

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Joana Gryner

**A capacidade simbólica dos pacientes
borderline: prejuízos no espaço potencial**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Psicologia do Departamento de
Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Claudia Amorim Garcia

Rio de Janeiro

Abril de 2013



Joana Gryner

A capacidade simbólica dos pacientes borderline: prejuízos no espaço potencial

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora a baixo assinada.

Profa. Claudia Amorim Garcia

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zomig

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profa. Maria Regina Maciel

Faculdade de Educação - UERJ

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2013.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Joana Gryner

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em psicologia clínica na linha de pesquisa psicanálise e cultura pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Trabalha como psicoterapeuta de crianças e adultos.

Ficha Catalográfica

Gryner, Joana

A capacidade simbólica dos pacientes borderline: prejuízos no espaço potencial / Joana Gryner; orientadora: Claudia Amorim Garcia. – 2013.

109 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2013.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Borderline. 3. Espaço potencial. 4. Trauma. 5. Simbolização. I. Garcia, Claudia Amorim. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Eu agradeço à minha orientadora Claudia Garcia pela infinita paciência, disponibilidade, confiança e generosidade. Agradeço também pelas aulas instigantes que me fizeram me apaixonar ainda mais pela psicanálise.

Agradeço a minha família pelo amor, carinho, apoio e por investirem tanto no meu desenvolvimento. Depois de todo o estudo sobre a importância do ambiente no desenvolvimento psíquico, eu entendi a real dimensão e importância de tudo o que fizeram por mim, por isso MUITO OBRIGADO!

Agradeço infinitamente ao meu analista Carlos Plastino porto seguro e presença viva que me possibilitou Ser.

Agradeço o Daniel Ribas Tanditnik pela paciência e o apoio emocional tão fundamentais para que eu conseguisse enfrentar e terminar essa jornada tão intensa.

Agradeço a todos os meus amigos que torceram, apoiaram e especialmente por terem entendido a necessidade do meu recolhimento acadêmico tão longo. Eu agradeço também pela disponibilidade emocional para acolher as minhas angústias e alegrias ao longo desse processo.

Agradeço a todos meus irmãos e irmãs da academia e em especial: Luiza Mendes, Carolina Paixão, Cecilia Freire Martins e Gabriel Cunha pelo companheirismo, ajuda e socorro providenciais.

Agradeço a todos os funcionários e professores da PUC-RIO que me inspiraram, ensinaram e me deram força no meu percurso acadêmico e profissional.

Por fim agradeço a PUC-RIO por todo o apoio.

Resumo

Joana Gryner; Garcia, Claudia Amorim (Orientadora). **A capacidade simbólica dos pacientes borderline: prejuízos no espaço potencial.** Rio de Janeiro, 2013. 109p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esse trabalho fundamenta-se na teoria proposta por Donald W. Winnicott e tem como objetivo investigar o prejuízo da capacidade simbólica na patologia *borderline*. Em um primeiro momento é realizada uma discussão teórico-clínica acerca dos eixos norteadores da classificação diagnóstica winnicottiana. O desenvolvimento emocional primitivo é, então, investigado com o intuito de esclarecer quais as falhas que redundam no estabelecimento da patologia *borderline*. Na sequência argumenta-se que a constituição de um falso *self* fortemente investido e o prejuízo ao espaço potencial são características da patologia *borderline* que a distinguem de outras patologias também originárias de falhas ambientais precoces. Em seguida é discutido a articulação entre espaço potencial e capacidade simbólica, e a importância do objeto transicional enquanto primeiro símbolo da separação entre eu e não-eu. Na parte final do trabalho abordamos a questão do trauma no espaço potencial, que redundam em um prejuízo à capacidade simbólica, concluindo que a interferência na transicionalidade afeta o processo de separação realidade interna/realidade externa e prejudica a capacidade simbólica dos pacientes *borderline*.

Palavras-chave

Borderline; espaço potencial; trauma; simbolização.

Abstract

Joana Gryner; Garcia, Claudia Amorim (Advisor). **The symbolic capacity of borderline patients: impairment of the potencial space**. Rio de Janeiro, 2013. 109p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This work is based on the theory proposed by Donald W. Winnicott and aims to investigate the loss of the symbolic capacity in borderline pathology. At first it is held a discussion about the theoretical and clinical diagnostic guiding principles that sustains Winnicott's diagnostic criterium. The primitive emotional development is then investigated in order to clarify the failures that results in the establishment of borderline pathology. Then it is argued that the creation of a heavily invested false self and a damage to the space potential are defining characteristics of the borderline pathology that distinguishes it from other diseases that also originates from early environmental failures. Subsequently, we discuss the relation between potential space and symbolic capacity, it is also discussed the importance of the transitional object as the first symbol of the separation between self and non-self. In the final part of the paper we address the issue of trauma in the potential space, which results in injury to the symbolic capacity, concluding that the interference in transitionality affects the process of separating external and internal realities, which results in the impairment of the symbolic capacity of borderline patients.

Keywords

Borderline; potencial space, trauma, symbolization.

Sumário

1. Introdução	9
2. O Conceito de <i>borderline</i> em Winnicott: uma discussão teórico clínica	16
2.1 Psicose e a patologia <i>borderline</i>	21
2.2 Patologia <i>borderline</i> : um distúrbio nos primórdios do desenvolvimento	25
2.3 Patologia <i>borderline</i> : um prejuízo à transicionalidade	34
2.4 O falso <i>self</i> : a defesa psiconeurótica <i>borderline</i>	37
3. O espaço transicional e a origem do símbolo	45
3.1 Os precursores da capacidade simbólica	48
3.2 Capacidade simbólica: separação e porosidade entre o eu e o não eu	55
4. Capacidade simbólica na patologia <i>borderline</i>	70
4.1 Trauma nos primórdios do desenvolvimento emocional primitivo	72
4.2 Trauma no espaço potencial	76
4.3 Prejuízo da capacidade simbólica	87
5. Considerações Finais	98
Referências bibliográficas	104

Assim, tendo nós, ao mesmo tempo, consciência do exterior e do nosso espírito, e sendo o nosso espírito uma paisagem, temos ao mesmo tempo consciência de duas paisagens. Ora, essas paisagens fundem-se, interpenetram-se, de modo que o nosso estado de alma, seja ele qual for, sofre um pouco da paisagem que estamos vendo – num dia de sol uma alma triste não pode estar tão triste como num dia de chuva – e, também, a paisagem exterior sofre do nosso estado de alma – é de todos os tempos dizer-se, sobretudo em verso, coisas como que uma ausência da amada o sol não brilha, e outras coisas assim. De maneira que a arte que queira representar bem a realidade terá de a dar através duma representação simultânea da paisagem interior e da paisagem exterior. Resulta que terá de tentar dar uma interseção de duas paisagens.

Fernando Pessoa

1

Introdução

Estamos atravessando um período cultural radicalmente diferente de todas as outras épocas. A sociedade moderna tal como Freud havia descrito (1930), com leis e tradições fortemente impostas, com um limite muito bem demarcado entre a vida privada e a vida pública, se transformou em uma sociedade muito mais fluida e com os antigos limites borrados. Na modernidade, o conflito central que estruturava o sujeito se dava entre o desejo e a lei, contudo na contemporaneidade a lei simbólica se enfraqueceu. Recalque, culpa e conflito eram as marcas de um sujeito que vivia em uma cultura onde havia um ideal normativo muito claro, e por conseguinte impunha a necessidade da renúncia pulsional. Esta já não é mais a sociedade em que vivemos e, portanto, poderíamos dizer que o sujeito contemporâneo é muito diferente do sujeito moderno.

Atualmente presenciamos, como bem descreveu Bauman (2001), os pilares da sociedade, tais como a lei e a família, se tornarem fluidos e uma intensificação do individualismo, contexto no qual os valores da liberdade e da autonomia prevalecem. Quando tudo se torna relativo e provisório, os sujeitos passam a viver intensamente o agora, sem se preocupar com o outro e o futuro.

Na ausência de formações sólidas e confiáveis como essas, o indivíduo de hoje se vê instado a buscar orientação e reassuramento num cenário nebuloso e instável, onde tudo se define de modo circunstancial. O que vale hoje como selo de garantia pode amanhã ou depois ter sua validade revogada.” (Bezerra, 2009, pg 41)

Neste contexto não é de se espantar, que ocorra um crescente aumento de patologias como a depressão, a toxicomania e o transtorno do pânico de difícil manejo clínico. De fato esse é o cenário cultural que está testemunhando o aumento nas clínicas de pacientes particularmente resistentes ao trabalho analítico, o que tem feito com que os autores da psicanálise venham há algumas décadas se dedicando ao estudo e à publicação de trabalhos sobre o que se convencionou chamar de “novas patologias”. A clínica psicanalítica atual vem sendo desafiada por essas patologias que se distanciam muito do modelo clássico da neurose proposto por Freud. Dificuldades surgidas no *setting* tais como as

intensas reações contratransferências, os ataques ao enquadre analítico, as defesas muito rígidas são alguns dos sintomas dessas novas patologias (Garcia, 2007).

Adolf Stern (1938) foi o primeiro a utilizar o termo *borderline* na psicanálise, para se referir a uma patologia limite entre a psicose e a neurose, que apresentaria sintomas de ambos. Stern afirmou que a terapia convencional não funcionava com esses pacientes, uma vez que sua questão central não eram os transtornos da sexualidade e sim os distúrbios do narcisismo:

Meus pacientes, como mencionados acima, constituem um amplo grupo indefinido entre psicoses e neuroses de transferência, compartilhando características de ambas, embora mostrem inclinações nítidas para psicose: lembro que costumamos a chamar certas psicoses de “neurose narcísicas”. Esse grupo limítrofe revela a presença de narcisismo num grau inexistente no tipo comum de PA-cientes neuróticos. Seu quadro inteiro fundamenta-se no narcisismo. (Stern, 1938, p158)

Percebe-se na citação acima que o autor considerava os casos *borderline* como pertencendo mais ao campo da psicose - ou neuroses narcísicas, como era também chamada a psicose na época - do que da neurose de transferência. De fato é comum considerar essa patologia como pertencente ao campo da psicose, a psicose, no entanto ao contrário desta, falha no teste da realidade, ou seja, apresenta alucinações e delírios que não estão presentes na patologia *borderline* (Stern, 1938).

A ambiguidade presente nessa patologia, que dificulta seu diagnóstico, foi tratada por Helen Deutsch em um histórico artigo chamado *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia* (1942). O título indica que a autora também se inclina a localizar essa patologia no campo da psicose. Ao longo do artigo Deutsch (1942) refere-se às pessoas que parecem perfeitamente normais, mas que suscitam a seguinte pergunta “o que há de errado com ela?”. Parece, portanto, que há um incomodo nos que convivem com os sujeitos *borderline*, que leva à constatação de que há algo de estranho com esses sujeitos, embora não consiga definir exatamente do que se trata.

O estudo analítico desses pacientes levou Deutsch (1942) a perceber que os relacionamentos que estabelecem são desprovidos de traços de empatia e sensibilidade, e, ao contrário, apresentam expressões emocionais formais. Deutsch (1942) designou esses sujeitos de “as if individuals”, já que apresentam um

aspecto camaleônico, representado pela aderência ao objeto com o intuito de se tornar indistinto dele, tal como faz o camaleão com o ambiente.

A dificuldade de localizar o *borderline* na nosografia psicanalítica remete a uma problemática na constituição dos limites, uma problemática que se refere tanto aos limites do conceito *borderline* quanto à subjetividade desses pacientes. Ou seja, a indiferenciação dos limites conceituais parece apontar para um prejuízo da delimitação dos contornos psíquicos. Assim, desde a introdução do termo *borderline* no campo psicanalítico até o presente momento não há um consenso sobre o tema da patologia limítrofe apesar das inúmeras tentativas de melhor circunscrevê-la. Foi neste sentido que, Liderados por André Green, um grupo renomado de psicanalistas (os doutores Jean-Claude Rolland, Jaime Luttenberg, Fernando Urribarri, Elizabeth Spillius, Gregorio Kohon, William Grossman e Otto Kernberg) se encontrou duas vezes por ano durante três anos (2000 a 2003) para discutir questões referentes a clínica contemporânea. O grupo tinha a vantagem de ser internacional e, portanto, representar diversas correntes do pensamento psicanalítico. O relatório foi posteriormente publicado em uma coletânea editada por Green (Kernberg, 2007)

Depois de muita discussão e desacordos, o grupo concordou que elementos primitivos surgidos prematuramente na transferência, incapacidade de se ajustar ao enquadre psicanalítico clássico, dificuldades em expressar e verbalizar fantasias pré-conscientes, prejuízo na capacidade de pensar simbolicamente, tendência a passar ao ato e somatizações frequentes são marcas definidoras dos pacientes *borderline*. Apesar do consenso sobre a faceta clínica dessa patologia, a questão do diagnóstico foi um grande ponto de discordância no grupo. Kernberg, como psiquiatra, apoiado pelos membros norte-americanos do grupo, defende a proposta de fazer um diagnóstico baseado em uma combinação da apresentação fenomenológica da patologia - seguindo critérios psiquiátricos - e uma compreensão psicodinâmica da estrutura psíquica. Os participantes europeus e latino americanos do grupo, por outro lado, defenderam a importância de avaliar se o paciente é capaz de se adaptar ao enquadre psicanalítico clássico, sua disponibilidade de desenvolver um processo psicanalítico, o desenvolvimento do par transferência/contratransferência, sua motivação, sua capacidade reflexiva que o permitirá a ter insights, ganhos secundários e a disponibilidade do paciente em colaborar com o analista (Kernberg, 2007). É interessante notar que todos os

elementos destacados pelos participantes europeus e latino-americanos são justamente as características psíquicas apresentados na clínica pelos pacientes *borderline*, portanto, o diagnóstico final foi baseado na fenomenologia clínica. Na opinião de Figueiredo (1999) essa patologia costuma ser diagnosticada como mais grave do que a neurose, menos grave do que a psicose e tão grave quanto a perversão (ainda que seja estruturalmente distinta da perversão). Por essa razão o autor acredita ser necessário pensar a gravidade desses casos não através do diagnóstico estrutural, e sim, da sua apresentação fenomenológica, que permite avaliar a adaptação à realidade e a viabilidade psíquica para o trabalho analítico (Figueiredo, 1999, p 67).

Os pacientes *borderline* desafiam o alcance da psicanálise, posto que não se adaptam ao formato clássico do tratamento psicanalítico. A patologia *borderline* que se fez notar na psicanálise através da violação dos limites rende a seguinte questão: seria uma nova entidade nosográfica ou estaria no limite do analisável? É importante fazer aqui o seguinte adendo: o limite do analisável foi definido pelo paradigma freudiano, logo, é possível pensar que a psicanálise clássica talvez tenha chegado ao limite dessa clínica, ao invés de pensar que o paciente *borderline* esteja no limite do alcance da psicanálise. Nesse sentido Jacques André (1999) faz a seguinte pergunta: será que a personalidade *borderline* não é produto do enquadre analítico clássico?

Dessas condições de nascimento, a problemática *borderline* traz a marca indelével sob a forma de uma hesitação que nunca ficou definitivamente resolvida: o que é que a expressão “estados limites” designa, uma nova entidade nosográfica ou os limites do analisável? Em que medida uma personalidade *borderline* pode ser isolada das condições de experimentação que a fazem surgir? (André, 1999, p. 69).

Uma vez que essa patologia desafia os limites da psicanálise, muitos analistas defendem a modificação da técnica e do enquadre para atender os pacientes *borderline*. Todos os participantes do grupo de pesquisa liderado por Green concordaram em adaptar o tratamento psicanalítico. Os franceses e britânicos se propuseram a tantas modificações que preferem chamar esse tipo de tratamento de psicoterapia analítica, ao invés de psicanálise (Kernberg, 2007). Entrevistas face a face e interpretação de somatizações figuram nas inovações da técnica dirigida aos sujeitos limítrofes, contudo os limites entre a psicanálise e a

psicoterapia psicanalítica, e o que define um e outro permaneceram sem um consenso do grupo.

Em se tratando de diagnóstico Winnicott (1954-1964) adotou uma postura diferente dos membros do grupo do Green. Os sintomas e apresentação clínica se tornam secundários à forma como se deu o desenvolvimento psíquico (Winnicott, 1954-1964). Desse modo, o diagnóstico se dá ao longo do tratamento, na medida em que se estreitam os laços transferenciais entre a dupla analítica. Visto que os autores que se debruçaram sobre essa patologia citam com frequência os elementos primitivos que surgem na transferência, o foco recai sobre o início do processo de amadurecimento psíquico. Similarmente, ao falar sobre os pacientes *borderline*, Winnicott (1959-1964) se detém sobre falhas nos cuidados ambientais em uma época onde o eu era muito incipiente.

Dentre as diversas consequências das perturbações nos primórdios desenvolvimento psíquico, na patologia *borderline*, chama atenção a questão da capacidade simbólica, nosso tema central de investigação. Em virtude das dificuldades em expressar e verbalizar fantasias pré-conscientes, da tendência a passar ao ato, das frequentes somatizações e da grande dificuldade de se adaptar ao modelo de tratamento psicanalítico clássico - cuja principal ferramenta é a interpretação - fica evidente que existe um prejuízo significativo da capacidade simbólica desses pacientes.

Como afirmou Hanna Segal (1991) a formação de símbolos governa a capacidade de comunicação já que toda comunicação se dá por símbolos. Contudo a patologia *borderline*, aponta para uma dimensão do símbolo que vai além da esfera linguística. Pois as passagens ao ato e somatizações - que são expressões de um prejuízo da capacidade simbólica - apesar de não serem uma forma de comunicação, dizem algo sobre o estado psíquico do paciente. Esses fenômenos podem então, deixar de serem vistos como resistência ou uma má adaptação aos moldes do tratamento analítico, e passarem a ser escutados como expressões de falhas que perturbaram o desenvolvimento emocional primitivo.

Sob essa ótica, a concepção e definição de símbolo se distancia do que havia sido postulado inicialmente por Freud (1908) ao afirmar que os sintomas histéricos eram símbolos mnêmicos de certas impressões e experiências traumáticas. Aproximando o símbolo com o sintoma neurótico, Freud sinalizou a existência de uma relação entre o símbolo e o conteúdo recalcado. Contudo, em

1900, ao falar sobre os sonhos, Freud o definiu como uma quarta forma de distorção e representação no trabalho do sonho - em seguida aos mecanismos de deslocamento, condensação e representabilidade - que atrapalha a interpretação do sonho (Pondé, 2007). Dessa forma, os autores depois de Freud - tais como Ernest Jones - passaram a estudar o símbolo como um tipo de conexão com o material recalcado. Contudo, os prejuízos da capacidade simbólica apresentados pelos pacientes *borderline* apontam para falhas dos cuidados ambientais nos primórdios do desenvolvimento psíquico, sinalizando que, possivelmente, o símbolo não se refere apenas à um material recalcado.

Para iniciar a pesquisa desse tema, é preciso compreender a etiologia da patologia *borderline*, por essa razão, o primeiro capítulo será dedicado ao estudo e discussão do que se entende por patologia *borderline*. Nesse sentido será estudado o processo maturacional inicial da vida, pois, é nos estágios precoces da formação subjetiva que são estabelecidas as bases para uma relação criativa, e portanto, saudável com a realidade externa. Seguindo essa investigação serão identificadas quais falhas nos cuidados ambientais podem redundar nas características que entende-se serem definidoras dessa patologia; perturbação do espaço potencial, e um falso-*self* fortemente investido. Com intuito de delimitar conceitualmente a patologia *borderline*, serão estudadas outras patologias que também se originam a partir de falhas ambientais primitivas, para encontrar diferenças entre elas que permita discernir com mais clareza o que se entende por patologia *borderline*.

O segundo capítulo será dedicado à gênese e os percursores da capacidade simbólica. Será estudado como que a capacidade simbólica tem sua origem na dialética - entre o eu e outro - do espaço potencial. Nesse sentido o objeto transicional será considerado o primeiro símbolo ainda que rudimentar - dada a imaturidade do psiquismo nessa época - da relação entre a mãe e o bebê. Uma vez que o espaço potencial será considerado como a raiz e o âmbito onde se desenvolve a capacidade simbólica, serão estudados também quais outros desdobramentos do desenvolvimento psíquico contribuem para o subsequente desenvolvimento da capacidade simbólica. Durante o capítulo serão apontados possíveis perturbações que podem redundar em um prejuízo da capacidade simbólica.

Uma vez que são falhas ambientais que causam uma perturbação no desenvolvimento psíquico a etiologia tanto da patologia *borderline* quanto do

prejuízo da capacidade simbólica, fica evidente o forte componente traumático. Portanto, o terceiro capítulo será dedicado ao estudo do trauma e do seu impacto tanto no desenvolvimento emocional primitivo quanto no espaço potencial que redundam no prejuízo da capacidade simbólica presente na patologia *borderline*.

2

O Conceito de *borderline* em Winnicott: uma discussão teórico-clínica

Winnicott inovou no campo psicanalítico, pois introduziu uma nova forma de pensar o indivíduo – rompendo assim com a matriz freudiana dominante na sua época – e postulou o viver criativo como indício de saúde, nos permitindo pensar o sujeito não a partir da patologia, como havia feito Freud, e sim a partir da saúde. Winnicott (1967) ressaltou que os psicanalistas, até aquela data, haviam sido muito bons em explicar o que é a doença psíquica, e a dinâmica pulsional subjacente à constituição subjetiva. No entanto haviam se debruçado pouco sobre a questão da saúde em si e enfatizado demasiadamente a relação bem-estar psíquico e satisfação pulsional. Para Winnicott (1967) a simples satisfação instintual¹ não é o suficiente para fazer com que o bebê ache que a vida é real e que valha a pena a ser vivida.

Percebemos agora que não é a satisfação instintual que faz um bebê começar a ser, sentir que a vida é real, achar a vida digna de ser vivida. Na verdade, as gratificações instintuais começam como funções parciais e tornam-se seduções, a menos que estejam baseadas numa capacidade bem estabelecida, na pessoa individualmente, para experiência total, e para a experiência dos fenômenos transicionais. (Winnicott, 1967, p. 137)

Sem que o bebê esteja suficientemente integrado e sem os fenômenos transicionais, a satisfação instintual não garante sozinha a saúde que depende fundamentalmente de uma relação de confiança, ou seja, da fidedignidade dos elementos ambientais.

Foi durante a Segunda Guerra que Winnicott percebeu a importância do ambiente, trabalhando com as crianças que foram removidas dos seus lares – para ficarem longe das bombas que atingiam a cidade – e foram viver com outras famílias no interior do país (Dias, 2002). A evacuação forçada e a vivência por um longo tempo com uma nova família eram difíceis de serem elaboradas pelas crianças pequenas (Phillips, 1988). Ao longo do tempo Winnicott (1956) percebeu

¹ Nesse trabalho será utilizado o termo “instinto” ao invés de “pulsão”, seguindo a tradição da Escola Inglesa e respeitando a tradução do Strachey.

que as crianças que apresentavam um comportamento disruptivo que perturbava a vida na nova família eram as mesmas que tinham recebido um cuidado suficientemente bom nos seus lares originais. O cuidado ambiental inicial suficientemente bom teria permitido que essas crianças confiassem que algo de bom poderia ser recebido do ambiente e que, portanto, era possível reivindicar – através de um comportamento disruptivo – um cuidado satisfatório do ambiente. Contrariamente, as crianças que não apresentavam nenhum sintoma ao começar a conviver com a nova família, e se adaptavam com muita facilidade ao novo ambiente, revelavam, em análise, graves problemas psíquicos. Tal observação permitiu Winnicott concluir que o indivíduo não se constitui apenas através da vida instintual, mas também dos cuidados ambientais que recebe quando pequeno (Phillips, 1988).

Foi assim que Winnicott, ao atender essas crianças, percebeu o valor etiológico do ambiente e começou a amadurecer a linha de pensamento que iria nortear toda a sua teoria. No entanto, por muito tempo a psicanálise viu com maus olhos aqueles que, ao falar sobre o amadurecimento do psiquismo, incluíam o ambiente nas discussões analíticas, pois de fato a tendência dominante era considerar o ambiente como fonte de traumas (Dias, 2002). Winnicott, portanto, inovou ao estudar o ambiente em termos de promoção de saúde, e tratando-o como fundamental no desenvolvimento de sujeitos saudáveis.

Entretanto, o ambiente não é o único responsável pelo desenvolvimento e amadurecimento do psiquismo. Já que o bebê nasce com uma tendência inata a se desenvolver, chamada de “organização em marcha” (Winnicott 1949a). No entanto, essa tendência orgânica, sozinha, não é capaz de garantir um desenvolvimento saudável, pois são necessários os cuidados suficientemente bons de um ambiente saudável. O ambiente, portanto, facilita o processo de amadurecimento que é posto em marcha por uma tendência inata a se desenvolver (Santos,1999). Uma vez tendo estabelecido que o ambiente tem um papel fundamental no desenvolvimento saudável, Winnicott (1963a) se debruçou sobre o estudo do papel do ambiente no desenvolvimento das patologias, chegando a concluir que patologia e saúde compartilham de uma origem em comum.

De fato, o estudo sobre a participação ativa e imprescindível do ambiente no desenvolvimento do indivíduo levou à questão da saúde em si, que na teoria winnicottiana é relacionada ao conceito de criatividade, “... um colorido de toda

a atitude com relação à realidade externa” (Winnicott, 1971a, p. 95). Phillips (1988) marcou que essa definição de criatividade foi mais uma revolução de Winnicott no campo psicanalítico. Nesse sentido, todo indivíduo saudável seria criativo, já que cria ao conseguir contribuir para a realidade externa com elementos de sua subjetividade.

Dias (2002) delineou as principais distinções entre a teoria freudiana e a winnicottiana, marcando que, diferentemente de Freud, Winnicott não acreditava que o estudo das neuroses iria esclarecer o funcionamento psíquico saudável, posto que, para ele, as bases da saúde psíquica são constituídas nos primeiros momentos de vida, anteriores à estruturação neurótica. Para que lhe seja possível estabelecer uma relação triangular, da qual se origina a neurose, o eu tem que ter conseguido integrar-se em uma unidade e separar o eu do não eu. Nesse sentido, é necessário ter saúde suficiente para se chegar a uma neurose (Winnicott 1959-1964). Outra grande diferença diz respeito à centralidade da sexualidade na constituição subjetiva. Ao contrário da psicanálise tradicional, Winnicott tornou a sexualidade secundária em relação às conquistas egoicas, e postulou como primárias a integração do eu em uma unidade unitária e a integração do bebê em um tempo e espaço (Dias, 2002).

Apesar de Freud ter privilegiado a etapa edípica na constituição psíquica, Winnicott reconhece que Freud abriu caminho para que fosse possível compreender e diagnosticar patologias pouco estudadas como a patologia *borderline*, cuja origem remonta a etapas anteriores ao Édipo:

Freud já havia introduzido a questão de dependência (amor anaclítico pelo objeto) (Freud 1914), e os temas da fraqueza e força do objeto se tornaram significativos na metapsicologia analítica. Deste modo, uma linguagem foi criada para descrição dos casos *borderline* e distúrbios de caráter. (Winnicott, 1959-1964, p. 115)

Sob a ótica winnicottiana, para que seja possível fazer o diagnóstico de qualquer patologia – inclusive a patologia *borderline* – é preciso investigar o início da vida do indivíduo e seu percurso desenvolvimental. Nesse sentido, as classificações etiológicas winnicottianas não dependem exclusivamente da apresentação sintomatológica, uma vez que o foco deve recair sobre o ponto em que houve a falha ambiental na história do paciente. Não há, portanto, a postulação de uma patologia com uma estrutura cristalizada e fixa, e sim em

organizações psíquicas moldadas pelo ambiente em tempos distintos do desenvolvimento:

Desse ponto de vista notaremos que em vários textos Winnicott assinala o possível trânsito entre as distintas modalidades de constituição psíquica. Exemplos não faltam em sua obra: as fases esquizoides pelas quais qualquer indivíduo pode passar, inclusive durante o tratamento; da mesma forma os momentos ou períodos psicóticos que transcorrem ao longo do processo analítico; um falso *self* que comporta uma esquizofrenia latente; casos clínicos em que predominam tanto elementos neuróticos quanto psicóticos, entre múltiplas passagens (Oliveira, 2012, p. 67)

É, portanto, equivocado falar em diagnósticos fechados quando se trata da linha winnicottiana, uma vez que a organização psíquica é vista como altamente plástica, já que moldada pelo ambiente sempre mutável. Então, o psicanalista pode ser considerado um especialista em fazer um histórico da vida do paciente, o que lhe permite traçar o desenvolvimento da patologia desde a infância, passando pela adolescência, até chegar à vida adulta, e só assim é possível observar que a patologia passou por mudanças ao longo do tempo, resultado da interação com ambiente. Isso se torna evidente ao longo de uma análise, como esclarece Winnicott (1954-1964):

De fato se torna evidente ao analista no curso de seu trabalho analítico que, no que concerne ao diagnóstico em psiquiatria, está se fazendo uma tremenda tentativa de fazer o impossível, uma vez que o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. (p. 120)

A concepção de saúde, para Winnicott, se refere a uma compatibilidade entre a idade do indivíduo e a sua maturidade emocional, ou seja, o eixo de referência é o desenvolvimento. Logo, é essencial que o desenvolvimento deva se dar no tempo certo e não prematuramente ou tardiamente. Para que isso aconteça é necessário que a mãe seja sensível às necessidades do bebê, especialmente no início da vida, quando o bebê e a mãe encontram-se fusionados, em um período no qual o eu incipiente do infante começa a se desenvolver (Winnicott, 1962). Durante a dependência absoluta, a sincronicidade entre a mãe e o bebê é essencial, pois só assim ela poderá apresentar o mundo nas pequenas doses toleráveis para o lactente.

