

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**VIVIANE PANEGASSI DORTA SALOMONE**

**CONTRIBUIÇÕES DE D.W.WINNICOTT PARA O ESTUDO DO  
DISTÚRBO BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO  
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**VIVIANE PANEGASSI DORTA SOLOMONE**

**CONTRIBUIÇÕES DE D.W.WINNICOTT PARA O ESTUDO DO  
DISTÚRBO BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Zeljko Loparic.

**SÃO PAULO**  
**2009**

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por processos fotocopiadores ou eletrônicos, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

---

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**VIVIANE PANEGASSI DORTA SALOMONE**

**CONTRIBUIÇÕES DE D.W.WINNICOTT PARA O ESTUDO DO  
DISTÚRBIO BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Para meus amados filhos, Julia e Tiago, que me  
ensinam todos os dias a mais doce lição desta vida:  
ser Mãe.

## **Agradecimentos**

Especialmente, agradeço ao meu marido Rodrigo, pelo carinho, estímulo, paciência e confiança em meu trabalho. Mas agradeço, sobretudo, por me amar tanto.

Agradeço ao meu orientador Prof. Zeljko Loparic, por todos os ensinamentos, pela confiança e generosidade com que compartilhou seus conhecimentos, abrindo novos horizontes para que eu pudesse pensar a teoria e a prática clínica de forma criativa.

Agradeço aos meus pais pelos cuidados que me foram e continuam sendo oferecidos e pela minha formação como pessoa em todas as etapas de minha vida.

Agradeço ao Prof. Alfredo Naffah Neto e ao Prof. Flávio Del Matto Faria pelas sugestões, comentários e orientação no momento de minha qualificação.

Agradeço aos meus colegas de sala pela preciosa ajuda em compartilhar comigo seus conhecimentos nas nossas orientações em grupo.

Agradeço à instituição Centro Winnicott que me apresentou a teoria winnicottiana de uma forma tão viva e real, fazendo com que eu pudesse encontrar um verdadeiro sentido em praticar a Psicanálise em minha experiência profissional.

Agradeço a CAPES por ter ajudado a viabilizar esta pesquisa.

Agradeço as minhas queridas amigas Luciana Bagatella, Luciana Claro e Priscila Wacker por confiarem em meu trabalho, pela fonte fecunda de generosidade em nossos trabalhos em conjunto e, em especial, pela amizade e pelos preciosos momentos que passamos juntas.

Agradeço à Claudia Perrotta pela revisão técnica cuidadosa deste trabalho.

Finalmente, agradeço aos meus pacientes.

# CONTRIBUIÇÕES DE D.W.WINNICOTT PARA O ESTUDO DO DISTÚRBO BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Viviane Panegassi Dorta Salomone

## Resumo

A presente dissertação teve como objetivo apresentar a compreensão winnicottiana sobre o distúrbio *borderline*, como se forma a defesa falso si-mesmo nesses casos e a técnica do manejo clínico, uma contribuição valiosa de Winnicott para a prática psicanalítica.

Inicialmente, é apresentada a origem do termo *borderline* na Psiquiatria e algumas contribuições de autores da Psicanálise para a compreensão do quadro, com destaque para as inovações propostas na obra de Winnicott.

Para o autor, o distúrbio *borderline* tem como característica principal a defesa falso si-mesmo, sendo necessário para compreendê-la retomar aspectos gerais da teoria das psicoses em conexão com a teoria do amadurecimento pessoal, de forma a esclarecer conceitos como ambiente, trauma e agonia impensável.

É destacada a importância que o autor atribui ao manejo, técnica inovadora e original que permite ao analista se adaptar às reais necessidades do paciente, oferecendo o *holding* necessário para que ele possa regredir ao estágio de dependência absoluta, momento em que o desenvolvimento maturacional foi interrompido devido à falha ambiental.

Por fim, são apresentadas sínteses de casos *borderline* atendidos pelo autor, que enfatiza a importância de esses pacientes vivenciarem experiências com o analista, mais do que o uso interpretações de conteúdos verbais durante o tratamento.

**Palavras-chave:** Winnicott, psicose, *borderline*, defesa falso si-mesmo, falha ambiental, manejo clínico.

# CONTRIBUIÇÕES DE D.W.WINNICOTT PARA O ESTUDO DO DISTÚRBO BORDERLINE E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Viviane Panegassi Dorta Salomone

## Abstract

This dissertation had the goal of presenting Winnicott's comprehension of the borderline disorder, how the defense false self in such cases is developed, and the technic for clinic handling, a valuable contribution from Winnicott to the psicanalysis practice.

Inicially, the origin of the term *borderline* in Psichiatry is presented as well as some contributions to the comprehension of the case from Psicoanalysis authors, emphasizing with the innovations proposed by Winnicott's publications.

For the author, the *borderline* disorder presents as main characteristic the false self defense, being necessary a review of general aspects of the theory of psychosis in connection with the theory of personal development to comprehend the disorder, and to clarify concepts like the environment, trauma, and unthinkable agony.

It is relevant the importance that the author gives to the handling, innovative and original technique which allows for the analyst to adapt to the patient's real needs, offering the necessary holding for the patient's regression to a stage of absolute dependency, a moment in which the maturing development was interrupted because of a environmental deficiency.

Finally, synthesis of *borderline* cases held by the author are presented, reinforcing the relevance of those patients going through the experience with the analyst, more than the use of interpretations of verbal contents during the treatment.

**Key words:** Winnicott, psychosis, *borderline*, false self, clinical management.



# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 10 |
| <b>CAPÍTULO I: A ORIGEM DO CONCEITO <i>BORDERLINE</i></b>   |    |
| 1.1 Concepção de <i>borderline</i> na Psiquiatria.....  | 16 |
| 1.2 Contribuições da Psicanálise na compreensão do quadro <i>borderline</i> .....                       | 19 |
| 1.2.1 <i>Borderline</i> em Winnicott.....   | 24 |
| 1.2.2 Defesa falso si-mesmo patológico.....   | 27 |
| <b>CAPÍTULO II: TEORIA DAS PSICOSES EM WINNICOTT</b>  |    |
| 2.1 Classificação dos distúrbios psicóticos à luz da teoria winnicottiana .....                         | 32 |
| 2.2 Fator ambiente nas psicoses.....  | 33 |
| 2.3 Conceito de trauma.....   | 38 |
| 2.4 Conceito de agonia impensável.....  | 42 |
| 2.5 Conceito de Psicose.....  | 48 |
| 2.6 Classificação geral das psicoses.....   | 53 |
| <b>CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS WINNICOTTIANOS NO ATENDIMENTO DO PACIENTE <i>BORDERLINE</i></b> |    |
| 3.1 Regressão dependência.....  | 55 |
| 3.2 Manejo em Winnicott.....  | 57 |
| 3.3 Casos clínicos de Winnicott.....  | 63 |
| 3.3.1 Caso 4 de “Brincar e Realidade”.....  | 63 |
| 3.3.2 Caso Margaret I. Little.....  | 66 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 76 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 79 |

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como proposta apresentar a visão de Donald Woods Winnicott sobre o distúrbio *borderline*, como se forma a defesa falso si-mesmo nesses casos e a técnica de tratamento clínico, uma contribuição valiosa do autor para a prática psicanalítica.

O termo *borderline* é composto de duas palavras da língua inglesa, *border*, que significa borda, margem, limite, e *line*, que significa linha. Tanto na Psiquiatria como na Psicanálise, esse termo surgiu para nomear indivíduos que se encontravam no limite entre a neurose e a psicose. Poderiam então apresentar surtos ocasionais, mas não se encontravam francamente na psicose, e suas aflições não poderiam ser situadas sob os conflitos edipianos, como nos quadros de histeria e da neurose obsessiva.

De acordo com Dalgalarondo e Vilela (1999), os precursores do que se considera hoje *borderline* foram: Hugles (1884), que utilizou pela primeira vez o termo “estados *borderline* da loucura”; Kahlbaum (1890), que usou a denominação “eboifrania”; Bleuler (1911), que propôs “esquizofrenia latente”; Stern (1938), com um foco mais psicanalítico, usando a denominação “*borderline* (neurose)”; Deutsch (1942), que caracterizou a personalidade “como se” e Knight (1953), que se referia a “estados *borderline*”.

Diante desse quadro de autores, podemos dizer que Winnicott ocupa um lugar de destaque, por desenvolver uma teoria das psicoses e uma prática clínica inovadoras para o tratamento de pacientes psicóticos, e em especial *borderline*.

De fato, o estudo dos distúrbios psicóticos sempre foi motivo de muito interesse para Winnicott, para quem sua origem, diferentemente das neuroses, encontra-se na qualidade do relacionamento estabelecido entre mãe e bebê, no primeiro estágio da vida. De acordo com o autor, as patologias psicóticas dizem respeito a problemas mais profundos e que envolvem todo o desenvolvimento emocional do indivíduo, exigindo então tanto uma teoria específica quanto um método de tratamento clínico diferente daquele aplicado nas neuroses.

Winnicott caracteriza o distúrbio *borderline* e as psicoses de maneira geral como doenças ambientais, fundamentalmente. Na percepção do autor, o ambiente é tão

essencial para o desenvolvimento emocional primitivo que ele chega a salientar na década de 40: “esquizofrenia é uma espécie de doença provocada por uma deficiência ambiental” (1948b in 1958a (W6), p. 239), que se apresenta através de organizações defensivas elaboradas para lidar com as angústias de aniquilações experienciadas devido a uma falha na maternagem na fase de dependência absoluta.

Essa nova perspectiva de investigação e, mais especificamente, o trabalho desenvolvido na prática clínica com esses pacientes advêm, em primeiro lugar, da formação de Winnicott como médico pediatra, atendendo um grande número de casos, aproximadamente 40.000 bebês e suas famílias. Formou-se psicanalista observando que a maior parte dos problemas que levavam bebês e mães ao seu consultório era decorrente de dificuldades emocionais muito precoces. Em segundo lugar, havia um acúmulo de problemas clínicos, como os casos de tendência anti-social, psicose infantil e casos *borderline* que não poderiam ser compreendidos e solucionados clinicamente à luz do paradigma edipiano de Freud.

De acordo com Loparic (2006), no artigo “De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática”, a teoria de Winnicott representa uma mudança no campo da Psicanálise tradicional. Primeiramente, porque abandona a idéia central de que o complexo de Édipo seria um estágio universal para explicar o psiquismo humano. Para Winnicott, a questão edipiana é uma conquista, e para que seja alcançada é preciso que o indivíduo tenha maturidade e um meio ambiente facilitador. Em segundo lugar, rejeitou a teoria da sexualidade movida por pulsões libidinais e forças intrapsíquicas para explicar os distúrbios psíquicos de origem psicótica.

Desta forma, o novo corolário proposto passa a ser a relação dual<sup>1</sup> mãe-bebê, ou seja, a mãe que se adapta integralmente às necessidades do bebê, proporcionando todo o cuidado para que ele possa crescer e se integrar, tornando-se alguém (um si-mesmo) no espaço e no tempo. Assim, a *teoria do amadurecimento*<sup>2</sup> torna-se o centro de todo o processo de construção da personalidade, sendo que a teoria da sexualidade e o complexo

---

<sup>1</sup> Loparic nomeia o paradigma winicottiano de dual devido à importância da relação mãe-bebê citada na Psicanálise de Donald Woods Winnicott.

<sup>2</sup> “Teoria do amadurecimento” é uma expressão utilizada pela autora Elsa Oliveira Dias em seu livro “A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott” e refere-se ao processo de desenvolvimento emocional primitivo apresentado na teoria winnicottiana.

de Édipo são apenas conquistadas a serem alcançadas quando algum estágio de integração já se desenvolveu.

Em outro artigo, “Winnicott: uma psicanálise não edipiana”, Loparic (1997a) aponta para o surgimento de um novo paradigma na Psicanálise: “Em primeiro lugar, o antigo problema central, o do andarilho na cama da mãe, cede lugar a um novo: o do bebê no colo da mãe” (p.11). Dizer que o bebê está na cama da mãe significa que ele possui autonomia e já se distingue como pessoa inteira pronta a enfrentar os conflitos no relacionamento com o outro. Neste sentido, o bebê freudiano seria uma espécie de adulto alojado no corpo de um bebê apto a lidar com frustrações, ciúme, raiva, inveja, entre outros sentimentos, e parece ter certo grau de maturidade emocional já desenvolvido.

O bebê no colo da mãe implica dizer que ele existe, uma vez que os instintos estão operando, porém essa existência só é possível através dos cuidados de uma mãe suficientemente boa. O bebê winnicottiano está no colo porque necessita ser sustentado e manuseado com cuidado. Somente com esse conjunto de atitudes ele pode atingir o estágio que Winnicott denominou *Eu Sou* e estar pronto para viver os conflitos de uma vida adulta.

Assim como Loparic, Adam Philips também destacou a teoria winnicottiana como um novo modelo para a Psicanálise. Segundo Philips (1988), o ponto central da Psicanálise freudiana é o Complexo de Édipo, enquanto na winnicottiana é o desenvolvimento da relação mãe-bebê.

Nas primeiras semanas, o recém-nascido vive a fase de dependência absoluta com o meio, estando a maior parte do tempo no estado de não-integração. O meio no início é entendido, então, como os cuidados da mãe suficientemente boa ou figura substituta (Winnicott, 1960c in 1965b (W9), pp. 38-64), não sendo possível nessa fase enxergar um bebê sem os cuidados da mãe: a “unidade é o conjunto ambiente-indivíduo, unidade da qual o bebê é apenas uma parte” (1988 (W18), p.153). Neste momento, ele nem consegue se perceber como um ente separado da mãe, tampouco se dar conta de sua dependência fusional com ela.

Então, se o meio oferecer as condições favoráveis, adaptando-se às necessidades do bebê, o amadurecimento caminha de uma dependência absoluta, passando por um estágio de dependência relativa e, posteriormente, às etapas rumo à independência até

chegar ao estágio de independência relativa<sup>3</sup>, que é onde o indivíduo saudável se mantém ao longo da vida. É preciso dizer que a apresentação sequencial dos estágios não significa que o processo de amadurecimento é linear. Primeiro porque, na vida, esses estágios se sobrepõem; segundo porque amadurecimento, para Winnicott, não significa progresso e sim poder regredir quando houver etapas perdidas.

No entanto, existem algumas conquistas – e isto se refere essencialmente às primitivas – que são pré-requisitos para alcançar outras. Nos vários estágios competem ao indivíduo tarefas e conquistas de naturezas distintas que são decorrentes da própria tendência à integração. Com o passar do tempo, para Winnicott,

... a criança se transforma no homem ou na mulher, nem cedo demais nem tarde demais. A meia idade chega na época certa, com outras mudanças igualmente adequadas, e finalmente a velhice vem desacelerar os vários funcionamentos, até que a morte natural surge como a derradeira marca da saúde (1988, p. 30).

Em contrapartida, quando as necessidades do bebê não são atendidas, o que é experienciado são constantes invasões que interrompem a continuidade do ser. De acordo com o autor, quando não é suficientemente boa, a mãe não é capaz de assegurar ao bebê a experiência de onipotência, e assim falha repetidas vezes em satisfazer o gesto dele, impondo o seu próprio gesto e obrigando o bebê a reagir de forma submissa, não permitindo que ele exerça sua criatividade originária.

... quando o movimento parte do ambiente e não da necessidade que gera o gesto espontâneo; quando o ambiente se impõe ao bebê e as necessidades da mãe recobrem as do bebê; quando o que o bebê encontra é um seio que faz e não um seio que é, o bebê continua a buscar o objeto, mas na forma de uma falsa identidade ... é portanto o bebê que se adapta a mãe, mimetizando-a (Dias, 1998)

O que é experienciado pelo lactente é uma falsa existência, levando-o a desenvolver um falso si-mesmo submisso às exigências do meio para conseguir viver.

---

3 A este respeito Winnicott comenta: “A maturidade individual implica movimento em direção à independência, mas existe essa coisa chamada ‘independência’. Seria nocivo para a saúde o fato de um indivíduo ficar isolado a ponto de se sentir independente e vulnerável. Se esta pessoa está viva, sem dúvida há dependência!” (Winnicott, 1971f, p. 17).

... através deste falso si-mesmo o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário (1965m in 1965b (W9), pp. 133-34).

Podemos dizer então que, na perspectiva winnicottiana, as repetidas falhas e o fracasso materno em estágios de dependência absoluta são determinantes para o surgimento de organizações de defesas do tipo falso si-mesmo (1989f, in 1989a (W19), p. 440), que são altamente adaptativas e podem se desenvolver no distúrbio *borderline*.

Vale ressaltar que a formação do falso si-mesmo<sup>4</sup> não é específica do distúrbio *borderline*, podendo participar em maior ou menor grau de outras patologias, e até mesmo na saúde é observado certo grau de falso si-mesmo. Porém, no caso de pacientes *borderline*, estes jamais conseguiram alcançar com êxito sua identidade unitária – que implica a separação do eu e o não-eu –, permanecendo entre o viver e o não viver, com a seguinte questão: que sentido tem a vida e o que a faz digna de ser vivida? (1967b in 1971a (W10), p. 139).

Atualmente, essa questão, formulada por pacientes *borderline*, tem sido muito frequente em nossos consultórios, demandando dos profissionais um maior conhecimento dessa psicopatologia e também maior sensibilidade durante o processo analítico desses pacientes, que nos trazem suas angústias diante da falta de sentido da vida. Podemos associar a frequência maior desses estados ao individualismo crescente que marca nossa sociedade, à desintegração da constituição familiar, às contínuas transformações dos valores, à falta de ambientes estáveis e acolhedores, à ameaça da instabilidade nos relacionamentos e à própria insegurança gerada pelo mundo globalizado.

Em seu livro “A face estética do *Self*”, Safra (1999) faz considerações importantes a respeito das características dos pacientes dos dias de hoje, apontando a necessidade de

---

<sup>4</sup> O tema falso si-mesmo aparece em diversos momentos dentro da teoria winnicottiana, entretanto, o conceito só adquire uma organização sistemática em um texto de 1960, intitulado: “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*”. É importante destacar, porém, que o único livro que traz uma sistematização mais clara do pensamento de Winnicott é “Natureza Humana” (1954-70), que foi escrito com o intuito de ser uma obra completa do autor. Os outros livros são frutos de coletâneas de artigos e conferências, muitas vezes direcionadas para diferentes plateias, tornando difícil a compreensão de seu pensamento.

revermos os pressupostos teóricos e os procedimentos técnicos que utilizamos em nossa clínica. Aponta que as pessoas se encontram em estado de dispersão de si mesmas, e que a técnica analítica usual ameaça o paciente com uma desintegração ainda maior:

Tenho observado que, nesses casos, necessitamos de procedimentos que possibilitem ao paciente utilizar-se do campo transferencial para constituir aspectos fundamentais de seu *self*, que até então ficaram sem realização. O analista, nessa situação, fornece as funções buscadas pelo paciente para que ele dê continuidade ao desenvolvimento de si mesmo (Safra, 1999, p.14).

Trata-se, pois, de um tema relevante não só na obra de Winnicott, mas dentro da Psicanálise. Para abordá-lo, esta dissertação propôs-se a reunir os artigos que tratam dos distúrbios psicóticos de forma a apresentar os elementos conceituais que fazem parte do distúrbio *borderline* e da defesa falso si-mesmo, articulando-os com a teoria do amadurecimento, central na obra do autor.

A dissertação está dividida em três capítulos. No primeiro é apresentada uma breve história da origem do conceito *borderline*, tanto na Psiquiatria como na Psicanálise. O conceito de *borderline* em Winnicott também é abordado neste capítulo, bem como a defesa falso si-mesmo patológico, que se constitui como um mecanismo de adaptação altamente sofisticado do distúrbio *borderline*.

No capítulo 2 são abordados conceitos fundamentais desenvolvidos por Winnicott a respeito da teoria das psicoses, tais como: a importância do fator ambiental no desenvolvimento dos distúrbios psicóticos; os conceitos de trauma, agonia impensável e psicose, bem como a classificação geral dos distúrbios psicóticos.

No capítulo 3 são apresentadas alguns procedimentos clínicos no atendimento de pacientes *borderline*, sendo destacado: o manejo winnicottiano, como um recurso inovador no atendimento clínico de pacientes com distúrbios psicóticos, a fim de possibilitar a regressão à dependência. São também discutidos dois casos clínicos atendidos por Winnicott, com o intuito de exemplificar as contribuições valiosas de uma Psicanálise modificada no tratamento de pacientes *borderline*.

