virtude do falso *self*. A ponte que ele faz entre o fora/dentro pode ter um caminho espinhoso ou mal-

sucedido. Ou o indivíduo perde sua espontaneidade, adapta-se ao ambiente e retrai-se para proteger seu verdadeiro *self*, como no caso do paciente esquizoide, ou no outro extremo, mais próximo do *borderline* descrito pela psiquiatria, o indivíduo impõe seu verdadeiro *self* ao mundo e não admite que o mundo faça contato com ele através do falso *self*. Isto é considerado pela pessoa como uma afronta ao seu verdadeiro *self*, é da esfera do inadmissível. Por outro lado, quando faz concessões e se utiliza desta ferramenta, sente como uma franca traição ao seu verdadeiro *self*, o que gera raiva, transbordamento de emoções e culpa. É como se a ferramenta falso *self* que todos nós possuímos em algum grau estivesse doente, e na base disso está a sua relação com o mundo, pois é essa a maior dificuldade do paciente *borderline*. Somam-se a isso ainda, os complicadores, que trazem pra dentro do campo do sofrimento *borderline* sintomas de paranoia, depressão, distúrbio psicossomático, etc. Isso também explicaria a dificuldade em diagnosticar o *borderline*, pois parece uma miscelânea de sintomas. E Winnicott percebeu isso. Por isso sua teoria abrange de modo tão amplo e preciso este fenômeno. Andre Green tinha mesmo razão em considerar Winnicott o psicanalista do paciente *borderline*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abram, J. (2008). Donald Woods Winnicott (1896–1971): A brief introduction. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- Armony, N. (2010). *Borderline: uma outra normalidade* (2a ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Armony, N. (2013). *O homem transicional: para além do neurótico & borderline*. São Paulo: Zagodoni.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bauman, Z. (2007). *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Busnardo, J. (2011). *Contribuições de D. W. Winnicott para a compreensão da nosografia do ponto de vista da psicanálise*. [Dissertação de mestrado], Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Caldwell, L, & Joyce, A. (2011). *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Dalgalarrondo, P.; Vilela, W. A. (1999). Transtorno *borderline*: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II(2), 52-71.
Disponível em:
http://www.psicopatologiacapital.org/uploads/files/revistas/volume02/n2/transtorno_borderline_historia_e_atualidade.pdf Acesso em 21 nov. 2012
- Deutsch, H. (1986). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. In M. H. Stone (Ed.), *Essential papers on borderline disorders*:

- one hundred years at the border* (p. 74-91). New York New York University Press.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Dias, E. O. (2008). O uso da Interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, 11, 588-599.
- Etchegoyen, R. H. (2004). *Fundamentos da técnica psicanalítica* (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Figueiredo, L. C. (2002). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização, *novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)* (Vol. 18, p. 13-122). São Paulo: Companhia das Letras.
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 6(2), 255-270.
- Fulgencio, L. (2010). Aspectos gerais da resdescrição winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.
- Fulgencio, L. (2013). Metodologia de pesquisa em psicanálise na universidade. In F. Scorsolini-Comin & C. A. Serralha (Eds.), *Psicanálise e Universidade: Um encontro na pesquisa*. Curitiba: CRV.
- Fulgencio, L. (2014). *Descrição do processo de desenvolvimento emocional do ponto de vista de Winnicott*. Manuscrito em preparação.
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e Método I e II*. São Paulo: Vozes.

- Giddens, A. (1991). *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP.
- Girard, M. (2010). Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(2), 305-324.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2011). The bifurcation of contemporary psychoanalysis: Lacan and Winnicott. In L. A. Kirshner (Ed.), *Between Winnicott and Lacan: a clinical engagement* (p. 29-50): Routledge.
- Green, André. (2012). Uma conferência *borderline*. *Alter-Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(2), 9-18.
- Hegenberg, M. (2009). *Borderline* (6a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jewison, N. (Writer). (1971). Um violinista no telhado. EUA: MGM.
- Kernberg, O. Borderline personality organization. In Stone, M. H. (org). (1986). *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (M. H. Stone Ed.). New York: New York University Press.
- Knight, R. P. Borderline states. In Stone, M. H. (org). (1986). *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (M. H. Stone Ed.). New York: New York University Press.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Little, M. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago
- Mezan, R. (1998). *A vingança da esfinge*. São Paulo: Brasiliense.