Por outro lado, quando o ambiente falha em ir ao encontro do bebê, este é defrontado com a tarefa cruel de ir ao encontro do ambiente. Para fazer isso, o bebê se esforça para agradar o ambiente, garantindo assim a atenção e cuidado maternos, o que posteriormente resulta no desenvolvimento de diferentes patologias, dentre as quais o falso *self*, mecanismo defensivo central nos pacientes *borderline* (Winnicott, 1960a).

O ambiente, nos momentos iniciais da vida, é, portanto, responsável por distúrbios que se evidenciam na clínica com intensidade. O primeiro ambiente que se constitui para o bebê é a mãe – mais especificamente os cuidados maternos –, que no início se encontra fusionada com o lactente em uma estrutura chamada por Abram (1996) de ambiente-indivíduo. Essa postulação foi feita por Winnicott durante um encontro em 1942, quando anunciou de forma repentina que “o bebê não existe”:

Em outras palavras, o indivíduo não existe – o que existe é o indivíduo em relação ao mundo externo. Winnicott esforça-se, assim, em demonstrar que a relação de uma unidade corporal não precede a relação de um par corporal, mas, sim, a sucede. (Abram, 1996, p. 26)

Essa ideia de que o bebê só existe enquanto são exercidos os cuidados maternos - fazendo que o que exista é a monada mãe/bebê - foi mais bem desenvolvida em um artigo datado de 1952 e apresentado à Sociedade Britânica de Psicanálise (Winnicott, 1952). Durante esse período inicial o bebê ainda não é uma pessoa total, isto é, um indivíduo com uma organização psíquica amadurecida o suficiente que permita a existência de um eu que consiga distinguir minimamente o outro de si mesmo. Desse modo, perturbações nesse estágio do desenvolvimento dificultam enormemente o prosseguimento do processo de maturação. Este é período em que se localiza a etiologia dos distúrbios psicóticos; diferente da neurose, que tem suas raízes nos primeiros relacionamentos interpessoais, a psicose se origina quando o indivíduo começa a existir como um indivíduo (Winnicott, 1952). A etapa onde se dão as falhas que mais tarde redundarão no desenvolvimento da psicose coincidem com o momento em que a mãe está aos poucos apresentando a realidade externa ao bebê, por conseguinte, a relação com a realidade externa e com o outro são complicadas e dolorosas. Foi a partir do tratamento dos pacientes *borderline*, que tendem a regredir ao estágio de

dependência absoluta, que Winnicott pôde inferir que falhas ambientais nesses casos ocorreram na primeira infância:

Esse trabalho sobre a dependência infantil deriva do estudo da transferência e de fenômenos de contratransferência que fazem parte do envolvimento do analista nos casos *borderline* (Winnicott, 1960a, p. 53)

O difícil trabalho analítico com os pacientes *borderline* suscita intensas reações contratransferenciais, posto que esses pacientes demandam muita atenção e cuidado do analista, ao mesmo tempo em que, em virtude de seu complicado relacionamento com o outro e com a realidade externa, frequentemente atacam o *setting* e o próprio analista.

2.1

Psicose e a patologia *borderline*

O termo “psicose” se refere a duas possibilidades: na primeira, a criança não conseguiu atingir o nível de saúde mental necessário para que o Complexo de Édipo possa se dar; na segunda, a organização psíquica comporta prejuízos, oriundos de falhas na maternagem que se revelaram extremas no momento da crise edípica (Winnicott, 1959-1954). Santos (1999) ressalta que, ao se referir às falhas ambientais que dão origem à psicose, Winnicott (1952, 1971, 1960b, 1960a, 1962) usa o termo “privação” ao invés de “perda”. Tal fato sinaliza que a psicose não se refere às situações onde o indivíduo teve uma maternagem suficientemente boa de início e depois falha em uma etapa posterior no desenvolvimento, pois isso seria um caso de perda. No caso da psicose, ocorre uma privação de cuidados ambientais no início do desenvolvimento, impedindo que o indivíduo possa estabelecer um ambiente interno que lhe permita ser independente (Santos, 1999). O que se apresenta clinicamente como uma psicose é um desmoronamento de defesas - que foram construídos em resposta a falhas ambientais ocorridas em épocas primitivas do desenvolvimento psíquico -, entretanto, novas defesas podem ser estruturadas, e durante esse período o paciente necessita de um cuidado atento e sensível, até que as novas defesas sejam capazes de torná-lo mais independente.

Para alguns autores a patologia *borderline* encontra-se dentro do campo das psicoses, contudo existem outros distúrbios psicóticos distintos da patologia *borderline*. Winnicott (1952) delimita a organização da psicose de acordo com diferentes graus e qualidades de defesa. A psicose ocupa um papel de destaque na obra winnicottiana, visto que o foco de pesquisa do autor centrou-se nos primeiros meses de vida do bebê nos quais se localizam as falhas responsáveis pelo desenvolvimento de um quadro psicótico (Winnicott, 1952, 1960a, 1962, 1963a). Nesse sentido, em diversos textos, Winnicott (1990, 1963d) se propôs a fazer uma classificação dos distúrbios psicóticos, dentre os quais se encontram aqueles relacionados aos pacientes *borderline*. Contudo essa classificação varia de um texto para outro (Oliveira, 2012). Apesar das variações, mantém-se no entanto uma origem comum, dentre as diversas patologias situadas no período de dependência absoluta, o que nos permite então inferir que o *borderline* situa-se no campo das psicoses, apesar de o autor nunca ter afirmado explicitamente. Assim, em um texto de 1962, Winnicott postulou que a esquizofrenia infantil – também chamada pelo autor de autismo –, a esquizofrenia latente, o falso *self* e a personalidade esquizoide são oriundas de falhas ambientais no momento da dependência absoluta, sem mencionar os casos *borderline* (Winnicott 1960a). Em 1963a, no entanto, Winnicott descreveu o caso de uma paciente, anunciando de início que foi a partir da análise de pacientes *borderline* que ele pôde desenvolver sua teoria a respeito do período onde o lactente depende integralmente do ambiente para sobreviver. Contudo, no fim do relato ele definiu esta mesma paciente como um caso esquizoide. Segundo Nafah (2010):

Essas duas noções – de *borderline* e esquizoide – aparecem nos seus textos de forma heterogênea, ora se recobrando – pelo menos parcialmente –, ora se distinguindo. (Naffah, pg 2.)

Tal fato evidencia que Winnicott não dava muito importância à classificação dos distúrbios psíquicos, privilegiando, em seu lugar, uma análise atenta e minuciosa da desenvolvimento emocional e psíquico (Naffah, 2010).

No caso do autismo (esquizofrenia infantil), Winnicott identificou uma lesão cerebral associada a uma falha ambiental durante o processo de maturação inicial do infante. Segundo Araújo (2003), há uma mãe muito defendida contra a necessidade de um relacionamento fusional com o bebê, temendo perder-se na

identificação com o lactente. Dito de outra maneira, é possível afirmar que essas mães resistiram a entrar na preocupação materna primária, na qual se adoece de forma saudável para conseguir se identificar com o lactente dentro de um estado regressivo.

A esquizofrenia latente (ou adulta), por outro lado, não apresenta uma lesão neurológica em sua origem, e é caracterizada pela presença da cisão, da desintegração, da perda do sentimento de realidade e da perda de contato (Winnicott, 1990, p.35). Em se tratando da cisão, esta parece ser um ponto delimitador entre a esquizofrenia e a patologia *borderline*. Busnardo (2012) defende que, embora ambas as patologias compartilhem a mesma origem – falha ambiental – no caso da esquizofrenia a cisão apresentada é total, enquanto que nos casos *borderline* a cisão é parcial em termos de verdadeiro e falso *self*. Santos (1999) acrescenta a presença de um outro elemento que torna a esquizofrenia ainda mais distinta dos outros distúrbios psicóticos. A defesa da desintegração se apresenta como central nesses casos, o que evidencia uma falha grave no processo de integração (Santos, 1999).

A esquizoidia, por sua vez, é tratada tanto como uma patologia em si, como um núcleo psicótico presente em toda organização subjetiva (Oliveira, 2012). Na esquizoidia existe uma quase impossibilidade de se lidar com a realidade externa e compartilhada, o que rende a sensação de que o mundo subjetivo é mais real do que o objetivo. Supõe-se que, nesses casos, a realidade externa impôs-se ao bebê de forma muito intempestiva, não lhe dando a oportunidade de se expressar criativamente, forçando-o a retrair-se e a viver predominantemente no seu mundo interno. Conseqüentemente, ocorre um distúrbio no processo de integração que resulta em angústias muito primitivas de fragmentação:

Nesse sentido, as ameaças de vivências intrusivas assombram constantemente os pacientes com funcionamento esquizoide, visto que o receio de voltar a sofrer com as agonias impensáveis (cair para sempre, disjunção entre psique e soma, ser feito em pedaços, ausência de orientação...) são sempre iminentes. É justamente pelo fato de o indivíduo configurar uma organização de retraimento (isolamento), na tentativa de evitar o aniquilamento do *self*, que a realidade é concebida como uma afronta (Dias, 1998). (Oliveira, 2012, p. 84)

Sendo assim, a patologia esquizoide é uma defesa contra uma violação do ambiente. Os pacientes esquizoides procuram tratamento devido a uma ausência de contato autêntico com a realidade externa, e buscam algo que seja capaz de promover uma experiência integradora e os livrar das angústias impensáveis de fragmentação.

De uma maneira geral, a sincronicidade entre o cuidado ambiental e a necessidade do bebê é fundamental. Quando os cuidados maternos são suficientemente bons, a mãe compreende – de forma quase extralúcida – que só é possível apresentar ao bebê aquilo que ele está pronto para encontrar (Winnicott, 1952), o que não ocorre na esquizoidia. Winnicott (1952), buscando estudar o desenvolvimento daquela patologia, propôs o seguinte esquema de acontecimentos. De início, o bebê encontra-se não consciente do ambiente ao seu redor. Em um segundo momento, o bebê se movimenta e esbarra – de forma acidental – no ambiente, e assim o descobre (o autor usa o termo “intrusão” para se referir ao encontro com o ambiente, pois o contato com o ambiente perturba o estado do isolamento do bebê). Em um terceiro momento, o bebê aceita a intrusão, ou seja, o contato com o ambiente, e passa a se relacionar com ele sem violar o *self* em desenvolvimento. Porém, quando esse processo não se dá a partir de uma exploração espontânea do lactente, este se retrai e torna a se isolar do ambiente. Esse isolamento, entretanto, não é um mero retorno ao estado inicial de isolamento, mas trata-se de uma defesa, ou seja, o infante se retrai para se proteger do ambiente intrusivo (Winnicott, 1952).

A descrição da patologia esquizoide que visa uma forma defensiva de preservar o estado de isolamento, a fim de proteger o *self*, se aproxima da questão do falso *self*, que está também presente, segundo Winnicott (1962, 1952, 1959-1964), nos casos de psicose. Segundo Naffah Neto (2010), a questão do falso *self* refere-se diretamente à essa patologia. Embora os dois - esquizoidia e *borderline* - sejam usados indistintamente, um exame mais atento leva à conclusão de que, diante das falhas ambientais que causam uma interrupção na continuidade do ser, o paciente *borderline* recorre ao falso *self* sem necessariamente passar por uma fase intensa de retraimento. Desse modo, por não se restringir a uma fase de retraimento, e por recorrer ao falso *self* para conter uma série de angústias de natureza psicótica, a definição da patologia *borderline* permanece mais ampla:

Ou seja, trata-se de uma definição muito mais abrangente do que a da dinâmica esquizoide e mais próxima da ideia de uma esquizofrenia latente, no sentido amplo do termo, quer dizer, de uma psicose que está sempre ameaçando irromper de forma crua e que pode ser contida por sintomas psiconeuróticos ou psicossomáticos, que têm por base o funcionamento adaptativo e contentor do falso *self* protetor. (Nafah, 2010)

2.2

Patologia *borderline*: um distúrbio nos primórdios do desenvolvimento

Definir o conceito de *borderline* em Winnicott não é uma tarefa fácil, já que ele nunca dedicou um texto exclusivo a esse tema e apenas fez menção mais específica a ele em breves momentos (1949b, 1960a, 1963a). Foi somente em 1969b que finalmente definiu a patologia *borderline* como uma psicose que apresenta defesas psiconeuróticas:

Pela expressão “caso fronteiro”, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio 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 ameaça irromper de forma crua (Winnicott, 1969b, p. 122)

A questão central dessa patologia é, portanto, a defesa contra a ansiedade psicótica que se apresenta nesses casos como um risco permanente que evoca defesas neuróticas. Enquanto que a neurose se refere aos primeiros relacionamentos interpessoais, a psicose se origina nos momentos iniciais da vida, antes de a criança se tornar reconhecidamente uma pessoa total e em condições de se relacionar com outras pessoas totais (Winnicott, 1952). De início o bebê tem um ego apenas como potencial, que irá se desenvolver a partir de uma relação fusional com a mãe. O ego materno serve como uma espécie de andaime a partir do qual o bebê poderá desenvolver o seu próprio ego. Essa relação fusional implica na capacidade sensível da mãe em compreender – através de uma identificação – as necessidades do bebê (Winnicott, 1952).

O desenvolvimento emocional inicia-se, segundo Winnicott (1945), após nove meses de gestação, no momento do parto, a partir do qual, o bebê está preparado para começar o longo processo de amadurecimento. Se o bebê nascer

pós-maduro, é necessário considerar seus sentimentos antes do nascimento, posto que seu desenvolvimento emocional inicia-se aos nove meses de vida, estando ele ou não fora do útero (Winnicott, 1945). Ao nascer o bebê encontra-se em um estado de não integração, ele não tem noção de sua existência, do tempo e do espaço. Para realizar essa conquista são necessários cuidados maternos consistentes, pois nesse momento tudo o que existe é um incipiente ego corporal com o potencial para amadurecer, portanto, é através dos cuidados físicos que será desenvolvido o psiquismo do infante.

A primeira etapa no caminho do desenvolvimento e amadurecimento é o holding, que engloba o aspecto físico de segurar e cuidar do bebê e a sustentação do bebê no tempo e no espaço (Winnicott, 1945). O holding atravessa três momentos de vida iniciais do bebê: o primeiro momento é a fase da dependência absoluta na qual o infante está completamente fusionado com a mãe e, portanto, não é capaz de reconhecer os cuidados maternos. Estes são percebidos em níveis sensoriais de satisfação e/ou desconforto. O ambiente suficientemente bom, no início da vida do bebê, é físico, pois, durante a gestação, o útero é o ambiente; já, após o parto, são os braços da mãe que formam o ambiente. Ainda não existe um eu capaz de reconhecer outro estímulo que não o físico. Com o passar do tempo, o ambiente irá reunir características psicológicas, emocionais e sociais (Winnicott, 1949b). A função do holding é proteger o psiquismo incipiente do bebê de grandes invasões, e levar em consideração a sensibilidade cinestésica do infante. Em termos práticos, consiste em uma rotina de cuidados específica para aquele bebê e acompanha o crescimento diário tanto físico quanto psicológico do lactente.

Durante o período do holding – que se refere aos cuidados dispensados ao bebê nos primeiros momentos da vida – são iniciados processos vitais para o desenvolvimento. O primeiro deles é a integração do ego em uma unidade, contudo, o conceito de ego na perspectiva winnicottiana difere da postulação freudiana. O conceito de ego, na ótica winnicottiana, refere-se a uma parte da personalidade que se origina no potencial herdado, presente em todos os indivíduos que os direcionam à saúde e amadurecimento (Abram, 1996). A psicanálise freudiana postulou a existência do id anterior ao ego, sendo assim, as defesas egoicas seriam erguidas para proteger as tensões instintuais oriundas do id. Contudo, Winnicott rompeu com essa ideia e afirmou que para que exista um

id é necessário que exista um ego (Winnicott, 1962). Para compreender essa afirmação é preciso aprofundar na forma como Winnicott compreende o ego, e para tal a discussão dos recém-nascidos anencéfalos é muito útil. Esses recém-nascidos experimentam acontecimentos funcionais que poderiam ser chamados de vivências do id se houvesse uma organização dessas funções que pudesse registrar e catalogar esses acontecimentos funcionais (também identificado pelo autor como tensões instintuais) (Winnicott, 1962). Essa função de registrar as experiências e organizá-las cabe ao ego, portanto as tensões instintuais – e aqui vale dizer o id – só passam a existir depois que o ego é capaz de conferir um sentimento de si, e, assim, registrar as tensões instintuais como tais:

Nos primeiros estágios do desenvolvimento da criança humana, portanto, o funcionamento egoico precisa ser tomado como um conceito que é inseparável do conceito de existência do bebê como pessoa. O que a vida pulsional separa do funcionamento egoico pode ser ignorado, uma vez que o bebê ainda não é uma entidade que vive experiências. Não existe um id antes do ego. (Winnicott, 1962, p. 56).

Dessa forma, o bebê ao nascer ainda não é um indivíduo com uma vida psíquica, pois esta se inicia quando o ego começa a se desenvolver (Winnicott, 1962). A partir dos cuidados ambientais suficientemente bons, o ego pode começar a amadurecer, porém a mera satisfação das necessidades físicas do bebê não é o suficiente. É necessário que a mãe tenha empatia com o bebê, e que saiba o momento certo de satisfazer suas necessidades. Nesse sentido, Winnicott (1962) afirmou que enquanto a pulsão oral está sendo satisfeita, durante a mamada, é possível que a função egoica do bebê esteja sendo violada, caso o alimento não seja apresentado no momento exato em que o bebê necessita. Se o objeto é apresentado antes que o ego esteja pronto, o bebê sofre um trauma que é vivido como uma invasão na continuidade da sua existência (Winnicott, 1962).

Portanto, o ego só pode iniciar uma relação objetal quando está suficientemente integrado. Para tal é necessária a segurança do ambiente que é consistente nos cuidados ao bebê (Winnicott, 1962). A importância da consistência ambiental se dá pelo fato de que a integração egoica ocorre, de início, com o apoio do ego auxiliar materno, que, ao atender as necessidades do infante de forma satisfatória, faz com que o ego incipiente se torne uma unidade:

A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é não eu”. Então vem “eu sou, eu existo, adquiro experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o não eu, o mundo real da realidade compartilhada. Acrescenta-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente”. (Winnicott, 1962, p. 60)

Seria possível pensar que o oposto de integração seria a desintegração, mas Winnicott (1962) afirmou que não é este o caso, pois o oposto de integração é a não integração. O bebê oscila entre estados excitados e tranquilos, e, durante o último, não sente a necessidade de estar integrado por encontrar-se sob a cobertura egoica da mãe. A não integração só pode ser vivida, portanto, em uma relação de confiança, pois é somente aí que sua existência não está ameaçada (Winnicott, 1962). O estado de não integração não é em si mesmo caótico, mas um estado de repouso que possibilita ao bebê, em outros momentos, viver estados excitados. A alternância entre momentos de integração e não integração contribui para o sentimento de continuar a existir do lactente, que é a base do status da unidade do bebê (Oliveira, 2012).

Por sua vez, a desintegração é uma defesa, característica da psicose, contra o que Winnicott (1960a) chamou de ansiedades impensáveis, ou seja, expressões de falhas graves no estágio de dependência absoluta. Essas falhas se referem especificamente à resposta inadequada do ambiente, pois, quando não há a cobertura egoica materna, o bebê fica à mercê das consequências desse estado, que dão origem às ansiedades impensáveis: se despedaçar, cair para sempre, não ter relação com o corpo e ficar desorientado (Winnicott, 1963b). Nesse tipo de defesa, o bebê produz um estado caótico, a fim de evitar que angústias fora do seu controle irrompam em uma tentativa precária de obter algum controle (Oliveira, 2012). Abram (1996) ressaltou que a defesa da desintegração implica certo grau de integração que pôde ser alcançado e, portanto, o indivíduo poderá tratar dela em análise. Nas palavras de Winnicott:

O caos da desintegração pode ser ‘mau’ como a confiança do ambiente, mas possui a vantagem de ter sido produzido pelo bebê, e portanto não dizer respeito ao ambiente. Ele faz parte da área de onipotência do bebê. Em termos psicanalíticos, é analisável, enquanto que as ansiedades impensáveis não o são. (Winnicott, 1962, p. 61)

A distinção entre desintegração e não integração é importante para mostrar que todos passamos no início da vida por um estágio psicótico de não integração, porém a psicose só se configura como uma patologia quando o ambiente falha de forma excessiva e o indivíduo é levado a criar uma defesa em torno da qual ele se desenvolve. A desintegração não é a única defesa contra as agonias impensáveis que ameaçam a organização do ego. Pacientes cujo cerne patológico é psicótico – tais como os pacientes *borderline* – apresentam medo de sofrer um colapso, egoico:

Notar-se-á que embora haja valor em pensar que, na área das psiconeuroses, é a ansiedade de castração que jaz por trás das defesas, nos fenômenos mais psicóticos que estamos examinando é um colapso do estabelecimento do *self* unitário. O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a ameaçada. (Winnicott, 1963b, p. 71)

O colapso é um estado de agonia muito primitiva vivida em uma época na qual não existe um eu capaz de reconhecer esse estado extremo de desespero. Ocorre, então, um fenômeno paradoxal: o colapso passa a ser algo que aconteceu, mas não foi vivido, pelo fato de não existir um eu que pudesse vivenciá-lo (Winnicott, 1963b). Nesses casos, os pacientes apresentam o medo de sofrer um colapso como se ainda não tivesse ocorrido em um momento de vida anterior e mais primitivo. Esse medo é, por conseguinte, uma defesa que impede o indivíduo de experimentar as ansiedades impensáveis ocorridas, porém não vividas. É necessário, então, que o analista forneça um ambiente suficientemente bom e, portanto, confiável, para que o paciente possa experimentar aquilo que ocorreu. Só então a análise pode prosseguir:

A resposta tem de ser que a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou analista). (Winnicott, 1963b)

A intervenção do analista visa restaurar a temporalidade que foi subvertida ao devolver ao passado a experiência do colapso. O sucesso dessa intervenção necessita da possibilidade do paciente reviver essa experiência de loucura, sob a cobertura atenta e sensível do analista. Através do holding, o analista é então capaz de evitar que essa experiência seja traumática.

Passado o período inicial do holding, onde a dependência do lactente no ambiente é absoluta, inicia-se o segundo momento do holding, que é a fase da dependência relativa na qual a mãe e o bebê começam a se diferenciar. O infante passa a ser capaz de reconhecer os cuidados maternos e a relacioná-los com os seus impulsos instintuais e necessidades emocionais (Winnicott, 1960a). Contudo, para que seja aberto o caminho rumo a independência relativa é preciso que a mãe suficientemente boa perceba que o bebê adquiriu a capacidade de sinalizar suas necessidades, e que ela não precisa mais “adivinhá-las”. É vital que seja permitido ao bebê sinalizar à mãe quando necessita de algo, para que se inicie o processo de separação da dupla. Quando a mãe falha ao não perceber o amadurecimento do infante e continua a se precipitar, atendendo a todas as necessidades do lactente, não permitindo que ele possa sentir que precisa de algo, o bebê se vê confrontado com duas alternativas:

Deste modo a mãe, por ser aparentemente boa mãe, faz pior do que castrar o lactente; este último é deixado com duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e ficar fundido com a mãe, ou então representar um rejeição completa da mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa (Winnicott 1960a, p. 50)

A mesma sensibilidade que é exigida à mãe é também exigida ao analista, que também deve esperar os sinais e as pistas do paciente para que seja feita uma interpretação, da mesma forma que a mãe, que, para não invadir, deve esperar o chamado do bebê. É muito importante que o analista não seja “esperto demais” e antecipe as interpretações antes que o paciente sinalize. Caso contrário, mesmo que a interpretação seja correta, se for feita fora da hora apropriada ela tem um efeito traumatizante e o paciente a rejeita, pois não faz parte dele. Winnicott (1960a) marcou que tudo isso é visto com muita clareza nos casos limites e em outros casos nos quais a dependência na transferência é máxima. Tal afirmativa ressalta o fato de que as patologias limítrofes e, portanto, psicóticas – uma vez que a patologia *borderline* é considerada por Winnicott (1969b) como uma psicose com defesas neuróticas – são oriundas de uma perturbação no momento de dependência absoluta:

Isto é especialmente difícil para as mães por causa do fato de as crianças vacilarem entre um estado e outro; em um minuto elas estão fundidas com a mãe e querem empatia, enquanto que no seguinte estão separadas dela, e então, se

ela souber suas necessidades por antecipação, ela é perigosa, uma bruxa. [...] Esse detalhe é reproduzido no trabalho analítico com pacientes *Borderline*, em todos os casos em certos momentos de grande importância quando a dependência na transferência é máxima (Winnicott, 1960a, p. 51)

A dependência máxima na transferência é, portanto, evidência de uma perturbação da fase do holding, na qual a dependência no ambiente é alta. A importância do holding se dá pelo fato de que sozinho o bebê não consegue existir, portanto, através de cuidados constantes, a mãe, que serve de ego auxiliar ao bebê, oferece-lhe sustentação para sua incipiente existência psíquica. Assim, uma vez que se encontram em uma relação fusional, mãe e bebê passam por uma fase onde os limites psíquicos não são bem delimitados. Uma falha na fase de dependência absoluta acarretaria em um prejuízo na delimitação das fronteiras psíquicas. Desse modo, é necessário que a mãe saiba o momento de se aproximar e de se distanciar, deixando portanto de estar permanentemente presente, e permitindo que o bebê consiga se diferenciar do ambiente, caso contrário ocorre uma perversão da função do objeto:

Mas quando o objeto não se deixa esquecer, há uma espécie de “perversão” dessa função do objeto, não no sentido de perversão das pulsões, mas no sentido de que alguma coisa que desvia, que se conduz mal em sua função de objeto que, de todo modo, é ser falível. [...] É por isso que Winnicott fala de mãe suficientemente boa, necessariamente falível, necessariamente no erro, necessariamente na inadaptação ou na inadequação (Green, 1975b, pg 301)

A patologia *borderline* pode então ser pensada como fruto de falhas na fase da dependência absoluta que resultam em limites psíquicos fragilmente constituídos, que impedem a percepção do outro como sendo autônomo e distinto do eu. Uma vez que, no início do desenvolvimento psíquico, mãe e bebê encontram-se em um estado de indiscernibilidade, a partir do qual desenvolve-se um eu, a concepção de objeto no primeiro momento é subjetiva. Ao começar a se separar, o bebê ainda percebe a mãe de início como um feixe de projeções, portanto, pode-se dizer que o objeto é subjetivamente concebido por ele (Winnicott, 1969b). Nesse momento, quando os limites psíquicos estão borrados, ele pode relacionar com o objeto, mas ainda não é possível fazer uso dele. Para poder usar o objeto, é necessário colocá-lo fora da área de seu controle onipotente, reconhecendo-o como real, como existente por si só, portando com características próprias, isto é, deve haver a aceitação da existência independente do objeto.

Na passagem do objeto subjetivamente concebido para o objeto objetivamente percebido, e, logo, do relacionamento para o uso, o objeto é destruído. Movido pela agressividade primária – cujas raízes fazem parte da motilidade inerente à vida humana – o bebê exercita seu impulso destrutivo ao atacar o objeto que resiste (Oliveira, 2012). O que redundará numa primeira delimitação dos limites psíquicos, e possibilita o uso do objeto agora constituído. Segundo Oliveira (2012):

A desadaptação ambiental é proveitosa quando existe a experiência de odiar o objeto e, conseqüentemente, temos a origem para o infante da concepção de que aquilo que é potencialmente satisfatório é o que falha em prover gratificações. A capacidade do lactente de odiar o objeto permite paulatinamente o reconhecimento de um não eu, isto é, da existência de um mundo outrora “desconhecido” (p. 55).