O trabalho é concluído com as considerações finais, que traz uma síntese deste estudo, enfatizando o caráter original e inovador do manejo clínico para o tratamento dos distúrbios *borderline* e das psicoses em geral.



## CAPÍTULO I: A ORIGEM DO CONCEITO *BORDERLINE*

### 1.1 Concepção de *borderline* na Psiquiatria

Há mais de um século, a clínica psiquiátrica vem se utilizando de várias classificações nosológicas, buscando nomear diferentes quadros patológicos que apresentam uma alteração na borda (ou fronteira) entre psicose e neurose. Como exemplos, podemos citar: esquizoidia, esquizotimia, pré-psicose, personalidade hebefrênica, paranóia, certas personalidades perversas, personalidade ‘como se’, neurose de caráter e *borderline*.

Fica evidente, então, que existe uma primeira complicação na área para se diagnosticar indivíduos que não se enquadram nem entre os psicóticos nem entre os neuróticos. E mesmo entre os autores que optam pelo termo *borderline*, dependendo da referência utilizada para abordar o tema, encontramos o uso de outras expressões para caracterizar esse quadro, tais como: casos-limite, casos difíceis, fronteirços, limítrofes, estados-limite. É por isso que a delimitação de seu diagnóstico torna-se de suma importância, exigindo muita habilidade do profissional envolvido no tratamento clínico desses pacientes.

No que se refere à história o quadro no campo da Psiquiatria<sup>1</sup>, a primeira vez que a nomenclatura *borderline* apareceu foi em 1884, quando o psiquiatra inglês C. Hughes a utilizou para classificar os indivíduos que oscilavam entre os limites da demência e da normalidade; ou seja, aqueles que passavam toda sua vida de um lado a outro da linha da sanidade.

Em 1911, o psiquiatra suíço Eugene Bleuler considerou os pacientes portadores de uma esquizofrenia latente como se fossem estados *borderline*. Para o autor, os indivíduos desse grupo apresentavam elementos de esquizofrenia em sua personalidade sem nunca terem manifestado um episódio psicótico bem definido.

---

1 Cf. site de Ballone GJ, Moura EC - <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. *Personalidade Borderline* – In: PsiqWeb, acessado em 20/03/2009.

Ainda nessa época, alguns autores usavam a denominação *borderline* quando havia sintomas neuróticos graves, enquanto outros se referiam ao grupo de pacientes que apresentavam uma alteração no limite (ou na borda) entre a neurose e a psicose.

Em 1921, Ernest Krestschmer descreveu os temperamentos ciclóides e esquizóides. Enquanto os indivíduos do primeiro grupo teriam uma vida marcada por uma oscilação entre a hipomania e a melancolia, sendo muito afetivos e sociáveis, os esquizóides seriam extremamente tímidos, apáticos, com temperamento ultra-sensível e de pouco contato afetivo.

Mais adiante, em 1953, Robert Knight apresentou um estudo sobre os estados *borderline*, utilizando essa expressão para classificar pacientes muito comprometidos psiquicamente, mas que não poderiam ser considerados como autênticos psicóticos. Ele observou que a exclusão recíproca de neurose e psicose e a teoria da libido eram insuficientes para se chegar a um diagnóstico correto, um prognóstico preciso e a adequadas direções terapêuticas.

Em 1992, na classificação da Organização Mundial de Saúde (CID.10), o distúrbio *borderline* foi incluído no capítulo dos Transtornos de Personalidade (F.60), no item Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (F60.3), que foi subdividido em dois tipos - *impulsivo e borderline*.

O Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável compreende vários tipos de comportamento em que há “uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das consequências, junto com instabilidade afetiva”, e ainda:

A capacidade de planejar pode ser mínima, e acessos de raiva intensa podem com frequência levar à violência ou a ‘explosões comportamentais’; estas são facilmente precipitadas quando atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros (CID.10, p.200).

Ainda de acordo com a CID-10, trata-se de um distúrbio grave de personalidade que pode aparecer no início da infância ou adolescência, sob influência de fatores constitucionais e sociais, ou mais tardiamente durante a vida.

O subtipo *impulsivo* se traduz por instabilidade emocional e falta de controle de impulsos. Aqui, os acessos de violência ou comportamento ameaçador são comuns,

particularmente em resposta a críticas de outros. Já no subtipo *borderline* ou *limítrofe* várias características de instabilidade emocional estão presentes, somadas a

... autoimagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) do paciente com frequência pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (p.201).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV), da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, o quadro é descrito como “Perturbação Estado-Limite da Personalidade”, com a seguinte descrição: uma patologia que apresenta como característica predominante a instabilidade nos relacionamentos interpessoais com alternância entre sentimentos de idealização e desvalorização, impulsividade acentuada com começo no início da idade adulta, sentimento de rejeição iminente e um esforço muito grande para evitar o abandono, alterações na autoimagem, afeto, cognição e comportamento, humor disfórico, sentimento cônico de vazio, impulsividade em áreas autolesivas, como abuso de substâncias, voracidade alimentar, condução ousada.

Podemos observar, então, entre os autores citados e nas duas classificações internacionais, CID-10 e DSM IV, que a patologia *borderline* é apresentada apenas a partir de uma descrição dos sintomas, não havendo uma preocupação em compreender o sentido dessa sintomatologia. Apesar de as descrições encontradas nesses manuais utilizarem uma linguagem comum e importante para o desenvolvimento das pesquisas na área, elas acabam se distanciando da Psicanálise, aliando-se a um modelo simplista de diagnóstico e, muitas vezes, utilizando-se de medicação de forma indiscriminada para amenizar a intensidade dos sintomas apresentados.

## **1.2 Contribuições da Psicanálise na compreensão do quadro *borderline***

Também no campo da Psicanálise houve várias tentativas de nomear distintas patologias que não se enquadravam entre os psicóticos ou entre os neuróticos. O termo *borderline* surgiu, então, para designar o grupo de pessoas que estavam na fronteira entre ambos, o que em parte se deu porque, no início, existia uma tendência de se compreender as psicopatologias dicotomicamente. Assim, características que não possibilitavam enquadrar o indivíduo dentro dessas categorias nosológicas poderiam levar à utilização da denominação *borderline*.

No que se refere à origem do termo na área, ainda que seu uso efetivo tenha se dado mais adiante, certos quadros clínicos foram comparados por alguns autores com o paciente *borderline* atual. Um desses quadros seria a histeria de caráter, caracterizada no início do século XX como um conjunto de perturbações que acometiam o corpo sem que pudessem ser encontradas lesões como causa do sintoma da paralisia. Na concepção de Green (1999), também a neurose obsessiva que aparece em “O homem dos lobos” de Freud (1918), poderia ser entendida como um caso de patologia *borderline*, à luz das investigações atuais e da revisão psicopatológica.

No entanto, foi o psicanalista Adolf Stern, em um trabalho escrito no final da década de 30, o primeiro a descrever um quadro *borderline*, muito embora ainda o tenha incluído entre os neuróticos. Na ocasião, o autor fez referência às neuroses *borderline*, patologias que vinham crescendo em número, caracterizando-se por sentimentos de

inferioridade, intensa ansiedade, dificuldade de se relacionar com a realidade e um narcisismo doentio associado à carência afetiva. Mais adiante, referiu-se também a uma espécie de “hemorragia mental”, termo utilizado pelo autor para descrever a impossibilidade de controle e a grande intolerância à frustração (Stern, 1945).

Ainda segundo Stern (1945), a labilidade desses pacientes configurava-se em estados de desespero, impetuosidade exacerbada e episódios de autoagressão, sendo que, apesar do pequeno alcance do tratamento psicoterápico, eles frequentemente continuavam vindo às sessões. Como os conflitos em torno da libido objetual eram, nesses casos, insuficientes para explicar a patologia, o autor passou, então, a observar quais aspectos do quadro clínico “não eram afetados por métodos que funcionavam no tipo comum dos psiconeuróticos”.

A partir da década de 40, outros autores psicanalistas passaram a se interessar em descrever a patologia *borderline* e, aos poucos, esse quadro foi deixando de ser considerado uma “miscelânea” entre a psicose e a neurose para adquirir uma identidade própria em seu conceito.

Em 1942, Helene Deutsch denominou “*as if personality*” (personalidade “como se”) um tipo de distúrbio emocional que seria comparado na literatura com a patologia *borderline*, apontando suas proximidades com a esquizofrenia. Nesses casos, os indivíduos se comportam como se mantivessem uma relação genuína e completa com a realidade, aparentemente controlando suas emoções e respondendo às circunstâncias da vida, mas, ao longo do processo analítico, algo se apresenta como falta de originalidade em seus atos. Internamente, vivem um vazio, uma ausência de sentimento e sempre reclamam de eventos vividos sem qualquer significado real.

No artigo “Algumas formas de distúrbios emocionais e sua conexão com a esquizofrenia” (1942), Deutsch apresenta alguns casos clínicos ressaltando que esses indivíduos não têm consciência de seu próprio distúrbio. Os pacientes “como se” não manifestariam calor afetivo e suas expressões emocionais seriam formais, semelhantes às de “um ator tecnicamente bem treinado, mas a quem falta algo da vida real” (p. 303). Apesar de parecerem muito bem ajustados à realidade, funcionariam, na verdade, como “camaleões humanos” que imitam e se identificam passivamente com o meio ambiente, manifestando uma contínua disposição em adotar as atitudes ou reações que se esperam

deles. Não teriam, portanto, desenvolvido uma personalidade unificada e singular, mas sim uma personalidade adaptativa com múltiplas identificações, que muda de acordo com as exigências do ambiente. É justamente a capacidade de se adaptar à realidade externa, desenvolvida para “evitar uma ansiedade” (*anxiety-laden fantas*, p. 304), que marca a característica principal desse tipo de paciente.

A autora ainda destaca que, apesar de a personalidade “*as if*” apresentar algumas similaridades com a esquizofrenia, como o desenvolvimento de identificações múltiplas, a dificuldade de se relacionar com a realidade externa e o sentimento de falta de sentido na vida, há diferenças em alguns aspectos. A diferença básica seria que há na esquizofrenia um relacionamento com os objetos externos, mas carregado de uma energia libidínica (*powerful libidinous cathexes*), enquanto nas personalidades “*as if*” não há relação de objetos com envolvimento libidinal, devido a um ambiente muito deficiente em estabelecer os primeiros relacionamentos afetivos.

Embora a autora tenha uma compreensão clínica da personalidade *borderline* claramente freudiana e, portanto, distinta de Winnicott, autor em foco neste estudo, sua colaboração revela-se muito fecunda para a descrição das características principais do distúrbio “como se”. Em Winnicott, como detalharemos mais adiante neste estudo, essas características estariam descritas na defesa falso si-mesmo patológico dos pacientes *borderline*.

Já o psicanalista Otto Kernberg (1989) considera que a terminologia “organização *borderline* de personalidade” pode ser utilizada com o intuito de agrupar uma gama de diferentes patologias.

... esta designação inclui um número maior que a categoria de distúrbio de personalidade *borderline* do DSMIII-R e cobre um nível de patologia de caráter que inclui a maior parte dos casos de personalidade infantil ou histriônica e narcisista, praticamente todas as personalidades esquizóides, paranóide, ‘como se’, hipomaníaca e todas as personalidades anti-sociais (p.18).

Para o autor, o diagnóstico de “organização *borderline* de personalidade” baseia-se na teoria das relações objetais<sup>2</sup> e se divide em três critérios estruturais de classificação. O primeiro é caracterizado pela difusão da personalidade, que se constitui pela falta de integração do *self* e da percepção do conceito das outras pessoas. O segundo é a presença de organizações defensivas do tipo clivagem, tanto do *self* quanto de seus objetos externos, em inteiramente bons ou maus, identificação projetiva, negação, idealização primitiva e controle onipotente. O terceiro critério refere-se à capacidade de perceber e diferenciar a realidade intrapsíquica e externa das percepções, que no *borderline*, segundo o autor, é mantida, o que não ocorre com os psicóticos.

No vocabulário de Psicanálise Laplanche & Pontalis (1999, p.94) há a seguinte definição de “Casos limites ou limítrofes”: “Expressão utilizada a maioria das vezes para designar afecções psicopatológicas situadas no limite entre neurose e psicose, nomeadamente esquizofrenias latentes que apresentam uma sintomatologia de feição neurótica”.

Já o psicanalista Alfredo Naffah (2007), em seu artigo “A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott”, discorre sobre o desenvolvimento, nesse quadro clínico, de um falso si-mesmo cindido como defesa esquizofrênica. Vale ressaltar que o autor compreende esses indivíduos como aqueles que “vivem nas bordas, ou seja, nas fronteiras entre a neurose e a psicose” (p. 80), apresentando em períodos mais estáveis de sua patologia, ou seja, quando há uma boa adaptação do falso si-mesmo, uma dinâmica neurótica, e em períodos mais críticos – quando a defesa falso si-mesmo é desconstruída – uma dinâmica psicótica.

O autor faz duas subdivisões do quadro clínico *borderline*. Uma primeira, denominada personalidade “como se”, de acordo com o sugerido por Helen Deustch, que compreenderia indivíduos que possuem um falso si-mesmo patológico altamente adaptado. E a segunda, denominada personalidade esquizóide, que compreenderia os indivíduos que também possuem o falso si-mesmo como defesa, embora não tão bem adaptada. O ponto essencial dessa subdivisão seria indicar que a formação do falso si-

---

2 Em Laplanche e Pontalis (1999, p. 444.), encontramos a seguinte definição de relação de objeto: “expressão usada com muita frequência na Psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do sujeito com seu mundo, relação que é resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasística dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa”.

mesmo patológico não é a mesma, uma vez que a etiologia dessas patologias também não é.

Para Naffah (2007), nas personalidades “como se” o ambiente foi extremamente invasivo, interrompendo a continuidade do ser e provocando uma cisão do tipo falso si-mesmo a ponto de toda a espontaneidade e as vivências do verdadeiro si-mesmo encontrarem-se incomunicáveis com a realidade. A intrusão do ambiente não permitiu a criação de um mundo subjetivo; ou seja, a entidade correspondente ao campo da experiência e das vivências de onipotência. Tudo o que poderia ser representado de mais genuíno e vivido como verdadeiro não pode ser sentido pelo indivíduo, pois existe uma barreira de proteção. O autor ressalta: “seu *self* verdadeiro permanece, pois, oculto e isolado dele próprio, sendo muito difícil – quase impossível – qualquer contato com suas necessidades mais pessoais” (p.82).

Neste sentido, o indivíduo que não constituiu seu mundo subjetivo fica submisso às exigências ambientais, restando-lhe somente adaptar-se e colar-se ao seu falso si-mesmo, pelo medo da perda do contato com a externalidade. A personalidade “como se” é compreendida como a impossibilidade de criar um mundo subjetivo, sendo o desenvolvimento do falso si-mesmo superadaptado a única forma de expressão diante da vida.

Já a personalidade esquizóide é caracterizada por um meio também invasivo, porém, mesmo que muito rudimentar, algum nível de mundo subjetivo e vivências de onipotência foram alcançados. E é esse desenvolvimento fragmentado do mundo subjetivo que permite ao indivíduo ter um contato incipiente com seu verdadeiro si-mesmo. Mesmo assim, a cisão do falso si-mesmo é observada, pois esse indivíduo não consegue lidar com as falhas ambientais, que são sentidas de forma caótica.

É importante ressaltar que, como a defesa falso si-mesmo dos pacientes esquizóides não se apresenta de forma tão adaptativa e sofisticada quanto nas personalidades “como se”, eles não conseguem ter um relacionamento com os objetos externos muito duradouros, pois sabem que sua principal defesa é frágil. A principal característica das personalidades esquizóides é manter uma relação de objetos subjetivamente e estabelecer um contato com a realidade externa somente quando necessário e, mesmo assim, através de seu falso si-mesmo.



Em harmonia com o pensamento winnicottiano, para Naffah (2008), a compreensão clínica do funcionamento do paciente *borderline* deve, na maior parte das vezes, transgredir os métodos da Psicanálise padrão; em suas palavras “este tipo de Psicanálise tem de operar nas bordas de seu método” (p.3) Isto quer dizer, que com os pacientes *borderlines* e psicóticos o *holding* e a regressão transferencial a estados de dependência seriam os procedimentos mais adequados à situação. Desta forma, podemos observar entre os autores citados algumas contribuições da psicanálise para a compreensão do quadro *borderline*.

### **1.2.1 *Borderline* em Winnicott**

As caracterizações de Winnicott sobre o distúrbio *borderline* - perfil do paciente, que tipo de defesa apresenta, como tratar essa patologia, entre outros aspectos - nem

sempre se encontram de forma organizada em sua obra, e mesmo entre alguns psicanalistas não há consenso sobre a forma de classificá-lo e compreendê-lo de acordo com o autor.

O próprio Winnicott (1965h) ressalta que, para classificar um distúrbio, deve-se romper com a noção clássica da Psiquiatria, de compreender as patologias psiquiátricas a partir de entidades nosológicas bem definidas. Para ele, o psicanalista pode ser descrito como “um especialista em obtenção da história” (p. 121), a partir de um profundo processo de análise. É bem verdade que, durante este processo, o diagnóstico do paciente vai ficando cada vez mais claro, porém, à medida que a análise avança, ele também pode se alterar, uma vez que, na prática clínica, a patologia não é cristalizada; talvez nisso resida a razão de nosso trabalho. Um exemplo dessa alteração é, justamente, quando o paciente *borderline* se torna um paciente esquizóide. Winnicott destaca: “uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizóide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (1965h in 1965b (W9), p. 121).

Nesta perspectiva, observamos em Winnicott um esforço grande para diagnosticar precisamente distúrbios de origem psicótica, embora ele tenha se interessado mais em compreender os processos que foram interrompidos no momento em que as falhas ambientais ocorreram do que buscar uma divisão nosológica propriamente dita.

O autor analisou um grande número de pacientes psicóticos e, em especial, pacientes *borderline*. Foram sem dúvida essas análises que o levaram a escrever uma teoria sobre tais estados e as psicoses de modo geral. Em um artigo de 1969(i) [1968], intitulado “O uso de um objeto e relacionamento através de identificações”, afirmou que a melhor maneira de entender a esquizofrenia seria através dos quadros *borderline*, uma vez que se poderia explicar e compreender o início de sua sintomatologia e sua recuperação. Para ele, ambas as patologias teriam a mesma origem, sendo que na esquizofrenia a cisão seria total, e nos quadros *borderline*, subtotal, podendo se apresentar em várias formas, como por exemplo, a cisão em verdadeiro e falso si-mesmo.

De acordo com Winnicott (1949f, p.277-287; 1958n, pp.399-405; 1960c, pp 44-51, 1965n, pp. 55-9; 1963a, p.231), então, os casos *borderline* caracterizam-se, essencialmente, como doenças ambientais que se apresentam como organizações

defensivas do tipo falso si-mesmo para lidar com a angústia de aniquilação advinda de falhas no estágio de dependência absoluta. Como a mãe não consegue se adaptar às exigências do bebê, ele se adapta e se submete, tornando-se, deste modo, a sua própria mãe, ou seja, cuidando de si mesmo.

O fato de desenvolver uma personalidade baseada na submissão não significa que o *borderline* toma qualquer atitude porque deseja se parecer com o outro. Esse tipo de paciente não possui uma estrutura capaz de desejar algo. O que ele precisa é mimetizar o ambiente porque, não tendo contato com seu verdadeiro si-mesmo, não consegue saber sobre si, restando apenas agir de acordo com a expectativa ambiental.

Esses indivíduos falsamente adaptados à realidade, sem nenhuma consciência disso, perdem o contato com o mundo subjetivo e com o modo criativo de lidar com as coisas (Winnicott, 1971g in 1971a (W10), p.97). Aparentemente, apresentam-se bem para o mundo, como se tudo estivesse sob controle. Muitas vezes, desenvolvem uma excelente memória, prestando atenção a todos os detalhes alheios. No entanto, em tratamento, é possível observar que essas habilidades defensivas são desenvolvidas para evitar uma ansiedade muito forte, o medo de ter um colapso. Na verdade, esses indivíduos precisam encontrar um ambiente suficientemente bom para que possam regredir ao estágio de dependência e viver uma experiência genuína de ser.

Como toda organização defensiva, o *borderline* apresenta em sua dinâmica uma composição de defesas. Há predominância da defesa falso si-mesmo, mas também pode ser observada uma defesa contra a agonia impensável de perder o contato com a realidade, perder a coesão psicossomática e uma fuga obsessiva da desintegração, pois, como esses indivíduos experienciaram o sentimento de terem sido aniquilados, não há possibilidade de tolerarem qualquer momento de desintegração.