- Naffah Neto, A. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41, 77-88.
- Naffah Neto, A. (2010). Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza Humana*, 12, 1-18.
- Newman, A. (2003). *As ideias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Safra, G. (2009). *Prefácio*. In Hegenberg, M. *Borderline* (6a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stone, M. H. (org). (1986). *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (M. H. Stone Ed.). New York: New York University Press.
- Winnicott, D. W. (1945d). Desenvolvimento Emocional Primitivo. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 218-232). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947b). Mais Ideias Sobre os Bebês como Pessoas *A Criança e seu Mundo* (p. 95-103). Rio de Janeiro: LTC, 1982.
- Winnicott, D. W. (1948b). Pediatria e Psiquiatria. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 233-253). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1953a). Psicoses e Cuidados Maternos (D. Bogomoletz, Trans.) *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 305-315). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954a). A Mente e sua Relação com o Psicossoma. *Da Pediatria à*

- Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 332-346). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955c). A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 355-373). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955d). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 374-392). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1955e). Retraimento e Regressão. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 347-354). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958b). A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 288-304). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958c). A Tendência Anti-Social. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 406-416). Rio de Janeiro: Imago ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958f). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p. 254-276). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1960a). Contratransferência. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 145-151). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960c). Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962c). Observações Adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-Filial *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 59-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1963a). Dependência no Cuidado do Lactente, no Cuidado da Criança e na Situação Psicalítica. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 225-233). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963c). Os Doentes Mentais na Prática Clínica. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 196-206). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1964c). O Recém-Nascido e sua Mãe. *Os Bebês e suas Mães* (p. 29-42). São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964e). O Valor da Depressão. *Tudo Começa em Casa* (p. 59-68). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1965d). Os Objetivos do Tratamento Psicanalítico. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 152-155). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965h). Classificação: Existe uma Contribuição Psicanalítica à Classificação Psiquiátrica? *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 114-127). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965j). Comunicação e Falta de Comunicação Levando ao Estudo de Certos Opostos. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 163-174). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965m). Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 128-139). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965n). A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965r). Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 79-87). Porto Alegre:

Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1965s). Influências de Grupo e a Crianças Desajustada. O aspecto Escolar. *A Família e o Desenvolvimento Individual* (p. 213-225). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Winnicott, D. W. (1965u). Atendimento Hospitalar como Complemento de Psicoterapia Intensiva na Adolescência. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 218-224). Porto Alegre: Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1965vd). Distúrbios Psiquiátricos e Processos de Maturação Infantil. *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 207-217). Porto Alegre: Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1965vi). Introdução (O Ambiente e os Processos de Maturação). *O Ambiente e os Processos de Maturação* (p. 15-16). Porto Alegre: Artmed, 1983.

Winnicott, D. W. (1966d). A Enfermidade Psicossomática em seus Aspectos Positivos e Negativos. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 82-90). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Winnicott, D. W. (1967b). A Localização da Experiência Cultural. *O Brincar & a Realidade* (p. 133-143). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1968c). O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Winnicott, D. W. (1969i-a). O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 171-177). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1969i-b). O Uso de Um Objeto e Relacionamento Através de Identificações. *O Brincar & a Realidade* (p. 121-131). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971f). O Conceito de Indivíduo Saudável. *Tudo Começa em Casa* (p. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1974). O Medo do Colapso. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1984h). Sum: Eu Sou. *Tudo Começa em Casa* (p. 41-51). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989vi). Psiconeurose na Infância. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 53-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989xg). Contribuição a um Simpósio sobre Inveja e Ciúme (Parte IV do cap. 53 - Melanie Klein: Sobre o seu Conceito de Inveja). *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 350-352). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.