Será então que é a partir da sobrevivência do objeto aos ataques do bebê que este se encontrará fora do controle onipotente, criando assim uma realidade externa e sendo possível para o sujeito viver no mundo dos objetos (Winnicott, 1969b). A capacidade de fazer uso do objeto e, portanto, a dificuldade na constituição dos limites psíquicos, depende, em grande parte da não retaliação da realidade externa, e da sua sobrevivência mas não apenas isso. É necessário também que o bebê tenha capacidade para tal, o que mostra, em última instância, que também é efeito de um ambiente que possibilitou um desenvolvimento saudável:

Para usar um objeto, o sujeito precisa ter desenvolvido capacidade de usar objetos.[...] Não se pode dizer que essa capacidade seja inata: tampouco seu desenvolvimento num indivíduo pode ser tomado como certo. O desenvolvimento da capacidade de usar um objeto constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente “propício” (Winnicott, 1969b, p. 125)

A incapacidade de usar objetos é, então, oriunda de uma série de falhas ambientais ocorridas durante o período de dependência absoluta. Contudo, devido às condições ambientais precárias, os pacientes *borderline* não são capazes de fazer uso do objeto. Para ilustrar a incapacidade de usar objetos na patologia *borderline*, será apresentado, de forma breve, o caso da Margaret Little. O relato de Little sobre sua análise com Winnicott representa exemplarmente o processo

analítico com o paciente *borderline*, pois evidencia a incapacidade de fazer uso do objeto, uma intensa regressão intensa vivida no *setting* analítico que, denunciou falhas ambientais ocorridas na primeira infância, e por fim a presença de um falso *self* característico da patologia *borderline*.

Margaret Little foi uma grande analista inglesa que relatou em detalhes sua análise com Winnicott e com outros dois analistas (Little, 1990). Aparentemente, Little teve uma trajetória de vida que não evidenciava nenhum distúrbio psicótico, pois frequentou a escola, passou em todos os exames sem complicações, ganhou uma bolsa de estudos e tornou-se uma médica (clínica geral) bem-sucedida. Naffah (2008) identificou esse currículo intelectual bem-sucedido como evidência de um falso *self*, que enganou seus analistas anteriores, fazendo-os crer que se tratava de uma neurose:

Entretanto, esse falso *self* – formado por hipertrofia da função intelectual – era cindido do restante da personalidade e, de quando em quando, sofria desintegrações, deixando, então, eclodir sintomas esquizofrênicos. (Naffah, 2008)

No seu relato, ela se identifica como uma paciente *borderline* e ressalta que sua maior questão era existencial – no que se refere à sobrevivência da sua vida psíquica. Contudo, suas vivências de traumas primitivos foram interpretadas, nas suas análises anteriores, restritamente dentro do escopo sexual, como dramas edípicos, fato este que aumentou seu sentimento de desesperança (Naffah, 2008). Ela iniciou sua análise com Winnicott em um estado muito angustiado. Durante as primeiras sessões, reencenava os seus dramas primitivos o que Winnicott suportava sem retaliar e sem invadi-la com interpretações excessivas. Em um determinado momento, durante uma sessão, no auge de sua angústia, ela pensou em se atirar pela janela, porém desistiu antevendo a real possibilidade de Winnicott impedi-la, caso ela fizesse isso na sua frente. Contentou-se, então, em destruir um vaso de lilases brancos. Winnicott se enfureceu com essa dramática atitude de Little e retirou-se da sala para não retaliar de forma mais agressiva – a retirada dele do *setting* já se configura como uma retaliação, ainda que branda – e retornou somente no final da sessão. No entanto, repôs o vaso destruído e, dessa forma, mostrou à sua paciente que era capaz de sobreviver aos seus ataques. Naffah (2008) conjecturou se esses ataques de Little, e de tantos outros pacientes

borderline, não seriam testes para avaliar se o analista é capaz de sustentar vivências e angústias demasiadamente primitivas:

[...] ou seja, que a destrutividade, lançada assim de cara na relação transferencial, tenha por função testar a capacidade do analista de sustentar, sem retaliar, os impulsos mais primitivos do paciente – quer dizer, evidenciar sua possibilidade real de não repetir a falha ambiental original? (Naffah, 2008)

O ambiente em que Little havia vivido era pouco saudável. Sua mãe se comportava de maneira paradoxal, ora agindo de forma imprevisível, ora de forma excessivamente controladora, tudo isso sempre de forma caótica, o que levou Little a se retrair para o seu mundo interno, a fim de se proteger dentro de si mesma da sua mãe intempestiva (Naffah, 2008). Entretanto, a loucura materna tinha rachaduras, através das quais surgia uma mãe amorosa que cantava canções de ninar para embalar a pequena Little, e cultivava o saudável hábito de jardinagem. Portanto, Little pôde encontrar na mãe pequenos oásis de saúde que, aliados à figura estável do pai, lhe possibilitaram evitar uma psicose franca e grave, ao compor um ambiente com um mínimo de estrutura e saúde.

2.3

Patologia *borderline*: um prejuízo à transicionalidade

Chabert (1999), que realizou um extenso estudo sobre a patologia *borderline* – denominada por ela de funcionamento limite – trabalhou com a hipótese de uma relação objetal complicada em virtude da incapacidade de fazer uso do objeto. Chabert (1999) prefere adotar o termo “funcionamento limite” por se referir mais à uma forma de organização psíquica, do que uma estrutura psíquica. Dessa forma, abre-se espaço para se pensar a heterogeneidade de sintomas e fenômenos clínicos apresentados por esses pacientes. A autora acredita que existem diversos funcionamentos limites, e que, ao invés de pensar em termos de neurose e psicose, em uma tentativa de descobrir a presença de aspectos de ambos, ela propõe pensar em elementos que são constitutivos desse funcionamento, tal como a impossibilidade de lidar com a perda do objeto.

Todos os sujeitos em algum momento do seu desenvolvimento enfrentam a perda do objeto, sem no entanto comprometer a representação do objeto no

psiquismo. Tal fato evidencia uma articulação entre os investimentos narcísico e objetal que pode ser entendida como uma articulação entre a autoconservação – pulsão do eu – e a pulsão sexual que se dirige ao objeto (Chabert, 1999). Essa articulação levou a autora a pensar o campo transicional winnicottiano justamente por este abrir um campo de interação entre o eu e o objeto.

O espaço transicional que é criado no momento de separação entre a mãe e o bebê permite uma relação de troca entre ambos, evitando que essa separação seja traumática. Para que esse processo seja bem sucedido é necessário que o objeto sobreviva aos ataques do indivíduo que está começando a fazer uso dele. A sobrevivência do objeto, isto é, o não desaparecimento e retaliação do objeto, assegura a possibilidade de ele ser destruído no campo subjetivo, porém não é isso o que ocorre nos casos limítrofes, posto que o não objeto se mostra não resiliente:

Minha primeira hipótese é de que o acesso à transicionalidade – a esta convicção de que o pertencimento a um ou ao outro não provoca mais questões porque a área intermediária se desdobra entre os dois – que o acesso à transicionalidade, portanto, continua precário – transitório, esporádico e efêmero nos funcionamentos limites – em graus variáveis de acordo com os indivíduos – justamente porque não é dada a garantia de que o objeto sobreviva aos ataques do sujeito.² (Chabert, 1999, p. 96) (Tradução minha)

Em decorrência de um espaço transicional precário, a constituição do objeto fica igualmente prejudicada, estabelecendo, assim, uma relação de alteridade precária. Se a constituição do eu e do outro é feita de forma simultânea e interdependente, um prejuízo na constituição do objeto, enquanto alteridade implica em um prejuízo ao desenvolvimento e amadurecimento do eu. Segue-se, então, que a ausência do objeto resulta em uma fragmentação de si, isto é, a perda do outro nos pacientes *borderline* torna-se uma perda de si e é vivenciada como um desaparecimento no espaço psíquico, visto que o sujeito não constituiu recursos internos para lidar com a perda. Diante do terror da perda os pacientes limítrofes recorrem ao uso da realidade externa como um mecanismo de defesa:

² Ma première hypothèse est que l'accès à la transicionalité - a cette conviction que l'appartenance à l'un ou à l'autre ne pose plus question, parce que l'aire intermédiaire se déploie entre eux deux - que l'accès à la transitionnalité donc, reste précaire - transitoire, sporadique et éphémère chez les fonctionnements limites - à de degrés variables selon les individus - justement parce que l'assurance n'est pas faite que l'objet survive aux attaques du sujet

O tratamento da realidade externa é muito especial: ele é usado para esconder ou para suplantar o interior bastante vazio. A cena psíquica está localizada fora e há uma necessidade e urgência de um "diretor de cena" para se sentir vivo³. (Chabert, 1999, p.99) (Tradução minha)

Esse mundo externo superinvestido é vivido por esses pacientes que dependem dele como ressegurador narcísico. Por outro lado, caso o sujeito sinta que o objeto não está correspondendo, ele perde sua função como ressegurador narcísico e é rapidamente desinvestido (Chabert, 1999). Poderia-se pensar então, que essa dinâmica onde a realidade externa é excessivamente requisitada, e onde o sujeito alterna entre uma dependência excessiva e abandono do objeto, marca um prejuízo na transicionalidade, causando uma desarticulação entre as realidades subjetiva e objetiva, e conseqüentemente, entre o eu e o outro.

Green (1975a) também identificou nos pacientes *borderline* um movimento defensivo duplo, de ligação e desligamento do objeto, denominado por ele de dupla angústia. O autor (1975a) defende que a patologia *borderline* – denominada por ele de casos-limite – é caracterizada pela má constituição dos limites psíquicos fruto de uma maternagem que se apresenta sempre em excesso. Seja pela falta ou pela presença excessiva, a mãe – denominada por ele de objeto absolutamente necessário – ocupa todo o espaço psíquico do bebê, prejudicando a delimitação das fronteiras psíquicas que distinguem tanto o mundo interno do externo, quanto o eu do outro (Green, 1975a). Por conseguinte, os pacientes *borderline* sentem que estão sendo, constantemente, ora invadidos, ora abandonados, fazendo com que reajam de forma paradoxal em relação aos objetos. Entre a presença e a ausência excessiva, existe um meio termo proporcionado pelo espaço transicional, que aparenta estar prejudicado nos casos *borderline*.

O desenvolvimento do espaço transicional que é concomitante com o desenvolvimento do eu depende de uma maternagem suficientemente boa que consiga encerrar a relação simbiótica com o bebê, permitindo que ele se separe e consiga ficar sozinho. Contudo, Winnicott (1958) mostrou que, antes que seja possível ficar sozinho, é preciso que o bebê seja capaz de ficar só na presença de alguém. O autor (1958) postulou o conceito de estar só na presença de alguém, que refere-se à

³ Le traitement de la réalité externe est alors bien particulier: elle est utilisée pour masquer ou plutôt pour suppléer au vide intérieur. La scène psychique est située au-dehors et il y a nécessité voire urgence de recourir à un 'metteur en scène' pour se sentir exister.

capacidade do bebê de estar só sem solicitar a presença do outro que está ao seu lado. O lactente só desenvolve tal capacidade se ele teve uma mãe que, através de uma afinidade egoica, foi capaz de atender todas as suas necessidades, e assim dar a confiança necessária ao bebê para que ele consiga ficar só (Abram, 1996). Desse modo, este estar só não é sinônimo de solidão, pois a solidão implica na ausência do outro, e não é exatamente disso que o autor está tratando. Winnicott afirmou que antes de estar só é preciso primeiro que exista um eu, fato este que só é possível através da relação fusional mãe-bebê. Em seguida é necessário que esse eu tenha uma forma e uma vida, coisa que só acontece quando o bebê tem consciência da existência da mãe, que sustenta a forma primitiva de existência desse eu. Por último é que se pode dizer “eu estou só”, pois, ao fim desse processo, o estar sozinho não é ameaçador:

Considero entretanto que o ‘estar só’ tem sua origem no ‘eu sou’, e depende da consciência que o bebê possui da existência continuada de uma mãe confiável, cuja confiança faz possível ao bebê estar só e obter prazer disso por um período de tempo limitado. (Winnicott, 1958, p.35).

De forma similar, Green (2002) fala de uma ausência latente, que se refere a uma presença invisível que é sentida na ausência da percepção do objeto. Por essa razão, pode-se afirmar que, quando o processo de desenvolvimento vai bem, toda ausência é sentida como uma presença potencial. É justamente esse jogo entre a ausência e a presença que caracteriza o espaço potencial. Desse modo, poderia-se pensar a dupla angústia apresentada pelos pacientes *borderline* como uma expressão de uma falha no espaço potencial. Desse modo, presença e ausência não se articulam mais, e cada uma passa a ser vivida de forma radical.

2.4

O falso *self*: a defesa psiconeurótica *borderline*

Winnicott, em 1949b, define o falso *self* pela primeira vez como um funcionamento mental marcado por uma clivagem que interrompe o relacionamento entre a mente e o psicossoma. A mente e o soma são menos distintos do que crê o sentido comum, pois a base da mente é o soma. Portanto a mente não prescinde do aparelho cerebral, que por sua vez funciona em articulação com o resto do corpo. Dessa forma, Winnicott postulou que a mente não existe como uma entidade em si, e sim como uma função do psicossoma (Winnicott, 1949b).

O funcionamento do tipo falso *self* surge como uma forma de lidar com as falhas maternas necessárias e que são cometidas seguindo e respeitando a capacidade do bebê de tolerá-las. Isso lhe possibilita exercer sua atividade mental, isto é, o bebê as inclui no campo de onipotência.

Essa atividade mental do bebê transforma um ambiente suficientemente bom num ambiente perfeito, ou seja, transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo. (Winnicott, 1949b, pg 335)

Quando as falhas maternas são excessivas, a função mental do bebê é sobrecarregada na tentativa de manter algum sentimento de continuar a ser – posto que as falhas maternas na etapa inicial do desenvolvimento ameaçam a continuidade da existência do bebê –, surge então uma oposição entre a mente e o psicossoma, na qual a mente assume a responsabilidade do ambiente e passa a cuidar do psicossoma (Winnicott, 1949b). Dessa forma, o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, formando uma unidade chamada por Winnicott (1949b) de psique-mente, que exclui o soma. Clinicamente, esse fenômeno se apresenta como uma dependência excessiva da figura da mãe e um falso amadurecimento baseado na submissão do sujeito ao ambiente. O funcionamento mental excessivamente explorado leva a um padrão falso de personalidade. A palavra “falso”, aqui, se refere ao fato do *self* ter se desenvolvido em torno de uma tarefa que era do ambiente e não sua:

Deste modo, e trata-se essencialmente de um modo falso, o indivíduo acaba por sentir-se responsável pelo ambiente ruim sobre o qual, na verdade, não lhe cabe responsabilidade alguma, e do qual ele poderia (se apenas soubesse disso) legitimamente acusar o mundo – que perturbou a continuidade de seu processo inato de desenvolvimento antes que o psicossoma estivesse suficientemente organizado para poder amar ou odiar. (Winnicott, 1949b, p. 338)

Enquanto que o trabalho de 1949 centra-se na clivagem entre a mente e o psicossoma (Winnicott, 1949b), no trabalho de 1960 Winnicott (1960b) desenvolve com mais profundidade e sofisticação o conceito do falso *self*, ressaltando que a análise de pacientes *borderline* foi essencial para o desenvolvimento do conceito do falso *self*, o que evidencia sua centralidade nessa patologia.

Os pacientes *borderline*, em análise, passam por uma fase de intensa regressão na qual a dependência da figura do analista é máxima, o que possibilita

experienciar distúrbios que ocorreram em momentos muito primitivos e dos quais se originou a defesa do tipo falso *self* (Winnicott, 1960b, p. 141 - 142). O conceito de regressão winnicotano se diferencia do conceito freudiano, pois não se refere a um retorno a fases precoces da vida pulsional e de determinados pontos de fixação pulsional (Santos, 1999). Regressão em Winnicott se refere a um retorno à fase de dependência absoluta quando a sobrevivência do indivíduo depende dos cuidados ambientais. Nesse sentido a capacidade de regredir em análise é uma esperança para o tratamento, pois permite que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito em realizar sua função (Winnicott, 1969b). Foi o que ocorreu com Little, quando, diante de uma ausência de cinco semanas de análise, Winnicott propôs que Little se internasse em um hospital psiquiátrico, já que estava vivendo um período extremamente regressivo, e certamente não suportaria ficar sozinha durante tanto tempo. A internação hospitalar foi essencial para o seu tratamento, e após esse período novas defesas puderam ser mobilizadas. Little pôde evoluir de angústias muito primitivas, para conflitos edípianos. Em relação à essa estadia no hospital, Little afirmou:

Foi-me permitido viver uma infância e uma meninice próprias, o que era distinto de viver e reviver as da minha mãe, para ela. Tendo podido atingir os níveis mais primitivos da, assim algumas vezes denominada, “posição esquizo-paranoide”, num ambiente consistentemente controlado, seguro, não retaliatório e razoável, pude chegar a um novo ponto de começo, do qual pude me desenvolver para o “estágio do concernimento” e, posteriormente, para a situação edípiana – eventualmente para a minha maturidade cronológica. Minhas áreas psicóticas e não psicóticas foram firmemente unidas conjuntamente. (Little, 1990, p. 102)

É a partir da situação de regressão profunda que se vislumbra o verdadeiro *self*, pois este se origina nos primeiros momentos de vida, nos quais surge alguma organização mental ainda que muito rudimentar. As funções corporais mais vitais, como o bater do coração e a respiração, prenunciam o verdadeiro *self* através dos gestos espontâneos motores do bebê (Winnicott, 1960b). Porém, é somente com a primeira organização mental que o verdadeiro *self* surge :

O *self* verdadeiro aparece logo que há qualquer organização mental que seja do indivíduo, e isso quer dizer pouco mais do que o somatório do viver sensório-motor (Winnicott, 1960b, p. 136).

Não basta, portanto, apenas um bater de coração para que os gestos espontâneos sejam expressões de um verdadeiro *self* em ação, que por sua vez exige um mínimo funcionamento mental, que se inicia com o surgimento do ego, em princípio, corporal. Retomando novamente a questão do ego ser anterior ao id, Winnicott (1960b) afirma que, inicialmente, o id é sentido como exterior, já que no começo o bebê ainda não tem suas fronteiras interpéssicas delimitadas. À medida que o ego vai amadurecendo, os estímulos provenientes do id vão sendo experienciados e desse modo passam a enriquecer o verdadeiro *self*:

Quando esse desenvolvimento ocorre, a satisfação do id se torna um importante fortificante do ego, ou do *self* verdadeiro, mas as excitações do id podem ser traumáticas quando o ego ainda não é capaz de incorporá-las, e ainda é incapaz de sustentar os riscos envolvidos e as frustrações experimentadas até o ponto em que a satisfação do id se torne um fato. (Winnicott, 1960b, p.129)

A mãe pode, então, impedir que os estímulos do id sejam traumáticos, emprestando o seu ego ao bebê para proteger o ego incipiente do lactente. O papel do ambiente é fundamental não só para fortalecer o verdadeiro *self*, mas também para impedir que o falso *self* se torne patológico. É preciso que a mãe vá ao encontro ao lactente e dê algum sentido aos gestos espontâneos, possibilitando uma vivência de onipotência, a partir de sua adaptação aos gestos e necessidades do bebê (Winnicott, 1960b). Desse modo, o verdadeiro *self* ganha vida e espaço para se expressar.

Entretanto, o ambiente nem sempre é suficientemente bom, e nesse caso o bebê é forçado a se adaptar a ele, enquanto que na saúde ocorre o oposto. Quando a mãe falha em ir ao encontro do infante, este por sua vez tem de ir ao encontro da mãe, e isso é feito através da aceitação – por parte do infante – das demandas do ambiente (Winnicott, 1960b). Em casos extremos e raros, nos quais a mãe atormente o bebê com cuidados maternos inconsistentes, oscilando de forma extrema entre uma boa e má maternagem – chamado por Winnicott de ambiente tantalizador – o bebê não consegue compreender quais são as demandas do ambiente, e desse modo nenhum falso *self* pode ser construído com sucesso (Winnicott, 1960b).

A afirmação de Winnicott de que os indivíduos cuja personalidade é dominada pelo falso *self* se tornam parecidos com as figuras cuidadoras remete ao conceito de personalidade “como se” de Helen Deutsch. A autora se referiu a

peças que parecem perfeitamente normais e que são aceitas em seus ambientes de trabalho, contudo essas pessoas suscitam a seguinte pergunta: “O que há de errado com ela?”. Parece que há um certo incômodo nos que convivem com os sujeitos *borderline*, que os levam a constatar que há algo de estranho com esses sujeitos, embora não consigam definir exatamente do que se trata.

O estudo analítico desses sujeitos levou Deutsch (1934) a perceber que os relacionamentos estabelecidos por eles são desprovidos de qualquer traço de uma real empatia e sensibilidade, pelo contrário, são expressões emocionais formais. Para ilustrar essa característica, ela os comparou a um ator que é tecnicamente bem treinado para desempenhar um papel, mas lhe falta um certo brilho para tornar seu desempenho crível. Deutsch (1934) designou esses sujeitos de “as if individuals”. O “as if” apresenta um aspecto camaleônico, representado pela aderência ao objeto com o objetivo de se tornar indistinto dele, tal como faz o camaleão com o ambiente. Ambas as personalidades, a “como se” e a personalidade do tipo falso *self*, foram identificadas por Figueredo como características da patologia *borderline*:

Já que no que ele denomina de “condição *borderline*” será a própria coesão de si que estará sempre em perigo e por isso os dramas *borderline* implicam questões de vida ou morte. Para proteger-se em sua precariedade, podemos já adiantar, é que poderão emergir os fenômenos da personalidade “como se” (Deutsch), de falso *self* (Winnicott) ou de *self* em branco (Giovachini). (Figueiredo, 1999, p. 68)

Existe, contudo, uma especificação no tipo de falso *self* desenvolvido pelos pacientes *borderline*. Naffah (2010), buscando uma diferenciação entre a patologia esquizoide e a *borderline*, identifica duas apresentações diferentes do falso *self* como elementos identificatórios das duas patologias. Como base em um texto de Winnicott (1971) Naffah (2010) infere que o esquizoide é definido como introvertido, enquanto que o paciente *borderline* é definido como extrovertido. A extroversão dos pacientes *borderline* aponta para a falta de recursos internos, fazendo com que eles passem a desenvolver o falso *self* com intuito de proteger o ameaçado verdadeiro *self*. Dessa forma, os pacientes *borderline* habitam essa casca exterior e, ao contrário dos esquizoides, permanecem alheios aos seus mundos subjetivos. Por outro lado, na esquizoidia, o falso *self* se desenvolve de uma forma mais frágil, já que o eixo do indivíduo reside no seu mundo interior.

Conseqüentemente, em situações mais difíceis – tais como as situações de perda, o falso *self* do paciente esquizoide se desintegra, deixando-o mais vulnerável às invasões ambientais, aumentando a possibilidade de surtos. Por outro lado, Naffah identificou nos pacientes *borderline* – que segundo ele pertencem ao grupo de pacientes estudados e classificados por Deutsch de “as if” – o forte investimento para manutenção do falso *self* como uma tentativa de evitar um colapso:

Já o falso *self* cindido do tipo personalidade "como se" é bastante mais estruturado, resistente, e também mais facetado, já que constitui a "morada-mor" do indivíduo, seu eixo principal de subsistência. [...] Embora esse tipo de falso *self* também possa sofrer desintegrações, estas são mais raras, já que existe um grande investimento psíquico no sentido de preservá-lo e recuperá-lo, devido ao medo do colapso. (Naffah, 2010)

O falso-*self borderline* se forma então de uma forma mais sólida, e resiste melhor. Embora ele também sofra desintegrações, essas são mais raras, pois o falso *self borderline* é fortemente investido para assegurar sua manutenção.

Winnicott (1960b) postulou cinco gradações do falso *self*, onde a extremidade mais grave apresenta um falso *self* tão intenso que o verdadeiro *self* permanece completamente ocultado. Por outro lado, na extremidade menos patológica o falso *self* se apresenta como uma adaptação necessária ao meio. Seguem abaixo os cinco graus de falso *self* listados por ordem de gravidade:

1. O falso *self* é vivido como sendo o verdadeiro, nesse caso o verdadeiro *self* está completamente oculto e dele não há nenhuma notícia. Esse nível extremo do falso *self* apresenta uma ótima adaptabilidade à realidade externa e compartilhada. Entretanto, como essa adaptabilidade é conseguida em detrimento de uma vida subjetiva rica e criativa, os relacionamentos estabelecidos por esses sujeitos falham inevitavelmente (Winnicott, 1960b).
2. O verdadeiro *self* é percebido pelo indivíduo como um potencial, conseqüentemente o falso *self* visa proteger o verdadeiro. Do grau mais extremo citado acima para esse caso, pode parecer que a mudança é pouca, pois no grau anterior não há nenhum vestígio de espontaneidade e criatividade, enquanto que neste existe uma centelha de ambos. Entretanto, a diferença não é pequena, pois essa fagulha de espontaneidade e criatividade é uma tentativa de preservação do indivíduo em um ambiente pouco saudável:

“Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como organização com uma finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais” (Winnicott, 1960b, pg 131). Pode-se pensar, portanto, que se, de um lado, no grau mais patológico, o indivíduo não reconhece as falhas ambientais – e portanto o falso *self* é vivido como o verdadeiro – neste existe um mínimo de integração egoica para que haja o reconhecimento, pois a tentativa de preservação do verdadeiro *self* evidencia que o indivíduo é capaz de distinguir minimamente sua vida interna das demandas ambientais.

3. A terceira forma do falso *self*, apesar de ser mais próxima da normalidade do que a anterior, apresenta sintomas mais graves. Neste caso, o sintoma grave não surge como evidência de uma severa patologia, e sim de uma tentativa de proteger o que existe de saudável, a saber o verdadeiro *self*. Aqui o falso *self* procura ativamente espaços onde o verdadeiro *self* pode ser experienciado, por essa razão esses indivíduos têm muita dificuldade em participar de situações nas quais é preciso adotar uma postura mais sociável e não completamente verdadeira. Quando não são encontrados os canais de expressão para o verdadeiro *self* e este se encontra sob forte ameaça, o suicídio se apresenta como uma solução para manter intacto o verdadeiro *self* e protegê-lo de uma aniquilação (Winnicott, 1960b). Pode-se então inferir que o critério usado por Winnicott para definir qual tipo de falso *self* se encontra mais perto da normalidade, é o quanto consciente o indivíduo está da existência do seu verdadeiro *self*.
4. Neste que é o grau mais próximo da normalidade, o falso *self* é construído por identificações, ou seja, enquanto que o verdadeiro *self* usufrui de um espaço de expressão, o falso *self* que ainda predomina na personalidade ecoa as características das figuras cuidadoras (Winnicott, 1960b).
5. Na normalidade, o falso *self* se restringe a uma atitude sociável e educada para com os outros. Trata-se da adaptabilidade necessária para se viver em sociedade, que, segundo Winnicott, se refere à renúncia da onipotência em para ganhar um lugar na sociedade (Winnicott, 1960b). Caso fosse dada rédea livre ao verdadeiro *self*, não seria possível o convívio nos moldes da civilização, uma vez que um certo nível de submissão é necessário.

Levando em consideração o quinto grau, pode-se entender que a presença do falso *self* é importante na vida em sociedade ao possibilitar o convívio social. No contexto analítico, no entanto, ele se torna um entrave, quando a análise não avança para além da aparência enganosa do falso *self*. Nessas situações o paciente aparenta ter aceitado todas as interpretações do analista com pouca ou quase nenhuma resistência, porém nenhuma melhora real é conquistada (Winnicott 1960a).

Concluindo, perturbações no período de dependência absoluta foram apresentadas como a etiologia da patologia *borderline*, que tem um falso *self* fortemente investido e um prejuízo na transicionalidade como características definidoras. Devido à falha do objeto, que não soube identificar os momentos propícios para se aproximar e se distanciar e não sobreviveu sem retaliar os ataques instintivos do bebê o desenvolvimento do espaço potencial foi comprometido.

3

O espaço transicional e a origem do símbolo

É possível descrever a história da teoria da psicanálise como um campo de tensão entre algumas polaridades - entendidas como diferentes modelos clínicos - que vão surgindo com o passar do tempo. Cada nova polaridade que surge não apaga as anteriores, ao contrário, agrega e repotencializa o que veio antes. Na tentativa de organizar o campo teórico analítico, Roussillon (2011) sugere que há 3 polaridades: insight, processo de simbolização e apropriação subjetiva. Todas essas três polaridades se encontram em momentos diferentes na obra de Freud e surgem a partir da relação transferencial e dos conteúdos que estão sendo trabalhados em análise, sendo estes os elementos que definem qual polaridade será acentuada (Roussillon, 2011, p50).