É importante ressaltar que a defesa falso si-mesmo não é particular dos distúrbios *borderline*. Outras patologias, como as personalidades esquizóides, também apresentam em sua dinâmica a defesa falso si-mesmo, porém não tão bem adaptada. Um exemplo clássico é o paciente atendido por Winnicott, descrito no livro “ *Holding e Interpretação*” (1986a), e que fora diagnosticado como um esquizóide depressivo. Neste caso, o paciente havia sofrido falhas na maternagem de uma mãe que se obrigava a ser perfeita, não apresentando nenhuma flexibilidade quando cuidava e amamentava seu filho. Isso foi

percebido na análise, pois o paciente apresentava dificuldade de completar as experiências em sua vida como, por exemplo, medo de chegar ao fim do tratamento, medo de sentir prazer nos relacionamentos, o que Winnicott interpretou como um sentimento hostil pela satisfação, uma vez que a satisfação sentida no final das mamadas significava a aniquilação do próprio desejo. Foi possível notar aqui a defesa falso si-mesmo operando, embora muito precária, para se relacionar com as pessoas.

Seguindo essa metodologia, Winnicott descreveu o distúrbio *borderline* da seguinte forma:

... pela expressão *borderline*, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaçar irromper de forma grosseira (Winnicott, 1969i in 1989a (W19), p. 172).

Podemos concluir, então, que o paciente *borderline* é um psicótico, porém com uma defesa extremamente adaptativa – o falso si-mesmo – podendo confundir até mesmo o seu analista. A esse respeito, Winnicott destaca:

A análise vai bem e todos estão satisfeitos. O único inconveniente é que a análise nunca termina. Ela pode ser terminada e o paciente pode mesmo mobilizar um falso si-mesmo psiconeurótico para fins de término e expressão de gratidão. Na realidade, porém, ele sabe que não houve mudança no estado subjacente (psicótico) e que analista e paciente alcançaram êxito em entrar em conluio para ocasionar um fracasso (Winnicott, 1969i in 1989a (W19), p. 172).

Isso se deve porque a defesa falso si-mesmo pode também estar associada a um processo mental altamente sofisticado e, sendo assim, o indivíduo se apresenta de forma muito bem sucedida diante dos eventos da realidade objetivamente percebida, muitas vezes mostrando-se com um intelecto muito bem desenvolvido. Embora possam se apresentar de forma brilhante, esses indivíduos não possuem história pessoal. De acordo com Dias (1998), os *borderline* não são atingidos pelos acontecimentos da vida, uma vez que não há um si-mesmo para experimentá-los.

### **1.2.2 Defesa falso si-mesmo patológico**

Inicialmente, a defesa falso si-mesmo foi descrita por Winnicott em um artigo de 1954(a) [1949], intitulado “A mente e sua relação com o psique-soma”. Nele, o autor descreveu pacientes que precisavam regredir dentro da transferência com seu analista a um estágio muito inicial de seu desenvolvimento, porque o funcionamento mental fora desenvolvido defensivamente e precocemente contra um ambiente inicial intrusivo. Uma das consequências observadas é o desenvolvimento de um falso-si mesmo com base na submissão para lidar com uma maternagem insuficiente.

De acordo com essa teoria, o lactente possui a necessidade de ter um ambiente adaptado, para que a constituição de seu eu possa ser alcançada com êxito, bem como as funções mentais. É evidente que o ambiente, no início, tem de ser o mais previsível possível, e à medida que as integrações vão sendo alcançadas, o bebê naturalmente vai desenvolvendo uma compreensão do mundo que o cerca e também a capacidade de tolerar a gradual falha materna. Portanto, o funcionamento da mente não se apresenta como uma entidade, e depende de tempo para que o esquema corporal ou psicossoma do bebê se desenvolva. Winnicott conclui: “A mente, então, será apenas um caso especial do funcionamento do psicossoma” (1954a in 1958a (W6), p. 333).

O grande problema é quando o ambiente não se adapta às necessidades do bebê, obrigando-o a reagir. É a reação que perturba o seu “continuar a ser” (op. cit., p. 334), levando ao desenvolvimento da defesa falso si-mesmo patológico, que ocorre sempre que o bebê não encontra suporte no ambiente para a criação do seu mundo subjetivo - expressão de seu verdadeiro si-mesmo.

Na doença, o falso si-mesmo se estabelece a partir de uma cisão na mente, que pode variar em profundidade, sendo a mais grave a esquizofrenia (Winnicott, 1986 in 1989, p.52). Para o autor, a falha materna ocorrida antes da capacidade de suportabilidade do bebê pode levar ao desenvolvimento de uma hiperatividade do funcionamento mental.

A mente passa a tomar conta do psicossoma, enquanto na saúde quem se encarrega desse cuidado é o próprio ambiente.

Dependendo da intensidade da falha ambiental e do momento em que ocorreu, pode-se observar desde o desenvolvimento de uma deficiência mental, que não deriva de defeitos do tecido cerebral, até o funcionamento mental passando a existir por si mesmo, dando início ao estabelecimento de um falso si-mesmo patológico com base na submissão.

... quando há um certo grau de fracasso na adaptação, ou uma adaptação caótica, o bebê desenvolve dois tipos de relacionamento. Um tipo consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um si-mesmo-falso e se estabelece para com um ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado (1988 in 1990 (W18), p. 129).

Quando há no indivíduo um falso si-mesmo baseado na submissão à realidade externa, o mundo é percebido apenas como algo a que deve se ajustar. Existem pessoas tão aderidas à realidade externa que perdem o contato com o mundo subjetivo e a criatividade. Com o desaparecimento desta, desaparece o próprio sentido de ser real, destruindo o sentimento de liberdade e ocasionando o tédio e a desesperança.

Mas foi em um artigo de 1965(m) [1960], intitulado: “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*”, que Winnicott definiu teoricamente a defesa falso si-mesmo como sendo o resultado de uma defesa que tem por objetivo ocultar o verdadeiro si-mesmo. É importante ressaltar que o próprio autor admite que esse tema não é novo, e que a Psiquiatria e outros sistemas filosóficos e religiosos já vinham dele se apropriando.

Na resenha de um livro de Jung, em 1964, Winnicott afirmou que esse termo pertencia também à psicologia junguiana. De fato, quando Jung escreveu em 1958 “Acontecimentos Iniciais da Minha Vida”, em especial os capítulos sobre infância, época do colégio e anos de estudo, ressaltou a importância desses acontecimentos na formação de seu si-mesmo<sup>3</sup>. Para Jung, o si-mesmo referia-se a uma realidade vivida no campo da

---

3 É interessante analisar como Jung começa a contar suas primeiras lembranças da infância como fatos sublimes, lembranças do jardim, da casa onde vivia com seus pais, de castelos à beira do lago, como ele mesmo descreve “... tudo é colorido, esplêndido e magnífico” (Jung, 1963p.21). Somente depois começa a contar sobre seu sofrimento decorrente de um eczema generalizado e a possibilidade desta patologia estar

experiência pessoal, e não puramente uma reflexão. Representava a psique consciente e inconsciente, sendo o centro da totalidade do indivíduo.

Segundo Winnicott (1965m), Freud também já havia mencionado uma ideia de *self* composto por uma parte interna (ou pelo que denominou sexualidade pré-genital e genital) e uma parte voltada para fora e relacionada com o mundo. Mas foi Winnicott quem propôs distinguir dois aspectos do si-mesmo, um verdadeiro e um falso, presentes em todos os seres humanos, mas em proporções variadas de um indivíduo para outro. Segundo esse pensamento, ambos têm origem comum num momento da vida do bebê, denominado dependência absoluta. Neste período existe um estado primário de não integração e uma realidade psíquica em que o bebê não reconhece a exterioridade do objeto. Quem irá integrá-lo e dar sentido as suas sensações corporais será a mãe, através do *holding*, o qual não é somente um cuidado físico, mas também emocional.

Porém, para a Psicanálise faltava desvendar a causa do surgimento da defesa falso si-mesmo, sua função, por que não é determinante em todos os indivíduos, qual o seu equivalente em pessoas saudáveis, entre outras questões. E foi com estas questões em mente e com o longo atendimento e evolução de uma paciente que Winnicott conseguiu classificar a natureza da organização defensiva falso si-mesmo em quatro formas, detalhadas a seguir.

Na primeira nota-se um nível extremo de falso si-mesmo, que se estabelece como se fosse real, sendo muitas vezes confundido com a pessoa real pelos outros, inclusive pelos analistas. Isso ocorre porque, no momento em que estaria se desenvolvendo a identidade primária, dotada de espontaneidade, foram experienciadas sucessivas falhas

---

associada à separação dos pais, às crises conjugais, à doença de sua mãe e, como consequência, sua longa permanência em um hospital, ao nascimento de uma irmã quando ele já estava com nove anos e sobre as angústias relativas à chegada da nova irmã. Jung descreve que a ausência da mãe decorrente de um quadro depressivo trouxe a ele um sentimento de desconfiança, e segundo suas próprias palavras, “o sentimento que associei à palavra feminino foi durante muito tempo a desconfiança”.

De acordo com a teoria do amadurecimento de Winnicott, a descrição da biografia de Jung diz respeito a um quadro de esquizofrenia infantil que teve a possibilidade da autocura. Para o autor, as experiências positivas destacadas por Jung representavam um mecanismo de defesa que ele mesmo tinha desenvolvido para conseguir lidar com o fracasso materno por causa da enfermidade da mãe e, posteriormente, pela separação dos pais. Porém, este mecanismo de defesa começa a falhar, o que pode ser evidenciado quando Jung, aos quatro anos de idade, apresenta um colapso, ou seja, um quadro de eczema generalizado, e que para Winnicott referia-se a uma ameaça da desintegração de sua estrutura de ego relacionada à separação dos pais.

ambientais, obrigando o indivíduo a reagir. Assim, para não ser aniquilado, o verdadeiro si-mesmo fica oculto, protegido pelo falso.

Há, porém, evidências de um empobrecimento de experiências reais, o que é relatado na queixa do paciente de não ter mais vivências espontâneas e não saber mais sobre as suas reais necessidades. Faria (2003)<sup>4</sup> destaca que, embora o risco de suicídio não apresente grande incidência nesses casos, poderá se tornar uma das alternativas quando as tentativas de prever e controlar o ambiente começarem a falhar.

A esse respeito, Winnicott enfatiza que, no grau extremo de cisão, “a criança não tem qualquer razão para viver” (1988, p. 128), uma vez que a impossibilidade de viver uma vida de forma criativa faz com que a própria vida seja questionada.

Nesse nível de falso si-mesmo os indivíduos apresentam, então, uma extrema adaptação à realidade externa, porém com um empobrecimento das experiências reais: “O problema é que os impulsos, a espontaneidade e os sentimentos que parecem reais encontram-se confinados no interior de um relacionamento que (em seu grau extremo) permanece incomunicável” (Winnicott, 1988, p. 129). Assim, nos relacionamentos pessoais de trabalho e amizade, em que se espera uma pessoa real e verdadeira, o falso-si mesmo começa a falhar.

Na segunda forma o falso si-mesmo defende o verdadeiro, que não se encontra oculto e é visto como potencial pela pessoa, sendo permitido a ele ter uma vida, ainda que secreta. Trata-se de um tipo de defesa mais evidente, em que uma organização defensiva teve de ser desenvolvida para preservar o indivíduo das condições de um ambiente não favorável. O autor destaca que essa personalidade falso si-mesmo se apresenta bem para o mundo, mas com medo do colapso, e em tratamento: “... muitas vezes temos de deixá-las doentes; quem é que sabe se sem nós elas não teriam ido pior – talvez se matado ou talvez se tornando até mais bem sucedidas, mas cada vez mais irreais para si mesmas” (Winnicott, 1965vd in 1965b (W9), p.208).

Na terceira forma, mais próxima da normalidade, o falso si-mesmo tem como função procurar um espaço para que o verdadeiro si-mesmo possa ser experienciado. Caso esse espaço não possa ser encontrado, o suicídio passa a ser uma opção para

---

4 Em sua tese de doutorado, intitulada “O suicídio na obra de D. W. Winnicott: elementos para a formação de uma teoria winnicottiana do suicídio”, Faria (2003) realizou uma pesquisa acerca dos elementos constituintes da teoria winnicottiana quanto à questão do suicídio.



defender o verdadeiro si-mesmo de uma aniquilação completa, sendo visto então como uma defesa positiva para evitar uma vida sem sentido. Há aqui um grande sentimento de futilidade em relação à vida e uma busca incansável do paciente por momentos reais que sejam significativos. E é justamente essa busca que faz com que não consiga participar de situações em que se faz necessário adotar uma postura mais sociável, e nem sempre muito verdadeira, o que é vivido pelo paciente com extremo desconforto, uma vez que seu interesse está em buscar situações em que o si-mesmo possa emergir.

No quarto e último tipo de defesa o falso si-mesmo é construído a partir de identificações. É possível perceber, nesses casos, que o ambiente teve algo de integrativo e que sobretudo os indivíduos dotados de um alto potencial mental conseguem administrar o meio onde vivem e, assim, corresponder às expectativas dos outros e se desenvolverem. É o caso dos indivíduos que vivem como se fossem atores de suas próprias vidas. Para Winnicott (1988, p. 129), não se trata do estado primário de cisão, mas de uma organização secundária cindida que iremos encontrar em estágios posteriores do desenvolvimento emocional.

Na normalidade uma divisão saudável do verdadeiro si-mesmo e certa parcela de falso si-mesmo tornam-se necessárias para que as pessoas possam conviver em sociedade, uma vez que nenhum de nós suportaria a todo o momento deixar o verdadeiro si-mesmo exposto: “... de certa forma, cada pessoa tem um *self* educado ou socializado, e também um *self* pessoal privado, que só aparece na intimidade. Isso é comum e pode ser considerado normal” (Winnicott, 1986e in 1989 (W14), p. 52).

Como foi dito anteriormente, o conceito de falso si-mesmo não foi criado por Winnicott, mas foi este autor quem considerou a privação ambiental nos estágios iniciais de vida do relacionamento mãe-bebê como sendo a etiologia de tal defesa. Foi também pioneiro ao destacar que a defesa falso si-mesmo é organizada para preservar a aniquilação completa do verdadeiro si-mesmo, que é o gesto espontâneo em ação e a ideia essencial de sentir-se vivo e real.

O conceito de falso si-mesmo constitui, pois, uma das mais importantes contribuições de Winnicott à teoria psicanalítica, uma vez que o estudo desse conceito inaugura uma nova forma de compreender os distúrbios psicóticos e uma nova maneira de pensar a prática clínica.

## CAPÍTULO II: TEORIA DAS PSICOSES EM WINNICOTT

### 2.1 Classificação dos distúrbios psicóticos à luz da teoria winnicottiana

Para compreendermos o critério de classificação dos distúrbios psicóticos em Winnicott, precisamos pensar, primeiramente, no processo de amadurecimento humano. A teoria das psicoses leva em consideração o período da vida em que *não há uma estrutura de ego formada*, ainda que a possibilidade de ser seja um potencial inato. Nesse sentido, de acordo com a teoria do amadurecimento winnicottiana, há um longo caminho a ser percorrido antes de o ser humano ser dotado de um mundo interno e da capacidade de reconhecer o mundo externo, compreensão esta distinta da Psicanálise tradicional.

De uma forma geral, segundo Freud (1924), a diferença entre neuroses<sup>5</sup> e psicoses é que nas primeiras o ego, reconhecendo a necessidade de se adaptar à realidade externa, suprime os instintos provindos do id, por meio de mecanismos de defesa que encontram modelo na repressão. Enquanto nas psicoses o ego não consegue se adaptar entre o mundo externo e os instintos do id, cedendo a estes e rompendo com a realidade externa.

Também para Klein *existe um ego* operando desde o início da vida, o que pode ser pressuposto quando a autora destaca a existência de um mundo externo passível de ser apreendido, percebido ou mesmo recusado.

Passamos a seguir a desenvolver a tese fundamental de Winnicott, de que as psicoses são decorrência de uma falha ambiental em propiciar os cuidados necessários no primeiro estágio do desenvolvimento emocional, o estágio de dependência absoluta.

---

5 Apesar de o foco de interesse teórico de Freud ter sido as neuroses, sua contribuição para o campo das doenças mentais é de certa forma inestimável, uma vez que a saúde mental pôde ser pensada de forma individual, considerando a história do paciente de um modo dinâmico e, assim, superando a ideia de que a doença mental era um produto de exclusão social ou um conjunto de entidades nosológicas descritas pela Psiquiatria clássica.

## 2.2 Fator ambiente nas psicoses

A oportunidade de acompanhar de perto o desenvolvimento dos bebês e a relação que estabeleciam logo de início com suas mães possibilitou a Winnicott ter uma visão mais profunda sobre os primeiros estágios da vida de uma criança.

Mesmo tendo a princípio se apropriado das teorias freudianas, Winnicott não concordava com a ideia de que o complexo de Édipo era o centro dos distúrbios encontrados em lactentes. Assim, ao descrever sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, enfatizou a importância do ambiente na constituição da personalidade do bebê: “Os lactentes humanos não podem começar a ser, exceto sob certas condições” (1960c, p.43). Essas condições referiam-se ao conjunto de cuidados do ambiente, dispensados para cada bebê.

Segundo o dicionário Aurélio, ambiente significa: “1) aquilo que cerca ou envolve os seres vivos ou as coisas, por todos os lados; envolvente; 2) aquilo que cerca os seres vivos ou coisas; meio ambiente; 3) lugar, sítio, espaço, recinto; 4) meio” (Ferreira 1988, p. 36).

Já no dicionário Merriam-Webster o termo ambiente é definido como arredores (*surrounding*) ou material (*associated matters*) que influencia ou modifica o curso do desenvolvimento (*The merriam-webster thesaurus*, 1989, p. 204).

Araújo (2005), estudiosa do tema em questão, em sua tese de doutorado relata que o termo ambiente é pouco utilizado entre os psicanalistas. A autora não encontrou referências a esse termo nos índices remissivos dos XXIV volumes da edição *standard* das “Obras Completas de Sigmund Freud”, no “Dicionário de Psicanálise Roudinesco e Plon” e nem no “Vocabulário da Psicanálise de Laplanche e Pontalis”.

Diante disso, podemos dizer que Winnicott inovou ao propor o ambiente como fator favorável ou desfavorável para a constituição da personalidade do indivíduo. Mas essa contribuição não foi aceita tranquilamente dentro do pensamento psicanalítico, sendo inclusive o principal motivo de suas desavenças com Melaine Klein, que defendia enfaticamente o papel do intrapsíquico.

É evidente que, para Winnicott, não se tratava de defender o ambiente e negligenciar o intrapsíquico no desenvolvimento do indivíduo, mesmo porque ele deixa

claro que deveria “retornar ao meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos” (1989f in 1989a (W19), p. 439).

Na perspectiva winnicottiana, cada bebê nasce com um potencial herdado, que é a tendência ao amadurecimento; porém, essa tendência não é desenvolvida somente com o tempo. É necessário um ambiente facilitador que forneça os cuidados suficientemente bons: “... o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno” (Winnicott, 1960c, p.43).

Em artigo de 1965r, adverte: “o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial” (Winnicott, 1965r, p. 81). Desta forma, o autor ressalta a importância do potencial herdado em consonância com um ambiente satisfatório como sendo determinante para o desenvolvimento saudável do lactente.

Mas o que Winnicott entendia como ambiente? Para o autor, o ambiente compreende muito mais do que o significado da palavra sugere, de forma que cria vários termos dele derivados, como: meio ambiente, meio ambiente perfeito, meio ambiente pessoal, ambiente humano, mãe-ambiente, ambiente-interno, ambiente suficientemente bom, ambiente não suficientemente bom, ambiente facilitador, provisão do ambiente<sup>6</sup>.

Trata-se, pois, de um conceito “extremamente complexo”, como bem destaca Dias (2003). No início da vida, imaginando um bebê de poucas horas ou poucos dias, do ponto de vista do observador, o ambiente parece ser externo. Mas este é um grande equívoco, pois, nesse momento, o ambiente é subjetivo, “não é externo nem interno” (Dias, 2003, p.66), encontra-se fundido ao bebê de forma que participa efetivamente da constituição do si-mesmo. Em síntese: o ambiente corresponde à dependência que o bebê tem de um outro que ainda não é externo a ele.