Quando o insight é privilegiado, o trabalho analítico consiste em penetrar nas camadas psíquicas, levantando a censura em busca do significado inconsciente recalçado. Assume-se que existe um conteúdo subjetivo – da ordem do desejo – a ser recuperado:

Nesta concepção, a psicanálise é simplesmente uma maneira de recuperar o sentido que, historicamente já está presente, mas escondida em algum lugar nas profundezas da mente.⁴ (Roussillon, 2011, p. 51) (tradução minha)

Nesse modelo de tratamento analítico a figura do analista é neutra e o *setting* é o espaço onde esse trabalho se dá preferencialmente através da interpretação. Contudo, nos casos de luto e neuroses narcísicas, esse modelo se mostra ineficiente, o que significa que nesses casos não existe um material previamente registrado para ser recuperado (Roussillon, 2011). É preciso que o analista ajude a criar um sentido e um significado para as experiências subjetivas do paciente.

No outro modelo de tratamento que ele denomina de simbolização, a intersubjetividade é privilegiada e o *setting* é entendido como um espaço transicional entre analista e analisando, onde é possível trabalhar a relação entre

⁴ In this conception, psychoanalysis is simply a way of recovering meaning which, historically is already present but hidden somewhere in the depths of the mind.

os dois (Roussillon, 2011). A figura do analista se torna muito importante, pois tem que assumir um papel ativo, uma vez que é através do brincar em análise que a capacidade simbólica pode começar a se desenvolver (Roussillon, 2011). Contudo, para que o brincar seja possível, é necessário que o analista crie o ambiente adequado:

A situação psicanalítica é revista. Não é mais simplesmente um arranjo conveniente para a análise, ela é vista agora mais como a situação de simbolização par excellence, que materializa as condições em que a atividade simbólica torna-se possível, define o quadro geral para isso, decide sobre um certo número de caminhos a serem seguidos, e condiciona a capacidade geradora.⁵ (Roussillon, 2011, p. 53) (tradução minha)

O trabalho analítico nestes casos é uma via de mão dupla, no qual ambos, analista e analisando, são ativos. Contudo, nos casos *borderline*, nas situações de reação terapêutica negativa e presença de sentimentos inconscientes de culpa acrescenta-se uma dificuldade extra. Embora continue sendo necessário o trabalho ativo do analista, em virtude da fragilidade egoica desses pacientes, a transferência estabelecida é muito delicada e, portanto, facilmente ameaçada. Pode-se encontrar em Green (1975b) uma solução para essa situação, na sua postulação de um espaço ventilado. Segundo Green (1975b), o tratamento dos pacientes limítrofes deve se dar em um espaço ventilado onde os elementos e fenômenos psíquicos possam circular:

A única solução é dar ao paciente a imagem da elaboração, situando o que ele nos dá em um espaço que não é nem vazio, nem preenchido até o transbordamento, mas um espaço ventilado, um espaço que não é nem aquele de “isto é ausente de significado” nem o de “isto significa que”, mas de “isto pode significar que”. É o espaço do potencial e da ausência pois, como Freud foi o primeiro a verificar, é na ausência do objeto que a representação dele é formada, a fonte de todo o pensamento (Green, 1975b, P48)

Dessa forma, a transferência torna-se menos ameaçadora ao frágil ego do paciente. Na citação vemos que Green caracteriza esse espaço ventilado como um espaço de repouso onde nenhum significado é imposto a priori ao sujeito. Se trata de um lugar onde há a possibilidade de significar algo. Este estado que possibilita

⁵ The psychoanalytic situation itself is looked at again. It is no longer simply a convenient arrangement for analysis, it is seen more as the symbolizing situation par excellence; it materializes the conditions under which symbolizing activity becomes possible, it outlines the general framework for this, decides on a certain number of avenues that has to be followed, and conditions generative capacity.

a criação é o que caracteriza o espaço potencial, pois este jogo entre opostos, o que está e não está aqui, é o que o espaço potencial oferece. No espaço potencial pode-se transitar com segurança por paradoxos sem ter a obrigação de resolvê-los.

Finalmente, e retomando a discussão de Roussillon (2011), na polaridade da apropriação subjetiva diferentes formas de presença do analista e do paciente entram em questão. Nessa polaridade o importante é a apropriação que o paciente faz do conteúdo que está sendo trabalhado na análise. Para que isso seja possível, é necessário que o paciente tenha uma boa capacidade simbólica, e é necessário também que o analista saiba não impor sua presença e suas interpretações (Roussillon, 2011). Mais especificamente, é necessário que o analista consiga ajudar o paciente a ficar só na sua presença:

O princípio por trás disso é o seguinte: se uma interpretação ou construção for levar a uma forma autêntica de apropriação subjetiva, elas terão que ser feitas e compreendidas em uma atmosfera evocativa da capacidade de estar só na presença da outra pessoa.⁶ (Roussillon, 2011. p. 59) (tradução minha)

A presença quase invisível do analista nessas situações é necessária para que o paciente tenha espaço para se apropriar do conteúdo da análise à sua própria maneira. Seguindo o modelo freudiano de construção (Freud, 1937), o analista deve priorizar a realização de construções que estimulem a capacidade associativa no paciente, em detrimento de interpretações fechadas que não abrem caminhos para a produção de outros sentidos.

Seguindo o modelo clínico que privilegia a intersubjetividade, Ogden (1994) afirmou - seguindo a postulação de Winnicott (1942) - que não existe tal coisa como um analisando, pois este, só existe em uma relação com o analista. Seria então, fútil a tarefa de discriminar quais elementos psíquicos pertencem ao analista e quais pertencem ao analisando, uma vez que o trabalho analítico surge da interdependência subjetiva entre ambos. Contudo, é necessário que exista uma forma, ainda que mínima, de alteridade entre ambos para que seja constituído um campo dinâmico de tensão entre a dupla analítica, a partir do qual surgirá o terceiro analítico. Ogden (1994) denominou o objeto analítico, de terceiro analítico, sinalizando que este apesar de ser um produto do jogo entre as

⁶ The principle behind this is as follows: if an interpretation or construction is to lead to an authentic form of subjective appropriation it will have to be made and understood in an atmosphere evocative of the capacity to be alone in the other person's presence.

subjetividades da dupla analítica, não é algo idêntico para ambos, isto é, cada um da dupla o experiência de uma forma diferente. Dentro do *setting*, o terceiro analítico é experienciado a partir da personalidade, história e organização psicossomática particular do analista e do analisando. Por ser algo construído dentro do enquadre analítico, o terceiro analítico é uma construção assimétrica, devido às diferentes funções do analista e do analisando (Ogden, 1994).

Uma vez que o terceiro analítico surge a partir de uma dialética entre as subjetividades do eu e do outro, os fenômenos que ocorrem em análise não são mais vistos unicamente como expressão dos conteúdos intrapsíquicos do paciente - tal como ocorria no início da psicanálise - e sim como um produto do encontro entre conteúdos psíquicos do analisando e a subjetividade do analista, que por sua vez, influencia na conteúdo psíquico do analisando. Por essa razão, Ogden afirma que o terceiro analítico é criado pela dupla analítica, que por sua vez é criada pelo terceiro analítico (Ogden, 1994, p.1284).

3.1

Os precursores da capacidade simbólica

Visto que o modelo clínico que propicia o desenvolvimento da capacidade simbólica privilegia a intersubjetividade, é necessário compreender como se inicia uma relação intersubjetiva. De início mãe e bebê encontram-se em um relacionamento fusional, onde ainda não existe uma noção de outro, existe apenas um não eu. Em referência a esse estado de indiferenciação, Bolognini (2009) fala sobre o interpsíquico, que funciona como um espaço e representa a dimensão que existe entre o eu e o outro. Ou seja, o interpsíquico contempla o espaço entre o psiquismo de um e o psiquismo do outro. Esclarecendo a diferença entre o interpsíquico e o intersubjetivo, Bolognini (2009) explica que no espaço interpsíquico não existe o reconhecimento do outro como um ser distinto e autônomo. Na dimensão interpsíquica ocorre uma coexistência natural e não dissociada entre duas psiques, estabelecendo entre elas uma continuidade já que encontram-se em um estado de indiferenciação. Esse contexto particular de funcionamento psíquico serve de ponto de partida para o desenvolvimento psíquico. Nas palavras do autor:

Para um intersubjetivista, por outro lado, o intersíquico pode ser uma limitação e uma categoria relativamente pouco conhecida, uma vez que, diz respeito à sobreposição ou coalescência, de troca e, por vezes, de cooperação entre áreas e funções de duas mentes, que não são necessariamente correspondem a dois sujeitos em sentido estrito.⁷ (Bolognigni, 2004, p. 345) (Tradução minha)

No caso da dupla mãe e bebê a relação intersíquica propicia o desenvolvimento psíquico do bebê. O espaço intersíquico pode ser então entendido como uma etapa anterior e necessária ao surgimento do espaço potencial. É preciso que exista um intersíquico onde duas psiques funcionam juntas e indiferenciadas, para que surja um relacionamento intersubjetivo, onde a subjetividade de um relaciona-se com a subjetividade do outro, que é reconhecido como distinto de si. Desse modo, o espaço potencial seria o início de uma relação intersubjetiva que partiu de uma relação intersíquica satisfatória.

Através da relação intersíquica ocorre um tipo de comunicação entre pares que compõem essa especial unidade dual, que se dá por uma via afetiva. A experiência de mutualidade entre mãe e bebê serve de início para uma comunicação não verbal (Winnicott, 1969a). Para que isso seja possível é necessário que a mãe – valendo-se de suas experiências passadas – identifique-se com o seu bebê, acolha seus gestos e dê a eles algum sentido. Para o infante, a capacidade de comunicar-se com sua mãe é uma conquista, uma vez que, ao contrário da mãe, ele não tem uma bagagem de experiências para recorrer, já que está sendo bebê pela primeira vez. Contudo, apesar da falta de experiência o bebê dispõe de um potencial herdado que conduz seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1969a).

Essa comunicação primitiva acompanha o processo de alimentação, durante o qual olhares do lactente e da mãe se cruzam, propiciando as primeiras trocas afetivas. É frequente que o bebê enquanto está sendo amamentado, coloque sua mão na boca da mãe (Winnicott, 1969a). Tal atitude sinaliza que uma comunicação silenciosa – não verbal – primitiva e afetiva está em curso. Do ponto de vista do observador o gesto do bebê é entendido como representando alguma coisa, contudo, do ponto de vista do bebê trata-se apenas de um impulso comunicativo, isto é, um movimento para estabelecer uma ponte entre ele e a mãe.

⁷ For an intersubjectivist, on the other hand, the interspsychic can be a limiting and relatively little-known category since it concerns of superimposition or coalescence, of exchange and at times of co-operation between areas and functions of two minds, which do not necessarily correspond to two subjects in the strict sense.

Desse modo, pode-se argumentar que a raiz da capacidade de brincar e de simbolizar precede o uso da linguagem e baseia-se na experiência da mutualidade, que confere significado aos gestos do bebê. Abram lembra que:

A esse respeito, Winnicott tece alguns comentários em uma nota de rodapé de um trabalho elaborado por Sechehaye a respeito da “realização simbólica” - isso significa capacitar algo real para torná-la um símbolo significativo da mutualidade dentro de um *setting* particular (Mother-Infant Experience p. 255). (Abram, 1996, p. 68)

De fato, o trabalho de Sechehaye (1951) com uma paciente esquizofrênica foi muito importante no desenvolvimento da teoria de Winnicott referente à necessidade da adaptação do ambiente às necessidades do bebê. O termo “realização simbólica” utilizado por Winnicott (1969a) naquele trabalho é uma referência ao uso de objetos reais que possibilitaram uma distinção entre o eu e o não eu, pavimentando o caminho rumo ao desenvolvimento da capacidade simbólica. Entretanto, a realização simbólica só é possível se, novamente, mãe e bebê encontrarem-se numa situação de mutualidade, que por sua vez, pode ser compreendida como uma relação intersíquica.

A concepção de uma relação intersíquica entre mãe e bebê que se dá por uma via afetiva e não necessariamente verbal, foi desenvolvida por Bion através do conceito de reverie. Bion (1962) se referiu à um vínculo emocional profundo desde o início da vida entre a mãe e o bebê, através do qual, a mãe pode ajudar o bebê a lidar com suas necessidades tanto psicológicas quanto físicas. Uma vez que o lactente não dispõe de recursos internos suficientes para lidar com suas angústias, ele as projeta na mãe – através da identificação projetiva – que serve de continente para o bebê (Bleichmar e Bleichmar, 1992). Desse modo, a mãe consegue amortecer as angústias e acalmar o infante, e não é necessário o uso de palavras, pois esse processo se dá por uma via afetiva possibilitada pelo vínculo emocional profundo entre a dupla. O espaço interno do bebê começa então a ser constituído com a mãe, que, ao receber os conteúdos projetados pelo bebê, dá-lhes forma e significado, nomeando-os. Porém, como o infante ainda não possui o domínio da linguagem, o que ele recebe em troca das suas angústias é um conjunto de experiências sensoriais e afetivas que acalma e fortalece seu psiquismo – chamado por Bion (1962) de aparelho de pensar. Esse processo de metabolização das angústias projetadas foi chamado por Bion (1962) de reverie e

é a base para que o bebê consiga desenvolver sua própria capacidade simbólica. Para que o processo de reverie possa se dar é preciso que a mãe aceite desempenhar a função de continente:

Isto significa que o bebê possa despertar na mãe sentimentos dos quais deseja se livrar, tais como o temor de morte, por exemplo. Se o bebê sente que está morrendo, ele pode despertar na mãe o medo de que ele esteja morrendo. A mãe equilibrada consegue aceitar esse temor e agir terapêuticamente, isto é, de modo a fazer com que o bebê sinta estar recebendo de volta a sua própria personalidade amedrontada, mas de uma forma tolerável – os temores passam a ser manejáveis pela personalidade do bebê. (Bion, 1994, p. 132).

Dessa forma, através da sua própria capacidade simbólica, a mãe auxilia o bebê a desenvolver um anteparo interno que o ajuda a metabolizar suas próprias angústias. O processo de reverie é, por sua vez, possibilitado pela função alfa, que opera sobre experiências sensoriais e afetivas, tornando-as mentalizáveis (Bion, 1962). O fato de a mãe através da reverie possibilitar o desenvolvimento da função alfa no próprio bebê, sugere a existência de um limite psíquico poroso entre ambos. Por fim, o percurso que parte da identificação projetiva do bebê e termina na devolução já metabolizada dos conteúdos psíquicos angustiantes projetados é para Bion o desenvolvimento da capacidade simbólica.

Green (2000) considera o conceito de reverie um complemento importante à teoria de Winnicott, pois, para o desenvolvimento da capacidade simbólica, não basta apresentar o seio ao bebê no momento em que ele precisa, é preciso também que a mãe consiga pensar de uma forma especial, isto é, é preciso que a mãe consiga realizar a função alfa tanto para si mesma quanto para o bebê. Somente dessa forma, é que ela será bem-sucedida em ajudar o bebê a desenvolver a capacidade simbólica.

É a partir da relação interpsíquica, onde o ambiente ajuda a amortecer as angústias do bebê, que surge uma forma primária de criação através do objeto subjetivo. O bebê no início não diferencia o seio de si, ele o percebe como sendo parte dele, algo criado por ele, pois toda vez que o deseja a mãe suficientemente boa o apresenta, criando assim a ilusão de que o seio a ele apresentado é por ele criado no momento em que precisa. Aqui é importante fazer a distinção entre essa criatividade primária e a percepção, já que esta primeira criação é subjetiva e, ao contrário da percepção, não necessita da noção de realidade externa. Portanto esse

seio criado pelo bebê não é percebido por ele como tal, e sim como algo que faz parte dele, mas que paradoxalmente foi criado por ele (Winnicott, 1988).

Estes primeiros momentos do encontro entre o bebê e o seio, que constituem a primeira mamada teórica (Winnicott, 1988), são de suma importância para o desenvolvimento da capacidade criativa do bebê, e ocorrem quando o bebê recém-nascido ainda não tem a maturidade de registrar esse acontecimento em termos emocionais. Nesse primeiro momento o bebê sente um enorme desconforto físico que ele ainda não sabe que é a fome. Com o aumento desse desconforto – que é o momento quando ele entra em um estado excitado – passa então a estar preparado para encontrar algo em algum lugar sem saber o quê. Nesse momento a mãe suficientemente boa lhe apresenta o seio. O encontro do seio, sobreposto à necessidade de se alimentar resultante da situação de excitação instintual (a fome), dá origem à primeira criação do bebê, que é envolta em ilusão sustentada pela mãe suficientemente boa (Winnicott, 1988). Nessa ilusão de onipotência possibilitada pela mãe o bebê cria os objetos que encontra. Na ilusão não há intercâmbio entre mãe e bebê, já que para o bebê não há um outro, e ele se relaciona com o que acredita ser criações próprias (Winnicott, 1953). Portanto a mãe deve ser sensível o suficiente para ir ao encontro do bebê nesses momentos quando ele está pronto para ser criativo, ou seja, quando ele tem a necessidade de criar algo:

Nessa primeira mamada (teórica), o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa foram criados pelo impulso originado pela necessidade (Winnicott, 1988, pg 121).

A criação nasce, portanto, do encontro do seio com a necessidade do bebê, possibilitada por uma mãe suficientemente boa que espera o momento certo de ser criada pelo seu bebê. Esta primeira criação que o bebê faz do seio é o objeto subjetivo que constitui uma realidade subjetiva (Winnicott, 1967).

Se tudo correr bem, a mãe irá falhar, e não atenderá a todas as necessidades do bebê. Contudo, o bebê saudável dispõe de alguns outros recursos para suportar a ausência da mãe, evitando uma angústia insuportável. De uma forma geral se o bebê tiver suas necessidades sempre atendidas, ele pode desenvolver a confiança de que mesmo em pequenos períodos de ausência, o alívio logo chega. Ele também pode se valer de atividades autoeróticas, tais como

as atividades acariciantes que acompanham a sucção do polegar, para lidar com a ausência da mãe.

As falhas maternas também são essenciais para criar o pensamento como uma forma de lidar com a frustração. No início as funções intelectuais do bebê se restringem a catalogar as experiências que vive (isto é, ele registra tudo o que chega a ele através dos seus sentidos), categorizar e comparar (a capacidade de fazer previsões que auxiliam na sustentação da onipotência) (Winnicott, 1965). Catalogar, categorizar e comparar não são atividades do pensamento, e sim precursores do pensamento, já que o pensar envolve uma motivação consciente e um direcionamento deliberado. Contrariamente, os precursores do pensamento ocorrem de forma involuntária, durante um período em que o surgimento da consciência de si é ainda um processo em curso. Esses precursores do pensamento utilizam o mesmo “aparelho eletrônico” que é utilizado no pensar, isto é, o cérebro⁸:

Na saúde, parece que tudo o que é registrado é catalogado, categorizado e comparado. Estritamente falando, isto não é o pensar, mas envolve o aparelho eletrônico que é utilizado no pensar. Presumivelmente, no pensar propriamente dito há um direcionamento deliberado da mente para uma tarefa mental específica que tem um certo objetivo limitado, ainda que, talvez, efêmero. (Winnicott, 1965, p. 120)

Os precursores do pensamento permitem que os estímulos sensoriais se transformem em lembranças organizadas e acessíveis até elas sofrerem a ação da repressão primária⁹(Winnicott, 1965). Posteriormente essas lembranças transformam-se em um aspecto da imaginação criativa.

Desta maneira, o pensar vem a existir como aspecto da imaginação criativa; ele serve a sobrevivência da experiência de onipotência e é um ingrediente da integração" (Winnicott, 1965, pg 121)

Winnicott (1965) não se estendeu sobre o tema do pensar, portanto, não falou muito a diferença entre os precursores do pensamento e o pensar em si. A esse respeito o autor afirmou apenas que, as funções de catalogar, categorizar e

⁸ Há certa confusão nos textos do Winnicott sobre o conceito de pensar, já que encontramos diferentes usos do mesmo, ora associado às funções (catalogar, categorizar e comparar) ora destas diferenciado.

⁹ Para permanecer fiel à terminologia de Winnicott, será usado o termo repressão primária ao invés de recalque.

comparar são desenvolvidas antes de pensar, e posteriormente fazem parte do pensar, contudo, para que seja possível afirmar que a atividade do pensar está em curso, é preciso que exista uma motivação e esforço consciente da parte do indivíduo. Desse modo, as funções de catalogar, categorizar e comparar que no início do desenvolvimento psíquico ocorrem de forma involuntária, posteriormente, ocorrem com o esforço e direcionamento mental consciente do indivíduo.

Durante a fase de dependência absoluta, quando o bebê chora ao sentir fome, a mãe suficientemente boa imediatamente lhe apresenta o seio; em decorrência disso, com o passar do tempo o bebê compreende que seu choro traz o alívio que ele anseia (o seio que o alimenta) (Winnicott, 1965). Enquanto está com fome e a mãe não chega para satisfazê-lo, o bebê escuta ruídos em seu entorno que registra e compara com outros ruídos que já escutou. Dessa forma, com o passar do tempo ele é capaz de predizer – a partir da escuta dos ruídos – que o alívio do seu desconforto está a caminho (Winnicott, 1965). Assim, o bebê continua a chorar sempre que sente fome, mas nesse momento não há mais a aflição anterior, e o choro passa a ser somente um chamado pelo seio.

A repetição desse processo promove a integração egoica, tornando o bebê cada vez mais capaz de suportar a ausência da mãe por um período maior de tempo. A mãe, por sua vez, tem que ser capaz de manter uma atitude consistente durante os dias, semanas e meses, assim garantindo ao bebê uma sensação de continuidade do ser. Essa sensação é vital para que ele consiga suportar a ansiedade instintiva e promove uma integração contínua do bebê que lhe rende a capacidade de suportar as falhas inevitáveis do ambiente, possibilitando a emergência do pensar:

O movimento para frente no desenvolvimento emocional de um indivíduo se dá pelo distanciamento de um estado desorganizado e no sentido da integração, do caos para compreensão, da ignorância para o conhecimento e o poder de predizer, da dependência para independência. O pensar é um dos aspectos do processo integrador, indo para frente da participação plena. (Winnicott, 1965, pg 123)

Contudo, o pensamento pode adquirir um caráter patológico quando uma mãe não suficientemente boa comete falhas graves ao interromper bruscamente a satisfação das necessidades egoicas do bebê. Diante do fracasso ambiental, o infante recorre à sua capacidade de catalogar experiências com o intuito de

predizer se suas necessidades têm a possibilidade de serem atendidas (Winnicott, 1965). Dessa forma, o surgimento do pensar se dá em uma situação de ameaça à continuidade do ser. Caso a mãe seja demasiadamente inconstante, o bebê irá recorrer cada vez mais à atividade mental, resultando em um intelecto excessivamente explorado para ocultar uma experiência de privação:

A mãe explora o poder que o bebê tem de refletir, de comparar, e de entender. Se o bebê possui um bom aparelho mental, este pensar transforma-se num substituto para o cuidado e a adaptação maternas. O bebê “serve de mãe” para si mesmo através da compreensão, compreendendo demais (Winnicott, 1965, p. 125).

O funcionamento psíquico baseado na exploração do intelecto foi identificado por Winnicott (1960b) como característica do falso *self*, onde os gestos espontâneos – que são as primeiras expressões do verdadeiro *self* – são defensivamente ocultados. Isso é prejudicial à capacidade de simbolização, pois o bebê necessita de uma atitude acolhedora da mãe para com o gesto espontâneo para que possa simbolizar de forma criativa: “Winnicott ressalta, que isso depende de que o gesto do bebê se faça real pela resposta da mãe a ele, o que conduz à capacidade de simbolização” (Abram, 1996. P. 228). Caso a mãe esteja identificada com o lactente, ela conseguirá responder de forma empática, e, dessa forma, ela será bem-sucedida em dar um sentido aos gestos espontâneos do bebê. Em virtude disso, as expressões do *self* verdadeiro, como gesto espontâneo só será legitimado no encontro com acontecimentos correspondentes no mundo externo, formando então a base do símbolo.

3.2

Capacidade simbólica: separação e porosidade entre o eu e o não eu

O processo de distinção entre o eu e o não eu é complexo porém sutil, e resulta na criação de um espaço onde pode-se transitar livremente entre o eu e o outro. A dupla mãe e bebê só será bem-sucedida na tarefa de se separar, caso o lactente consiga posteriormente elaborar e reparar os ataques que agora foram percebidos como tal (Winnicott, 1954). No início o infante, por se encontrar em um estado de indiferenciação com o ambiente, não possui a capacidade de se preocupar com outro. Esse estágio de pré-remorso favorece a expressão de uma

agressividade primária do lactente que foi chamado por Winnicott (1939) de “amor de boca”, pois é parte do apetite do amor. Por ser um estágio muito primitivo, as palavras “raiva” e “ódio” ainda não são apropriadas, por não se tratar de relações objetais. O que nesses primeiros tempos de vida é uma atitude do bebê motivacionada por avidez, é sentida pela mãe como agressividade (Abram, 1996).

Com o passar do tempo, através de uma técnica de maternagem consistente e suficientemente boa, o bebê vai sendo capaz de elaborar as consequências de suas experiências instintivas, isto é, as consequências de sua avidez primária e agressiva (Winnicott, 1954). O processo de elaboração da agressividade primária resulta – quando se trata de um desenvolvimento psíquico não patológico – na conquista da posição depressiva. Embora seja um conceito kleiniano, a posição depressiva influenciou a teoria de Winnicott, que, por sua vez, se apropriou do conceito e, após criticar a terminologia – por acreditar que o nome “posição depressiva” faz referência à patologia –, preferiu adotar o termo “estágio do concernimento”, que designa o processo que todos atravessam em um desenvolvimento psíquico não patológico (Winnicott, 1954).

O debate entre Winnicott e Klein é, de uma certa maneira, similar ao debate entre Winnicott e Freud, posto que Klein apesar de - ao contrário de Freud - ter se debruçado sobre as angústias primitivas, ela não abandonou os fundamentos da teoria freudiana (Dias, 2003). Winnicott objetou fortemente contra a postulação kleiniana – construída sobre o alicerce freudiano – de intensidades pulsionais que determinam aspectos fundamentais da natureza psíquica e norteiam o desenvolvimento. A linha de raciocínio kleiniana, conduz à concepção do desenvolvimento pré-determinado pela filogenética, e por essa razão Winnicott objetou contra. Os anos de experiência como pediatra levaram Winnicott a perceber a importância do ambiente no desenvolvimento psíquico, fato este que foi negligenciado por Klein, que privilegiou os fatores endógenos.

Reinterpretando o conceito de kleiniano de posição esquizo-paranoide – levando em conta a participação do ambiente –, Winnicott (1954) observou que, durante o período de dependência absoluta, o bebê oscila entre estágios de excitação e tranquilidade, por conseguinte, desenvolve duas concepções de ambiente: o ambiente dos períodos tranquilos e outro dos períodos excitados. De início não tem amadurecimento psíquico suficiente para compreender que a mãe

que ele ataca com seu apetite voraz é a mesma que o embala nos momentos tranquilos. Contudo, com o passar do tempo, na medida em que a mãe vai sobrevivendo aos seus ataques, vai percebendo que a mãe ‘tranquila’ é a mesma que esteve presente nos períodos excitados (Winnicott, 1954). A capacidade de sentir remorso pelos seus ataques, surge na medida que o desenvolvimento psíquico prossegue e o bebê vai sendo capaz de distinguir minimamente o eu do não eu:

A passagem do pré-remorso para o remorso exige do bebê um grande esforço. Este esforço tem início uma vez que o bebê seja capaz de ver a mãe como um outro que não ele próprio. Winnicott descreve este fato como sendo a aquisição de um ‘estado unitário’, que se estabelece quando o bebê alcança o ponto em que pode distinguir o “eu” do “não eu”. (Abram, 1996, p. 174)

O estágio do concernimento então só pode ter início após uma primeira delimitação entre o eu e o outro. A emergência de um eu, isto é a aquisição de um status unitário, permite também a consciência de que as duas mães – a do período excitado e a do período tranquilo – são uma só. Uma vez integradas as duas formas da figura materna, o bebê é assolado por um sentimento de culpa, e, então, procura remediar o estrago que imagina ter causado, inaugurando assim o estágio do concernimento. Então, no desmame, o bebê, que está em vias de atingir a posição depressiva, imagina ter deixado um buraco vazio no corpo da mãe, e, portanto, para remediar essa situação procura oferecer algo em troca do vazio deixado por ele (Winnicott, 1954). Esta tentativa de remediar o estrago que o bebê imagina ter causado, é uma tentativa de reparação característica do estágio do concernimento. Caso a mãe esteja atenta, ela é capaz de não só acolher esse gesto reparador do bebê, como também de responder a ele, e assim surge uma primeira forma de brincar (Winnicott, 1954).