Nessa perspectiva, Winnicott destaca que não é possível enxergar um bebê sem os cuidados da mãe. Para ele: a “unidade é o conjunto ambiente-indivíduo, unidade da qual o bebê é apenas uma parte” (1988 (W18), p.153). Nesse momento, o bebê nem consegue

---

<sup>6</sup> As descrições dos termos utilizados por Winnicott para se referir ao ambiente encontram-se apresentadas de forma exemplar na tese de doutorado de Conceição A. Serralha de Araújo (2008): “O Ambiente na obra de D. W. Winnicott: teoria e prática clínica”.

se perceber como um ente separado da mãe, e tampouco se dá conta de sua dependência fusional dela.

É importante ressaltar que o ambiente passa a ser considerado externo só no decorrer do amadurecimento, quando a criança já se constituiu de forma integrada. Podemos dizer, então, que ela chegou à externalidade e pode compreender o ambiente, muito embora este não seja completamente externo a ela.

O ambiente é, de fato, um conceito muito inovador na teoria winnicottiana, e demarca uma profunda diferença em relação à Psicanálise tradicional na compreensão e no manejo clínico dos distúrbios de origem psicótica. Como a ênfase está no processo de amadurecimento, o que está em pauta é o começo do contato com a realidade; ou seja, a qualidade da provisão ambiental permitirá a constituição de um si-mesmo e a gradual integração numa unidade ou, ao contrário, a constituição de um falso si-mesmo, que se desenvolve na base da submissão e se relaciona com a realidade de forma passiva.

No entendimento de Winnicott, no início, o ambiente corresponde aos cuidados da mãe suficientemente boa ou figura substituta (1960c in 1965b (W9), pp. 38-64). Para ele, a primeira e principal função da mãe é amar seu bebê verdadeiramente, o que é sentido através de: a) cuidados físicos maternos (trocar, dar banho, carregar, ninar, etc.); b) alimentação, que é oferecida de acordo com as necessidades do bebê e no momento em que elas surgem; c) vivência de momentos excitados e tranquilos; d) possibilidade de o bebê experienciar a vida dentro de seu controle onipotente; e) apresentação de um ambiente estável e previsível que permita a continuidade de seu estado de ser (Winnicott, 1988).

É a mãe a pessoa mais capacitada para se adaptar às necessidades do bebê, uma vez que, durante a gestação, já se iniciou um estado preparatório para recebê-lo. Winnicott (1958n in 1958a (W6)) denomina esse estado Preocupação Materna Primária. Para ele, a mãe suficientemente boa, gradualmente, já no final da gravidez, desenvolve uma sensibilidade exacerbada que poderia ser considerada uma doença, caso ela não estivesse grávida. O conceito de doença é aqui mencionado, pois o estado de envolvimento da mãe com seu bebê é tamanho que ocorre um retraimento, uma perda de contato com outras pessoas ou mesmo uma fuga, a ponto de, temporariamente, quaisquer outros interesses de sua vida serem excluídos, algo natural e esperado nesse momento.

Ou seja, na saúde espera-se que a mãe possa entrar nesse estado, adaptando-se às reais necessidades de seu bebê, bem como se espera que ela se recupere à medida que seu bebê deixa de necessitar dessa dependência absoluta inicial.

Winnicott descreve a preocupação materna primária como sendo um estado que possibilita um

... contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (1958n in 1958a (W6), p.403).

Assim, cabe à mãe: “a tarefa especial de apresentar o mundo ao seu bebê” (Winnicott, 1988, p. 133). Contudo, a vida é sentida pelo bebê como uma série de experiências muito intensas, e talvez seja por isso que tenha de ser apresentada a ele em pequenas doses.

Em contrapartida, nas psicoses é observado um ambiente não suficientemente bom, que não atende às necessidades do bebê. A mãe que falha em adaptar-se a essas necessidades, de modo geral, não conseguiu ofertar: a) cuidados físicos; b) alimentação no momento da necessidade do bebê; c) vivência de momentos excitados e tranquilos; d) experiência da onipotência para seu bebê, de forma sensível e natural. Isso porque, de alguma maneira, não entrou no estado de preocupação materna primária, ou não conseguiu se desligar de outras preocupações, ou ainda, por ansiedade, busca um “cuidado perfeito”, segundo sua própria necessidade, e não de acordo com as necessidades de seu bebê.

Para Winnicott, a etiologia dos distúrbios psicóticos relaciona-se, pois, ao *meio ambiente*. Quando existe uma falha do ambiente, ou seja, um fracasso na adaptação, o bebê desenvolve dois tipos cindidos de relacionamento para lidar com a realidade externa. Em um primeiro relacionamento, mantém seu verdadeiro si-mesmo secreto e protegido em um mundo interno de experiências subjetivas, que se apresentam como espontâneas e reais. O segundo relacionamento é baseado no desenvolvimento de um falso si-mesmo para lidar com as exigências impostas pelo meio.

Dependendo do grau de cisão entre esses dois tipos de relacionamentos, o indivíduo pode desenvolver uma patologia, uma vez que a espontaneidade e os

sentimentos reais ficam incomunicáveis com a realidade, e prevalecem os sentimentos de submissão para lidar com o meio. As reações às falhas ambientais provocam uma quebra na continuidade do ser do bebê, já que não têm relação com seu processo de amadurecimento (Winnicott, 1988, p. 127-130)

Na perspectiva winnicottiana são as reações excessivas às intrusões ambientais que causam ansiedades primitivas (angústia impensável), levando ao desenvolvimento de um falso si-mesmo patológico. Quando a mãe não é suficientemente boa, ela não é capaz de assegurar ao bebê a experiência de onipotência, e assim falha repetidas vezes em atender ao gesto dele, impondo o seu próprio gesto. O bebê experiencia, então, uma falsa existência, necessitando desenvolver um falso si-mesmo submisso às exigências do meio para conseguir viver.

Através deste falso si-mesmo o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário (1965m in 1965b (W9), pp. 133-34).

Na ausência de uma adaptação materna, o lactente tem de se relacionar com os objetos da forma como eles se apresentam; não lhe é permitido fazer uso do objeto de forma subjetiva e assim viver a experiência de onipotência, de que é o grande criador dos objetos. O modo de apresentação de objetos obriga o bebê a reagir de forma submissa; ou seja, a mãe impõe o objeto ao bebê e não lhe permite exercer a sua criatividade originária.

Em sua tese de doutorado, “Teoria das Psicoses” (1998), Dias destaca:

Quando o movimento parte do ambiente e não da necessidade que gera o gesto espontâneo; quando o ambiente se impõe ao bebê e as necessidades da mãe recobrem as do bebê; quando o que o bebê encontra é um seio que faz e não um seio que é, o bebê continua a buscar o objeto, mas na forma de uma falsa identidade... é portanto o bebê que se adapta a mãe, mimetizando-a.

Em síntese: as repetidas falhas do cuidado materno e as reações do lactente a essas falhas são determinantes para o surgimento de organizações de defesas do tipo falso si-mesmo (Winnicott, 1989f, in 1989a (W19), p. 440).

### 2.3 Conceito de trauma em Winnicott

A noção de trauma na obra de Winnicott é entendida como uma interrupção do processo de amadurecimento. Trata-se de um acontecimento que impede a continuidade da linha da vida, uma vez que a confiabilidade no ambiente foi alterada inesperadamente. Em um artigo no qual aborda a experiência da mutualidade entre as mães e seus bebês, o autor define o trauma como

... aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (1970b in Winnicott 1989a, p. 201).

Importante ressaltar que o trauma não é visto por Winnicott como consequência de um fato único ocorrido na vida do indivíduo, mas sim como decorrente de uma série de repetições de falhas da mãe<sup>7</sup> em se adaptar às necessidades do bebê, justamente em um momento no qual ele não dispõe de estrutura de ego<sup>8</sup> capaz de compreender o que se

---

7 A falha ambiental designada por Winnicott refere-se aos cuidados insuficientes dispensados ao bebê, que pode ser por parte da mãe ou de alguma substituta.

8 É importante ressaltar que a expressão ego não é a mesma que se utiliza na Psicanálise tradicional, uma vez que não se trata de uma estrutura de personalidade já formada, referente a uma entidade intrapsíquica já estabelecida. O conceito de ego para Winnicott é bem diferente, referindo-se a parte da personalidade que *tende* a se integrar em uma unidade, quando existe um ambiente facilitador (1965n in 1965b(W9)). É por isso que o autor escreve: “... agora vemos o ego da criança como algo dependente inicialmente de um ego auxiliar”(1965h in 1965b (W9), p. 116), entendendo este último como a figura da mãe ou substituta.



passa. Sendo assim, não é a intensidade da intrusão em si mesma que é traumática, mas o grau de maturidade do bebê e os recursos que ele possui ou não para lidar com a falha. A mesma falha ocorrida em outro momento, quando o bebê já teria atingido certo grau de amadurecimento, pode não se constituir em um trauma em seu desenvolvimento emocional.

O trauma, portanto, pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento emocional da criança. E é segundo esse critério que Winnicott descreve a natureza de cinco tipos de trauma, em um artigo de 1965, intitulado: “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”.

O primeiro trauma pode ocorrer no início da vida do bebê, ou seja, no estágio de dependência absoluta. Refere-se à perda da confiança no ambiente e a um fracasso no desenvolvimento da personalidade por não ser possível viver a ilusão de onipotência. O bebê fica exposto, então, a agonias impensáveis, caracterizadas como traumas que interrompem a continuidade do ser, isolando o cerne do si-mesmo (verdadeiro si-mesmo). Esse tipo de trauma prejudica a realização das tarefas básicas do processo de amadurecimento: integração temporal e espacial, estabelecimento da parceria psíquica e constituição do si-mesmo. Assim, para que o bebê possa se relacionar é preciso desenvolver defesas contra as agonias impensáveis, dando origem ao que Winnicott denominou falso si-mesmo reativo, como podemos encontrar nos quadros psicóticos, enfatizados neste estudo.

O segundo tipo de trauma diz respeito ao estágio de dependência relativa, e ocorre quando a mãe, capaz de se adaptar às necessidades do bebê no estágio de dependência absoluta, não consegue promover a desadaptação de forma gradativa. Assim, o bebê que teve a possibilidade de vivenciar a ilusão da onipotência não consegue vivenciar sua perda de forma saudável. Nesse caso, o desmame, que, num certo sentido, é a primeira manifestação de desadaptação proporcionada pela mãe suficientemente boa, pode não ter sido efetuado de forma saudável.

O terceiro tipo de trauma é caracterizado pela “quebra da fé (*faith*)” ou a perda da capacidade de acreditar, e pode ocorrer quando o bebê já conquistou um amadurecimento

---

a ponto de construir uma capacidade para “acreditar em”<sup>9</sup>, adquirido pela confiabilidade e previsibilidade do ambiente. Aqui, a provisão ambiental se adaptou às necessidades iniciais, mas, repentinamente, fracassa, em um momento no qual a criança já alcançou a separação do eu e do não-eu e tem consciência da falha ambiental, passando a cobrar do ambiente o que lhe foi tirado. Trata-se do distúrbio denominado por Winnicott tendência anti-social.

O quarto tipo de trauma refere-se ao momento em que a criança já alcançou o estágio de integração em uma unidade total e também já conseguiu integrar sua vida instintual no estágio do concernimento, estando pronta para se relacionar como o outro de forma também total. Porém, os traumas podem ocorrer caso as tensões instintuais forem em demasia, e o ambiente não for suficientemente bom para lidar com esses conflitos, dando a sustentação necessária. Nesse momento, as falhas ambientais não são as grandes geradoras do trauma. Aqui, estão representados os casos de neuroses, em que o trauma significa não conseguir lidar com os conflitos internos ligados à ambivalência de amar e odiar os progenitores.

Por fim, o quinto trauma é caracterizado por Winnicott (1989d in 1989a (W19), pp. 113-114) como uma destruição da pureza da experiência individual em função da intrusão imprevisível de fatos reais, gerando no indivíduo um ódio que não é sentido como ódio ao bom objeto, nem experienciado como ódio dirigido, mas ilusoriamente como ódio recebido.

Como podemos observar, o fator principal do trauma winnicottiano é a sua temporalidade. Existe um período no desenvolvimento em que o ambiente precisa ser o mais confiável possível, no sentido de ser totalmente previsível para que o bebê não venha a ter uma vivência de angústias inomináveis e inesperadas em seu processo de amadurecimento. Estamos falando aqui do estágio de dependência absoluta, em que a previsibilidade da provisão ambiental é o ponto central para que a continuidade do ser possa ser preservada.

No caso das psicoses o fracasso do ambiente em estabelecer a dependência e, por consequência, a incapacidade de desenvolver a tendência à integração caracterizam o

---

<sup>9</sup> Essa capacidade de “acreditar em” tem sua origem na experiência de ilusão de onipotência vivida pelo bebê quando a adaptação do meio (mãe) é suficientemente boa, ou seja, atende às necessidades dele.

trauma (1989vk in 1989a (W19)). Na vida dos psicóticos o que se observa é um ambiente que não se mostrou previsível no tempo e, sendo assim, o bebê psicótico não pôde construir um conjunto de experiências pertinentes ao seu mundo subjetivo capaz de torná-lo real para prever o futuro sem sentir-se ameaçado. Num certo sentido, o bebê psicótico não tem memória pessoal.

Dias (1998) salienta que o bebê precisa sempre começar tudo de novo, porque não pode juntar as experiências passadas e, não tendo passado, não poderá projetar o futuro, pois não adquiriu "... a crença num mundo encontrável e perdurável (p.256)".

Nesta perspectiva, somente após a conquista do estágio do Eu-Sou, o trauma winnicottiano pode ser visto mais como conflitos internos associados à elaboração do complexo de Édipo e do complexo de castração do que às falhas ambientais. Porém, mesmo mais tardiamente no processo de maturação do ser humano, um certo grau de previsibilidade do ambiente deve sempre ser mantido; caso contrário, o que é experienciado é um ambiente caótico e traumatizante.

Por outro lado, existe um aspecto normal do trauma, que ocorre quando, primeiramente, a mãe se adapta ao bebê para lhe propiciar uma experiência de onipotência e, então, tem-se o desenvolvimento gradual de sua estrutura de personalidade. Até que, em determinado momento, a mãe começa a efetuar a desadaptação – que é a segunda função da mãe suficientemente boa – para que o princípio de realidade seja alcançado.

Neste sentido, a desadaptação é sentida como natural, e o resultado não é um trauma que interrompe o processo de amadurecimento, mas sim um trauma que permite ao bebê passar de um estado de dependência absoluta para um estado de dependência relativa. Tudo isso só é possível quando a mãe conhece seu bebê e sabe em que tempo<sup>10</sup> ele pode vivenciar a desadaptação. Desta forma, quando a criança se apropria de um ambiente previsível no início e depois as falhas vão ocorrendo de forma que ela consiga suportá-las, poderá não só tolerar os imprevistos dos pais como, mais tarde, se tonará um indivíduo capaz de lidar com os imprevistos inerentes à vida.

---

10 O fator tempo está em todo o desenvolvimento da teoria winnicottiana, e é por isso que o ser humano é visto como "uma amostra no tempo da natureza humana" (Winnicott 1988, p. 11). Há tempo de se adaptar, há tempo de desadaptar, há tempo de traumatizar...

## **2.4 Agonia impensável**

O termo agonia foi utilizado por Winnicott na década de 50, mas foi em um texto de 1963 que o autor utilizou o nome agonia impensável (*inthinkable anxiety*), destacando que a palavra angústia (*anxiety*) não lhe parecia suficientemente forte para designar o trauma, ou seja, a interrupção do processo de amadurecimento (Winnicott, 1974 in 1989a (W19), p. 70).

Os traumas desencadeadores das psicoses são denominados agonias impensáveis e ocorrem em um estágio muito inicial do desenvolvimento, antes mesmo de ter se formado uma personalidade integrada. E é justamente por não ter se constituído um “Eu”

integrado que a agonia é denominada impensável, inominável, pois não existe um ego capaz de representá-la ou mesmo experimentá-la. Não se pode dizer, portanto, que o bebê experimentou a agonia impensável, pois, se de fato isso tivesse ocorrido, ele teria consciência do que estaria acontecendo. Muito pelo contrário, ele ainda não tem consciência de nada e por isso, é tão aterrorizador. Trata-se de algo que não se pode nomear, não se pode sentir: "... o bebê não conhece qualquer fator externo, bom ou mau, e sofre uma ameaça de aniquilamento" (Winnicott, 1962c in 1989a (W19), p. 60).

A agonia impensável decorre da exposição do bebê a algo completamente imprevisível, como se ele estivesse vivendo uma continuidade que é assegurada pela confiabilidade do ambiente e, repentinamente, algo acontecesse sem que partisse de sua própria necessidade, obrigando-o a reagir. Winnicott (1964) destaca que o próprio ato de segurar mal um bebê faz com que ele desenvolva uma consciência de seu próprio corpo muito anterior à sua própria capacidade de se reconhecer como um ente separado da mãe.

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, e esta interrupção resultou do fato de eu ter que existir em duas partes, um corpo e uma cabeça. ... O bebê está tentando descrever uma cisão na personalidade, e também uma consciência prematura do fato de sua cabeça ter ficado pendida (Winnicott, 1964c in 1987a (W16), p. 37).

A agonia também é referida como sendo de aniquilação, pois interrompe o fluir da "continuidade do ser" que configura a existência humana. Dessa maneira, podemos concluir que o trauma se dá, em última análise, contra o processo de amadurecimento pessoal de integração, personalização, separação do "eu não-eu", aquisição de identidade pessoal e de se relacionar com os objetos e com suas funções corporais.

A agonia descrita por Winnicott não tem, portanto, relação com a angústia de castração, ou mesmo com o sentimento de frustração evidenciado em outras patologias, que pressupõe a existência de um eu já estabelecido. Estamos falando de uma angústia que impossibilita a própria existência e um sentimento de ser "devorado e engolido" (Winnicott, 1965j in 1965b (W9), p. 163). O autor salienta que, no momento em que o bebê fica exposto às agonias impensáveis, o si-mesmo ainda não está inteiramente

formado, mas o que é interrompido, ou melhor dizendo, o que é aniquilado é o núcleo central do verdadeiro si-mesmo incipiente.

No artigo de 1963, “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, Winnicott destaca que as sucessivas intrusões do ambiente são centrais na teoria das psicoses, pois acabam por perturbar algo – o núcleo do verdadeiro si-mesmo – que deveria permanecer incomunicável. Isso pressupõe que, na saúde, existe um núcleo do verdadeiro si-mesmo, dotado de espontaneidade e da criatividade originária, que permanece em segredo e que seria como “um estado com identidade própria”: “... no centro de cada pessoa há um elemento não comunicável e isto é sagrado e merece ser preservado” (Winnicott, 1965j in 1965b (W9), p. 170). Deste modo, o indivíduo teria algo de subjetivo, de pessoal e não comunicável e algo que poderia ser explicitamente comunicado e compartilhado com a realidade externa.

No entanto, na psicose, o núcleo do si-mesmo não é preservado, há uma “... ameaça de ele ser encontrado, alterado, e de se comunicar com ele” (Winnicott, 1965j in 1965b (W9), p. 170). Assim, o que se observa é um viver de forma reativa. O verdadeiro si-mesmo não pode mais experienciar um viver espontâneo com seus objetos subjetivos, obrigando o bebê a lançar mão de uma comunicação reativa. É a reação automática do bebê à intrusão que o impede de vir-a-ser, pois isola qualquer sentimento de um verdadeiro si-mesmo e real de ser experienciado. Mas esse isolamento pode, em alguns casos, ser tão intenso que nem o próprio indivíduo poderá entrar novamente em contato com seu verdadeiro si-mesmo.

De acordo com Winnicott, a aniquilação do si-mesmo causa angústias muito primitivas que levam a organizações de defesa tão intensas, a ponto de o autor afirmar enfaticamente: “... estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparadas à violação do núcleo do *self*” (1965j in 1965b (W9), p. 170). Após a experiência traumática, as defesas se organizam para evitar a repetição do aparecimento da agonia impensável. São as defesas organizadas que constituem a psicose.

A classificação das agonias impensáveis e as suas respectivas defesas foram apresentadas, primeiramente, em um artigo de 1974 [1963], intitulado: “O medo do colapso” e, depois, no artigo de 1968(c) [1967] “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”. Em ambos os textos, a classificação

aparece descrita de acordo com o momento do desenvolvimento em que a experiência traumática é vivida.

Em “O medo do colapso”, temos:

| <b>Tipos de agonias impensáveis</b>                 | <b>Defesas observadas</b>            |
|---|--------------------------------------|
| 1) Retorno a um estado de não-integração            | Desintegração                        |
| 2) Cair para sempre                                 | Autosustentação/ <i>self holding</i> |
| 3) Perda da parceria psicossomática                 | Despersonalização                    |
| 4) Perda do sentido de real                         | Exploração do narcisismo primário    |
| 5) Perda da capacidade de relacionar-se com objetos | Estados autistas                     |

A agonia relacionada ao “retorno a um estado de não-integração” diz respeito ao fracasso da etapa da primeira mamada teórica. As conquistas relativas a esta etapa - integração no tempo e no espaço, personificação e início dos relacionamentos com a realidade - não foram plenamente atingidas.

Não podemos esquecer que, no início do desenvolvimento emocional do bebê, tudo é muito sutil, existindo uma alternância dos momentos de integração (estados excitados) e dos momentos de não-integração (estados tranquilos). A integração é um processo extremamente complexo, necessitando de um tempo para estabelecer-se de forma estável. Podemos dizer que o “sentir-se integrado” é o que configura o *estado de ser*<sup>11</sup> do indivíduo. Somente a partir deste estado o bebê poderá, com o tempo, dar continuidade ao seu processo de amadurecimento, e assim fazer algo e deixar que façam por ele. Portanto, o que aconteceu neste caso é que, quando o bebê estava no estado de não-integração, de alguma forma, a mãe falhou drasticamente, não sendo capaz de dar uma boa sustentação (*holding*). E o bebê experienciou, então, foi um grande sofrimento e a perda da confiabilidade de que o estado de integração pudesse ser alcançado novamente.

---

11 Para Winnicott, o estado de ser é o início de tudo, ou seja, a essência para a conquista da capacidade de sentir-se real. Desta forma, depois de estabelecido o estado de ser, o bebê pode vir a sentir sua própria individualidade, e até mesmo experimentar um sentimento de identidade pessoal (Eu Sou), que pertence ao estágio seguinte (Winnicott, 1987e in 1987a (W16), p.9).

Quando a mãe não consegue integrar seu bebê através de um bom *holding*, ele vive uma angústia impensável, algo intolerável e um dos sentimentos mais inconcebíveis da infância (Winnicott, 1987e in 1987a (W16), p.9). Então, para impedir que o sentimento de não-integração tome conta do bebê, ocorre o desenvolvimento de uma defesa caracterizada por uma produção ativa do caos. O caos da desintegração pode ser tão ruim como a falta de segurança do meio, mas tem a vantagem de ser produzido pelo próprio bebê, dentro de seu campo de onipotência.

A agonia referida como o “cair para sempre” deriva de sucessivas falhas no manuseio (*handling*) da mãe para com seu bebê - ela não consegue segurá-lo de forma adequada, a ponto de assegurar uma coesão entre seu corpo e seus membros. Vale ressaltar que, ao nascer, o bebê está submetido pela primeira vez aos efeitos da gravidade, e isto pode ser vivenciado de forma extremamente aflitiva se não houver alguém que possa segurá-lo de modo firme e consistente.

A defesa de autosustentação é utilizada pelo bebê e, mais tarde, pelo adulto, pois não há confiança sem um chão que a sustente. A defesa é instalada antes da capacidade de aquisição natural do bebê, e o que se vê é um ato de reagir constante, não permitindo que o bebê possa relaxar.

A agonia de “perda da parceria psicossomática” está relacionada ao fracasso da conquista da etapa de personalização e, como consequência, a defesa organizada é denominada despersonalização. O indivíduo não sente que habita o próprio corpo e, assim, todas as sensações, tanto ligadas ao prazer quanto ligadas à dor, não são sentidas de forma real. O sentimento de irrealidade é muito presente nesses indivíduos.

A perda da coesão psicossomática está intimamente relacionada com a questão da espacialização e a temporalização que não foram conquistadas satisfatoriamente pelo bebê. Desta forma, o soma não habita a psique, e o que se observa é um indivíduo que não sabe identificar o que é de cunho pessoal e o que é externo a ele. É como se não houvesse uma membrana que pudesse separar mundo interno e externo.

A agonia da “perda do sentido de real” refere-se à perda do sentido de realidade relacionado ao si-mesmo, denominado pelo autor mundo interno e pessoal. A falha está relacionada ao fato de a mãe não conseguir manter-se presente, e também não apresentar o mundo ao bebê de forma constante e previsível. Podemos citar aqui a mãe que se



ausenta por um tempo maior do que seu bebê tem condições de suportar, levando-o a perder a crença na realidade, ou que as coisas a sua volta poderão voltar a ser como eram antes.

Para Dias (1988), o paciente que perde a capacidade de acreditar na realidade “não pode entregar-se aos acontecimentos da vida e fica todo o tempo tomando conta do ambiente, à espreita de alguma invasão ou tomando conta de si... sem nenhuma espontaneidade” (p. 275).

Já a agonia que se refere à “perda de relacionar com objetos externos” está relacionada tanto à falha inicial da primeira mamada teórica, que se relaciona ao item anterior, quanto ao estágio da transicionalidade, que já pressupõe a aquisição de certo grau de sentido de externalidade. Aqui, a mãe falha se não falhar, pois é preciso que ela introduza um distanciamento para que seja possível a experiência de criação da externalidade do próprio bebê. Quando o bebê perde a total crença de se relacionar com os objetos externos, é observada uma defesa de permanecer em um estado autista, em que não há comunicação com a realidade externa.

Então, no artigo posterior, “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”, Winnicott (1968(c) [1967]) nos apresenta outro critério de classificação, agora em relação ao nível de menor integração até a maior a ser atingida no estágio de dependência absoluta:

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Nenhuma integração é mantida   | - Desintegração  |
| Uma certa integração é mantida | - Queda eterna<br>- Ir em todas as direções<br>- Cisão somática; cabeça e corpo<br>- Ausência de orientação<br>- Perda de relacionamento com objetos |
| A integração é mantida         | - Meio ambiente físico imprevisível, ao invés de “imprevisível médio”.   |

Essa classificação distingue as várias formas de agonia impensáveis de acordo com o estágio de integração adquirido antes do momento traumático. Assim, as agonias

mais primitivas surgem quando nenhuma integração é mantida; as outras – queda eterna, ir em todas as direções, cisão somática, ausência de orientação, perda de relacionamento com objetos – ocorrem quando, no momento do evento traumático, uma certa integração é mantida; e o terceiro tipo, quando a integração é mantida, porém o meio revela-se imprevisível. Neste, ao invés de confiabilidade, o bebê desenvolve um estado paranóico, permanecendo alerta em função das imprevisibilidades do meio.

## 2.5 Conceito de psicose

A obra de Winnicott traz uma contribuição inovadora a respeito do estudo das psicoses, especialmente frente às teorias médicas de sua época e à própria Psicanálise tradicional<sup>12</sup>.

O início do interesse do autor pelos casos de psicose se deu em 1923, período em que trabalhava como médico pediatra do *Paddington Green Children's Hospital* e que começava a ter um contato mais próximo com a Psicanálise. Nesse mesmo ano, entusiasmado com os estudos psicanalíticos, iniciou uma análise com James Strachey, que duraria dez anos (Dias, 2003).

Apesar de sua formação médica, Winnicott, na época, já estava convencido da influência dos aspectos psicológicos no diagnóstico dos distúrbios emocionais primitivos. Para o autor, era mais aceitável compreender a origem das psicoses a partir de falhas ocorridas em etapas iniciais do processo de amadurecimento, uma vez que ele podia observar o desenvolvimento emocional desde os primeiros momentos de vida dos bebês e a relação com suas mães, até as etapas subsequentes do desenvolvimento. Em sua concepção, um pediatra que não estivesse somente interessado no desenvolvimento físico, e sim disposto a olhar para os aspectos psíquicos do bebê poderia contribuir muito com a Psiquiatria no diagnóstico dos distúrbios psicóticos.

O amadurecimento das ideias winnicottianas, de que o início da vida do bebê e a relação com o meio cuidador poderiam ser decisivos na etiologia dos distúrbios, pode ser acompanhado ao longo de sua obra, mas foi em 1945 que Winnicott decidiu estudar a psicose e escrever o artigo “Desenvolvimento Emocional Primitivo”. Nele, procurou apresentar os *processos emocionais primitivos*<sup>13</sup> desenvolvidos na primeira infância, quando tudo corre bem - integração, personificação, apresentação de objetos -, afirmando que nas psicoses ocorre justamente o contrário – desintegração e despersonificação, perda da capacidade de se relacionar com objetos.

---

12 Com base em Winnicott, qualifico como tradicional a Psicanálise de Freud e M. Klein. O autor utiliza em sua obra também as expressões: Psicanálise “clássica” e “ortodoxa”. cf.. Winnicott 1968: BR, 130; 1969: ExI, 301.

13 Os processos emocionais primitivos aos quais Winnicott estava se referindo dizem respeito às três conquistas essenciais com as quais o bebê se encontra envolvido: integração no tempo e no espaço, personificação (alojamento da psique no corpo) e relações objetais. Na saúde estas conquistas ocorrem no estágio mais primitivo do desenvolvimento, o estágio da dependência absoluta.

De acordo com o autor, muitos acontecimentos importantes relacionados à personalidade do bebê têm seu início na vida uterina, no nascimento, e antes mesmo de ele completar cinco ou seis meses de vida:

O desenvolvimento primitivo do bebê – antes que ele reconheça a si mesmo (e, portanto, aos outros) como pessoa inteira que é (e que os outros são) – é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose (Winnicott, 1945d in 1958a (W6), p. 222).

Em 1952, Winnicott escreveu o artigo: “Psicoses e Cuidados Maternos” ressaltando a importância da dependência do bebê por um cuidado materno suficientemente bom para a conquista do “sucesso” da saúde mental: “a saúde mental é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional” (1953a in 1958a (W6), p. 306). Estabelecer um elo de ligação entre saúde e cuidados maternos sempre foi seu objetivo, mencionando que a saúde da criança é proporcionada pela devoção da mãe preocupada com seu bebê.

Em contrapartida, nesse mesmo artigo, define a psicose como uma *organização defensiva patológica* que se origina a partir de um cuidado insuficiente da mãe com seu bebê. Da mesma forma que a boa provisão ambiental pode levar ao desenvolvimento saudável do bebê, a ausência desse cuidado, ou mesmo sua apresentação de forma caótica em estágios muito iniciais do desenvolvimento pode dar origem aos distúrbios psicóticos.

Em 1959, Winnicott publicou então outro artigo, intitulado: “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, com a intenção de mostrar que, com o desenvolvimento de novos conceitos psicanalíticos, houve mudanças na classificação psiquiátrica. Cabe aqui mencionar que ele estava se referindo ao conceito de formação verdadeiro si-mesmo e falso si-mesmo, à ligação da psicopatia com a privação e à ideia de que a psicose se desenvolve em um estágio inicial do processo de amadurecimento, quando o ser humano é “... inteiramente dependente do cuidado que o meio lhe propicia” (1965h in 1965b (W9), p. 114).

Desta forma, foi devido à elaboração dos novos conceitos winnicottianos que a psicose deixou de ser compreendida como “... uma reação à ansiedade associada com o complexo de Édipo, ou uma regressão a um ponto de fixação” (1965h in 1965b (W9), p.

117), para ser compreendida como uma patologia em que o indivíduo não alcançou um psiquismo integrado a ponto de formar-se como uma pessoa total (*whole person*) e capaz de relacionar-se com pessoas totais. Para o autor, os psicóticos ainda se encontram em um estágio anterior do processo de amadurecimento, e sua luta consiste em tornarem-se vivos para poderem experimentar as dificuldades inerentes à vida.

Já em 1963, Winnicott escreveu o artigo: “Os doentes mentais na prática clínica” procurando esclarecer a quais estágios do desenvolvimento emocional as patologias estariam relacionadas. É importante mencionar que Winnicott nunca deixou de apontar a importância dos fatores hereditários e congênitos<sup>14</sup> para o desenvolvimento da tendência inata à integração e a determinação de distúrbios psicológicos, como podemos constatar neste trecho: “... a herança de traços de personalidade e de tendências para algum tipo de distúrbio psiquiátrico pertencem ao soma, recebendo assim a psicoterapia alguns de seus limites, dados pelo herdado” (Winnicott, 1988, p.37). Desta maneira, fica claro que, embora faça referência às condições hereditárias, enfatiza que as falhas de um cuidado materno inicial revelam ser mais importantes para o desenvolvimento da psicose que a própria hereditariedade e fatores constitucionais.

Referindo-se ao cuidado materno, Winnicott relata que sua deficiência em adaptar-se as primeiras necessidades do bebê “produz as distorções psicóticas”. As necessidades iniciais do bebê e essenciais para alcançar a existência compreenderiam as resoluções das três tarefas da primeira mamada teórica - processo de integração, de personalização e as relações objetais – e a constituição de um si-mesmo primário, todas a serem desenvolvidas no estágio de dependência absoluta. Portanto, sem essas aquisições não é possível dar continuidade ao processo de amadurecimento humano.

Para o autor, o termo psicose refere-se a todas as patologias que tiveram sua origem em *falhas no estágio inicial do desenvolvimento*; são elas: patologia do tipo esquizóide (1988, p.135); patologia do tipo *borderline* (1988, p. 129); esquizofrenia latente (1988, p.128); disposição paranóide (1988, p.140) e esquizofrenia infantil-autismo (1988, p.127).

---

14 Existe uma diferença entre os fatores hereditários e congênitos. Os primeiros dizem respeito a fatores que antecedem à concepção, enquanto os segundos referem-se ou a doenças que existem antes do nascimento (durante o parto), ou a deficiências que derivam das sequelas do parto (cf. 1988, p.38).

As falhas ocorridas no estágio da dependência absoluta são vividas como traumas para o bebê, uma vez que esse estágio é vital na formação das bases da personalidade e pré-requisito para conquistas posteriores do desenvolvimento. Assim, diferentemente do indivíduo que, pela sua própria condição humana, tenderia ao amadurecimento e à integração, naquele que vivencia um fracasso ambiental são evidenciadas uma cisão e a interrupção do processo integrativo do amadurecimento.

Nessa perspectiva, o cerne do distúrbio psicótico é a *interrupção da continuidade do ser*, entendendo a interrupção como uma cisão (*splitting*) da personalidade. De acordo com Dias (1998), “o processo fica paralisado no estágio e na tarefa que estava em vias de acontecer”. O indivíduo não consegue sentir-se real e, portanto, dar continuidade à maturidade, e a gravidade do distúrbio depende de quanto mais cedo se deu a interrupção desse processo. Desta forma, dependendo do grau da cisão, a vida interior do indivíduo pode ficar totalmente incomunicável com a realidade externa ou se organizar de uma forma mais adaptada, com o desenvolvimento de um falso-eu reativo à intrusão proporcionada pelo fracasso do meio.

Mas ainda existe uma questão que precisa ser esclarecida: o que o distúrbio psicótico, entendido como organização defensiva, pretende evitar? No artigo “O medo do colapso (*Breakdown*)”<sup>15</sup>, Winnicott (1974) esclarece que a psicose não é propriamente o colapso, mas relaciona-se às experiências passadas traumáticas, que se encontram fora da área de onipotência do bebê e, portanto, não puderam ser temporalizadas, pertencer ao passado de fato, porque não tiveram uma estrutura de ego formada capaz de integrá-las dentro de uma experiência vivida como real.

Referindo-se ao objetivo do artigo, o autor revela:

O intuito deste artigo é chamar a atenção para a possibilidade de que o colapso já tenha acontecido. O paciente precisa ‘lembrar’ isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse (Winnicott, 1974, p. 74).

---

15 Este artigo foi publicado na Revista Internacional de Psicanálise em 1974; porém, o ano de sua elaboração é incerto. Existem algumas evidências de que foi redigido como uma palestra a ser proferida em Edimburgo, em 1963, mas que, em vez dele, outro artigo foi apresentado.

A organização defensiva pretende evitar, assim, o retorno das agonias primitivas impensáveis, decorrentes da não conquista do estado de unidade (estágio Eu-Sou). Como vimos, as agonias impensáveis incluem ansiedades do tipo cair para sempre, desintegração, despersonalização e desorientação. Sobre o tema, o autor escreve que o colapso “... é o medo de um colapso que já foi experienciado (ibid, p. 72)” e que ameaça a continuidade de ser. Nesse sentido, só resta aos indivíduos que ficaram expostos a algum tipo de agonia primitiva “fugir, flertar ou temer” o colapso.

E é justamente o medo da experiência traumática passada que faz o indivíduo tentar buscá-la no futuro. Em outras palavras, como no passado o bebê não teve um ego auxiliar, representado pela figura da mãe suficientemente boa, capaz de assegurar sua existência de forma integrada e real, ficou exposto a agonias de cunho impensável que, por não poderem ser experienciadas de forma consciente pelo bebê, não puderam pertencer ao passado. Ou seja, o bebê foi submetido a um sofrimento tão grande que traz consigo a memória do trauma e a ameaça de que a experiência possa ser vivida no futuro.

A única alternativa para que o trauma seja desfeito é a possibilidade de o paciente reviver essas experiências traumáticas na relação com o analista, embora em um nível que não ultrapasse a sua suportabilidade emocional, e então poder se integrar e dar continuidade ao seu processo de amadurecimento.

O que podemos observar até aqui é que o interesse de Winnicott pelos distúrbios psicóticos e o desenvolvimento de sua teoria das psicoses não ocorreram de forma imediata. Foram longos anos, aproximadamente mais de 40 anos de estudos e de atendimentos clínicos, até que a psicose pudesse ser pensada de outra maneira e a técnica de intervenção pudesse ser modificada.

## 2.6 Classificação geral das psicoses

Como vimos, Winnicott nos traz uma definição muito clara a respeito das psicoses. Para o autor, de maneira geral, a etiologia dessas patologias refere-se a uma *provisão ambiental falha* nos estágios muito iniciais do desenvolvimento, que antecede à formação de um verdadeiro si-mesmo.

A impossibilidade de formação de um si-mesmo e, posteriormente, a impossibilidade da conquista do estágio do EU-SOU propiciam vivências de agonias impensáveis ao bebê, e é contra este sentimento que dilacera a existência humana que mecanismos de defesa precisam ser desenvolvidos, mesmo sem sucesso. Deste modo, o que se observa clinicamente na psicose é um padrão defensivo de vida que não tem relação com o núcleo do ser que se relaciona com o potencial criativo e a tendência à integração apresentados na saúde.

No entanto, entre o início do processo de amadurecimento, e de acordo com o que foi conquistado em termos de integração, anterior ao momento em que a falha ambiental ocorreu, pode haver diferentes níveis de psicose. Em um de seus textos de 1960, intitulado: “O efeito da psicose na vida da família”, Winnicott apresenta uma classificação geral das psicoses afirmando que poderia “pensar nas psicoses como sendo um termo popular para a esquizofrenia, para a depressão maníaca, e para a melancolia com complicação mais ou menos paranóica” (Winnicott, 1965 [1960] in 1965a, p.78).

Nessa perspectiva, as psicoses podem ser classificadas em dois tipos: as esquizofrênicas e as psicoses que pertencem ao campo das depressões. As psicoses



esquizofrênicas referem-se ao fracasso no período entre o início do amadurecimento e o final do estágio do uso do objeto. E as depressões psicóticas são relativas ao estágio do concernimento, quando o indivíduo já alcançou a integração em uma unidade, mas, no momento da falha, ainda estava elaborando os elementos destrutivos da vida instintiva. Temos então:

## I. Psicoses esquizofrênicas

- A. Esquizofrenia plenamente desenvolvida
- B. Esquizofrenia infantil (autismo)
- C. Enfermidades compreendidas no território da esquizofrenia: *borderline* e esquizóides

## II. Depressões psicóticas

- A. Psicose maníaco-depressiva (atualmente, na classificação psiquiátrica, definida como transtorno bipolar)
- B. Depressão psicótica
- C. Paranóia: – perseguição vinda de dentro (hipocondria)  
– perseguição vinda de fora (defesa paranóide)

A psicose é entendida, pois, como uma *organização defensiva*, para lidar contra o retorno das agonias impensáveis decorrentes da ameaça do colapso. Observa-se aqui que a ideia de interrupção da continuidade do ser, em especial a interrupção do desenvolvimento emocional do indivíduo, atribui à psicose uma dinâmica no sentido de cura; isto é, se o bloqueio do desenvolvimento ocorrido através da organização defensiva (psicose) puder ser desfeito, a tendência inata ao desenvolvimento pessoal pode novamente dar continuidade ao processo de amadurecimento.