A conquista da posição depressiva permite uma importante mudança na organização psíquica: a emergência de um eu capaz de interpretar os estímulos sensoriais provenientes da realidade externa e os diferenciar dos estímulos psíquicos que são provenientes da realidade interna (Ogden, 1990). A emergência desse eu interpretante é necessária para diferenciar o símbolo – a entidade psíquica – daquilo que está sendo simbolizado. Desse modo, ao contrário do que ocorre na posição esquizo-paranoide, os acontecimentos deixam de ser compreendidos apenas pelo significado aparente, e passam a possuir camadas de

significado (Oden, 1990). Desse modo, na posição depressiva o eu é capaz de interpretar os acontecimentos, identificando neles camadas ocultas de significado, que por sua vez, enriquecem a experiência subjetiva do indivíduo. Essa capacidade interpretante é estendida à ambas realidades interna e externa, possibilitando o indivíduo então a dar um sentido tanto aos seus afetos quanto à acontecimentos externos e compartilhados.

Outro desdobramento importante que resulta da emergência do eu interpretante é a capacidade de reconhecer o outro como possuidor de sentimentos e pensamentos, isto é sentir preocupação e concernimento pelo outro. Conseqüentemente, o caminho em direção à capacidade de reparação é pavimentado. Durante a fase da posição esquizo-paranoide, o bebê encontrava-se em um estado onde ele experimentava a sensação de onipotência, que torna dispensável a capacidade de reparação, posto que tudo o que ele ataca é reconstruído magicamente na fantasia (Ogden, 1990). Uma vez que o lactente se encontra em uma experiência de ilusão de onipotência, o outro não é reconhecido em sua alteridade, em virtude disso, o outro não sofre os ataques, do ponto de vista do lactente ele desaparece. Desse modo, o outro não se faz ausente, posto que sua presença pode ser reconstruída magicamente e, por conseguinte, não é possível uma relação intersubjetiva onde poderia florescer a capacidade simbólica. A renúncia da onipotência na posição depressiva está conectada diretamente com a capacidade de reconhecer o outro em sua alteridade, marcando, assim, um importante avanço em relação à posição esquizo-paranoide (Ogden, 1990).

Segal (1991) também constatou que bebês que não conseguem elaborar e reparar a culpa de ter atacado a mãe falham em se distinguir da mãe e, conseqüentemente, não desenvolvem uma capacidade simbólica. Assim, Segal (1991) observou que em pacientes esquizofrênicos e *borderlines* os símbolos têm um valor concreto, isto é, as palavras são percebidas como objetos e ações. A autora deu o exemplo de uma paciente sua *borderline* que não conseguia ler livros, pois sentia que as palavras saíam da página e mordiam os seus olhos. Partindo de seus estudos sobre o simbolismo, Segal (1991) definiu a formação simbólica como uma relação tripartite entre o símbolo, o objeto que é simbolizado e o sujeito que simboliza. Concebeu então dois tipos de formação simbólica: a representação simbólica e a equação simbólica. A primeira está ligada à posição depressiva, e a segunda, à posição esquizo-paranoide (Segal, 1991). Quando não

há separação suficiente entre o ego e o objeto, dá-se a equação simbólica pois o ego se confunde com o objeto e o símbolo criado por ele a partir do objeto:

Cheguei gradualmente à conclusão de que se pode diferenciar entre dois tipos de formação simbólica e função simbólica. Em um deles, que tenho chamado de equação simbólica, e que subjaz no pensamento concreto do esquizofrênico, o símbolo é tão equiparado com o objeto simbolizado que os dois parecem ser idênticos. [...] No segundo caso, o do simbolismo verdadeiro ou representação simbólica, o símbolo representa o objeto, mas não está inteiramente equacionado com ele. (SEGAL, 1991, p. 35) (tradução minha)¹⁰

É necessário que o sujeito atinja a posição depressiva, na qual ocorrem a separação e a perda, para que se abra um espaço para as representações simbólicas. Na posição depressiva, a perda do objeto é aceita e sustentada, garantindo assim um espaço entre o sujeito e o objeto. Consequentemente o limite entre o interno e o externo é reforçado e o sujeito se torna consciente da sua realidade interna, e nesse caso ocorre a representação simbólica (Segal, 1991). A simbolização em seu nível mais sofisticado se apresenta como pensamento verbal abstrato que, no entanto, não é sinal de saúde mental, sem os afetos que lhe são acoplados. Nesses casos, são apenas símbolos sem significado, já que o afeto tem um papel fundamental na significação dos símbolos (Segal, 1991).

Embora a separação entre o eu e o outro seja condição sine qua non para o desenvolvimento da capacidade simbólica, é preciso ressaltar que essa separação nunca é completamente atingida (Winnicott, 1953). O que ocorre são diferentes graus de separação, que se iniciam na época do desmame (Winnicott, 1954). Por sua vez, o desmame para ser bem-sucedido necessita de uma base de confiança adquirida desde a primeira mamada. Após a primeira mamada teórica bem-sucedida, o bebê passa a ter capacidade e material com o qual criar – fruto dos sucessivos encontros do seio com a necessidade de encontrá-lo –, e com o tempo ele vai sendo capaz de alucinar o seio em momentos de falta, pois ele já sabe o que esperar. Assim, vai se desenvolvendo um sentimento de confiança de que o objeto desejado pode ser encontrado, e isso sinaliza que o bebê já é capaz de tolerar um pouco a ausência da mãe (Winnicott, 1988). É da sobreposição de um

¹⁰ I came gradually to the conclusion that one could differentiate between two kinds of symbol-formation and symbolic function. In one, which I have called symbolic equation, and which underlies schizophrenic concrete thinking, the symbol is so equated with the object symbolized that the two are felt to be identical. ... In the second case, that of true symbolism and symbolic representation, the symbol represents the object but is not entirely equated with it.

objeto alucinado (subjetivamente concebido) com a apresentação de um objeto concreto localizado na realidade externa que surge o primeiro símbolo:

Neste ponto, vocês estarão pensando no termo realização simbólica, de Mme. Sechehaye, no tornar real o símbolo, apenas que, desde nosso ponto de vista, que trata da primeiríssima infância, estamos pensando em tornar real a alucinação. Isto, com efeito dá início à capacidade que o bebê tem de utilizar símbolos, e, onde o crescimento é constante, o objeto transicional é o primeiro símbolo. Aqui o símbolo é, ao mesmo tempo tanto a alucinação quanto uma parte objetivamente percebida que é a realidade externa. (Winnicott, 1959, pg 44)

O objeto transicional, portanto, pode ser entendido como o primeiro símbolo criado pelo bebê, e é de suma importância, pois ele é o primeiro elemento visível da jornada do subjetivo até o objetivo (Winnicott, 1953, pg 19). O objeto transicional é um objeto qualquer (como um ursinho, a ponta de um cobertor, um novelo de lã) que desempenha uma função psíquica de valor inestimável. Esse objeto é adotado pelo bebê e é de especial importância na hora de dormir, posto que ele funciona como uma espécie de defesa contra a ansiedade. O objeto transicional serve como o início de uma delimitação do eu e do não eu. Isso ocorre devido à natureza do objeto transicional, que ao mesmo tempo existe por si só e é criado pelo bebê (Winnicott, 1967). Sendo o objeto um símbolo tanto do bebê quanto da mãe, cria-se uma ponte entre o eu e o não eu, ou seja, entre o interno e externo, que é o espaço potencial (Winnicott, 1988). Para que esse espaço possa ser uma zona de experimentação segura, localizado entre o dentro e o fora, é necessário que se sustente o paradoxo que se refere à origem do objeto, no qual o bebê criou e encontrou o objeto ao mesmo tempo. Loparic (1955) marca que, na realidade, esse espaço é mais uma qualidade do que uma localização geográfica. Sendo assim, não se pode dizer que o lactente se encontra no espaço potencial, seria mais correto dizer que o lactente é o espaço transicional, significando que se trata de uma experiência vivida pelo infante.

Esse tipo de acesso à realidade é um modo de ser do lactente que só pode realizar-se no espaço próprio, chamado de potencial. Esse espaço difere da representação por um traço essencial: ele não é um exterior, interno ou externo, mas um componente do ser (being) do bebê. O lactente não está “no” espaço potencial, no sentido em que se diz que uma árvore está no jardim, ele é esse espaço. (Loparic, 1955. p. 54)

Desse modo, o espaço potencial pode ser pensando como uma experiência que promove uma articulação entre as realidades interna e externa. Pode-se dizer que todo indivíduo possui um mundo interior com uma membrana que o separa da realidade externa, mas há também uma terceira área composta pela superposição das realidades interna e externa, o espaço potencial (Winnicott, 1953). Nele o bebê tem a oportunidade de criar algo que ele encontra, que é o início da capacidade de simbolização. Dessa forma, o espaço potencial abre a possibilidade de experienciar a separação não como um corte radical, mas como uma sobreposição que permite o distanciamento (Winnicott, 1971d, pg 151). O distanciamento entre mãe e bebê inaugura, portanto, uma primeira delimitação entre a realidade interna e externa, contudo, a completa delimitação entre esses dois campos não é possível de ser feita. Vivemos nessa zona intermediária, que oferece um repouso, pois nesse espaço o sujeito não é obrigado a resolver essa questão.

Essa diferenciação entre o dentro e o fora ocorre de início a nível sensorial, pois o objeto marca onde o corpo do bebê acaba e onde começa: “Quando a criança manipula o ursinho ou a manta, adquire sensações que servem para estabelecer seus limites corporais.” (Bleichmar; Bleichmar, 1992, pg 227). Assim, na medida em que o bebê vai amadurecendo, se modificará a forma como ele se relaciona com o objeto, fazendo com que o objeto, que de início era um prolongamento do seu corpo, se torne gradualmente um objeto que marca a transição entre o eu e outro. Por essa razão é que se pode pensar que não é o objeto em si que é transicional, ele representa a transição do bebê de um estado em completa fusão com a mãe para outro no qual a mãe existe como algo separado e, portanto, externo (Winnicott, 1953).

Para garantir a sobrevivência do valor transicional do objeto, é necessário não só que o objeto não mude – a não ser que o próprio bebê o mude – como também que sobreviva ao amar e ao odiar do bebê, aparentando ter de alguma forma uma realidade e vitalidade próprias (Winnicott 1953). É necessário que o objeto em si sobreviva, pois isto se articula com a sobrevivência da imagem interna da mãe, que, por sua vez, é sustentada pela presença física da mesma. Desse modo, se a mãe se ausenta por muito tempo sua imagem se desfaz e o objeto transicional perde sentido (Winnicott, 1959). Em virtude disso, Dias (2003) questiona o status de símbolo do objeto transicional, dada a alta dependência da

figura concreta e externa da mãe. De fato, em uma nota sem data sobre o brinquedo, publicada nas Explorações Psicanalíticas, Winnicott afirmou que o símbolo é uma representação de algo e somente se esse algo for amado é que poderá ser usufruído, apontando para importância da mãe como externa. Por essa razão é que, quando a mãe se ausenta demasiadamente a imagem materna interna se desvanece, o objeto transicional perde o sentido. Assim é a boa relação com a mãe que confere sentido ao objeto, e na ausência do amor o objeto não pode ser usado:

Símbolos: Isto representa aquilo

Se aquilo é amado, isto pode ser usado e fruído

Se aquilo é odiado, isto pode ser derrubado, ferido, morto, etc, e restaurado, e ferido novamente (Winnicott, 1989 pg 49)

Para que se possa afirmar com segurança a existência de um símbolo, é preciso que se tenha uma capacidade de minimamente de distinguir entre o interno e externo. Contudo, no momento inicial da transicionalidade o bebê ainda não tem uma delimitação suficientemente boa entre a realidade interna e externa, com o passar do tempo o bebê atingirá uma maturidade suficiente para tal. Desse modo, seria mais preciso afirmar que o objeto transicional – embora ele mesmo seja um símbolo da união entre a mãe e o bebê – marca o início do processo da capacidade de simbolização que será sedimentada seguindo o amadurecimento do infante (Fulgêncio, 2011). Dessa forma, pode-se pensar o espaço potencial como a raiz e o âmbito onde se desenvolve a capacidade simbólica, que depende da delimitação das fronteiras intersubjetivas. Uma vez que habitamos o espaço potencial, e que a delimitação entre as realidades interna e externa é uma tarefa para vida inteira, é preciso considerar as diferentes fases de amadurecimento que o indivíduo percorre dentro do espaço potencial. É nesse sentido que a conquista da posição depressiva pode ser vista como um amadurecimento da capacidade simbólica, cujo desenvolvimento se inicia dentro do âmbito do espaço potencial.

De início, o objeto transicional é ao mesmo tempo criado e encontrado pelo bebê, desse modo o objeto transicional é e não é símbolo de algum outro objeto (Fulgêncio, 2011). Posteriormente, à medida que a integração egoica vai se desenvolvendo, o bebê vai necessitando cada vez menos da presença física da mãe para garantir a sobrevivência do objeto transicional, e gradualmente surge a compreensão intelectual de que a existência do mundo antecede o indivíduo.

Desse modo, o objeto vai perdendo sua forte qualidade subjetiva e ganha contornos concretos reconhecidos objetivamente na realidade externa, o que culmina no desenvolvimento da capacidade simbólica:

No momento em que se tem o início da existência dos fenômenos transicionais, a criança ainda não tem uma clara distinção entre o que é externo e o que é interno, o que é criado e o que é encontrado, entre as suas fantasias e os fatos eles mesmos. Será a conquista dessas diferenciações que tornará possível as relações simbólicas propriamente ditas, não antes disso [...] (Fulgêncio, 2011, p. 397)

Embora a delimitação das fronteiras intersubjetivas seja necessária para o surgimento do símbolo, é preciso lembrar que, segundo Winnicott (1971), esta é uma tarefa para vida inteira. O espaço potencial impede que seja feita uma separação total, pois nele se unem os elementos do mundo interno e externo (Winnicott, 1971b). Desse modo, a maior conquista possível nessa empreitada é delimitar minimamente essas fronteiras, a fim de que possa existir um espaço entre elas, sem que uma ou outra tente invadir e dominar a cena. Nesse espaço intermediário, pode-se repousar do esforço que é manter separadas as realidades interna e externa, e é nesse espaço que segundo Winnicott (1971) nós vivemos. Uma vez que esse espaço é produto da confluência entre o interno e o externo, seu estatuto depende da qualidade de experiências íntimas que ocorrem no seu interior e vão determinar capacidade simbólica maior em algumas pessoas e menor em outras.

Dentro do espaço potencial ocorre um tipo de comunicação que propicia o desenvolvimento da capacidade simbólica chamada empatia. Enquanto que, no período de dependência absoluta, a comunicação entre a mãe e o bebê ocorria de forma afetiva e não verbal, a empatia ocorre no contexto em que se inicia a concepção de alteridade. O surgimento do objeto transicional acompanha um reconhecimento verbal – o bebê designa um nome ao objeto – que indica que o bebê está em vias de reconhecer que o objeto não é um prolongamento de si (Dias, 2003). Por essa razão, é possível localizar a comunicação empática a partir do momento que um objeto transicional é adotado, pois, tal acontecimento sinaliza que o bebê está iniciando uma relação de alteridade com o outro. Empatia é um processo psíquico no qual o sujeito estabelece um jogo entre ser e não ser outra pessoa (Ogden, 1990). Tal processo é possibilitado pelo espaço potencial onde a experimentação ocorre de forma segura, pois o sujeito brinca de ser o outro

sabendo que não é. Embora a empatia envolva uma identificação, esta é distinta da identificação projetiva, que ocorre fora do espaço potencial como um mecanismo de defesa:

Identificação projetiva, por outro lado, pode ser entendida como um processo psicológico interpessoal (uma forma de comunicação defensiva e de relação objetal) que ocorre fora da dialética de ser e não-ser do outro, isto é, de espaço potencial. (Ogden, 1990, p. 3019)

Na relação interpessoal a identificação projetiva funciona como o oposto do brincar, pois ela força o outro a externalizar uma fantasia inconsciente. Desse modo, o outro só existe para o sujeito como um alvo de projeções. O uso da identificação projetiva, que persiste na vida adulta, pode ser evidência de uma falha da capacidade simbólica e, portanto, do espaço potencial, pois na falta de recursos simbólicos para elaborar os conteúdos psíquicos, estes são projetados no outro (Ogden, 1990).

Por outro lado, quando o desenvolvimento segue sem perturbações, o indivíduo é capaz de elaborar seus conteúdos psíquicos através do brincar, sem ter que recorrer ao uso excessivo da identificação projetiva. O brincar é a forma principal de exercício da capacidade simbólica, no entanto, para que o brincar seja possível, é necessário que o bebê consiga se separar da mãe e explorar o seu entorno.

Em consonância com a idéia da necessidade de estabelecer uma relação de alteridade, Green, utilizando categorias winnicottianas, ressalta que uma função básica do psiquismo é lutar pela separação para assim poder atingir autonomia e individualidade, e esta função desempenha uma função fundadora na criação de um símbolo (Green, 1977, p 73). Isso porque, para atingir essas metas de autonomia e individualidade, é preciso pôr em marcha um processo conjuntivo e outro disjuntivo, cujo objetivo é possibilitar uma comunicação entre os elementos que foram cindidos. Este é o trabalho de simbolização por excelência – a cisão entre dois elementos e posteriormente reuni-los novamente para formar um terceiro novo elemento:

A simbolização é isso: é a reunião de duas partes separadas que, reunidas, formam uma totalidade, na qual cada um dos dois espaços conserva suas características, enquanto uma terceira estrutura é criada pela reunião dos dois,

tendo esta terceira estrutura características diferentes de cada uma das metades. (Green, 1990, pg 31)

O símbolo, então, une o interno e o externo, e o uso desse símbolo é feito através do brincar, que é um exercício de criatividade. Na área do brincar – que é o espaço potencial – a criança reúne elementos da realidade externa e o uso que ela faz destes é orientado de acordo com a sua realidade interna, ou seja, sem que ocorra uma alucinação a criança expõe seu mundo interno através da manipulação dos objetos do mundo externo. Uma vez que o brincar ocorre na área intermediária de experiência, ele pode ser considerado como um dos fenômenos transicionais, que por sua vez, se caracterizam pelo:

[...] apego ao objeto transicional e constituem o início da capacidade de simbolização; desenvolvem-se, depois, na capacidade de brincar e se estendem, à medida que o amadurecimento prossegue, por todo espaço cultural (Dias, 2003, p. 234)

Para usufruir do espaço potencial o bebê necessita de um símbolo da união dele com sua mãe que sirva de mediação entre o estado fusional da dependência absoluta e a separação. Esse símbolo requer a constituição da capacidade do bebê de reter uma imagem mental da mãe quando esta está ausente, o que por sua vez depende da sensibilidade da mãe em não se ausentar por um tempo longo demais. Esse processo é permeado pela ilusão iniciada anteriormente durante a amamentação, e, possibilitada pela apresentação do seio no momento em que o bebê está pronto para criá-lo. Por essa razão é que a criança que cresce em condições de privação tem dificuldade em brincar, pois, sem a primeira experiência de ilusão, há pouca possibilidade de ela posteriormente fazer uso criativo de um objeto (Winnicott, 1967). Contudo, não apenas uma boa primeira experiência de ilusão é necessária, sendo a confiança também um pré-requisito para exercer a atividade simbólica através do brincar. Dias (2003) afirmou que, caso o bebê não tenha recebido uma maternagem suficientemente boa, que não lhe garantisse um sólido sentimento de confiança, ele será incapaz de se desligar do ambiente e brincar com o objeto transicional, uma vez que permanecerá sempre alerta, na tentativa de prevenir possíveis invasões ambientais.

Embora seja necessário que a mãe atenda de início todas as necessidades do bebê – estabelecendo assim uma relação de confiança – em algum momento a

mãe irá falhar o que possibilita o processo de separação e a delimitação entre o eu e o não eu. Consequentemente, inicia-se no bebê a concepção de uma realidade externa como um local onde objetos podem ser encontrados (Winnicott, 1988). Esse processo de separação promove uma desilusão na crença de onipotência do bebê, e ocorre junto com o desmame. O desmame não é o simples término da alimentação através do seio, e sim a bem-sucedida queda da experiência de onipotência do bebê, de uma forma gradual, respeitando sua capacidade de tolerar frustração. Um processo de desilusão sadio resulta na possibilidade dos objetos se tornarem reais para o bebê, isto é, eles terão a possibilidade de ganhar uma concretude e vitalidade próprias e poderão passar a existir fora do controle onipotente do bebê, permitindo que se desenvolva uma concepção da realidade externa (Winnicott, 1953).

O momento da desilusão pode não vir a ser um evento traumático, se os fenômenos transicionais estiverem operantes, promovendo uma espécie de continuidade entre ambos os períodos de ilusão e desilusão, ao manter a ligação com a mãe via objeto transicional (Dias, 2003).

Os fenômenos transicionais auxiliam portanto a experiência de desilusão, ao promoverem modificações graduais na ilusão de onipotência, permitindo ao bebê manter um tipo de contato com a mãe ausente. Desse modo, ocorre apenas uma pequena quebra na onipotência – o objeto não é absolutamente igual à mãe –, mas que é remediada pelo bebê através da posse e do controle mágico sobre o objeto transicional, prolongando uma experiência de onipotência, embora um pouco modificada (Dias, 2003).

Contudo, em casos onde houve uma falha materna traumática no processo de desmame, a introdução à realidade externa pode ser vivida pelo indivíduo como excessivamente invasiva, sendo necessário utilizar mecanismos de defesa primitivos. Nestes casos, na medida que o desenvolvimento psíquico avança, o indivíduo, por volta dos dois anos, pode recorrer ao uso do fantasiar para tentar obter algum controle sobre a realidade externa que foi introduzida de forma traumática. Segundo Winnicott, o fantasiar serve como substituto pobre para o viver, uma vez que essa atividade não é nem criativa nem simbólica. A confusão conceitual envolvendo os termos “fantasia” e “fantasiar”, dada a proximidade das duas palavras é inevitável. O termo “fantasia” na teoria freudiana refere-se à vida imaginária do sujeito, dedicada à construção da realidade subjetiva e submetida ao

princípio de prazer (Roudinesco, 1997). Freud (1905) estabeleceu uma distinção entre fantasia consciente, descrita como histórias que o sujeito conta para si mesmo, e fantasia inconsciente, descrita como um devaneio subliminar que prefigura na formação de sintoma. Ambas as formas de fantasia são frutos do mesmo mecanismo formados dos sonhos e são correlatas da elaboração da noção de realidade psíquica (Roudinesco, 1997).

Por outro lado, o termo “fantasiar” – em inglês *fantasying* – refere-se à atividade do devaneio, definido pelo autor como uma criação do sujeito para lidar com as frustrações da realidade externa, ao recriar de forma onipotente a realidade externa deixando de fora os elementos indesejáveis:

A ideia de realidade psíquica expressa a compreensão que o analista tem de que a fantasia apresentada pelo paciente é real em seu próprio sentido, e está muito distante daquilo que chamamos de devaneio (*fantasying*), que até certo ponto funciona sob controle da consciência, e do qual os elementos indesejáveis são eliminados. (Winnicott, 1988, pg 113).

No trabalho de 1971 Winnicott afirmou que o fantasiar, o sonhar e o imaginar não pertencem à mesma categoria. Em um esforço de classificação, o autor afirmou que o sonhar e o imaginar pertencem a mesma categoria, pois estão relacionados diretamente com o viver. Por outro lado, o fantasiar absorve a energia do sujeito e não contribui em nada para o viver. Desse modo, enquanto o fantasiar implica em uma dissociação, o sonhar envolve conteúdos reprimidos e usa elementos da vida cotidiana para alimentar a vida onírica. Em se tratando do imaginar, a questão temporal desempenha um papel importante, pois, enquanto no fantasiar tudo o que acontece ocorre no momento exato do fantasiar, o imaginar envolve projetos para o futuro, que frequentemente se transformam em planos de ação (Winnicott, 1971c). Assim pode-se afirmar que o fantasiar é uma atividade onipotente que se refere exclusivamente ao eu, e portanto não pode ser considerado uma experiência transicional. Dessa forma, o fantasiar não abre espaço para o surgimento de símbolos.

Para ilustrar o que foi dito até agora sobre o fantasiar, será apresentado de forma breve o caso descrito por Winnicott em 1971 sobre uma paciente de meia idade que se entregou em demasia à atividade de fantasiar. Essa paciente era a filha mais nova de prole numerosa e chegou em um mundo já organizado, isto é, ela não viveu a experiência de ir construindo o mundo que lhe era apresentado a

partir de uma maternagem suficientemente boa. Consequentemente, na impossibilidade de participar criativamente das brincadeiras com os irmãos, desde pequena, ela se refugiou no devaneio (Winnicott, 1971c). Então desde cedo, a paciente viveu uma vida dissociada, de forma que ela vivia enquanto não fazia nada, isto é, enquanto ela se entregava à atividades entediantes - tais como solitários jogos de cartas - nos seus devaneios ela tinha realizado uma série de coisas importantes. Entretanto, essa dissociação não era completa, a ponto de irromper em alucinações, tratava-se de um mecanismo de defesa que exige um custo alto de manutenção. Pois, para escapar da realidade externa e compartilhada - da qual ela não conseguia participar - a paciente se impediu de conquistar realizações criativas, que a levou a sentimentos de desespero e ressentimento (Winnicott, 1971c).

Assim, em meio à uma grande angústia essa paciente iniciou a análise com Winnicott. Certa vez, em análise, ela relatou que tinha acordado em um estado excitado e fantasiou que tinha costurado um vestido inteiro, o que foi interpretado como não possuindo nenhum valor simbólico, pois o vestido não significava nada além dele mesmo:

O fantasiar configura-se simplesmente em torno do ato de fazer um vestido. O vestido não tinha valor simbólico. Um cachorro é um cachorro é um cachorro. (Winnicott, 1971c, p 54).

Desse fragmento clínico, pode-se apreender o fato de que o símbolo pressupõe camadas de significados, pois o vestido no fantasiar da paciente significava nada além de um vestido, este era apenas a imagem mental de um objeto que fora produzido para sustentar a dissociação entre a realidade externa e interna. Segundo Ogden (1990), o uso saudável do símbolo permite que se navegue por diferentes significados, que, por sua vez, só são gerados a partir de uma relação de alteridade. No caso da paciente, não foi vivido uma relação com o outro, onde lhe foi possível viver criativamente em uma relação de troca. Por favorecer a articulação entre o eu e o outro, o espaço potencial configura-se como a experiência propícia para o desenvolvimento da capacidade simbólica.

Quando ocorre alguma perturbação no espaço potencial, pode correr uma quebra da dialética entre a fantasia e a realidade, onde a primeira predomina sobre a última (Ogden, 1990). O autor entende que não existe uma concepção da

realidade externa independente dos nossos sentidos e esquemas psicológicos, por conseguinte, uma quebra na dialética entre as duas realidades pode causar um estado de amalgamação entre as duas. Nesse caso os objetos do mundo interno ganham uma concretude similar aos objetos externos; na falta da dialética entre realidade e fantasia, a metáfora e portanto os símbolos são perdidos. Por essa razão, o vestido do devaneio da paciente não tinha nenhum valor simbólico, pois estava colado com o seu correspondente externo. Pode-se então compreender o símbolo não é apenas como a representação de um objeto na ausência do mesmo, e sim, uma articulação entre as realidades interna e externa que permite a expressão de conteúdos psíquicos, que por sua vez, compõe camadas de significados.

4

Capacidade simbólica na patologia *borderline*

No centro da patologia *borderline* encontram-se perturbações ocorridas nos primeiros momentos do desenvolvimento psíquico que redundaram em um prejuízo no estabelecimento dos limites psíquicos. Devido à imaturidade e a vulnerabilidade do psiquismo na época em que ocorreram tais perturbações, estas podem ser classificadas como traumáticas.

Em 1920, Freud definiu o trauma quantitativamente como um excesso pulsional que excede a capacidade vinculatória do psiquismo, tornando o princípio de prazer inoperante. Nesse momento, a compulsão à repetição é posta em marcha, em uma tentativa de lidar com o impacto, configura-se então a situação de trauma. Como efeito dos estímulos externos é constituída uma superfície externa do psiquismo. Essa superfície situa-se no limite do interno com o externo e funciona como um escudo protetor ao diminuir o impacto dos estímulos externos que atingem o psiquismo (Freud, 1920). Desse modo, ao suavizar a intensidade dos estímulos externos, o escudo protetor abre espaço para uma articulação entre o interno e o externo.