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento do ser humano a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do congelamento da situação da falha. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o

indivíduo no estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada (Winnicott, 1955d, p. 378).

## CAPÍTULO III: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS NO ATENDIMENTO DO PACIENTE *BORDERLINE*

### 3.1 Regressão à dependência

Quando tudo corre bem, inicialmente a criança vive um estágio de dependência absoluta com a mãe, não tendo consciência de tal dependência, e precisando que suas necessidades sejam inteiramente atendidas para alcançar seu estágio de integração. Com o tempo, passa então a poder ser portadora de uma identidade e capaz de reconhecer a externalidade, bem como as falhas ambientais inerentes ao processo de amadurecimento.

Porém, nem sempre o ambiente se adapta às reais condições, e o que é percebido é uma interrupção no processo do desenvolvimento emocional, num estágio anterior ao estabelecimento do si-mesmo como unidade. Assim, no passado ocorreu a falha materna mobilizando a reação do bebê para se defender das invasões e das ameaças de aniquilamento. Isto leva à dissociação do verdadeiro si-mesmo dos mecanismos defensivos, que vão culminar no desenvolvimento de um falso si-mesmo submisso ao ambiente, interrompendo o processo de amadurecimento do bebê de “vir a ser”.

Dentro da concepção winnicottiana, a regressão não tem relação com a regressão da libido às etapas anteriores do desenvolvimento libidinal. Regressão<sup>16</sup> significa regredir ao estágio de dependência, fase em que o indivíduo depende de seu analista para defender seu verdadeiro eu contra as falhas ambientais que ocorreram no primeiro estágio do desenvolvimento. A regressão é vista, portanto, como um “processo de cura” (Winnicott, 1955d in 1958a (W6), p.378), uma nova chance para que o desenvolvimento que fora interrompido pela falha do ambiente na infância precoce possa novamente retomar seu curso.

Para o autor, o termo regressão significa o contrário de progresso, entendendo o progresso como uma evolução da psique, ou seja, a conquista da integração, psicossoma, socialização e a saúde como o desenvolvimento da maturidade emocional adequado à

---

<sup>16</sup> De acordo com Winnicott, um de seus pacientes em análise definiu o termo regressão como um *meio* capaz de sustentá-lo, a partir de uma interpretação “muitíssimo significativa” feita por Winnicott. O paciente disse: “é como o óleo dentro do qual as engrenagens giram” (Winnicott, 1955e in 1958a p. 349). Neste artigo o autor destaca que, quando a interpretação é feita no momento certo, o analista está de certa forma sustentando seu paciente, ou seja, oferecendo *holding*.

idade do indivíduo. É evidente que não se trata simplesmente de fazer o caminho contrário, pois no processo de regressão estão envolvidos mecanismos de defesa do ego muito organizados, do qual faz parte a existência de um falso si-mesmo. Desta forma, é preciso desmontar a estrutura do falso si-mesmo que se formou como um escudo para proteger o verdadeiro eu que se encontra oculto. Neste sentido, para haver uma regressão, é preciso que haja tempo para construir uma provisão ambiental especializada e uma capacidade latente de regredir no indivíduo, o que implica em uma confiança do paciente em seu analista para entregar aos seus cuidados seu falso si-mesmo.

Uma vez regredido, o paciente poderá reagir às falhas do analista – muitas vezes de forma mais agressiva do que a própria falha representa – e, assim, identificá-las como externas a ele e não como fracassos de si-mesmo. Por isso, a falha do analista é tão importante para o desenvolvimento do paciente. É como se, a partir dela, o trauma inicial pudesse ser “descongelado” e experienciado para que o processo de amadurecimento possa ser novamente retomado. A regressão entendida desta forma revela que a psicose possui um vínculo muito estreito com a saúde, uma vez que a falha ambiental que originou a defesa psicótica pode ser desfeita, através de uma adequação do meio, ainda que tardia.

Em um artigo de 1963, Winnicott destaca que, em alguns momentos, o analista deve “tolerar ser mal compreendido”, não tentando justificar suas falhas e muito menos tentar interpretá-las como uma reação do paciente de resistência frente ao processo analítico. É a partir da falha do analista que o paciente pode “odiar o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactente, mas que agora é apresentada na transferência” (1963a in 1965b (W9), p.233).

Para o psicanalista Orestes Neto (2008), a regressão não tem o intuito de ser uma experiência corretiva, mas permitir ao paciente, a partir da interação analista/paciente, vivenciar as falhas ambientais – em muitas situações, representadas pela própria falha do analista – que agora podem ser integradas, e que na relação primitiva mãe-bebê estavam dissociadas: “essa é a fase mais desafiadora para analistas e pacientes, devido à dor sofrida por ambos e a raiva que é dirigida ao analista”(2008, p.84).

### 3.2 Manejo em Winnicott

Em 1954, Winnicott apresentou um trabalho à Sociedade Britânica de Psicanálise destacando os “aspectos clínicos e metodológicos da regressão no contexto analítico”. Nele, o autor classifica três grupos de patologias e sugere a técnica de tratamento mais adequada em cada um deles.

No primeiro grupo estariam os pacientes com dificuldades de lidar com os relacionamentos interpessoais, mas que já haviam atingido uma unidade de personalidade. Winnicott referia-se aqui a pessoas inteiras que se relacionam com outras pessoas também reconhecidas como inteiras, sendo a técnica mais adequada para o tratamento o método psicanalítico desenvolvido por Freud no início do século.

O segundo compreenderia os pacientes que ainda estão integrando sua personalidade em uma unidade, lidando com a ambivalência amor e ódio e com o reconhecimento da dependência. São pacientes que se encontram no estágio do concernimento, sendo a técnica freudiana também a mais eficaz para tratá-los. No entanto, é também possível a utilização do manejo clínico no que diz respeito à sobrevivência do analista, para que o paciente possa integrar seus instintos sem sofrer retaliações.

O terceiro grupo incluiria todos os pacientes que ainda não alcançaram o status de unidade, e cuja análise teria de trabalhar com os estágios iniciais do processo de amadurecimento. Aqui a estrutura de personalidade não se formou, e a ênfase do tratamento recai mais especificamente sobre o *manejo*, sendo que a técnica psicanalítica freudiana, em alguns momentos, deve ser deixada de lado (Winnicott, 1955d in 1958a (W6), p. 375).

É importante esclarecer que, para Winnicott, não se trata de negligenciar o inconsciente; muito pelo contrário. Em um artigo de 1955, intitulado “Formas clínicas da transferência”, o autor destaca que tanto nos processos de transferência com pacientes

neuróticos quanto nos casos *borderline* é possível utilizar a “velha teoria”, porém de uma forma nova e prática no trabalho analítico. Para Winnicott, o analista deve

... adotar os princípios básicos da Psicanálise, em que o inconsciente do paciente é quem lidera o processo, sendo seguido com exclusividade pelo analista. Ao lidar com uma tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, evitando tornar-se diretivo e sair do seu papel. Descobri que não é necessário sair do papel de analista e que é possível seguir a liderança do inconsciente do paciente nesse tipo de tratamento quanto na análise de uma neurose. Existem, no entanto, diferenças entre os dois tipos de trabalho (Winnicott, 1956a in 1958a (W6) p.395).

De certa forma, uma das diferenças já foi mencionada na citação acima, qual seja: na análise com neuróticos, o manejo analítico revela-se menos importante, e o uso de interpretações, a principal técnica de trabalho; ao passo que, no trabalho com pacientes *borderline*, o manejo passa a ser a ferramenta principal de trabalho do analista. Sobre o manejo analítico, Winnicott esclarece:

O comportamento do analista,... por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (idem, p.395).

Outra diferença é que, na transferência com pacientes neuróticos, o passado vem ao presente, e no trabalho com *borderline* é mais correto afirmar que é o presente que volta ao passado. Neste caso o analista encontra-se na situação em que ocorreu o processo primário do paciente, para que este possa usar de sua adaptação e rememorar as falhas originais que provocaram a ruptura na continuidade do ser. Somente assim o paciente tem a oportunidade de se integrar e formar seu verdadeiro si-mesmo, deixando de viver reativamente.

No entanto, a adaptação do analista possui suas limitações. E são estas limitações, sentidas pelo paciente como falhas, que poderão contribuir para o reconhecimento da falha original e, como consequência, a vivência do sentimento de raiva, que não pôde ser vivenciado na época, provocando rupturas. Em se tratando de pacientes *borderline* não existe resistência, mas o analista que cometeu uma falha. A resistência existe de fato até

que o analista reconheça que errou e se responsabilize por seus erros, para que o paciente possa ser capaz de sentir raiva pela primeira vez a respeito das falhas na adaptação. Trata-se, portanto, de pacientes que precisam viver pela primeira vez a falha na relação analítica para incorporar as experiências de raiva, sendo esta a parte do trabalho que os liberta de sua dependência do analista.

Nesta perspectiva, quando Winnicott escreveu sobre os “Objetivos do tratamento psicanalítico”, em 1962, ele já havia teorizado sobre a defesa falso si-mesmo e a utilização do manejo como um processo de tratamento. Para ele, não deveria se interpretar o falso si-mesmo patológico dos distúrbios *borderline*. Ainda nesse artigo, fez importantes questionamentos que nortearam muitas mudanças e inovações nas práticas psicoterápicas e psicanalíticas:

Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa. Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica, o lema é: quão pouco é necessário ser feito? (1965d in 1965b (W9), p. 152).

No trecho acima, o autor já dava a entender que a “análise padrão”<sup>17</sup> nem sempre seria a técnica mais adaptada no tratamento clínico dos distúrbios psicóticos. Destacava que, no início de um tratamento, sempre procurava se adaptar um pouco às expectativas e necessidades de seus pacientes, afirmando que não fazê-lo seria um ato “desumano”. Assim, muitas vezes, o terapeuta assume também o papel de ser um objeto subjetivo para o paciente, pronto para que este possa usá-lo e criá-lo. É por isso que interpretar<sup>18</sup>

---

17 Expressão utilizada por Winnicott para designar a técnica clássica da Psicanálise freudiana.

18 A respeito das interpretações no processo de análise para determinados pacientes, Winnicott escreve em vários artigos ao longo de sua obra que preferia não utilizá-las de forma abusiva, optando por “interpretações econômicas”; ou seja, apenas uma interpretação por sessão, e mesmo assim, utilizava-as também para que o paciente não ficasse com a impressão de que ele havia compreendido tudo na sessão. Caso contrário, quando usava interpretações muito longas e com mais frequência era devido ao seu cansaço, propondo-se, assim, a ensinar seus pacientes (1965d in 1965b (W9), p. 153).

Em um artigo apresentado em 1969 para a Sociedade Psicanalítica de Nova York, Winnicott destacou que foi através de sua experiência psicanalítica, embora não pudesse falar o mesmo há duas décadas, que aprendeu a ser “capaz de esperar e esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalítico, e evitar romper esse processo natural efetuando interpretações... Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi ou retardei em pacientes de certa categoria de classificação pela minha necessidade pessoal de interpretar” (Winnicott, 1969i in 1989a (W19), p. 171).

conteúdos inconscientes reprimidos não deveria ocorrer com grande frequência, uma vez que alguns pacientes teriam de vivenciar experiências, muitas vezes, nunca vividas anteriormente.

Essa mudança na técnica de tratamento dos distúrbios psicóticos não aconteceu de forma imediata, tão pouco exclui por completo a técnica psicanalítica. Uma leitura superficial poderia levar a supor que Winnicott estivesse contrapondo análise padrão com ser psicanalista. Acredito que está ampliando os limites da área de atuação do analista, não considerando que esse ofício se restringe à Psicanálise clássica.

De fato, ao longo de sua obra, Winnicott aprendeu e desenvolveu uma nova forma de trabalhar com seus próprios pacientes em análise, à medida que pôde reconhecer a importância da dependência e o papel do analista diante das dificuldades encontradas em sua clínica. A primeira grande experiência foi o caso da Dra. Margaret Little, em 1949-1955, uma psicótica *borderline*; e em seguida, em 1953, o caso B, de esquizoidia depressiva.

Margaret Little foi, segundo o autor, o caso que mais lhe ensinou sobre regressão:

Tive, portanto, uma experiência única – mesmo para um analista. Não tenho como deixar de sentir-me diferente de quem eu era antes de esta análise começar.... O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar (Winnicott, 1955d in 1958a (W6), p.p 376-377).

Trata-se, então, de realizar uma análise modificada, afetando o ego<sup>19</sup> do paciente em três etapas. Em um primeiro momento, temos uma fase inicial e temporária em que o

---

19 É preciso salientar que Winnicott não utiliza o termo ego no sentido metapsicológico, ou seja, uma instância pertencente ao aparelho psíquico freudiano, desenvolvida a partir das modificações do Id e influenciada pela realidade externa. Para o autor, ego se refere à tendência à integração, afirmando em um artigo de 1962, intitulado: “A integração do ego no desenvolvimento da criança” que “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1965n in 1965b (W9), p. 55). Desta forma, o ego inicial do bebê é tido como frágil, dependente da mãe para dar suporte e integrar-se em um si-mesmo.

Dias (2003) aponta que, nos artigos anteriores a 1962, Winnicott utilizou os termos ego e si-mesmo de forma indiscriminada. Somente após este período verifica-se que uma distinção entre os termos ego e si-mesmo. O ego conduz a uma tendência integrativa de um si-mesmo. E o si-mesmo seria o processo final de uma série de experiências integrativas que o bebê conquista para chegar ao estágio que Winnicott denominou EU-SOU.



foco está no fortalecimento do ego do paciente, facilitado pelo próprio ego auxiliar do terapeuta. Este apoio corresponde ao suporte que é dado ao bebê no início do desenvolvimento, quando há uma adaptação da mãe suficientemente boa. Após, dá-se início a uma longa fase em que o paciente, com a confiança estabelecida no processo psicanalítico, poderá experimentar a independência de ego. E por fim, na terceira fase, com o ego do paciente começando a ter vida própria, mostrando-se independente, é possível verificar suas características individuais e um sentimento de existir por si-mesmo.

Desta forma, para Winnicott, quando o ego do paciente é fortalecido, pode-se observar o crescimento emocional que, anteriormente, tinha ficado estancado, e assim é possível verificar um relaxamento das defesas, que são mais “economicamente” utilizadas, sentindo o paciente não mais preso à sua doença, embora alguns sintomas ainda possam prevalecer (1965d in 1965b (W9), p. 153).

A análise modificada foi utilizada pelo autor em algumas situações, tais como: a) quando havia um grande temor do paciente em relação à loucura, ou seja, o medo do colapso; b) quando existia um falso si-mesmo operando com grande adaptabilidade e sucesso, sendo necessário então desconstruí-lo para que a análise tivesse êxito; c) quando uma tendência anti-social apresentada pelo paciente era resultante de uma privação ambiental; d) quando a realidade psíquica interna do paciente estava desconectada da realidade externa, não apresentando uma vida cultural; e) quando uma figura paterna ou materna doente dominava o quadro.

É possível concluir, então, que Winnicott estava preocupado em realizar um diagnóstico clínico, continuando a elaborá-lo no desenrolar do tratamento, para saber qual a melhor técnica a ser utilizada: “faço Psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer Psicanálise.... Mas, em geral, análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la” (1965d in 1965b (W9), p. 154).

Mais adiante, no mesmo texto, ele diz:

Em minha opinião, nossos objetivos ao aplicar a técnica padrão não são alterados, se acontece interpretarmos mecanismos mentais que fazem parte dos tipos de distúrbios psicóticos e dos estágios primitivos no desenvolvimento emocional do indivíduo. Se nosso objetivo continua a ser o verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência,

então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (1965d in 1966b (W9), p. 155).

Em um artigo de 1961, intitulado: “Observações adicionais sobre a teoria de relacionamento parento-filial”, Winnicott enfatiza que em casos do tipo *borderline* o analista tem de se preocupar em descobrir a natureza da agonia impensável, mas também o colapso ocorrido na primeira infância, o superestiramento da onipotência e o aniquilamento que constitui a ferida narcísica. Esses pacientes precisam reviver a ansiedade intolerável do colapso da primeira infância, que na época não pôde ser trazido para a área de onipotência do bebê, devido à sua imaturidade emocional.

Assim, o papel do manejo é muito importante no tratamento de pacientes *borderline*, uma vez que possibilita uma nova provisão ambiental suficientemente boa, permitindo a vivência da regressão à dependência. Sobre isso, afirma Winnicott:

Em um tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experimentá-lo dentro da área da onipotência pessoal, e, desta maneira, com um ferimento narcísico menor (1962c in 1989a (W19), p. 60).

É a partir de um alto grau de confiança que se estabelece entre analista e paciente que a defesa falso si-mesmo pode ser gradualmente desfeita e o verdadeiro si-mesmo pode correr os riscos de começar a experimentar viver. Em algum momento, o falso-eu se entrega ao analista. O autor argumenta que a confiabilidade permite a anulação das defesas que foram erguidas à custa das imprevisibilidades traumatizantes do meio. Porém, este processo não se dá de forma fácil para o paciente, existindo grandes riscos até mesmo de suicídio na transferência psicótica: “nenhum tratamento de casos *borderline* pode achar-se livre de sofrimento, tanto do paciente quanto do terapeuta” (Winnicott1968c in 1989a (W19), p.156).

### 3.3 Casos clínicos de Winnicott

Neste subitem são apresentadas sínteses de dois casos *borderline* atendidos por Winnicott. O primeiro foi discutido pelo autor no livro “Brincar e Realidade”, e o segundo apresentado pela própria paciente, Dra Margaret I. Little, em seu livro: “Ansiedades Psicóticas e Prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott.” (1992).

#### 3.3.1 Caso 4 de “Brincar e Realidade”

É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou o adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*) (Winnicott, 1971r in 1971a (W10), p. 80).

Na perspectiva winnicottiana, o manejo clínico com pacientes que estão em busca de seu verdadeiro si-mesmo não consiste na explicação dos fatos ou na orientação de como encontrá-lo. Para o autor, a explicação é ineficaz e leva a um fracasso no campo do

viver criativo. É necessário ao terapeuta possibilitar um ambiente confiável para que o paciente possa, através do relaxamento, brincar<sup>20</sup> e experienciar sua criatividade originária, que não se refere a atos, construções artísticas, obras criativas, mas sim ao sentir-se vivo.

Winnicott (1971) descreve esse ambiente confiável como uma área de amorfia em que o terapeuta acolhe os sentimentos do paciente sem o intuito de interpretá-los. É permitido ao paciente o relaxamento para que fomenta ideias, pensamentos, sentimentos aparentemente desconexos, de modo que o terapeuta poderá aceitá-los sem a necessidade de encontrar uma significação imediata. A esse respeito, Winnicott diz:

... talvez seja necessário aceitar que alguns pacientes precisam às vezes que o terapeuta possa observar o absurdo próprio ao estado mental do indivíduo em repouso, sem a necessidade, mesmo para o paciente, de comunicar esse absurdo, o que equivale a dizer, sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo. O absurdo organizado já constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos (1971r in 1971a (W10), p. 82).

É somente nessas condições que o indivíduo pode se expressar e existir como um “EU SOU” unitário e real, e não como uma defesa.

No caso ilustrativo presente no livro “O Brincar e a Realidade”, capítulo 4: “O brincar: atividade e busca do eu (*self*)”, Winnicott descreve com muita habilidade o manejo clínico que utiliza com pacientes que estão em busca do verdadeiro si-mesmo, afirmando inúmeras vezes, e de forma categórica, o quanto é perigoso e ineficaz interpretar tais pacientes, por impedir a capacidade criativa deles. Fazer interpretação para um paciente que não consegue brincar com o terapeuta é doutrinação e produz submissão (1968i in 1971a (W10), p.75).

Na concepção winnicottiana, de fato, a psicoterapia só é possível quando paciente e terapeuta conseguem brincar juntos, lembrando que, diferente da criança, o brincar do

---

<sup>20</sup> Winnicott (1968i) destaca que o brincar não tem ligação direta com as excitações físicas instintuais relacionadas ao ato masturbatório. Para ele, a brincadeira inicial do bebê de encontrar e criar o seio da mãe não é fruto de uma *satisfação* de prazer de caráter libidinal, mas uma *necessidade* do bebê de relacionar-se com o ambiente, que neste primeiro momento é a mãe. O si-mesmo não pode ser encontrado através de processos mentais ou de forma premeditada, porque é experienciado através do brincar (1971r in 1971a (W10)).

adulto ocorre através da comunicação verbal - nas escolhas das palavras, no tom de sua voz, no seu senso de humor.