Em condições não traumáticas, o psiquismo consegue converter energia livre em energia ligada – ou quiescente – possibilitando uma maior capacidade de vinculação e tornando o aparelho psíquico menos suscetível ao trauma:

Quanto mais alta a própria catexia quiescente do sistema, maior parece ser a sua força vinculatória: inversamente, entretanto, quanto mais baixa a catexia, menos capacidade terá para receber o influxo de energia e mais violenta serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor contra estímulos. (Freud, 1920, p. 41)

Entretanto, dependendo da intensidade do estímulo, o escudo protetor pode ser rompido e o aparelho psíquico se vê então inundado por intensidades que não consegue dominar. Portanto o trauma, em Freud (1920), é fruto de uma combinação de dois elementos: um forte impacto de um estímulo externo ao aparelho psíquico, e a incapacidade de vincular – isto é, representar e inscrever – um excesso de energia livre.

Mais tarde, em 1926, Freud dá prosseguimento a esta discussão. Afirma, então, que a situação de desamparo é traumática e atribui dois significados ao termo “desamparo”. O primeiro se refere ao despreparo do organismo humano que nasce sem capacidade de saciar suas necessidades, e o segundo se refere à necessidade de ser amado e cuidado pelo objeto (Freire, 1999). O primeiro significado de desamparo serve de base para o segundo, pois, o fato do despreparo biológico, cria a necessidade de ser amado. Portanto, enquanto que no primeiro uso do termo Freud privilegia o aspecto biológico, no segundo ele privilegia a importância do objeto externo:

Nos dois casos, desamparo remete à idéia de despreparo do organismo humano em face de certos estímulos do meio. No segundo, porém, entra em cena outro fator, a distinção entre o eu e o corpo. Desamparo do organismo corporal não é a mesma coisa que desamparo de um eu que, em situações de perigo, apela para o objeto e cria "a necessidade de ser amado que jamais abandonará o ser humano". (Freire, 1999, pg 25).

No texto de 1926 é inúmeras uma série de situações de desamparo: o perigo da perda do objeto e de seu amor; o perigo da castração, na fase fálica; e o perigo associado ao medo do superego. Em todas essas situações a importância do objeto é crucial. É neste sentido que segundo Garcia (2005), a partir do texto de 1926 pode-se entender que traumática e, portanto, geradora de angústia, seria toda situação que ameaça a perda do vínculo com o objeto.

A noção de desamparo não consta do texto winnicottiano embora sua presença possa ser inferida. Segundo Winnicott (1963b), a saúde psíquica de bebê depende de cuidados ambientais suficientemente bons, capazes de satisfazer suas necessidades a tempo de evitar que entre em um estado de agonia primitiva. Logo sem o cuidado do ambiente, o infante se vê ameaçado com sentimentos de aniquilação e agonias primitivas (Winnicott, 1963b) que se assemelham ao estado de desamparo (Freud, 1926). Seguindo esta linha de raciocínio, Jaques André (1999), afirma:

A “agonia primitiva” condensa a idéia do desamparo, do desamparo extremo, e a de um combate, de uma primeira resposta contraposta ao perigo. (André, 1999, p. 96).

Assim, as agonias primitivas, categoria winnicottiana, efeito de um amparo que não se deu, lembram o conceito de situação traumática em Freud. De fato para

Winnicott, o trauma é: “a destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais” (Winnicott, 1965, p.114) e aqui intrusão significa qualquer interferência na continuidade de ser do bebê. Se em Freud (1920) uma frágil capacidade vinculatoria deixa o sujeito mais vulnerável ao impacto traumático de forma semelhante em Winnicott (1965) quanto maior for a dependência do bebê dos cuidados ambientais, mais sensível ele será à intrusão súbita e imprevisível de mudança na maternagem. Essa grande sensibilidade, que transforma mudanças no ambiente em um grande impacto traumático, resulta da precariedade do eu no início da vida. De fato, Winnicott (1953) supõe que a mãe e o bebê encontram-se em um estado de indiferenciação no qual eu e não-eu ainda não constituíram entidades separadas o que tem como consequência a extrema sensibilidade do bebê aos movimentos da mãe.

4.1

Trauma nos primórdios do desenvolvimento emocional primitivo

Winnicott (1965) acredita que o trauma não é apenas um acontecimento único, mas uma sucessão de falhas ambientais, ocorridas em uma época quando o bebê não dispõe de um ego capaz de compreender e dar sentido a elas. Portanto, é necessário que seja estabelecida uma relação de confiança que evite um fracasso ambiental traumático:

O trauma é um fracasso relativo à fase de dependência [...] De início, o trauma implica em um colapso na área da confiabilidade no meio ambiente expectável médio, no estágio de dependência absoluta. O resultado de tal colapso mostra-se no fracasso ou relativo fracasso no estabelecimento da estrutura da personalidade e organização do ego (Winnicott, 1965, p.113)

Nos primeiros meses de vida, confiança e dependência são inseparáveis . Na gênese dos cuidados que asseguram um desenvolvimento psíquico saudável - holding, handling, apresentação de objetos e função especular - encontra-se um relacionamento de confiança que é garantido pela previsibilidade e constância dos cuidados (Salem, 2009). O trauma, portanto, se refere diretamente a falhas na época da dependência absoluta, quando estão se dando processos vitais para o desenvolvimento emocional do bebê, que resultam em uma distorção do

desenvolvimento (Forlenza, 2004). Se o ser humano nasce portando uma organização psicossomática que prossegue ao longo de uma linha de desenvolvimento,

“O traumático é o que interrompe o desenvolvimento que por sua vez é a tendência inata fundamental, que leva o ser humano desde sua criação até sua morte, em um projeto de amadurecimento pessoal” (Forlenza, 2004, p 3).

Tratando da questão temporal em relação aos efeitos do trauma, Dias (2006) chama a atenção para o papel central que a imprevisibilidade desempenha na instalação de uma situação traumática. A quebra na rotina de cuidados consistentes impede o estabelecimento de uma relação de confiança, que por sua vez, assegura a continuidade do ser (Salem, 2009). Desse modo a imprevisibilidade pode causar um trauma pois a realidade externa se impõe ao bebê antes que ele tenha recursos para lidar com ela especialmente nos primórdios.

O caráter temporal do trauma fica sobretudo nítido no estágio de dependência absoluta, quando o bebê ainda não foi temporalizado ou especializado e depende inteiramente do ambiente no que se refere ao modo como as coisas do mundo lhe chegam. A falha ambiental é traumática por não proteger o bebê do inesperado, por deixar o bebê ser atingido pelo imprevisível. (Dias, 2006, p. 4)

A temporalização do bebê se dá através dos cuidados consistentes maternos, que lhe permitem desenvolver a capacidade de prever o que lhe irá acontecer, isto é antecipar acontecimentos e esperar que aconteçam. Quando isto não ocorre o lactente não se temporaliza, isto é, não consegue se situar em relação ao passado e ao futuro. O amadurecimento do aparelho psíquico se dá, portanto, em uma articulação profunda com o tempo. Desse modo, é relevante que Winnicott (1965) tenha classificado os diferentes tipos de trauma, usando como eixo referencial o processo maturacional que se inicia no estágio de dependência absoluta e termina rumo à independência.

O primeiro trauma ocorre no período de dependência absoluta e resulta em um colapso da vida psíquica do bebê. Lejarraga (2008) afirmou que o trauma não é a falha do ambiente em si mesmo, e sim a consequência psíquica dessa falha no bebê, que vive a intrusão do ambiente como uma agonia impensável. Quando o ambiente falha em atender às necessidades do infante, em um momento em que ele ainda não atingiu a integração egoica, isto é, quando o bebê está fora da

cobertura egoica materna, várias são as consequências que então advém como angústias impensáveis: sensação de despedaçamento, cair para sempre, não ter relação com o corpo e desorientação (Winnicott, 1960a).

O termo “angústia impensável” remete à questão da simbolização das experiências primitivas, ou melhor, da impossibilidade de simbolizar, e portanto de pensar sobre as experiências primitivas na ausência de um ego amadurecido o suficiente que possa dar conta da tarefa. É neste sentido que Winnicott (1963b) se refere ao colapso enquanto um estado de agonia muito primitivo vivido em uma época na qual não existe um eu capaz de reconhecer esse estado extremo de desespero. Ocorre, então um fenômeno paradoxal: o colapso passa a ser algo que aconteceu, mas não foi vivido, pelo fato de não existir um eu que pudesse vivenciá-lo (Winnicott, 1963b). É por isso que há pacientes que apresentam o medo de sofrer um colapso, como se ainda não tivesse ocorrido em um momento de vida anterior. Esse medo é, por conseguinte, uma defesa que impede o indivíduo de experienciar as ansiedades impensáveis ocorridas, porém não vividas. O analista deve então, fornecer um ambiente suficientemente bom e, portanto, confiável, para que o paciente possa, pela primeira vez, viver e assim lembrar-se daquilo que realmente ocorreu:

[...] a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou analista.) (Winnicott, 1963b, p75)

A impossibilidade do ego de reunir a angústia primitiva dentro da própria e atual experiência temporal ilustra a impossibilidade de simbolização. O colapso então se caracteriza pelo negativo, um “não acontecido” que paradoxalmente se localiza em um “não lugar”, e precisa ser reconhecido e integrado (Lejarraga, 2008). Os termos “agonias impensáveis”, “colapso” e “trauma” são próximos e parcialmente substituíveis, contudo cada um enfatiza aspectos diferentes do mesmo fenômeno. Todos os três estão envolvidos com a ruptura da continuidade do ser; enquanto o colapso se refere à ruptura do ego unitário, as agonias impensáveis apontam para a sensação de morte psíquica em decorrência da ruptura, e o trauma é o desencontro entre o ambiente e o bebê que levou à ruptura (Lejarraga, 2008).

A segunda oportunidade de ocorrer um trauma se encontra no estágio da dependência relativa, quando, após o bebê ter vivido a ilusão de ser onipotente por um período de tempo adequado, é desiludido pela mãe de forma gradual,

respeitando a sua capacidade de tolerar falhas ambientais. Aqui encontra-se uma ocorrência estruturante do trauma, pois, para que o bebê possa ser introduzido à realidade externa, é necessário que a mãe promova a desilusão, introduzindo a realidade externa em pequenas doses. Por essa razão é que Winnicott (1965) fala de um “aspecto normal do trauma”, posto que é função da mãe traumatizar o infante (no sentido de falhar em atender todas as suas necessidades) para que o mesmo possa amadurecer:

Dessa maneira, existe um aspecto normal do trauma. A mãe está sempre ‘traumatizando’, dentro de um arcabouço de adaptação, e, desse modo, o bebê passa da dependência absoluta para dependência relativa. (Winnicott, 1965, p.114)

O trauma apresenta, portanto, nesta etapa um aspecto estruturante e só se torna patológico quando a mãe não falha e não dá início ao processo de desadaptação que coincide com o desmame. Este é o momento da desilusão que representa antes de mais nada o declínio da ilusão de onipotência do bebê.

A terceira oportunidade de ocorrer um trauma se dá no estágio onde a criança já alcançou uma identidade unitária (leia-se integração egoica), possui consciência da existência externa do ambiente e pode usar objetos. Neste momento em que o bebê está sedimentando sua capacidade de acreditar na provisão ambiental, o traumático seria a perda de confiança em consequência de uma falha ambiental. Se a criança é capaz de reagir com ódio, significa que a falha ambiental não foi além da capacidade dela de se defender sem ser aniquilada, caso contrário sofrerá um trauma (Dias, 2006). O distúrbio chamado de tendência antissocial se origina nesse momento, quando a criança passa a cobrar do ambiente (por meios disruptivos, como o furto, por exemplo) o cuidado que ela sabe ser seu por direito. Essa convicção só pode existir porque, quando essa criança se encontrava no estágio de dependência absoluta, recebeu os cuidados necessários para que se desenvolvesse e amadurecesse de forma adequada até esse momento. Apesar do comportamento ser disruptivo, a reação antissocial é para Winnicott um sinal de saúde, pois é uma reação apropriada para uma situação de perda e privação (Phillips, 1988).

A quarta oportunidade de ocorrer um trauma se dá quando o indivíduo começa a se apropriar de seus impulsos e passa a se relacionar com pessoas

inteiras (posto que ele próprio já atingiu o estágio de ser uma pessoa inteira). Nesse momento a criança já está saudável o suficiente para produzir uma neurose e o traumático será uma ferida grave que a fará sofrer bastante, porém sua integração egoica não estará mais ameaçada (Winnicott, 1965). A criança está iniciando a sua capacidade de se relacionar com terceiros, é imprescindível que o ambiente se apresente de maneira confiável para que possa experienciar uma correspondência entre o que é concebido subjetivamente no seu mundo interno e o que é compartilhado no mundo externo.

A quinta e última oportunidade para ocorrer um trauma, citada por Winnicott no texto de 1965, se dá quando o indivíduo é capaz de sentir ódio e sofre uma intrusão imprevisível de um acontecimento na vida real que o leva a uma paralisação momentânea. Mesmo tendo o indivíduo passado por um desenvolvimento saudável e estabelecido bases sólidas para a saúde mental, é possível que sofra uma quantidade excessiva de decepções que o faça perder a confiança nos relacionamentos interpessoais (Dias, 2006). É importante marcar que nesse momento não há mais risco de aniquilamento mas apenas sentimentos de amargor e ressentimento.

Embora as cinco oportunidades tivessem sido apresentadas por Winnicott em ordem cronológica, é importante afirmar que esta é uma arrumação didática dos eventos, posto que o desenvolvimento psíquico não segue uma linearidade tão rígida assim. A terceira e a quarta oportunidades, podem, por exemplo, ocorrer simultaneamente, visto que o alcance de uma unidade egoica – presente na terceira oportunidade –, e o início do relacionamento com outros objetos – presente na quarta oportunidade – são um longo processo que se dá simultaneamente dentro do campo transicional.

4.2

Trauma no espaço potencial

O trauma está ligado não somente ao impacto das falhas ambientais, como também, às defesas que são mobilizadas para proteger o eu incipiente, mas que, contudo, acabam por gerar distúrbios no desenvolvimento (Forlenza, 2004). Essas defesas visam proteger o *self* de novas invasões traumáticas e estão na origem do falso-*self*. Então uma das consequências das situações traumáticas, é o fato da

proteção que deveria ter sido fornecida pelo ambiente passar a ser desenvolvida pelo próprio indivíduo na tentativa de remediar e prevenir impactos futuros e desse modo desenvolve-se o falso *self* (Winnicott, 1949). Existem cinco graus de falso *self*, agrupados em uma escala do mais longe para o mais perto da normalidade, e desse modo, pode-se pensar em diferentes intensidades do trauma. Nesse sentido, existem então falhas ambientais que invadem pouco a continuidade do ser do bebê de uma forma que não excede a sua capacidade de recuperação. Tais falhas, forçam o bebê se adaptar ao ambiente, e possibilitam o desenvolvimento do falso *self* em um grau próximo da normalidade que, por sua vez, se torna uma importante ferramenta na socialização desse indivíduo.

Um indivíduo que sofreu uma longa sucessão de invasões traumáticas nos primórdios do desenvolvimento, e teve que recorrer ao desenvolvimento defensivo do falso *self*, terá um prejuízo na constituição da sua individualidade. Pois caso a intensidade do falso *self* se aproxime dos graus mais longe da normalidade, o desenvolvimento psíquico será direcionado para se moldar e agradar ao outro, lançando assim, o verdadeiro *self* à um estado de ocultamento. Conseqüentemente, não será estabelecida uma verdadeira relação de alteridade, onde a criatividade do indivíduo é respeitada, pois não haverá um canal de expressão adequado para o verdadeiro *self*.

A presença de um falso *self* dominante na personalidade do indivíduo - como é o caso nos pacientes *borderline* - é indicativo da ocorrência de uma série de traumas nos primórdios do desenvolvimento que impediram uma experiência de troca criativa e espontânea com o ambiente. Nesse sentido, pode-se pensar em uma perturbação no espaço potencial, que se desdobrou no impedimento de um jogo entre o eu e o ambiente:

Quando o ambiente não é suficientemente bom, um espaço potencial não pode se formar, o que significa dizer que o bebê fica impossibilitado de desenvolver a sua capacidade de brincar e de experienciar. Isso porque, sempre que o ambiente do bebê estiver em excesso ou em falta diante das suas necessidades e sempre que esse excesso ou essa falta ultrapassarem certo nível de suportabilidade, o bebê tenderá a formar um falso *self*, como uma barreira ante o meio ambiente ou diante dos impulsos vitais ameaçadores, barreira esta destinada a proteger o *self* verdadeiro daquilo que Winnicott denominou angústias impensáveis. (Naffah, 2007, pg.5)

Ocorre então que uma situação traumática em decorrência de um ambiente que não atendeu as necessidades do bebê, resultou em um espaço potencial prejudicado, e gerou a necessidade de se proteger o verdadeiro *self*. A perturbação no espaço potencial, pode se dar também quando o objeto não sobrevive os ataques primitivos do bebê e retalia como no caso em que o bebê encontra-se em um estado de voracidade intensa que é sentido pela mãe como agressividade (Winnicott, 1954). Caso a mãe retalie o processo diferenciação entre ambos será prejudicado (Segal, 1991). Essa situação, dificultará o desenvolvimento da capacidade do bebê fazer uso do objeto, posto que a reação da mãe aos seus ataques torna-os destrutivos demais para que o bebê reconheça o outro como um ser que existe fora do seu controle onipotente, e possuidor de uma vitalidade própria. Este é o caso dos pacientes *borderline* que não são capazes de fazer uso do objeto, o que demonstra prejuízo na transicionalidade e portanto, dificuldade no acesso a externalidade.

Por outro lado, a presença de um grave falso *self* indica também a ocorrência de uma situação traumática anterior ao uso do objeto, onde o ambiente não soube se adaptar às necessidades do bebê, causando uma interrupção na continuidade do ser. Winnicott em (1967) levando em consideração o aspecto temporal envolvido na emergência de um trauma, postulou uma fórmula para mostrar a quantidade de tempo de espera que o bebê consegue suportar. Neste sentido afirma que o bebê é capaz de aguentar até $x+y$ de tempo necessitando da mãe sem ser atendido (Winnicott, 1967). Durante esse período ele retém registro interno (traços mnêmicos) do cuidado ambiental, e apesar de sentir que alguma coisa está faltando é capaz de conservar a esperança de encontrar algo que o possa salvar desse estado de tensão e desamparo. Quando esse tempo extrapola e se torna uma quantidade $x+y+z$ de tempo, o bebê experiencia uma angústia impensável, algo que ameaça a continuidade da sua existência. Quando isso se repete muitas vezes, a falta da mãe é sentida como a morte da mãe, estando ela presente ou não. Green (1975a) marca que para estes pacientes a falta (ou morte) do objeto é mais importante e mais real do que a presença deste, referindo-se inclusive, ao caso clínico relatado por Winnicott em O brincar e Realidade (1971). A falta do objeto não é representada, ela é vivida pelo sujeito como um buraco na sua cadeia associativa, nesses casos, que caracteriza a subjetividade desses pacientes: “tudo o que eu tenho é tudo o que eu não tenho” (Green, 1975a).

A demora no atendimento às necessidades do bebê, que Winnicott representa como $x+y+z$, desempenha uma importante função na ocorrência do trauma, apagando a imagem mental da mãe e, portanto, fazendo a ausência mais real do que a presença. A invasão (impingment) não apenas apaga os registros mnêmicos e rende a sensação de loucura, como também leva a um grave trauma – a aniquilação da sensação de existência:

A loucura aqui significa simplesmente uma ruptura do que possa configurar, na ocasião, uma continuidade pessoal de existência. Após a ‘recuperação’ da privação $x+y+z$, o bebê tem de começar de novo, permanentemente privado da raiz que poderia proporcionar continuidade com o início pessoal. (Winnicott, 1967, p. 136) (Grifos do autor).

Uma situação traumática portanto pode perturbar o desenvolvimento psíquico ao frequentemente impedir a continuidade do ser. Considerando que a teoria winnicottiana segue uma lógica desenvolvimentista, pode-se esperar que um início conturbado que não é remediado, causará perturbações no resto do processo de desenvolvimento, Nas palavras do autor: “A pessoa que se desenvolve dessa maneira exibe um padrão distorcido que afeta todos os estágios seguintes do desenvolvimento” (Winnicott, 1949b, p.336). Desse modo, uma ruptura no início do processo, onde o bebê ainda está em um relacionamento simbiótico com a mãe, pode encerrar de forma brusca o período de ilusão de onipotência.

A ilusão, no início se refere à crença do bebê de ter criado os objetos que lhe são apresentados pela mãe, e ela é necessária para que o bebê possa usufruir posteriormente do espaço potencial (Winnicott, 1953). Com o passar do tempo, à medida que o bebê vai amadurecendo, a mãe passa gradualmente a não atender todas as necessidades do bebê. Desse modo, os objetos que antes eram subjetivamente concebidos, dentro do campo da ilusão de onipotência, passam a ser objetivamente percebidos e localizados na realidade compartilhada. Os fenômenos transicionais – que surgem no momento de desfusão entre a mãe e o bebê – dão corpo à ilusão criando uma sobreposição entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido (Dias, 2003). Dessa forma a ilusão, que de início é uma experiência onipotente, acompanha o processo de amadurecimento e passa a ser o pano de fundo da criação da realidade externa através da sustentação

do paradoxo; esse objeto foi criado e encontrado ao mesmo tempo. Neste processo é essencial a distinção entre a ilusão de onipotência inicial, e o espaço da ilusão característico da transicionalidade, como bem esclarece Garcia (2007)

Entendemos que aí, quando Winnicott fala de ilusão, não mais se refere à experiência de onipotência na área da ilusão (Dias, 2003) responsável pela criação do objeto subjetivo, mas da ilusão experimentada justamente no momento em que se põe em dúvida a criação onipotente da realidade. Na verdade, neste momento, a ilusão se faz presente como a primeira experiência de uso de uma possessão não-eu, isto é, de um objeto transicional. (Garcia, p 5).

Se tudo correr bem, o espaço da ilusão irá conduzir à concepção de uma realidade externa e criar uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo. Porém nem todos têm a oportunidade de viver uma experiência de ilusão de onipotência satisfatória, e infelizmente sofrerão as consequências por não ter saúde suficiente para atingir outras etapas do desenvolvimento de forma adequada. Desse modo, se o bebê não for permitido viver uma experiência de ilusão de onipotência satisfatória, faltará a ele as bases adequadas para o desenvolvimento do espaço potencial, que é habitado pelos fenômenos transicionais que constituem a primeira experiência de ilusão e estabelecem uma ponte entre o objeto subjetivo e o objetivamente percebido (Garcia, 2007). Neste espaço é essencial que o paradoxo referente ao objeto que é encontrado e criado ao mesmo tempo seja respeitado para que não haja comprometimento do processo de constituição da individualidade que ocorre em um jogo entre o eu e não-eu.

Phillips (1988) chama a atenção para o fato de que a psicanálise, até a introdução do conceito de espaço potencial, não contemplava uma ponte entre o objetivo e o subjetivo, entre o dentro e o fora, e principalmente entre o estar junto e o estar separado. Em virtude disso, a natureza do objeto transicional é secundária à sua função, pois o importante é sua serventia em unir o dentro e o fora. Apesar do objeto transicional surgir dessa articulação entre o eu e o outro, ele não é uma combinação desses elementos, e sim uma terceira e nova opção, algo que vai além da soma de suas partes (Phillips, 1988). Não apenas une o eu e o outro, mas ao uni-los passa a ser uma terceira opção, ou seja, entre ficar sozinho e ficar com a mãe, o bebê pode escolher nem um nem outro, mas uma terceira opção - o objeto transicional - que contém características das duas primeiras opções.

Uma falha traumática nesse momento prejudica a criação deste espaço potencial que auxilia na separação entre a mãe e o bebê. Desse modo, ao invés de se criar uma ponte entre o objetivo e o subjetivo, a criança é obrigada a pular de um para o outro, tornando assim as polaridades separação/união e realidade interna/realidade externa dois mundos incompatíveis:

O espaço transicional entra em colapso quando ora a realidade interna, ora a realidade externa, domina a cena, assim como uma conversa acaba se um dos participantes ocupa o espaço inteiro¹¹ (Phillips, 1988, p.119) (Tradução minha).

Um trauma que inviabiliza o espaço potencial gera uma dificuldade de separação, uma vez que faltará um espaço que irá mediar a ausência com uma presença metafórica da mãe simbolizada no objeto transicional.

Essa dificuldade de se separar do objeto materno foi também identificada por Jaques André (1999) como marcante na patologia *borderline*. Nesses casos, a subjetividade gira em torno da centralidade da figura materna como objeto único. Isso quer dizer que, como esses sujeitos tiveram uma maternagem marcada por excessos – tanto excesso de presença, quanto excesso de ausência –, a figura materna se tornou um objeto único do qual eles não conseguem se diferenciar. André (1999), recorreu a teoria de Green (1975a) para explicar, que, nesses casos a mãe não soube se aproximar se invadir e se distanciar sem desamparar, conseqüentemente, a mãe torna-se um objeto totalitário que por ser imprevisível, e excessivo ocupa todo o espaço psíquico do bebê. Por conseguinte, não há espaço para que possam surgir objetos substitutos, assim, o bebê permanece refém de uma mãe excessiva. Desse modo, o trabalho analítico passa a ser um trabalho de luto.

E isto pode ter acontecido tanto por ser ela psiquicamente invasiva quanto por estar sempre ausente. Desde então a análise – trocando o carretel pelo vaso de lilases – tende a confundir-se com um trabalho de luto: trabalho ao mesmo tempo de separação-diferenciação-constituição do objeto e de traçado das fronteiras do eu. (André, 1999)

Em uma alusão tanto ao jogo de presença e ausência – fort da – identificado por Freud (1920) ao ver seu neto brincando com um carretel, quanto a

¹¹ “Transitional space breaks down when either inner or outer reality begins to dominate the scene, just as a conversation stops if one of the participants takes over”

uma sessão intempestiva da análise de Little (APUD André, 1999) onde seu ataque ao analista evidenciou sua dificuldade de abrir mão do controle onipotente deste, André marca a centralidade, nesses casos, do objeto que se instalou totalitariamente no espaço psíquico. Pode-se, portanto, supor que a dificuldade de se separar do objeto materno – que é característica da patologia *borderline* – deve-se a um trauma na relação objetal ocorrido no início do desenvolvimento psíquico. Essa impossibilidade de se separar fruto de um trauma, que prejudica o espaço potencial, redundando também no prejuízo da capacidade simbólica, posto que, para que seja possível criar símbolos e representações, é necessário que haja o reconhecimento da alteridade.

Ogden (1990) é um autor que se dedica a discutir o desenvolvimento da capacidade simbólica originada no espaço potencial. Ele afirma que o significado, só surge a partir da diferença, pois é a diversidade que fornece recursos para que se crie um significado enquanto uma expressão subjetiva. Quando mãe e bebê estão fusionados não há como falar em subjetividade do bebê, pois nesse momento ainda não existe um “si mesmo”. Para Ogden (1990) a subjetividade é a capacidade de consciência de si em qualquer nível, desde a sensação sutil e primitiva de “eu mesmo”, até uma reflexão sobre si feita intencionalmente. Assim, nos primeiros momentos de vida existe somente um sentimento de continuidade do ser, pois todas as necessidades do bebê são prontamente atendidas, de forma que o bebê não as sente como sendo necessidades, o que é evidência da ausência da alteridade.

Se houver um ajuste suficientemente bom entre a mãe e a criança e tal ilusão/desilusão for criada, não há necessidade de símbolos, mesmo do tipo mais primitivo. Em vez disso, existe um estado imperturbável de "continuidade do ser" (Winnicott, 1965, p 303.) que mais tarde irá se tornar o pano de fundo de experiência, mas no presente é invisível porque não há nada com que contrastá-lo, ele é ambos, o plano de fundo e o primeiro plano¹² (Ogden, 1990, p 2802) (Tradução minha)

A transição subjetiva de um estado de unidade indiferenciada onde não havia necessidade para símbolos, para um estado de consciência de si, envolve um

¹² If there is a good-enough fit between mother and infant and such an illusion/delusion is created, there is no need for symbols, even of the most primitive type. Instead there is an undisturbed state of “going on being” (Winnicott, 1965, p. 303) that will later become the background of experience, but at the present is invisible because there is nothing with which to contrast it; it is both background and foreground.

interjogo entre três entidades distintas: o símbolo (o pensamento), o simbolizado (aquilo sobre o que se está pensando) e o sujeito que gera e interpreta seus símbolos (Ogden, 1990). Quando não havia diferença entre o símbolo e o simbolizado, também não havia um indivíduo separado do ambiente, todos foram criados simultaneamente (Ogden, 1990). Uma vez que a unidade mãe-bebê se transforma em duas entidades, cada uma consciente de si, a mãe é criada como objeto – pois ela é vista pelo bebê como algo separado de si –, e o bebê é criado tanto como objeto – da mãe inicialmente – quanto como sujeito (Ogden, 1990, p.2835). A criação do bebê como sujeito ocorre gradualmente pela ajuda do objeto transicional que cria um jogo entre o bebê e a mãe. De início esses três estão ainda pouco diferenciados, mas com o passar do tempo e com o auxílio do uso do objeto transicional essa distinção vai sendo realizada (Ogden, 1990).

Uma vez que o bebê surge da separação da mãe como um indivíduo, pode-se começar a diferenciar o símbolo, o simbolizado e o sujeito que gera interpretações desses símbolos. Contudo, se o ambiente não souber respeitar o jogo entre esses três elementos - através de falhas que impedem o bebê se diferenciar do ambiente - não haverá espaço para o desenvolvimento de um eu que gera e interpreta os símbolos. Conseqüentemente, o bebê não será capaz de separar o pensamento daquilo sobre o que está pensando, e também não será capaz de separar seus sentimentos daquilo que está respondendo, e dessa forma o espaço potencial fica prejudicado:

O espaço potencial deixa de existir quando qualquer dois destes três elementos tornam-se indiferenciados: o pensador e o símbolo, o símbolo e o simbolizado e o pensador e o objeto de pensamento (o simbolizado).¹³ (Ogden, 1990, p. 2977) (tradução minha).

Em situações onde não há diferença entre o pensador e o objeto de pensamento, ocorre um colapso dos limites psíquicos. Neste sentido, Janin (2005) falou sobre um colapso da tópica interna (p.48) oriundo de um impacto traumático, a partir do qual o sujeito não consegue diferenciar os mundos interno e externo. Segundo Janin (2005), ocorrem de vez em quando situações nas quais um acontecimento externo replica uma fantasia, como, por exemplo, acontece no

¹³ Potential space ceases to exist as any two of these three elements becomes undifferentiated: the thinker and the symbol, the symbol and the symbolized or the thinker and the object of thought (the symbolized).

desaparecimento do objeto no momento em que o sujeito está tomado por fantasias agressivas a seu respeito. Esses casos de duplicação do interno no externo excedem a capacidade do aparelho psíquico de desempenhar a sua função de contenção do mundo interno (Janin, 2005). Consequentemente, ocorre a “destransicionalização da realidade” na qual o sujeito perde temporariamente a capacidade de discernir o subjetivamente concebido do objetivamente percebido, isto é, na qual o teste de realidade fica comprometido (Janin, 2005, p. 48). Na patologia *borderline* essas situações não são temporárias mas caracterizam um funcionamento psíquico no qual os limites entre o dentro e fora estão insuficientemente diferenciados, e por vezes, se superpõem traumáticamente.

Em se tratando dos limites psíquicos, Green (1977) aponta para o fato de que Freud (1933) enfatiza que nada no psiquismo é muito bem delimitado e claro. Os limites entre as instâncias psíquicas são como quadros impressionistas, onde as linhas são um pouco borradas e as cores se fundem umas nas outras. Logo, mesmo em Freud, os mecanismos que permitem o julgamento da realidade não seriam muito efetivos (Green, 1977). Nos pacientes limítrofes a escolha entre a existência e a não existência de um objeto resulta em uma resposta singular cuja elucidação nos conduz ao texto *A negativa* (1925) de Freud onde é discutida a diferença entre os juízos de atribuição e existência. De acordo com o princípio de realidade, o psiquismo tem que ser capaz de decidir se o objeto está ou não lá, ou seja, ele tem que decidir entre o sim e o não. Conciliatoriamente, Winnicott ofereceu uma saída diplomática para o conflito do julgamento da realidade, ao nos apresentar o conceito de espaço potencial onde o “Sim” convive com o “Não”, isto é, o objeto transicional é e não é a mãe ao mesmo tempo. Contudo, os pacientes *borderlines*, diante do julgamento de realidade, apresentam uma radical recusa de escolha. Aqui trata-se de nem “Sim” nem “Não” (Green, 1977). Na forma de funcionamento Sim e Não o objeto é visto como sendo e não sendo real ao mesmo tempo, enquanto que na segunda forma de funcionamento o objeto não é nem real, nem irreal (ou seja, fantasmático) (Green, 1977):

Os sintomas do paciente *borderline*, representando o objeto transicional, oferecem uma recusa negativa de escolha: nem ‘Sim’ nem ‘Não’. Poder-se-ia expressar essa mesma relação em termos experienciais na forma de uma pergunta ‘O objeto está morto (perdido) ou vivo (encontrado)?’ ou ‘Estou vivo ou morto?’

– ao que o *borderline* poderia responder ‘Nem Sim nem Não’ (Green, 1977, p. 82) (Tradução minha)¹⁴

Dessa forma, nos casos-limite o objeto transicional perde seu valor transicional, porque a resposta *borderline* não contempla o paradoxo (a coexistência de duas afirmações contrárias). Os pacientes *borderline* se caracterizam pelo prejuízo da produção de manifestações – ou até mesmo produtos – transicionais, ao invés disso eles criam sintomas (Green, 1977). Entretanto, não se pode dizer que sejam completamente incapazes de criar objetos e fenômenos transicionais, pois dizer isso seria ignorar o fato de que muitos artistas são personalidades *borderline*. O que se pode dizer sobre os sujeitos limítrofes, é que objetos e fenômenos transicionais não têm para eles um valor funcional, assim como têm para outros (Green, 1977).

Para discutir a proposição de que os fenômenos e objetos transicionais não têm um valor funcional para os sujeitos limítrofes, voltamos ao texto de Winnicott sobre o objeto transicional no qual ele se refere a um uso do objeto transicional que não aponta para o desenvolvimento da capacidade simbólica. Existem, pelo menos, dois usos do objeto transicional: confortador e acalmador. O objeto confortador serve para negar a separação entre a mãe e o bebê, e o acalmador serve como um sedativo em momentos de angústia. O caso X, descrito por Winnicott (1953), ilustra o uso do objeto transicional como confortador. X se tornou um homem sadio depois de ter que lutar muito para atingir a maturidade. X foi desmamado com muito esforço aos sete meses. Ele nunca chupou o polegar, nem mamadeiras, nem chupeta, ou seja, ele não teve a nada para ajudá-lo no desmame. Permaneceu, no entanto, muito ligado à própria mãe, e não conseguia abrir mão dela. Dos 12 meses aos 5 anos, adotou um coelho de brinquedo de que gostava muito, e posteriormente passou a ter muito carinho por coelhos reais. Esse coelho era mais um confortador do que um objeto transicional, pois ele não era mais importante que a mãe.

Esse coelho específico durou até X contar cinco ou seis anos de idade. Poderia ser descrito como um confortador, mas nunca possuía a verdadeira qualidade de um objeto transicional. Nunca fora como um verdadeiro objeto transicional teria sido,

¹⁴ The symptoms of the borderline, standing for transicional objects, offer a negative refusal of choice: neither ‘Yes’ nor ‘No’ One could express the same relation in experiential terms by asking the question: ‘Is the object dead (lost) or alive (found)? Or “Am I dead or Alive”? - to which he may answer: ‘Neither yes nor No’.

mais importante do que a mãe, uma parte quase inseparável do bebê. (Winnicott, 1953, pg 20)

O uso sadio do objeto transicional que se torna mais importante que a mãe evidencia os processos simbólicos em jogo, nos quais o bebê condensa algo de si e da mãe em um objeto. Contudo, quando há uma falha na capacidade simbólica, o bebê continua extremamente ligado à mãe, pois não encontra nenhum representante para auxiliá-lo a suportar a ausência materna. O coelho deveria ser para X um objeto transicional, porém, como a separação entre X e sua mãe foi muito difícil – fato este evidenciado na dificuldade para efetuar o desmame – o coelho servia para negar a separação entre X e sua mãe, ao invés de auxiliá-lo a rumar em direção à independência. Por outro lado, quando o objeto mantém seu caráter transicional, ele funciona como um acalmador que tem um efeito tranquilizante que auxilia o bebê a suportar a angustia que a ausência da mãe provoca. Em outras palavras, ao acalmar o bebê, o objeto transicional auxilia a separação, enquanto que o confortador evidencia um esforço para não se distanciar da mãe.

Se a mãe ficar longe por um período de tempo além de certo limite medido em minutos, horas ou dias, então a lembrança, ou a representação interna, se esmaece. À medida que isso ocorre, os fenômenos transicionais, se tornam gradativamente sem sentido e o bebê não pode experimentá-los. [...] Exatamente antes da perda, podemos às vezes perceber o exagero do uso de um objeto transicional como parte da negação de que haja ameaça de ele se tornar sem sentido. (Winnicott, 1953, p. 31)

Então, nas ausências excessivamente prolongadas – ilustradas na sua concepção da fórmula $x+y+z$ – o objeto é descategorizado e os fenômenos transicionais perdem o sentido: Pode-se entender o que Green chamou de perda do valor funcional, como que Winnicott chamou de perda de sentido dos objetos e fenômenos transicionais. Ou seja, na patologia *borderline* o objetos ao invés de ser transicional, perde seu valor funcional, e passa a ser uma espécie de confortador, que age como sedativo sem representar a relação entre a mãe e o bebê. Nestes casos em que o objeto não exerce a função de símbolo a capacidade simbólica se constitui muito precariamente, resultando em uma frágil diferenciação entre o eu e o não-eu.

4.3

Prejuízo da capacidade simbólica

Foi visto até aqui como uma perturbação no processo de diferenciação entre a mãe e o bebê redundando em uma falha no espaço potencial, que, por sua vez, causa um prejuízo na capacidade simbólica. Quais seriam, então, os prejuízos simbólicos presentes nos casos-limite?

Um importante exercício da atividade simbólica é o brincar. Através do brincar a criança consegue expressar diversos conteúdos do seu psiquismo o que não seria possível através da sua incipiente linguagem. Contudo, se a excitação física se intensifica demasiadamente, o brincar cessa. Neste sentido Winnicott afirma não haver ligação entre o brincar e a masturbação que envolve a excitação excessiva (Winnicott, 1971a). Isso porque o brincar envolve a interação entre a realidade externa e a realidade interna, quando uma se torna predominante sobre a outra o brincar cessa. É necessário portanto um trânsito livre (característico do espaço potencial) entre as realidades interna e externa, para que o brincar seja possível.

Em 1967, Winnicott apontou para estreita relação entre o brincar, o símbolo e o objeto transicional – sinalizando uma interdependência entre os três:

Reivindiquei que, ao observar o uso, pela criança, de um objeto transicional, a primeira possessão não-eu, estamos assistindo tanto ao uso de um símbolo pela criança, como à primeira experiência de brincadeira” (Winnicott, 1967, pg 134).

Então, o uso do objeto transicional consiste não apenas no brincar mas também na utilização do símbolo. Esta sequência; uso do objeto - brincar - simbolização, por sua vez, acontece no espaço potencial entre a mãe e seu bebê: “A fim de dar um lugar ao brincar, eu postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a mãe” (Winnicott, 1971a, p, 63). Por outro lado, não apenas o brincar está estreitamente relacionado com o objeto transicional como o uso de um símbolo, a capacidade de brincar, e o espaço potencial, dependem de uma relação de confiança, onde a mãe apresenta para o bebê apenas aquilo que ele está preparado para encontrar:

A importância do brincar, é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal, e a experiência de controle de objetos reais. É a precariedade da

própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. (Winnicott, 1971a, pg 71)

A palavra “precariedade”, usada na citação acima, pode ser entendida como a ausência de fronteiras rígidas separando o interno e o externo. Em outras palavras, é necessária uma certa precariedade desses limites para que possa ocorrer uma sobreposição entre as realidades interna e externa. Contudo, caso ocorra uma quebra de confiança – como acontece nas situações traumáticas – o espaço potencial, e, portanto, a capacidade de brincar ficam prejudicadas. Nos casos *borderline*, o brincar perde o caráter metafórico, e passa a ser uma tentativa de substituir a realidade externa traumática por outra menos dolorosa

Ao considerar os casos *borderline*, às vezes é difícil traçar a fronteira entre o brincar do neurótico e a substituição da realidade do psicótico. Minha opinião é que a dimensão do brincar, mesmo quando o paciente se aproxima da psicose, nunca está ausente - porque a crença na nova realidade nunca é completa e está sujeita a críticas nas oscilações que ora se aproximam e ora se distanciam do pólo psicótico¹⁵. (Green, 2005, p. 286) (tradução minha)

Portanto, o brincar dos pacientes *borderline* não é um delírio, pois o teste de realidade é mantido, ou seja, o paciente *borderline* não aceita totalmente a realidade gerada pelo brincar. Embora exista uma gradação, já que ele ora se aproxima e ora se distancia da psicose ainda assim sua capacidade de brincar é, pelo menos, parcialmente preservada.

O prejuízo na capacidade de brincar nos casos *borderline* se dá pela traumática experiência em decorrência de uma perda precoce (Green, 2005). Como ilustrado no caso clínico descrito por Winnicott (1953) no qual um menino apresentava um interesse fora do comum por cordões. Esse menino foi sofreu três separações da mãe, duas por conta de uma grave depressão e outra em razão do nascimento da sua irmã. Todas essas separações ocorreram antes de completar 5 anos de idade. A entrevista com os pais e o encontro com o menino, revelaram que este não só nutria um enorme interesse por cordões, como também desenvolveu um curioso sintoma; costumava amarrar diversos objetos juntos.

¹⁵ When considering borderline cases, it is sometimes difficult to trace the frontier between the playing of the neurotic and the replacement of reality of the psychotic. My feeling is that the dimension of playing, even when the patient is akin to psychoses, is never absent - because the belief in the new reality is never complete and is subject to criticism in the oscillation to and from the psychotic pole.

Winnicott (1953) interpretou esse sintoma como uma tentativa de lidar com o temor da separação. Embora à primeira vista, o cordão possa ser visto como um símbolo da complicada relação desse menino com a sua mãe, seu uso exagerado indica uma tentativa frustrada de substituir sua dolorosa realidade por uma outra mais apazível. Sendo assim, o cordão não tem um real valor simbólico, na realidade ele é uma negação da perda.

Eu vejo este caso como uma crônica compulsão repetitiva - talvez relacionado com a ansiedade de separação marcada pela negação, mas também caracterizada em termos freudianos por um predomínio da perda e nenhuma possibilidade de substituir a realidade. O brincar é muito restrito e seu poder criativo é limitado à produção de ícones da separação.¹⁶ (Green, 2005, p. 323) (tradução minha)

Nesse caso o brincar não está ausente, porém empobrecido e marcado por um forte componente compulsivo em virtude da precoce experiência traumática.

Green (2005) abordou a questão da precariedade do interjogo entre as realidades interna e externa em um trabalho intitulado *Play and Reflection in Donald Winnicott's (2005)*. Nele o autor afirma que brincar é recombina elementos da realidade externa para que se crie uma realidade potencial:

No meu entendimento o brincar é uma manifestação da mente resultado do ato de desfazer os elementos da realidade com o objetivo de recombina-los e criar uma existência potencial.¹⁷ (Green, 2005, p 394) (tradução minha).

Contudo o autor vai além, e faz uma ousada postulação – não existe brincar sem reflexão no sentido de devolução (Green, 2005). Para fazer essa postulação volta a sua atenção para o estado de amorfia postulado por Winnicott (1971b), como necessário para o brincar criativo. A saber, para que o sujeito seja capaz de criar significados ele próprio tem que ter sido aceito pelo ambiente em seu estado amorfo (uma espécie de caos inicial), que serve como um ponto de partida para que seja possível que se delineie e seja criada alguma forma de si a partir da devolução de um outro que age como um espelho (Winnicott, 1971b).

¹⁶ I see this case as a chronic repetitive compulsion - maybe related to separation anxiety marked by denial, but also characterized in freudian terms as a predominance of loss and no possibility of substituting for reality. Playing is very restricted and it's creative power is limited to producing icons of separation.

¹⁷ Play is a manifestation of the mind that I understand as being the result of undoing the pieces belonging to reality, in order to recombine them and create a potential existence.

Assim, é a partir de uma associação entre analisar e brincar que segundo Green (2005) o papel do analista diante da comunicação do caos do paciente é de refletir, de voltar para o paciente aquilo que está sendo comunicado, para que dessa forma o paciente possa ter o sentimento de ser, isto é, de existir. Independente das experiências serem boas ou ruins, o fato de ter um outro que observe e escute e reflita de volta o relato, promove uma unidade dos conteúdos fragmentados que serão devolvidos ao paciente tornando-se parte dele mesmo, assim como nós nos apropriamos da imagem nossa que vemos no espelho. Então não há brincar sem reflexão que possibilite uma organização, sem o qual não haveria meios de brincar, mas apenas o caos. O brincar, portanto, não antecede o refletir, e sendo assim, é necessário que haja, além do espaço potencial, alguma instância, seja interna ou externa (um ego ou uma mãe que observa a brincadeira do filho), que organize os conteúdos para que a brincadeira possa acontecer. Ainda se referindo à clínica na sua comparação com o brincar Green volta a afirmar:

Em outros capítulos nós encontramos novamente a importância da reflexão, como por exemplo no trabalho intitulado “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”. Vemos, portanto, que não é suficiente comparar a psicoterapia com a sobreposição de duas cortinas; um terceiro elemento precisa entrar em ação, e ele é a reflexão potencial mútua da dupla analítica.¹⁸ (Green, 2005, p.445) (Tradução minha).

A capacidade simbólica não depende, portanto, somente de uma relação de confiança entre mãe e bebê onde possa se desenvolver o espaço potencial entre ambos, há que se ter, também, a função organizadora reflexiva de um outro que organiza as experiências vividas para que a brincadeira possa acontecer dando início ao exercício da capacidade simbólica. Isto também pode ser o que diz Ogden (1990) ao se referir à relação tripartite necessária para formação de um símbolo que aponta para a presença indispensável de um outro que reflita de volta as experiências do bebê.

Uma vez que o espaço potencial cria uma dialética entre o símbolo, o simbolizado e o sujeito interpretante, um prejuízo nessa dialética gera uma dificuldade em sustentar a articulação entre a realidade externa e o mundo interno

¹⁸ In some other chapters we again encounter the importance of reflection, as in “Mirror role of mother and family in child development”. We see, therefore, that it is not enough to compare psychotherapy with the overlao of two curtains: a third element must come into play - and this is their potential mutual reflection.

enquanto fantasia (Ogden, 1990). Uma das formas na qual esta articulação entra em colapso é quando a realidade externa torna-se predominante, sendo usada como defesa contra a imaginação dela roubando sua vitalidade (Ogden, 1990). Aqui se faz necessário diferenciar entre fantasia e imaginação já que a fantasia, ao contrário da imaginação não pressupõe uma camada de significados:

Na ausência de espaço potencial, existe apenas a fantasia; dentro do espaço potencial a imaginação pode ser desenvolvida. Na fantasia 'Um cão é um cão é um cão '(1971, p. 33), enquanto a imaginação envolve uma sobreposição de significados simbólicos.¹⁹(Ogden, 1990, p 2837) (tradução minha).

Em referência ao caso clínico descrito por Winnicott (1971b) sobre uma mulher que se entrega em demasia à atividade de fantasiar, Ogden (1990) afirma que os objetos da fantasia que predominam quando o espaço potencial está prejudicado não representam nada além deles mesmos. Nestes casos, onde a realidade externa se torna predominante, na falta do espaço potencial consistente, a imaginação é prejudicada. O indivíduo não assume uma posição interpretante e aceita os eventos da realidade externa, tal como eles se apresentam, apontando para um prejuízo da experiência transicional. Tal situação foi observada por Chabert (1999) nas suas análises de pacientes *borderline*. A autora constatou que, em decorrência à um prejuízo no acesso à transicionalidade - devida a incapacidade do objeto de sobreviver os ataques do indivíduo que está começando a fazer uso dele - os pacientes *borderline* fracassam em manter vivo um objeto interno. Conseqüentemente, em uma atitude compensatória, esses pacientes super investem a realidade externa, em uma tentativa de se manterem ligados ao objeto, posto que a perda do objeto, nesses casos, implica em uma perda de si (Chabert, 1999). Esta situação acarreta evidentemente num prejuízo à simbolização.

A dificuldade em manter vivo um objeto interno foi também identificada por Roussillon (1999) que identificou nos pacientes *borderline* uma falha na simbolização primária. Segundo o autor a emergência do primeiro traço psíquico do objeto primário no bebê ocorre na lacuna entre a experiência sensorial e a simbolização propriamente dita. É nessa lacuna entre a percepção e a emergência de um traço psíquico que se efetua o trabalho da simbolização primária

¹⁹ In the absence of potential space, there is only fantasy; within potential space imagination can develop. In fantasy 'A dog is a dog is a dog'(1971, p. 33), while imagination involves a layering of symbolic meanings.

(Roussillon, 1999). Contudo para que se dê o trabalho da simbolização primária, é necessário que o indivíduo aceite a ausência da percepção sensorial do objeto o que, por sua vez, depende dos cuidados ambientais suficientemente bons, dos quais o bebê se apropria constituindo um objeto interno. Desse modo, caso haja uma vivência traumática no início do desenvolvimento psíquico, não será possível elaborar a ausência do objeto primário, que permanece enquistado, e conseqüentemente o indivíduo sente dificuldade em investir objetos substitutos:

A psique quer encontrar, ou reencontrar o objeto tal como ele é, idêntico, e qualquer forma simbólica deste é desqualificada, tratada como um ersatz de valor insignificante, como uma falsificação. (Roussillon, 2007, p. 263)

Se a realidade e o objeto externo são usados por esses pacientes como próteses das suas existências, será grande a quantidade de investimento em ambos em detrimento da sua capacidade imaginativa e simbólica. Conseqüentemente, pode-se encontrar nesses sujeitos um medo persecutório de sua própria imaginação como se os objetos simbolizados fossem retaliar o fato de estarem sendo simbolizados. Ogden (1990) dá o exemplo de uma menina que ao brincar de casinha desempenha tanto o papel de mãe quanto de filha, e para tal, se apropria simbolicamente da mãe. Sendo essa criança amada pela mãe e criada em condições saudáveis, ela não temerá em brincar de ser mãe (ou seja criar representações de sua mãe) pois ela não sente o risco de sua mãe retaliar ou de se perder na figura materna fantasiosa. Essa menina poderá portanto simbolizar a mãe com segurança, e ao brincar de ser mãe, ela poderá recorrer à um acervo de símbolos familiares que lhe foi transmitido através de relacionamentos confiáveis com os familiares. Contudo, os pacientes *borderline* não são capazes do mesmo, pois lhes faltam um objeto interno confiável para ser usado no brincar. Neste caso,

[...] a menina é apenas uma menina, ela é incapaz de brincar, ela é incapaz de imaginar e não será capaz de sentir que está viva em qualquer sentido pleno. Tal situação surge quando a realidade deve ser usada como uma defesa contra a fantasia.²⁰ (Ogden, 1990, p. 2917) (tradução minha)

²⁰ On the other hand, if the little girl is only a little girl, she is unable to play; she is unable to imagine and will be unable to feel she is alive in any full sense. Such a situation arises when reality must be used as a defense against fantasy.

Desse modo, o brincar do indivíduo *borderline* seria melhor descrito como uma mímica, pois lhe falta referenciais simbólicos confiáveis. Vê-se então que no caso da realidade externa ter predomínio sobre a fantasia, a capacidade simbólica fica prejudicada. Na clínica encontra-se outra evidência do prejuízo simbólico desses pacientes, pois eles raramente relatam sonhos, já que frequentemente os rejeitam por serem estranhos demais e sem sentido. Os sonhos que são relatados em análise por esses pacientes são dificilmente distinguíveis dos pensamentos conscientes, e parecem retratar exclusivamente situações embaraçosas e outros pensamentos que ocupam esses pacientes ao longo do dia (Ogden, 1990). Em referência aos sonhos dos pacientes *borderline*, Green (1977) observou que apresentam uma função evacuativa, ou seja, tem apenas a função de aliviar a tensão do aparelho psíquico. Em virtude disso, os elementos oníricos não são submetidos, nesses casos, aos processos de deslocamento e condensação, e não possibilitam elaborar os conteúdos inconscientes,

Parece que, em casos limite, mesmo que a barreira sonho seja eficaz, o propósito do sonho não é a elaboração dos derivativos da pulsão, mas sim a descarga para fora do aparelho psíquico dos estímulos dolorosos, [...] Os sonhos de pacientes *borderline* não se caracterizam por condensação, mas pela concretização.
²¹(Green, 1977, p. 80) (tradução minha)

Vê-se então, que em tais casos, o conteúdo latente é menos importante que a experiência do sonhador. A predominância da experiência do sonhador em detrimento dos conteúdos latentes, aponta para uma preponderância dos elementos da realidade externa indicativa do colapso da dialética do espaço potencial. Neste caso, ocorre uma clivagem entre as realidades interna e externa, com o objetivo de impedir que significados sejam atribuído às experiências. Desse modo, realidade e fantasia não se articulam mais, e permanecem desconectadas da outra, em uma coexistência paralela e estática como afirma Ogden (1990).

Discutindo o tema do prejuízo simbólico presente nos casos-limítrofes Roussillon (2011) também lembra que o mecanismo de defesa mais usado por esses pacientes é a clivagem e não o recalque. O modelo do psiquismo postulado por Freud, que considera o recalque como principal mecanismo de defesa, não

²¹ It seems that in borderline cases, even though the dream barrier is effective, the dream's purpose is not the working through of instinct derivatives, but rather the unburdening of the psychic apparatus from painful stimuli [...] . The dreams of borderline patients are not characterized by condensation but by concretization.

alcança as organizações psíquicas não neuróticas (Roussillon, 2011). Esse modelo é baseado no psiquismo que assolado por um conflito pulsional - que gera desprazer - recalca um dos elementos desse conflito em uma tentativa de lidar com o conseqüente desprazer. Diante da possibilidade de se defrontar com o retorno de algum conteúdo recalçado o ego se organiza defensivamente e sela uma conciliação, onde ele abre mão de certos tipos de satisfação para prevenir que o conteúdo recalçado retorne. As defesas erguidas e as satisfações substitutas encontradas pelo ego caracterizam a apresentação clínica da neurose. Esse conflito ecoa um trauma infantil no campo da sexualidade que foi representado e recalçado (Roussillon, 2011). Uma vez que o trauma pôde então ser representado, é possível através da associação livre encontrar expressões do conteúdo recalçado disfarçadas sob metáforas no discurso do paciente.

Nos pacientes *borderline*, no entanto, alguns conteúdos não chegam a ser representados, e não são portanto, recalçados. Por essa razão é necessário estudar outros mecanismos de defesa, e então a clivagem - *splitting* - tem sido usada para dar conta de uma organização psíquica que lida com elementos não representados que influenciam o psiquismo de uma forma muito particular, conferindo um sentimento de inadequação, Roussillon (2011) chamou esse casos de distúrbios narcísicos identitários:

Essas experiências mentais, que são inconscientes apesar de não terem sido recalçadas, influenciam o narcisismo e a relação que se estabelece com tudo aquilo que é percebido como uma falta de forma completamente distinta das experiências que são representadas e recalçadas; elas vivem no cerne daquilo que eu denomino distúrbios narcísicos identitários[...]²² (Roussillon, 2011, p. 5) (tradução minha)

O termo ‘narcísicos identitários’ é usado por Roussillon para designar os pacientes que são identificados por outros autores como *borderline*. Nesses casos, os pacientes sofreram um trauma nos primórdios do seu desenvolvimento, antes mesmo que psiquismo estivesse amadurecido o suficiente para construir representações. Tal ocorrência foi contemplada por Winnicott (1963b) no seu estudo sobre o medo do colapso, no qual, o indivíduo é incapaz de integrar o

²² These mental experiences which are unconscious even though they have not been repressed, influence narcissism and the relationship with anything felt to be lacking in a completely different way from aspects that are represented and repressed; they lie at the heart of what I call narcissistic disturbances of the sense of identity [...]

trauma na sua experiência subjetiva, pois não havia um eu que pudesse ter vivido aquele trauma. Roussillon (2011) sugere que esses traumas primitivos são clivados ao ego, isto é, eles permanecem inconscientes, porém, não são integrados ao ego. O conteúdo clivado não desaparece completamente do psiquismo, mas permanece no inconsciente - enquanto traços - e fora da experiência consciente. O *self* tende a lidar com o conteúdo clivado que retorna, sem submetê-lo ao processo de simbolização pois isso implicaria em catexizar o trauma primário, o que implicaria em dor e perda,

A recatexia tende a ameaçar tanto a subjetividade e o ego com um renascimento da experiência traumática: o que é clivado também tende a retornar. Uma vez que, a clivagem em sua natureza, não tem nada a ver com a representação, seu retorno também não será uma questão de representação: ele será manifestado através de atuações, gerando o perigo de que o estado traumático em si possa ser reproduzido²³. (Roussillon, 2011, p. 14) (tradução minha)

Uma vez que o conteúdo clivado não pode ser recatexizado, o aparelho psíquico, o submete a um outro tipo processo, chamado por Roussillon (2011) de ligação não simbólica, cuja finalidade é manter o conteúdo clivado longe do eu. A ligação não simbólica ocorre de forma predominantemente solipsista requisitando minimamente o objeto. Apesar do solipsista, não se pode classificar esse processo como auto-erótico, pois isso requisitaria uma relação com o objeto interno através de algum tipo de representação (Roussillon, 2011). A ligação não simbólica é melhor descrita como um processo “auto-sensual” cuja finalidade é lidar com a angústia proveniente de um conteúdo clivado sem inscrevê-lo na trama subjetiva. O falso *self* é um dos tipos de ligação não simbólica, no qual a racionalidade é explorada ao máximo, como um contra-investimento na tentativa de impedir que o conteúdo traumático clivado retorne.