No caso apresentado em “Brincar e Realidade”, aqui em foco, a paciente fizera tratamento anteriormente, durante seis anos, cinco vezes na semana. Com Winnicott, ficou estabelecida uma sessão por semana, mas com duração de duas a três horas, o que possibilitou um ambiente confiável para que ela pudesse brincar com suas palavras, com seus sentimentos, essencial para descobrir seu si-mesmo. Neste caso, Winnicott permitiu à paciente falar de assuntos soltos, sem a necessidade de ordená-los em uma sequência lógica. Enquanto isso, permanecia a maior parte do tempo em silêncio sem fazer uso de interpretações. A própria paciente chega a reconhecer que não estava estabelecendo uma comunicação verbal com o terapeuta e que precisava desse tempo. Ela dizia: “Estou só vomitando em você tudo o que aparece. Não sei do que estive falando. Não sei... Não... (sic)” Aqui, fica clara a necessidade de o paciente vivenciar a experiência mais do que a comunicação puramente verbal. O modelo fundamental é o *holding*, ou seja, Winnicott sustenta as necessidades do paciente.

A paciente tinha dificuldades para dormir, e relatava que, embora cansada, ficava excitada e precisava ler muitos livros para conseguir pegar no sono. Relatava também que algo semelhante acontecia com relação à comida, e que gostaria de comer quando sentisse fome. Dormir quando se tem sono ou comer quando se tem fome eram ações sem sentido, uma vez que estavam desconectadas de sua própria necessidade, indicando um fracasso das provisões ambientais que desfez o sentimento de confiança. Para Winnicott (1971), a qualidade e quantidade de provisão ambiental no início da vida levam a conflitos de ordem existencial.

A paciente também falava nas sessões da sensação de que não tinha importância para ninguém e de como sempre tentara sentir-se importante, ajustando-se ao que dela se esperava. Aqui, podemos identificar um relacionamento de submissão com a realidade externa, com a paciente tendo de se ajustar para sentir uma existência, ainda que falsa. Mas a existência vivida de forma falsa traz consigo um sentimento de inutilidade, de que nada tem importância: “Parece que me sinto incapaz de SER inteiramente...”, dizia ela.

Em outro momento, dizia que se imaginava como um avião, voando alto, mas que se despedaçava no solo, imagens que indicavam a dificuldade de existir da paciente,

como se não houvesse realmente um EU. Foi necessário que Winnicott a deixasse permanecer nesse estágio de relaxamento, em que a fala é desconexa e nada parece ter sentido, para que começasse a se sentir real.

Interessante observar, ainda, que Winnicott não tentou tranquilizar a paciente, o que se evidenciaria como uma fala “moral falsa”. Possibilitou que ela experienciasse inicialmente um estado não-intencional das coisas, um estado de desorganização, sentimentos de raiva, ódio, de falta de significado para que, assim, pudesse encontrar seu próprio eu. Após uma longa sessão, ela então voltou a se referir ao avião que tinha imaginado anteriormente: “Mas eu prefiro ser e despedaçar-me do que nunca SER”.

A fala dessa paciente nos mostra que a busca do verdadeiro si-mesmo não se faz pela via da comunicação e sim pelas experiências que podem ser vividas com o analista. Propiciar um ambiente confiável para que os impulsos criativos possam ser experienciados é a forma mais adequada para cuidar desses pacientes. Winnicott (1971g) destaca que, por mais submisso que o indivíduo seja, até no grau maior do estabelecimento de uma falsa personalidade é impossível destruir a capacidade para o viver criativo, que é parte do amadurecimento humano: “Os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver” (1971g in 1971a (W10), p. 102).

Fundamental, aqui, destacar o papel do analista em reconhecer a existência ou a não existência do paciente sem questioná-lo; pois somente acreditando no potencial para o amadurecimento e propiciando um ambiente confiável, o verdadeiro si-mesmo pode se libertar de uma vida secreta.

### **3.3.2 Caso Margaret I. Little**

O livro “Ansiedades Psicóticas e Prevenção” (1992) é um registro pessoal da análise da Dra. Margaret Little realizada com Winnicott no período de 1949-1955, 1957; traz também uma síntese das duas análises anteriores realizadas pela paciente.

Margaret Little procurou ajuda psiquiátrica de Winnicott em 1949, sendo que, anteriormente, tivera alguns poucos encontros com ele na Sociedade Britânica de Psicanálise, e também havia lido alguns de seus artigos, como: “A reparação relativa à

defesa organizada da mãe contra a depressão” e “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”, o que a fez pensar que Winnicott poderia ajudá-la.

Nessa época, Margaret Little estava com 48 anos de idade, era médica e psicanalista e já havia tido outras duas experiências psicanalíticas (junguiana e freudiana clássica), durante treze anos. Conforme a análise com Winnicott, ela apresentava uma psicose do tipo *borderline*, diagnóstico que foi muito importante para o seu tratamento. Winnicott dissera a ela que estava doente sim, mas que também havia muita saúde mental e que, naquele momento, estava preocupado com sua doença, fala essa que trouxe alívio para a paciente, pois pôde perceber que sua patologia não seria negada e nem mesmo esquecida.

Em determinado momento do tratamento, Margaret Little relatou a Winnicott que, apesar de suas dificuldades, não apresentava uma “impressão de anormalidade”, uma vez que havia frequentado a escola, tendo sido uma boa aluna, e até mesmo ganhado uma bolsa de estudos: havia se formado em medicina com certo êxito na clínica geral, e se qualificado para ser psicanalista.

Tudo isso talvez evidenciasse como sua defesa falso si-mesmo foi sendo construída com grande habilidade de adaptação, aliada a uma hipertrofia da função intelectual para alcançar méritos acadêmicos e profissionais, bem como conviver razoavelmente com a realidade externa. Entretanto, como o falso si-mesmo era cindido do restante da personalidade, de quando em quando, a paciente sofria desintegrações, o que era evidenciado pela vivência de uma ansiedade muito intensa que tentava esconder, especialmente, na área dos relacionamentos, pois tinha pouca confiança em si mesma e uma personalidade não integrada.

Em seu livro, Margaret Little conta que, na primeira análise junguiana, com Mr. X., na primeira sessão, permaneceu rígida e incapaz de falar ou se mover, semelhante ao pânico que experimentou no início dos dois tratamentos posteriores. Margaret havia sido diagnosticada como neurótica, mesmo apresentando evidências de que se tratava de um caso *borderline*, pois não sabia de sua própria existência. Mr. X. a tratou de forma racional, pedindo certa vez que fosse ela mesma, ao que Margaret respondeu que não saberia como fazê-lo, pois, na verdade, não sabia quem era de fato. Passados dois anos de análise, com três sessões na semana, o analista a dispensou.

Já na segunda análise, que durou sete anos, com a psicanalista Ella Sharpe, Margaret fora diagnosticada como uma neurótica histérica, enganando a própria analista com seu falso si-mesmo adaptado. O medo e a incapacidade de falar foram então interpretados como “ansiedade de castração”, sendo derivados de conflitos intrapsíquicos relacionados ao complexo edipiano: “os meus sonhos naquela época, de luta, confusão e fragmentação foram interpretados como fantasias de coito violento e desejos reprimidos de ter relações sexuais com meu pai e de destruir minha mãe” (Little, 1992, p.36). Para a paciente, esta interpretação não justificava a intensidade de seu pânico, que era maior que qualquer temor em relação à morte, e tinha sim uma relação com o pavor de ser destruída, mutilada, de ficar louca, abandonada e esquecida por todos como alguém que nunca tivera uma existência:

... os meus problemas reais eram questões de existência e identidade: eu não sabia “quem era”; a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida (Little, 1992, p. 35).

Apesar de ter consciência de não ser compreendida por Sharpe, Margaret Little desenvolveu um falso si-mesmo submisso, capaz de mimetizar o desejo de tornar-se analista assim como Sharpe, como uma forma de substituí-la como analista de si própria: “... me tornei submissa e dependente dela, como havia sido da minha mãe desde a infância” (Little, 1992, p.36). Desta forma, sem compreender o que estava acontecendo, a analista acabou incentivando Margaret a dar continuidade à formação psicanalítica.

Podemos observar nos relatos de Little que a sua busca ainda continuava no sentido de conseguir “ser alguém”, ser uma verdadeira pessoa. Ela relata: “O que eu realmente temia era a possibilidade de descobrir que era uma cópia vulgar da minha mãe ou da Srta. Sharpe” (Little, 1992, p.36).

Outro episódio que evidenciava o quanto Margaret não era compreendida por sua analista foi quando seu pai faleceu subitamente e seu luto não pôde ser respeitado, e muito menos trabalhada em análise toda a perturbação familiar advinda com a morte do pai. Nessa mesma época, Margaret teria de apresentar um ensaio para a Sociedade de



Psicanálise, e sua tentativa de adiar a apresentação fora interpretada como culpa pela inveja que sentia da capacidade de sua analista em escrever e apresentar ensaios.

A terceira análise, com Winnicott, durou seis anos na primeira etapa, quando foram trabalhadas as questões relacionadas à psicose de Margaret; a segunda etapa, com duração de um ano e meio, foi dedicada à elaboração do complexo de Édipo. Segundo Margaret, o próprio Winnicott reconheceu que, no início da análise, ela dava a impressão de ser uma neurótica, o que comprova como o falso si-mesmo da paciente confundia o próprio analista. Mas, para que o tratamento fosse efetivo, era necessário que houvesse uma regressão em busca do verdadeiro si-mesmo e a desconstrução de seu falso si-mesmo.

Na visão de Winnicott, de acordo com Margaret Little, na primeira infância da paciente, o seu primeiro ambiente, ou seja, sua mãe teria sido muito caótica e imprevisível, estabelecendo um caos no relacionamento com a filha e com o restante da família. Como vimos, se o ambiente não se apresenta como suficientemente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão, e os processos do eu são interrompidos. Nessa medida, a psicose é vista como uma doença de “deficiência do ambiente” (Winnicott, 1963a in 1965b (W9), p.231). Logo, o desenvolvimento do falso si-mesmo é uma das organizações mais bem-sucedidas, destinada a proteger o núcleo do verdadeiro si-mesmo, e apresentando, por consequência, uma sensação de irreabilidade e inutilidade diante da vida.

Margaret era a segunda filha de um casamento de cinco filhos. Segundo ela, o pai era uma pessoa equilibrada, afetuosa e afável, mas pouco expansiva com os filhos. Todos seus relacionamentos sociais teriam sido destruídos pela mãe, que o proibia de fazer algo que não fosse em família, e assim ele tornou-se irritável e impaciente. A mãe de Margaret era uma pessoa muito inteligente, talentosa, dedicada, mas de um modo muito descontrolado e imprevisível. O fato de ser muito ansiosa a tornava exageradamente possessiva, sempre interferindo nos relacionamentos alheios. Ou seja, era totalmente caótica, imprevisível e, ao mesmo tempo, controladora, como forma de organizar o caos que ela própria disseminava. De acordo com Little, “a única coisa previsível era que ela seria imprevisível” (1992, p. 53).

A paciente trazia a lembrança de estar “atrapalhando” e de ser um “transtorno” para a família, principalmente na ocasião em que a irmã mais velha, a mãe e ela contraíram coqueluche, quando contava aproximadamente dois anos. Sentia-se culpada por elas terem adoecido, como se tivesse provocado a doença. E foi nesse contexto que Little se mostrava para sua mãe, sendo sempre submissa e dependente de sua autoridade.

Na primeira sessão realizada com Margaret, Winnicott permaneceu quase o tempo todo em silêncio, fazendo um único comentário, já no final: “Eu não sei, mas tenho a impressão de que, por alguma razão, você está me excluindo” (Little, 1992, p. 44). Esta fala trouxe um alívio para a paciente, uma vez que ele não interpretou o silêncio dela, respeitando-o e permitindo, assim, que ela percebesse que o próprio analista poderia não saber o que estava acontecendo.

Em outra sessão, logo no começo do tratamento, sentindo-se desesperançada, sem possibilidade de fazer com que Winnicott entendesse o que estava se passando, num ato de agressividade, a paciente acabou por quebrar um vaso cheio de lilases que havia no consultório. Winnicott, então, saiu da sala, voltando momentos antes do término da sessão; e vendo Margaret limpando a sujeira, apenas lhe disse: “Eu poderia ter esperado que você fizesse isso, mas mais tarde” (Little, 1992, p. 45). Na sessão seguinte, uma réplica exata substituíu o vaso.

Winnicott (1955d) entendia que pacientes psicóticos não haviam integrado o seu Eu, a ponto de reconhecer o seu analista como um outro separado de seu Eu. Em outras palavras, o objeto (analista) era para a paciente um objeto subjetivo e não objetivamente percebido. Por isso, Winnicott optou por não fazer nenhuma interpretação, para que a paciente assumisse a responsabilidade por seus atos. Ele sabia que seria mais importante para Margaret, naquele momento, viver um estado de dependência de seu analista, com este sobrevivendo a seus ataques e sem fazer uso de retaliações, do que esperar que ela pudesse ter um ato reparatório.

Somente muitos anos depois do final de sua análise, quando Margaret pediu um conselho a Winnicott a respeito de um paciente que a magoava intencionalmente, ela conseguiu falar sobre seu ato de destruir o vaso, e como isto também o magoara. Winnicott concordou e conseguiu dizer a ela que ficara magoado e com raiva, mas acrescentou que o acontecimento teria sido “útil” durante o processo de análise.

Interessante notar que, no tratamento de pacientes *borderline*, muitas vezes o analista vê-se mobilizado por sentimentos de impotência, raiva, ódio, fato que pôde ser observado quando Winnicott precisou se retirar da sala para se recompor da raiva que a paciente, com seu gesto destrutivo de quebrar o vaso, havia provocado nele. Em um artigo de 1947, intitulado: “Ódio na contratransferência”, Winnicott salienta que o manejo de um paciente psicótico é “irritante”, e que uma das tarefas do analista é saber trabalhar com o seu próprio ódio, que é legítimo e despertado neste contexto, para futuramente poder utilizá-lo em uma interpretação:

Sugiro que se um analista propõe-se a analisar pacientes psicóticos ou anti-sociais ele deva estar tão profundamente consciente de sua contratransferência, que lhe seria possível identificar e examinar as suas reações objetivas ao paciente. Estas incluirão o ódio (1949f in 1958a (W6), pp. 278).

Para Winnicott, durante a análise com pacientes psicóticos, o analista muitas vezes encontrar-se-á numa posição comparável à da mãe de um recém-nascido, uma vez que, da mesma forma que o bebê, o paciente não tem como identificar-se com seu analista (mãe). Sendo assim, cabe ao analista dispor de paciência e ser capaz de tolerar o sentimento de ódio em relação a seu paciente, sem nada fazer a esse respeito. No entanto, quando o paciente se encontrar em um estágio de amadurecimento apropriado, esse sentimento de ódio deve ser revelado. É uma questão de saber esperar o *timing* do paciente, pois, caso contrário, a análise permanecerá incompleta, com o paciente permanecendo na condição de uma criança incapaz de entender o que deve a sua mãe (1949f in 1958a (W6), pp. 287).

Outra forma de manejo utilizada por Winnicott com pacientes *borderline* era o prolongamento da duração das sessões. No caso de Margaret Little, na primeira metade das sessões, não acontecia coisa alguma, sendo importante, então, um período de silêncio para que a paciente pudesse atingir um estado tranquilo, livre das invasões que costumadamente eram sentidas pelo comportamento de sua mãe.

Como exemplo desses comportamentos, Margaret nos conta que sua mãe sempre fechava a boca dos filhos, removendo o dedo que estava à boca; se encontrasse um deles deitado do lado esquerdo, colocava-o do lado direito, para evitar pressão no coração; os

orifícios do corpo eram constantemente examinados; e mais tarde, periodicamente, eram feitas lavagens noturnas. Ainda quando bebê, Margaret era enrolada firmemente em um xale, sem possibilidade de se movimentar, e era alimentada com uma mamadeira que tinha o furo do bico tão pequeno que, para sugar o leite, tinha de fazer muito esforço. Esta mesma cena a paciente testemunhou dez anos mais tarde com seus irmãos (Little, 1992, p. 95-6). As interferências da mãe alternavam-se entre descaso e atenção excessiva, podendo chegar até a omissão: “O que era importante em um minuto perdia totalmente a importância no minuto seguinte, e o que era importante para mim tinha de ser posto de lado” (ibid, p. 97).

Desta forma, a comunicação de Margaret com Winnicott só tornou-se possível através dos longos silêncios. Para o autor, “comunicação silenciosa” é uma interação que envolve confiança entre analista e paciente, e que propicia proteção frente às intrusões da realidade externa que interromperam a continuidade do ser e originaram os traumas (Winnicott 1970b in 1989a (W19). Nessa perspectiva, nem sempre o paciente está se defendendo através do silêncio; ele pode estar se comunicando com seu núcleo pessoal.

Winnicott também destaca que, quando o paciente está regredido, não é correto falar em desejo de permanecer em silêncio, mas em necessidade. Para ele, se um paciente regredido precisa de silêncio, nada deve ser feito se não adequar-se às reais necessidades dele (1955d in 1958a (W6), p. 385).

Segundo Margaret (1992), o silêncio de Winnicott, de fato, foi importante para que ela atingisse um estado “inalterado”, “não perturbado”, como se tivesse de assimilar a calma que ele proporcionava. A paciente relata que o sentimento que tinha durante as sessões era muito diferente das perturbações vividas na infância, do estado de ansiedade que sua mãe lhe despertava, e da necessidade de fugir para encontrar a paz.

Também havia momentos em que Winnicott segurava a mão de Margaret intensamente, enquanto ela ficava deitada, frequentemente escondida debaixo do cobertor, calada, retraída, apavorada, com raiva, chorando, dormindo e às vezes até sonhando. Para Margaret (1992), Winnicott não *representava* a sua mãe e em muitos momentos da transferência, ele realmente *era* a sua mãe: “... para mim, as mãos dele eram o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível consciente até um estágio muito posterior” (p. 96). Este trecho

evidencia que Margaret estabeleceu com Winnicott uma psicose de transferência e, por esta razão, o *holding* e a regressão foram os principais recursos utilizados. Como exemplos, podemos citar o *holding* oferecido através dos contatos físicos, em outros momentos a utilização de ego-auxiliares, como contatos estabelecidos com amigos próximos da paciente, ou mesmo internações que pudessem substituí-lo nos períodos de férias e de ausências.

Ainda no começo da análise, a paciente apresentou uma crise depressiva associada a uma gastroenterite que, posteriormente, foi identificada como uma crise da doença celíaca congênita. Esta situação fez com que Margaret não conseguisse trabalhar, permanecendo acamada. Ao perceber sua precária condição de saúde, Winnicott foi à casa da paciente cinco, seis ou até sete vezes na semana, durante três meses, para que o tratamento não fosse interrompido. Cada sessão durava cerca de noventa minutos, e em quase todas elas a paciente ficava deitada, chorando e sendo amparada por Winnicott. Como vimos anteriormente, para ele, psique e soma eram inseparáveis, e por isso estava sempre atento ao estado físico de seus pacientes.

Essas alterações realizadas por Winnicott no tratamento clínico, descritas, muitas vezes, como uma análise modificada, permitiram que ele refletisse sobre o conceito de *holding* (sustentação). O termo *holding* para Winnicott significava dar apoio, estar atento a qualquer coisa que estivesse acontecendo com o paciente e no relacionamento com ele. Neste sentido, oferecer *holding* significa adaptar-se às necessidades do paciente; ou seja, tudo o que uma mãe suficientemente boa faz a seu filho. No entanto, não significa que o analista deva ser condescendente. Sobre isso, Little destaca: “ele [Winnicott] era compassivo, mas consistentemente firme, ao ponto de se tornar impiedoso, quando sentisse que era necessário à segurança do paciente” (1992, p. 45).

Desta forma, ao oferecer *holding* aos seus pacientes, Winnicott estava fornecendo um ambiente seguro para que eles, com sua ajuda, pudessem regredir à dependência e fortalecer seu ego, para se encontrarem em si-mesmos e, gradualmente, conseguirem renegar a ajuda do analista:

Winnicott me deixou seguir meu próprio ritmo, adaptando-se a ele...  
Permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de

modo que nem o ritmo nem as contradições eram meus (Little, 1992, p. 49).

Às vezes, o *holding* tinha de ser delegado a outros profissionais ou pessoas próximas que pudessem cooperar com o tratamento. Durante a análise de Margaret Little, Winnicott se ausentou para tirar férias, e neste período, certificou-se de que haveria pessoas responsáveis pela paciente, embora procurasse sempre manter contato com ela. Winnicott sugeriu à paciente que ficasse internada como voluntária “para certificar-se de que não cometeria suicídio” (Little, 1992, p.60). Embora a paciente tenha sido resistente ao seu pedido, acabou concordando com a indicação, desde que não fosse submetida à eletrochoque, que tivesse um quarto só para ela, que pudesse sair, caso fosse sua escolha, e que o próprio Winnicott a levaria e traria de volta. Ele concordou com todas as exigências de Margaret, e cumpriu com o prometido.

A paciente permaneceu no hospital por cinco semanas, sendo que, nos primeiros dez dias, sentira-se triste e abandonada, ficando em seu quarto sozinha e com medo. Mas, para surpresa de Winnicott, passado esse período, começou a escrever poesias. No hospital, os cuidados eram totais, tudo era fornecido e nada era exigido. De acordo com Margaret, ela “passava o tempo dormindo, lendo, escrevendo e pintando, às vezes nas paredes do meu quarto; na verdade, brincando. Perambulava pelo jardim e pelas ruas; quando chovia, uma enfermeira ia me buscar com guarda-chuva e capa impermeável” (1992, p.61).

Porém, certa vez Margaret reagiu com grande agressividade ao sentir-se invadida por profissionais do hospital. Ao contrário do que Winnicott lhe proporcionava, sendo sempre atencioso aos seus pedidos, tratando-a de forma especial para que ela se sentisse sempre confortável, o hospital em um episódio acabou não acatando um de seus pedidos de deixá-la sozinha sem ser incomodada pelos funcionários. Após a oitava invasão, segundo Little, ela não se conteve e, em um ato de agressividade, deu uma palmada no traseiro da enfermeira. Diante da súbita ameaça do supervisor do hospital por seu ato, acabou por atirar a bandeja do jantar e outros utensílios que ali estavam na parede do quarto.

Com isso, Margaret foi obrigada a passar a noite em um quarto de isolamento. Ela conta que, durante todo o tempo, ficou paranóica, “vendo as enfermeiras como demônios” (1992, p.61). As únicas coisas que a tranquilizaram foram um cachecol de lã

azul e um lenço que Winnicott havia lhe dado, e nesse dia ficou agarrada a eles. No dia seguinte, Margaret foi banhada, alimentada e tratada como uma criança, sendo colocada em um quarto onde pudesse ficar o resto do tempo.

Para a paciente, apesar de alguns momentos de sua estadia no hospital terem sido difíceis, a internação fora importante porque proporcionara a ela um sentimento de existência. Apesar de sua tentativa de destruir o hospital, ele continuava amparando-a e protegendo-a, fato muito diferente do que ela tinha experienciado na sua casa com sua família. Margaret pôde, então, vivenciar a ambivalência (amor e ódio); ou seja, poderia “destruir” o hospital e os profissionais que ali trabalhavam, pois eles suportariam e sobreviveriam a seus ataques. Ela destaca em seu livro que a destruição faz parte de seu ato criativo: “não se pode pintar um quadro sem destruir uma tela branca e tubos de tinta” (1992, p.62). No hospital, a paciente pôde brincar e resgatar sua espontaneidade, que havia sido perdida durante toda sua vida.

Margart conclui dizendo sobre sua estadia no hospital:

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 esquizóide-paranóide’ 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).

Após o período em que estive internada, Margaret retornou ao seu trabalho, e sua análise com Winnicott começava a chegar ao fim. A paciente, então, em suas sessões, pôde contar a seu analista as suas experiências, o tema de suas pinturas e poemas que havia feito no hospital, bem como suas brincadeiras e travessuras. Margaret já conseguia uma certa autonomia de Winnicott, o que pode ser observado quando Winnicott fazia algum comentário sobre seus poemas e quadros e isso não a afetavam tanto: “Eu percebi que ele não gostar de um quadro não significava que eu deveria destruí-lo. Ele tinha um valor simplesmente como uma criação, tanto para ele quanto para mim” (1992, p.62).

Já na fase terminal de sua análise, Winnicott fez uma interpretação muito importante, apesar de ter sido difícil para Margaret inicialmente compreender suas

palavras. Ele disse que o medo de aniquilação que a paciente sentia no presente estava relacionado com a aniquilação que já tinha ocorrido no passado. Margaret havia sido aniquilada, mas de fato sobrevivera, e agora estava revivendo a experiência passada com sua ajuda. A paciente relata que em muitos momentos de ansiedade lembrava-se dessa interpretação e sentia-se aliviada.

A própria Margaret Little fala do final de sua análise com Winnicott, de como ela pôde ter sua identidade reconhecida por todos e por ela mesma. Agora encontrava satisfação em seu trabalho e no relacionamento com outras pessoas:

...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 (p. 70).

Quando Winnicott realizava o manejo no *setting*, ele estava permitindo também que seus pacientes pudessem regredir à dependência, já que o ambiente era modificado para que a confiança e a continuidade do ser pudessem ser restabelecidas. Em sua concepção, a regressão à dependência, à infância e às vezes até mesmo à vida pré-natal é um “processo de cura” (1955d in 1958a (W6), p. 378), sendo que a adaptação do analista às necessidades do paciente possibilita o descongelamento do trauma e o desenvolvimento do verdadeiro si-mesmo. Esse tratamento, porém, não é fácil nem para o paciente e nem para o analista. A escolha do momento da regressão não depende somente do paciente, mas da disponibilidade do terapeuta.

Como vimos, a experiência analítica é um processo que exige muito mais do que a utilização de interpretações. O silêncio do analista, o prolongamento da duração das sessões, a permissão para que o paciente ande pela sala, durma no divã, fique em pé ou sentado fazem parte de um manejo que facilita o desenvolvimento do verdadeiro si-mesmo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos no início deste estudo, a própria definição do termo *borderline* já indica sua complexidade, despertando inúmeras questões que vêm sendo discutidas por diferentes teóricos, tanto da Psiquiatria como da Psicanálise. Apesar das divergências, fica evidente a necessidade de pesquisar o tema, já que se trata de um quadro clínico que, cada vez mais, se faz presente em nossos consultórios.

Dentro do campo psicanalítico, o entendimento de Winnicott a respeito das psicoses, e em especial, do distúrbio *borderline*, tem se revelado bastante inovador.

Para o autor, a doença psíquica advém de uma parada na continuidade de ser do indivíduo, por uma defesa ou reação contra as angústias vividas em razão de intrusões ou do impedimento de algo que deveria ter acontecido e não aconteceu (Winnicott, 1989vc, in 1965b, p. 65). Nessa perspectiva, o distúrbio *borderline* não pode ser compreendido como uma problemática intrapsíquica e tampouco como uma doença orgânica. Winnicott enfatiza que tal patologia ocorre em função de falhas da maternagem em estágios muito primitivos do desenvolvimento.

De fato, uma das principais contribuições do autor se refere à importância dada ao primeiro estágio do amadurecimento, considerando a fase de dependência absoluta como constituinte da natureza humana. Falhas nesta fase têm como consequência a interrupção da continuidade do ser, impossibilitando ao indivíduo vivenciar o sentimento de existência e a experiência de se constituir em um verdadeiro si-mesmo. Logo, o ambiente assume um papel central, principalmente no caso de patologias cuja problemática é derivada de estágios anteriores à integração de si em uma unidade.

À medida que reconhecemos que as psicoses têm uma etiologia diferente das neuroses, a técnica de intervenção também não pode ser a mesma. Na Psicanálise clássica, a interpretação é o método por excelência, sendo a tarefa do analista trazer à consciência o inconsciente reprimido, a partir do relacionamento estabelecido com o paciente. Neste contexto, o modelo para tratar as enfermidades psíquicas é a doença psiconeurótica, caracterizada, em linhas gerais, pela existência de conflitos internos entre amor e ódio, os quais, tornando-se intoleráveis para o indivíduo, são mantidos fora da

consciência por via da repressão. Assim, para um paciente cuja problemática central é neurótica, a interpretação se apresenta como a intervenção psicanalítica de maior sucesso.

No entanto, para pacientes cuja etiologia é anterior à conquista de um mundo interno e ao estabelecimento do estágio do complexo de Édipo, e nos quais predomina o fracasso ambiental em etapas mais primitivas do amadurecimento, o que determina o tratamento a ser realizado é a própria necessidade do paciente. A clínica winnicottiana das psicoses, desta forma, não se fundamenta em processos mentais ou em verbalizações, mas no manejo clínico.

Mais do que interpretações, Winnicott (1965vd) utiliza então o manejo clínico e o *holding* para o tratamento de pacientes com distúrbio *borderline* que necessitam regredir a um estado de dependência absoluta, momento em que ocorreram as falhas traumáticas. Importante considerar que, como vimos, o analista não é o responsável por provocar a regressão à dependência, mas sim por possibilitar ou não que ela ocorra.

Naturalmente, tal proposição modifica e amplia a forma de cuidar do paciente. A *transferência*, por exemplo, nos termos em que Winnicott propõe, retoma o momento da dependência, em que é imprescindível um ambiente consistente, real e confiável que possa assegurar, inclusive, os cuidados físicos dispensados ao paciente. Assim, quando este encontra um ambiente favorável (o analista), pode dar início ao processo de amadurecimento que fora interrompido, através de um suporte (*holding*) que permite a regressão do paciente à dependência absoluta.

Outro fator fundamental no atendimento de distúrbios *borderline* é a *sobrevivência do analista*, que é representada pela presença viva deste, com efetiva disponibilidade e capaz de sobreviver às pressões e invasões que o trabalho analítico mobiliza. Pudemos verificar nos atendimentos de Winnicott que a manutenção do ambiente (*holding*) é muito dolorosa, em função dos períodos em que o paciente desafia o analista, realiza ataques verbais, despertando-lhe ódio e reações negativas. Nestes casos, o paciente necessita ferir o analista, sendo que este não deve revidar a esses ataques. Sendo assim, podemos dizer que a confiança estabelecida entre paciente e analista é que possibilita a sobrevivência deste, e a tolerância aos estados de desorganização inerentes ao distúrbio *borderline*.

A *dimensão do tempo* é outro aspecto que, nesses casos, deve ser repensado continuamente pelo analista. É preciso que ele tenha muita sensibilidade para perceber

qual o momento e a forma mais adequada para fazer as intervenções necessárias durante o trabalho analítico. Nas palavras de Winnicott (1955d in 1958a (W6), p. 374):

Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas.

É, pois, mais importante compreender o tempo do paciente do que o significado de suas comunicações. O fundamental é a *experiência*, o reconhecimento da singularidade do paciente, a possibilidade de inaugurar experiências com o outro (analista) nunca vividas anteriormente, para que assim o gesto criativo possa ganhar expressão. Fazendo uma analogia com a mãe suficientemente boa e seu bebê, o autor destaca:

Estamos mais interessados na provisão ambiental que torna todo o resto possível: isto é, estamos mais preocupados, aqui e agora, com a mãe segurando o bebê nos braços do que com a mãe alimentando o bebê (1965s in 1965a (W8), p.175).

Winnicott trouxe contribuições enriquecedoras para a compreensão dos pacientes mais regredidos, destacando de forma clara e precisa a necessidade de adaptações na técnica, ou seja, de formas especiais de conduzir o *setting* em função da dinâmica do paciente. Tanto as experiências relatadas nas consultas terapêuticas, quanto os casos clínicos abordados ao longo de sua obra são verdadeiros exemplos da diversidade em sua técnica, de sua criatividade e capacidade de improvisação.

De fato, a análise de casos difíceis constitui sempre um desafio que nos obriga a lidar com frustrações, com sentimentos muitas vezes desconfortáveis, como de inutilidade e incapacidade analítica. Porém, esses casos se revelam muito gratificantes quando acreditamos no potencial do ser humano em “vir a ser”, quando nos dispomos a cuidar das reais necessidades do paciente e, assim, possibilitamos a vivência de relações genuínas.

Sem a pretensão de esgotar tema tão complexo, nada mais pertinente do que finalizar este estudo com uma significativa afirmação de Winnicott (1955d in 1968a (W6), p. 390) a respeito do trabalho do analista:

É preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento para que algum trabalho possa ser feito, e isto é rapidamente sentido pelo paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A citação das obras de Winnicott, inclusive as que se encontram no corpo do texto, segue a bibliografia compilada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhague, cujo critério é o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. No corpo do texto, após a menção do ano de publicação, está a página em que a citação pode ser encontrada nas edições brasileiras. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Hjulmand foi reproduzida em *Natureza Humana - Revista Internacional de Filosofia e Práticas Psicoterápicas*, vol. 1, nº 2, 1999.

Araújo, Conceição A. Serralha (2005). O ambiente em Winnicott. *Winnicott E-Prints*, Vol. 4, n.1, pp.21-34.

Araújo, Conceição A. Serralha (2008). *O Ambiente na obra de D. W. Winnicott: teoria e prática clínica*. Tese de doutorado. Puc/SP.

CID-10 (1992). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Descrições Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Dalgalarrondo P. E Vilela W. A (1999). Transtorno *borderline*: história e atualidade. In: *Revista Latino Americana de Psicologia Fundamental*. Vol.2 Ed. Escuta. São Paulo.

Deutsch, Helene (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11: 301-321.

- Dias, Elsa O. (1998). *A teoria winnicottiana das psicoses*. Tese de doutorado. PUC/SP.
- Dias, Elsa O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, Imago Ed.
- DSM IV (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climespsi, 1996.
- Faria, Flávio D. M. (2003). *O suicídio na obra de D. W. Winnicott: elementos para a formação de uma teoria winnicottiana do suicídio*. Tese de doutorado. PUC/SP.
- Ferreira, Aurélio. B de Holanda (1988): *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Freud, Sigmund (1924). Neurose e psicose. In: Freud, 1996, vol. XIX, pp. 167-171.
- \_\_\_\_\_ (1924). A perda de realidade nas neuroses e nas psicoses. In: Freud, 1996, vol. XIX, pp. 205-209.
- Kernberg, O. (1989). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1999). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes.
- Little, Margaret I. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Tradução – Maria Clara De Biase Fernandes. Rio de Janeiro, Imago Editora.

Naffah, Alfredo (2007). A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. Revista Brasileira de Psicanálise, v.41, n.4: “Metáforas”, pp.77-88.

Naffah, Alfredo (2008). O caso Margaret Little e as bordas da psicanálise. No prelo. Este artigo é uma revisão da conferência realizada na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo no dia 31 de maio de 2008, e também no XIII Colóquio Winnicott: Os casos clínicos de Winnicott, ocorrido na PUC-SP, entre 29 e 31 de maio de 2008.

Neto, Oreste. F. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. Revista Brasileira de Psicanálise, v.42, n.1, pp. 82-88.

Safra, Gilberto. (1999). *A face estética do self*. São Paulo: Unimarco Editora.

Stern, Adolf (1945). Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. Psychoanalytic Quarterly, 14(2): 190-198.

Winnicott, Donald W. (1945d). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 218-232.

\_\_\_\_\_ (1949f) [1947]. O ódio na contratransferência. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 277-287.

\_\_\_\_\_ (1953a) [1952]. Psicose e cuidados maternos. In: Winnicott, 1958a (W6), pp.305-315.

\_\_\_\_\_ (1954a) [1949]. A mente e sua relação com o psique-soma. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 332-346.

- \_\_\_\_\_(1955d) [1954]. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 374-392.
- \_\_\_\_\_(1955e) [1954]. Retraimento e regressão. In: Winnicott, 1958a (W6), pp.347-354.
- \_\_\_\_\_(1956a) [1955]. Formas clínicas da transferência. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 393-398.
- \_\_\_\_\_(1958a) (W6). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.
- \_\_\_\_\_(1958n) [1956]. Preocupação materna primária. In: Winnicott, 1958a (W6), pp. 399-405.
- \_\_\_\_\_(1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 38-54.
- \_\_\_\_\_(1962c) [1961]. Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento paterno-filial. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 59-61.
- \_\_\_\_\_(1963a) [1962]. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 225-233.
- \_\_\_\_\_(1963c). Os doentes mentais na prática clínica. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 196-206.
- \_\_\_\_\_(1964c). O recém-nascido e sua mãe. In: Winnicott, 1987b (W16), pp. 29-42.

- \_\_\_\_\_ (1965a). (W8). *The Family and Individual Development*. Londres: Tavistock Publication. Tradução brasileira de Jane Corrêa: A família e o desenvolvimento do indivíduo. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- \_\_\_\_\_ (1965b) (W9). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London, The Hogarth Press. Tradução brasileira: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- \_\_\_\_\_ (1965d) [1962]. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 152-155.
- \_\_\_\_\_ (1965h) [1959-1964]. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 114-127.
- \_\_\_\_\_ (1965j) [1963]. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 163-174.
- \_\_\_\_\_ (1965l) [1960]. O efeito da psicose na vida familiar. In: Winnicott, 1965a (W8), pp. 78-86.
- \_\_\_\_\_ (1965m) [1960]. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 128-139.
- \_\_\_\_\_ (1965n) [1962]. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 55-61.
- \_\_\_\_\_ (1965r) [1963]. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 79-87.
- \_\_\_\_\_ (1965vd) [1963]. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 207-217.



- \_\_\_\_\_ (1968c) [1967]. O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 151-156.
- \_\_\_\_\_ (1968i) [1967]. O brincar- uma exposição teórica. In: Winnicott, 1971a (W10), pp. 59-77.
- \_\_\_\_\_ (1969i) [1968]. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 170-191.
- \_\_\_\_\_ (1970b) [1969]. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 195-202.
- \_\_\_\_\_ (1971a) (W10). *Playing and Reality*. Londres: Penguin books. Tradução brasileira: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- \_\_\_\_\_ (1971f) [1967]. O conceito de indivíduo saudável, In: Winnicott, 1986b (W14), pp. 17-30.
- \_\_\_\_\_ (1971g). Criatividade e suas origens. In: Winnicott, 1971a (W10), pp. 95-120.
- \_\_\_\_\_ (1971r). O brincar: atividade e busca do eu (*self*). In: Winnicott, 1971a (W10), pp. 79-93.
- \_\_\_\_\_ (1974). O medo do colapso. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 70-76.
- \_\_\_\_\_ (1986a) (W15). *Holding and Interpretation*. Fragment of on Analysis: Hogarth Press/ Institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: Holding e interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

- \_\_\_\_\_ (1986b) (W14). *Home is Where We Start From*. Londres: Penguin Books.  
Tradução brasileira: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- \_\_\_\_\_ (1986e) [1964]. O conceito de falso *self*. In: Winnicott, 1986b (W14), pp. 51-54.
- \_\_\_\_\_ (1987b) (W16). *Babies and Their Mothers*. Londres: Free Association Books.  
Tradução brasileira: Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_ (1987e) [1966]. A mãe dedicada comum. In: Winnicott, 1987a (W16), pp. 1-11.
- \_\_\_\_\_ (1988) (W18). *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Tradução brasileira:  
Natureza Human. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990.
- \_\_\_\_\_ (1988). Nota introdutória à tradução. In: Winnicott, 1990 (W18), pp. 9-13.
- \_\_\_\_\_ (1988). O fracasso do contato inicial. In: Winnicott, 1990 (W18), pp. 127-130.
- \_\_\_\_\_ (1988). O bebê ao nascer. In: Winnicott, 1990 (W18), pp. 133-134.
- \_\_\_\_\_ (1988). A filosofia do real. In: Winnicott, 1990 (W18), pp. 134-135.
- \_\_\_\_\_ (1988). Integração. In: Winnicott, 1990 (W18), pp. 136-142.
- \_\_\_\_\_ (1988). Um estágio primário do ser: os estágios pré-primitivos. In: Winnicott,  
1990 (W18), pp. 153-156.
- \_\_\_\_\_ (1989a) (W19). *Psychoanalytic Explorations*. Londres: Karnac Books. Tradução  
brasileira: Explorações Psicanalíticas . Porto Alegre: Editora Artes Médicas,  
1994.

\_\_\_\_\_ (1989d) [1965]. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 102-115.

\_\_\_\_\_ (1989f) (1967). Pós- Escrito: D. W. W. sobre D. W. W. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 433-443.

\_\_\_\_\_ (1989vc) [1962]. Provisão para criança na saúde e na doença. In: Winnicott, 1965b (W9), pp. 62-69.

\_\_\_\_\_ (1989vk) [1965]. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: Winnicott, 1989a (W19), pp. 94-101.