Também trabalhando com a hipótese de que na patologia *borderline*, ocorre um grande esforço para manter afastado um trauma vivido em uma época primitiva, Green (2007) observou que a peculiaridade do discursos desses pacientes em análise, servia para essa finalidade. Durante seu trabalho analítico com pacientes *borderline*, Green (2007) percebeu que o discurso desses pacientes

²³ Their re-cathexis tends to threaten both subjectivity and the ego with a revival of the traumatic experience: what is split off also tends to return. Since, by nature, the split off part has nothing to do with representation, its return will not be a matter of representation either; it will be manifested through enactments hence the danger that the traumatic state itself be reproduced.

é excessivamente fragmentado, permeado com as expressões: “Eu não sei”, “Não me lembro”, “Eu não tenho certeza” e “Nada disso que estou falando é interessante”. As histórias de suas vidas são narradas fora da ordem cronológica - um mesmo evento que foi dito ter ocorrido em um ano é posteriormente narrado como se tivesse ocorrido em um outro ano - e poucas memórias são evocadas em torno dos eventos narrados. Segundo Green (2007), esses pacientes não apresentam a usual rápida e brusca mudança de assunto nas suas associações livres - como seria o caso de pacientes neuróticos -, ao invés disso, suas falas são recheadas de generalizações expressas de uma forma intermitente, rendendo ao interlocutor a impressão de se encontrar em um nevoeiro.

Esses comentários circunstanciais e os elos que unem uma representação à outra são evitados. Green (2007) marcou que esses comentários circunstanciais ocupam um lugar estratégico no discurso, pois eles têm a capacidade de reverberar e irradiar tanto o que já foi dito, quanto o que ainda não foi dito. Essa ação reverberativa e irradiativa gera novos temas e conexões que ainda não foram expressados, por essa razão é que os pacientes limítrofes evitam fazer comentários circunstanciais, temendo que estes possam servir de elo entre outras representações. Desse modo, Green (2007) postulou a posição fóbica central, na qual o que é evitado são os ecos e conexões entre os diversos aspectos do material psíquico. O motivo dessa evitação fóbica, segundo Green (2007), se dá pelo poder potencializador que existe no contato entre uma representação e outra. Não se trata, nesses casos, de evitar a cadeia associativa que poderia conduzir a um grande trauma vivido na infância, pois o real inimigo aqui são as conexões entre todas as experiências traumáticas que, quando se conectam, apresentam uma ameaça à integridade do ego.

A posição fóbica central revela um prejuízo da capacidade de criar significados, pois, ao evitar que sejam feitas conexões entre diversos aspectos do material psíquico, as experiências de vida não ganham um sentido, dessa forma, elas não são integradas e permanecem longe do escopo egoico. Foi discutido que o símbolo agrega a si uma camada de significados, ou seja, o símbolo não é apenas uma representação mental de um objeto que não se encontra no campo de visão do indivíduo, ele comporta conteúdos da vida psíquica, e dá um sentido a eles. Portanto, ao evitar que significados sejam criados, a posição fóbica central, interfere na capacidade simbólica dos pacientes *borderline*.

Nesses casos a função do analista é evitada, pois ele desempenha a função psíquica elaborativa e, portanto, simbolizante, que é tão temida por esses pacientes. É preciso fazer nesse momento a distinção entre a figura do analista e a função desempenhada por ele, pois o que é evitado, nesses casos, é a função do analista e não o analista em si (Green, 2007). O analista como objeto encontra-se na delicada posição de ter que se equilibrar na delicada linha entre dois terrenos extremos, a invasão e o abandono, e não há um meio termo para esses pacientes. Essa dupla angústia, como foi visto no primeiro capítulo, é fruto da posição totalitária do objeto que ocupa todo o espaço psíquico desses sujeitos. Com a postulação da posição fóbica central, a angústia de invasão ganha um novo significado, pois, além da ameaça de uma regressão fusional, o analista como objeto apresenta a ameaça - do ponto de vista do paciente com uma frágil integridade egoica - de fazer conexões entre traumas vividos. À esse respeito Roussillon (2007) afirma que a linguagem desses pacientes perde seu valor reflexivo o caráter e passa a ser um aparelho de ação, o que torna análise desse casos muito laboriosa:

O aparelho de linguagem tende realmente a se tornar mais um aparelho de ação, um aparelho de influência, um equivalente do agir, um aparelho de descarga, de evacuação, do que um aparelho de retomada reflexiva e de exploração ou jogo, pelo menos em primeira análise, pois veremos que o analista precisará ultrapassar esse primeiro nível de apreensão para que a análise seja retomada. (Roussillon, 2007, p. 267)

Ocorre então uma confusão entre o representar e o agir, entre a palavra, pensamento e ato (Roussillon, 2007). Essa clínica é marcada por frequentes passagens ao ato e somatizações que evidenciam a falha da função simbólica e reflexiva da linguagem. Nesses casos a linguagem se refugia na concretude do corpo, que por sua vez, torna-se muito ruidoso evidenciando afetos e angustia primitivas. Tal é a problemática *borderline*, centralizada em torno de vivências traumáticas ocorridas em épocas primitivas que prejudicam o trabalho de simbolização.

Considerações Finais

A intenção deste trabalho foi de investigar a falha da capacidade simbólica na patologia *borderline*. Com este objetivo iniciamos com uma discussão sobre o ambiente, como definido por Winnicott (1952), uma vez que a literatura sobre esse assunto, em geral, remete a etiologia dessa patologia à falhas ambientais precoces. Por essa razão, Winnicott foi escolhido como o autor principal da dissertação, visto que ele se dedicou ao estudo da influência dos cuidados ambientais iniciais no desenvolvimento psíquico.

Logo no primeiro capítulo, verificou-se que muito mais do que simples uma influência, os cuidados ambientais, desde os primórdios do desenvolvimento, nutrem e possibilitam o amadurecimento psíquico e, por essa razão, os diagnósticos clínicos se fundamentam na forma como transcorreu o percurso do desenvolvimento psíquico. A esse respeito, a partir do seu trabalho clínico com pacientes *borderline*, Winnicott (1960a) verificou uma intensa regressão no *setting*, que para ele, era evidência da ocorrência de falhas ambientais nos primórdios do desenvolvimento. Não bastam, contudo, apenas cuidados ambientais suficientemente bons para que se constituam indivíduos saudáveis, pois, cada um nasce dotado de uma tendência inata para se desenvolver (Winnicott, 1949a). É, portanto, a articulação entre estes dois fatores que resulta numa organização psíquica altamente plástica e dá a palavra final sobre o processo de constituição psíquica.

Para Winnicott (1969b), a precocidade das falhas ambientais justifica localizar a patologia *borderline* dentro do campo da psicose com características próprias. Em um esforço de diferenciar a patologia *borderline* das demais patologias psicóticas, Winnicott (1962) verificou que nela não havia nem lesão neurológica (presente no autismo); nem desintegração e cisão radical (presentes na esquizofrenia), nem retraimento patológico e um frágil falso-*self* (presentes na esquizoidia). Assim, Winnicott (1969b) definiu a patologia *borderline* como uma configuração psíquica na qual o cerne do distúrbio é psicótico e mobiliza fortes, defesas neuróticas. Em outras palavras, a questão central dessa patologia é,

portanto, a defesa contra o surgimento da ansiedade psicótica, que nesses casos é um risco permanente, e dá origem a um *falso-self*, fortemente investido, que se apresenta com uma defesa neurótica mobilizada pelo paciente *borderline*, em resposta à um acúmulo de falhas ambientais. Essas, por sua vez, apontam para a ocorrência de uma perturbação no processo de separação mãe-bebê, principalmente no que se refere à acontecimentos no espaço potencial.

Em referência mais específica sobre as falhas ambientais, verificou-se duas ocorrências de perturbações no processo de separação da dupla mãe bebê que anteriormente encontravam-se em um relacionamento fusional. A primeira refere-se à incapacidade da mãe de identificar os momentos propícios para se aproximar e se afastar, conseqüentemente, causando invasões na continuidade do ser do bebê (Winnicott, 1945). A segunda diz respeito à sua incapacidade de sobreviver aos ataques instintivos do bebê, impedindo, portanto, que o mesmo consiga fazer uso do objeto (Winnicott, 1969b) que, para Chabert (1999) aponta para um impedimento ao acesso à transicionalidade efeito da falta de resiliência do objeto .

Também interessado em discutir os efeitos de perturbações no espaço potencial, Green (1975b) afirma que - em virtude de uma maternagem que se apresenta sempre em excesso - os casos limites desenvolvem uma frágil constituição dos limites psíquicos, marca registrada destes pacientes. Na clínica este estado de coisas resulta em um movimento defensivo duplo, de ligação e desligamento do objeto, denominado por ele de dupla angústia (Green, 2002). Assim, os pacientes *borderline* reagem como se estivessem sendo constantemente ora invadidos, ora abandonados pelo outro. Esta oscilação radical entre a presença e a ausência do objeto, encenada na dupla angústia foi por ele considerada como expressão de um espaço potencial prejudicado e incapaz de cumprir com suas funções paradoxais.

O segundo capítulo é dedicado à discussão sobre o espaço potencial apontado como a raiz e o âmbito onde se desenvolve a capacidade simbólica. Contudo, sua constituição requer que a dupla mãe e bebê tenha atravessado o período fusional de forma satisfatória, momento em que são estabelecidos os precursores da capacidade simbólica. Nesse sentido, constatou-se que a comunicação afetiva e não verbal que se dá no campo intersubjetivo entre a mãe e o bebê é fundamental, pois, através dela é possível acolher e responder aos primeiros gestos do bebê e dar a eles algum sentido. Essa comunicação propicia

uma primeira experiência de mutualidade que, por sua vez, constitui uma primeira ponte entre o eu e o outro. Foi visto, então, que a partir dessas primeiras trocas a mãe pode, através do processo de reverie (Bion, 1962), ajudar o bebê a lidar com suas necessidades tanto psicológicas quanto físicas. Ao amortecer as angústias e acalmar o infante, a mãe participa da constituição do espaço interno do bebê.

É a partir da relação intersíquica (Bolognigni, 2004), na qual o ambiente ajuda a metabolizar as angústias do bebê, que surge uma forma primária de criação através do objeto subjetivo, a partir da apresentação do seio no momento em que o bebê está pronto para criá-lo. Essa sobreposição das realidades interna e externa cria uma primeira experiência de ilusão que é essencial para o desenvolvimento da capacidade simbólica. Tudo isso permite concluir que a raiz da capacidade simbólica é afetiva e, portanto não reduz o entendimento do símbolo à uma lógica lingüística, posto que este se origina a partir de uma relação de troca afetiva.

Caso seja permitido ao bebê viver a ilusão de onipotência, neste primeiro momento, serão estabelecidas as bases para um bom processo de separação pois o bebê terá desenvolvido uma relação de confiança com o ambiente. Desse modo, ele será capaz de sobreviver a pequenos períodos de ausência, pois sabe que a presença logo se fará sentir. Então, o desenvolvimento da capacidade simbólica depende da criação de um espaço, espaço potencial, onde pode-se transitar livremente tanto entre a ausência e a presença quanto entre o eu e o outro (Winnicott, 1953) Por essa razão é que o espaço potencial desempenha um papel tão importante. Ele constitui a primeira delimitação entre as realidades interna e externa, sem criar uma ruptura radical entre ambas. É a partir do jogo promovido entre o dentro e o fora que surge o primeiro símbolo - o objeto transicional - ainda que rudimentar, posto que o psiquismo não está amadurecido o suficiente para prescindir totalmente da presença do objeto. Nesse estágio, ainda inicial do desenvolvimento, a sobrevivência do objeto transicional depende da presença materna. Desse modo, o objeto transicional é um símbolo da união entre a mãe ao mesmo tempo que representa uma primeira separação entre eles, marcando assim o início da capacidade de simbolização que será sedimentada seguindo o amadurecimento do infante .

Uma vez que feita uma primeira delimitação entre o eu e o outro é possível chegar ao estágio do concernimento (Winnicott, 1954), onde a capacidade de

simbolização será melhor desenvolvida. Nessa etapa, caso tudo corra bem, o bebê será capaz de elaborar e com a ajuda da mãe reparar os ataques motivados por uma avidez instintiva. Por conseguinte, será possível a conquista de um eu unitário capaz de interpretar os estímulos sensoriais provenientes da realidade externa e discriminá-los dos estímulos psíquicos que são provenientes da realidade interna. A emergência desse eu interpretante (Ogden, 1990) é necessária para diferenciar o símbolo – a entidade psíquica – daquilo que está sendo simbolizado. Desse modo verifica-se que a capacidade simbólica depende de uma relação tripartite entre o símbolo, o objeto que é simbolizado e o sujeito que simboliza (Ogden, 1990). A dialética entre esses elementos constitui a jogo transicional fundamental para o desenvolvimento da capacidade simbólica da qual o brincar é parte integrante.

De fato, o uso criativo do símbolo, através do brincar, permite que o indivíduo reúna elementos da realidade externa, orientado por sua realidade interna, ou seja, sem que ocorra uma alucinação o indivíduo expõe seu mundo interno através da manipulação dos objetos do mundo externo. Desta combinação entre realidade externa e mundo interno, resulta um processo de atribuição de significado, elemento central da capacidade simbólica. Tal constatação foi apoiada na distinção feita por Winnicott (1971c) entre o fantasiar - enquanto devaneio - e a imaginação criativa. No fantasiar as imagens mentais produzidas configuram uma atividade solipsista que, ao excluir uma relação de troca com o outro, torna-se um substituto do viver, e por essa razão não se constitui como uma atividade simbólica. Já a imaginação criativa envolve uma organização dos conteúdos psíquicos de uma forma menos onipotente e solipsista, e ao contrário do fantasiar não serve como um substituto do viver, e sim como um complemento do viver. Nesse sentido, o símbolo não é apenas a imagem mental de um objeto na ausência do mesmo, e sim, uma articulação entre as realidades interna e externa que permite a expressão de conteúdos psíquicos, o que por sua vez, compõe camadas de significados.

Visto que o desenvolvimento do símbolo depende de uma relação de alteridade entre o eu e outro, um trauma poderia encerrar de forma brusca essa dialética e prejudicar a capacidade simbólica do indivíduo. Com o intuito de investigar essa premissa o terceiro capítulo foi dedicado ao estudo do trauma e seu impacto no espaço potencial. Em termos gerais foi verificado que o trauma se

refere diretamente a falhas ao longo do processo maturacional, que resultam em uma distorção do desenvolvimento por causarem uma interrupção na continuidade de ser (Winnicott, 1965). Levando-se em consideração o caráter desenvolvimentista do texto winnicottiano, fica evidente a importância do fator temporal no desencadear de um trauma. Portanto é significativo que Winnicott tenha usada o eixo maturacional para classificar e discutir os diferentes tipos de trauma que ocorrem ao longo do processo maturacional desde seu início, no estado de dependência absoluta centrado em torno do objeto subjetivo, até momentos posteriores em que a criança adquire a capacidade de se relacionar com objetos objetivamente percebidos no âmbito da realidade compartilhada (Winnicott, 1965). Ao longo deste percurso são construídas defesas como respostas ao trauma indicativas do momento em que este ocorreu.

A construção de um falso *self*, que tem como intuito proteger o ameaçado verdadeiro *self*, é um tipo de defesa traumática. Sua presença predominante no caso dos pacientes *borderline* é interpretada como indicativa da ocorrência de um trauma no espaço potencial que gerou a necessidade de proteger o verdadeiro *self*.

Além do falso *self*, e intimamente relacionadas com ele, foram identificados outras duas consequências de um espaço potencial danificado: a dificuldade de se separar e um prejuízo à capacidade simbólica. A dificuldade de se separar, que o falso *self* tão fortemente exemplifica pela sua tendência a se amoldar ao ambiente numa tentativa de adaptação, se deve ao fato do espaço potencial ser justamente o território em que se articulam presença e ausência. Dessa forma, um dano ao espaço potencial redundaria em uma cisão radical entre a presença e ausência e, portanto, numa impossibilidade de sustentar o paradoxo inerente à transicionalidade. Isto, evidentemente, se reflete no prejuízo à capacidade simbólica que se apresenta em virtude do colapso da relação tripartite entre o símbolo, o simbolizado e o sujeito que gera e interpreta seus símbolos, sempre sustentada pelo espaço potencial (Ogden, 1990). Essas três consequências da interferência no espaço potencial são características da patologia *borderline* e, de uma forma geral, se condensam no prejuízo à capacidade simbólica da qual também faz parte o que Green (1977) denomina a perda do valor funcional do objeto transicional. Quando isto ocorre o objeto transicional passa a ser usado pelos pacientes *borderline* como uma negação da separação ao invés de ser usado como um auxílio no processo de separação do objeto primário.

Ainda sobre o tema da especificidade do prejuízo da capacidade simbólica na patologia *borderline*, foi verificado que nos casos *borderline* o brincar - que é o exercício da capacidade simbólica - é empobrecido em decorrência da falta de referenciais simbólicos confiáveis que possibilitam uma verdadeira expressão subjetiva (Ogden, 1990). Acrescenta-se a isso a perda do caráter metafórico, que faz do brincar, nestes casos, uma tentativa de substituir a realidade externa traumática (Green, 2005). Contudo, tal situação não se configura como um delírio posto que a crença na nova realidade nunca é completa e está sujeita a críticas e oscilações, no entanto este brincar expressa a dificuldade em manter vivo um objeto interno. Conseqüentemente, em uma atitude compensatória, esses pacientes super investem a realidade externa, em uma tentativa de se manterem ligados ao objeto (Chabert, 1999). Desse modo configura-se um colapso da dialética transicional entre a realidade interna e externa com o predomínio da última o que, evidentemente, e mais uma vez afeta a capacidade simbólica (Ogden, 1990). Uma expressão do predomínio da realidade externa pode ser encontrado nos sonhos do paciente *borderline* que não se caracterizam pela condensação e sim pela concretização, sendo dificilmente distinguíveis dos pensamentos conscientes.(Ogden, 1990)

Finalmente, na parte final do trabalho, discutimos como a clivagem é o mecanismo de defesa central adotado pelos pacientes *borderline* em decorrência de uma vivência traumática no início do desenvolvimento. Da mesma forma que temos o retorno do recalado, nas neuroses, também nos casos limites vemos a ocorrência do retorno do conteúdo clivado. Neste caso, o material clivado é submetido à um processo de ligação não simbólica cuja finalidade é lidar com a angústia, sem inscrevê-lo na trama subjetiva, evitando assim uma recatexia do vivência traumática que foi clivada. Foi neste sentido que Green (2007) se referiu ao peculiar discurso *borderline*, com suas lacunas, ausência de associações e vazios como uma construção derivada da tentativa de evitar que as experiências traumáticas se interconectem, o que representa uma grande ameaça ao ego que não dispõe de recursos suficientes para lidar com essas vivências traumáticas.

Referências bibliográficas

ABRAM, J. (1996) **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro. 2000. Editora RevinteR Ltda.

ARAUJO, C.A.S. **Winnicott a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe**. Rev Estilos da Clínica, 2003, Vol. VIII, no 14,

ANDRÉ, J. O Objeto Único. **Cadernos da psicanálise**, SPCRJ, vol 15, n,18, Rio de Janeiro. 1999.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BEZERRA, B. JR. **Retraimento da Autonomia e Patologia da Ação: A Distímia Como Sintoma Social**. In: O Futuro da Autonomia: uma Sociedade de Indivíduos?. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; Rio Grande do Sul: Editora Unisinos, 2009.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

———. **Learning from experience**. London: Karnac, 1962.

BLEICHAR, N.M.; BLEICHMAR, C.L. **A Psicanálise depois de Freud, teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992.

BOLOGNIGNI, S. **Passagens teoria e técnica da relação intersíquica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

———. **Intrapsychic - Interpsychic**. International Journal of Psychoanalysis, 85: 337-358, 2004.

BUSNARDO, J.O.M. **Contribuições de D.W.Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica**. 2012. Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

CHABERT, C. [1999]. **Les fonctionnements limites: quelles limites?** In Les états limites. Paris: PUF.

DIAS, E.O. ————. **A trajetória intelectual de Winnicott**. Natureza humana, vol 4, num 1. 2002

———. [2003] **A teoria do amadurecimento de D.W Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

———. **Incorporação e introjeção em Winnicott**. Winnicott e-prints vol.2 no.2 São Paulo. 2007.

———. **Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott.** Winnicott e-prints, vol1. No2. São Paulo, 2006.

DEURTCH, H. **Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia.** Psychoanalytic Quarterly. (11): 301-321, 1942.

FIGUEREDO, L.C. **O caso-limite e as sabotagens do prazer.** Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, Vol III. 1999.

FREUD, S. [1905] **Três ensaios sobre a sexualidade.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1908]. **Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, IX).

———. [1920]. **Mais além do princípio do prazer.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1925] **A negativa.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1926]. **Inibição Sintoma e Angústia.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XX Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1930]. **Mal Estar na Civilização.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1933] **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. [1937] **Construções em análise.** In: Obras Psicológicas Completas: Edição Standard Brasileira, vol XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREIRE, J.C. [1999] **O mito O mito psicanalítico do desamparo.** Disponível em: <http://jfreirecosta.sites.uol.com.br>.

FORLENZA, O.N. **Condições traumáticas na relação mãe-bebê.** Natureza Humana, vol 6, no1. São Paulo, jun 2004.

FULGÊNCIO, L. **A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott.** Paidéia, 2011. Vol. 21.

GARCIA, C.A. **Trauma e Narcisismo Negativo: Questões para clínica contemporânea.** Trieb, Nova série, vol IV, no 1 2. Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, 2005.

———. [2007] **Os estados limites e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para clínica contemporânea.** In Entre o Eu e o Outro. Espaços Fronteiriços. Curitiba: Jurua, 2010.

———. [2010] **Os estados limites e o trabalho do negativo: Uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea.** In: Entre o eu e o outro. Curitiba: Juruá Editora.

GREEN, A. [1975a] **Potential Space in Psychoanalysis, the object setting.** In: On Private Madness. London: Karnac.

———. [1975b] **O Analista, A Simbolização e a Ausência no Contexto Anallítico.** In Sobre a Loucura Pessoal. Rio de Janeiro: Imago. (impressão 1988).

———. [1977] **The Borderline Concept, a conceptual framework for the understanding of borderline patients.** In: On Private Madness. London: Karnac. (impressão 2005).

———. [1990] **Conferências Brasileiras de André Green, metapsicologia dos limites.** Tradução Helena Besserman Vianna. Rio de Janeiro: Imago.

———. [2000] **André Green at the squigle foundation.** London: Karnac. Kindle Edition.

———. [2002] **Orientações para uma psicanálise contemporânea.** Rio de Janeiro: Imago (impressão 2008).

———. [2005] **Play and Refletcion in Donald Winnicott's Writtings.** London: Karnac. Kindle Edition.

———. [2007] **The central phobic position: with a model of the free-association method,** In: Ressonance of Suffering: Countertransference in non-neurotic structures. London: Karnac.

———. [2008] **Orientações para uma psicanálise contemporânea, 2002.** Rio de Janeiro: Imago.

JANIN, C. [2005] **Au coer de la théorie psychanalytique: le traumatisme.** In: Le traumatisme psychique, organisation et désorganisation. Paris: Presses Universitaires de France, 2005.

KERNBERG, O. [2007] **Transference and countertransference management with borderline patients,** In: Ressonance of Suffering: Countertransference in non-neurotic structures. London: Karnac.

KLEIN, Melanie. (1952). **Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê.** In: Inveja e gratidão e outros trabalhos, 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LEJARRAGA, A.L. **Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott.** Natureza Humana, vol 10, no. 2. São Paulo, Dezembro 2008.

LITTLE, Margaret. **Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

LOPARIC, Z. **Winnicott e o pensamento pós-metafísico**. Psicologia USP, São Paulo, v. 6, n. 2. 1955.

NAFFAH N, A. **O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise**. Jornal de psicanálise. Vol. 41 n.75 . São Paulo. 2008

———. **A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise**. Natureza humana. vol 9 no.2 São Paulo, Dezembro 2007.

———. **Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes**. Natureza humana, v. 12, n. 2, São Paulo, Dezembro 2010.

OLIVEIRA, F.G. **Do amadurecimento ao encontro analítico: um percurso clínico pela obra de Winnicott**. 2012. Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

OGDEN, Thomas. [1990] **The matrix of the mind**. London: Karnac, Kindle edition.

———. [1994] **Subjects of Analysis**. London: Karnac. Kindle edition.

PHILLIPS, A. [1998] **Winnicott**. London: Penguin group.

PONDÉ, C.R.F.A. **Os precursores intersubjetivos do símbolo no processo de constituição subjetiva**. 2007. Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

ROUDINESCO, E. PLON, M. [1997] **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. impressão 1998.

ROUSSILLON, R. [1999] **Agonie et Clivage**. Paris, PUF.

———. **A função limite da psique e a representância**. Revista da Psicanálise da SPPA, v.14, n.2. Porto Alegre, Agosto 2007.

———. (2011) **Primitive Agony and Symbolization**. London: Karnac.

SALEM, P. **Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação**. Natureza humana. vol.11 no.2 São Paulo fev. 2009

SEGAL, H. [1991] **Dream, Fantasy and art**. New-York: Brunner - Routledge, impressão 2005.

SANTOS, M.A. **A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses**. Psicologia: Reflexão e Crítica. vol. 12, Porto Alegre. 1999

SECHEHAYE, M.A **Symbolic Realization**. New York: International Universities Press, Inc, 1951.

STERN, A. **Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes**. Latinoamericana Psicopatologia Fundamental, vol II, 1938 (impressão 1999).

WINNICOT, D.W. [1939]. **Agressão e suas raízes**. In: Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

———. [1945]. **Desenvolvimento emocional primitivo**. In: Da pediatria a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

———. [1949a]. **O bebê como organização em marcha**. In: A criança e seu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogans. 1982/1964

———. [1949b]. **A mente e sua relação com o psicossoma**. In: Da pediatria a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

———. [1952]. **Psicose e cuidados maternos**. In: Da pediatria a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

———. (1953) **Objetos e Fenômenos transicionais**. In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

———. (1954). **A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal**. In: Da Pediatria a Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. [1954-1964]. **Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).

———. [1956]. **Tendência anti-social**. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

———. [1958]. **A capacidade para estar só**, In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

———. [1959]. **O destino do objeto transicional**, In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989.

———. [1960a]. **Teoria do relacionamento paterno-infantil**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).

———. [1960b]. **Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).

———. [1962]. **A integração do ego no desenvolvimento da criança**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).

———. [1963a]. **Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).

- . [1963b]. **O medo do colapso**. In: explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989. (impressão 2007).
- . [1963c]. **Moral e educação**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).
- . [1963d]. **Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil**. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed 1983 (impressão 2008).
- . (1965). **Uma nova luz sobre o pensar Infantil**, In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- . [1967]. **Localização da experiência cultural**, In: Natureza humana. Rio de Janeiro: 1988 Imago. (impressão 1990).
- . (1968): **O Pensar e a formação de Símbolos**, In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- . (1969a). **A experiência Mãe-Bebê de mutualidade**, In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- . [1969b]. **O uso de um objeto e Relacionamento através de identificações**, In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- . (1971a). **O Brincar: Uma exposição teórica**, In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- . (1971b). **O brincar: A atividade Criativa e a Busca do Eu (self)**, In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- . (1971c). **Sonhar, Fantasiar e Viver: Uma história clínica que descreve uma dissociação primária**. In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- . (1971d). **O lugar em que vivemos**. In: Brincar e realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975
- . (1988). **Natureza humana**. Imago, Rio de Janeiro, 1990.
- . **Notas sobre o Brinquedo**, In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1989.