

Relato da história de uma longa jornada em busca de si mesma – alguns aspectos teórico-clínicos*

Tania Hammoud
IBPW/IWA

Resumo: através de três eixos: a importância do diagnóstico *borderline* para a teoria e a clínica winnicottiana; a conceituação do *borderline* propriamente dita e um caso clínico como ilustração, o texto procura discutir o valor e a complexidade dessa descoberta clínica.

Palavras-chave: *borderline*; esquizoide; verdadeiro e falso si-mesmo.

Summary: through three axes: the importance of the *borderline* diagnosis for Winnicottian theory and practice; the concept of *borderline* itself and a clinical case as an illustration, the text seeks to discuss the value and complexity of this type of clinical discovery.

Keywords: *borderline*; schizoid; true and false self

1. A importância do diagnóstico *borderline* para a teoria e a clínica winnicottiana

Sabemos da importância dos casos *borderline* para Winnicott, tanto para a compreensão das bases da constituição do psiquismo humano, como para a teoria psicanalítica e para a clínica. Ele mesmo nos diz: “em um caso que terminou tragicamente, dei 2500 horas de minha vida profissional, sem nenhuma esperança de remuneração. No entanto, aquele trabalho ensinou-me mais do que qualquer outro, de qualquer natureza.” (1988/1990, p. 22). Mais adiante no mesmo texto, ao falar de uma paciente que ele diagnostica como tendo desenvolvido muito precocemente um falso si-mesmo, ele nos diz:

O tratamento e o manejo desse caso colocaram em xeque tudo o que tenho enquanto ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer enquanto pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar. [...] O ponto central de tudo isto é o fato de que nesse tratamento, assim como em vários outros por mim realizados, precisei rever a minha técnica, mesmo aquela adaptada aos casos mais comuns.” (1954/2000, p.377)

Essa descoberta desvela várias derivações para a teoria e a clínica psicanalítica, mas o que de fundamental e inovador é conceituado a partir desses casos é a existência de um

* Texto originalmente apresentado em 25 de setembro de 2021 no *X Colóquio Winnicott do Rio de Janeiro: Maternidade*. Corrigido e revisado para a presente edição.

verdadeiro si-mesmo, que precisa conquistar a possibilidade de expressão para que a vida valha a pena ser vivida. Em seu texto sobre a criatividade e suas origens (1971/1975, p. 95 a 120), o autor propõe de forma mais consistente esse entendimento essencial para o que conta na constituição do psiquismo e do viver.

Nesse texto o autor conceitua a criatividade e a relaciona com saúde e doença e com aquilo que conta para a possibilidade de um viver enriquecedor para a pessoa e para a sociedade como um todo. Essa criatividade, essencial para o viver saudável e enriquecedor para o indivíduo e para a sociedade, nada tem a ver com a criação artística. Ela é originária e universal, tem a ver com o gesto espontâneo e é da própria natureza humana. Ela está presente na forma através da qual o indivíduo se relaciona com o mundo, à sua própria maneira. Apesar disso, se o ambiente não der o suporte suficiente para essa conquista ela não se realizará e no seu lugar se estruturará o falso si-mesmo. Sem essa descoberta da criatividade originária, do verdadeiro e do falso si-mesmo, não é possível compreender os casos limítrofes.

2. Conceituação e características do caso *borderline*

A característica essencial desse tipo de caso é a de que ele se constitui em torno de um falso si-mesmo. Nas palavras de Winnicott (1959-1964/1983, p. 122): “O conceito de um falso si mesmo (como eu o chamo) não é difícil de entender. O falso si-mesmo se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção do si mesmo verdadeiro”. Mais adiante, no mesmo parágrafo, a *dependência* no paciente esquizoide, ou no caso *borderline*, é uma realidade marcante, acrescentando ainda um pouco mais adiante “[...] Sugiro que o “falso si-mesmo é um rótulo classificatório valioso, um que nos absolve de qualquer esforço diagnóstico adicional”. Ainda em suas palavras:

Pela expressão “caso fronteiro”, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua. (1969/1975, p. 122)

São afirmações que se complementam de forma complexa e não pretendo aqui aprofundar tal compreensão. No entanto, considero que, de uma certa forma, o que Winnicott nos explica no texto sobre “A criatividade e suas Origens” a respeito das pessoas introvertidas e extrovertidas pode nos servir como guia para a compreensão desses casos.

Diz ele:

Tanto as pessoas esquizoides como as extrovertidas que não podem entrar em contato com o sonho, sofrem a mesma insatisfação consigo mesmas. Esses dois grupos de pessoas nos procuram em busca de psicoterapia, no primeiro caso, para evitar o desperdício de suas vidas irrevogavelmente fora de contato com os fatos da vida e, no segundo caso, porque se sentem alheias ao sonho. Têm a sensação de que algo está errado, de que existe uma dissociação em suas personalidades, e precisam de auxílio no sentido de alcançar um status unitário, ou um estado de integração espaço-temporal onde existe um eu (si-mesmo), que contém tudo, ao invés de elementos dissociados colocados em compartimentos, ou dispersos e abandonados. (1971/1975, p. 98)

A partir desse texto, poderíamos compreender que o esquizoide, ali nomeado como introvertido, está preso ao mundo subjetivo, que ele busca proteger, para que ele não sofra com as invasões do ambiente. Sua forma de relação com o mundo é essencialmente subjetiva e a realidade para ele é uma afronta. Já o *borderline*, o extrovertido, de uma certa forma gruda no mundo objetivo, buscando atender, a sua maneira, tudo aquilo que ele imagina que o mundo espera dele, perdendo a possibilidade de viver pessoalmente suas experiências, porque ele não está lá, ele ainda não existe a partir de si-mesmo.

Aqueles de nós que já estiveram diante de pacientes explicitamente *borderlines*, ou esquizoides, sabem bem que não há como confundi-los. São exigentes, são agressivos, são extremamente demandantes e nos colocam inexoravelmente diante de uma relação pessoal. Não há como escapar, temos que estar ali pessoalmente implicados, vivamente presentes, de forma inescapável. Sendo que, além disso, passam desse tipo de relação para momentos de extremo desamparo, solidão e fragilidade. Quanto a esses não há como ter dúvidas. Porém, há outros casos diante dos quais esse diagnóstico é mais complexo, dado que algumas dessas características se apresentam, mas outras não. Por vezes parecem ser neuróticos, com um grau de rigidez dos sintomas mais intenso, demandando o diagnóstico de um falso si-mesmo, mas de outras, as coisas se complicam e se misturam, determinando um vai e vem em relação ao que se entender e ao que se fazer. Nada fácil!

3. Um caso como ilustração

A pessoa de quem quero falar é um desses casos, e por isso escolhi trazê-la para nossas reflexões. Ela não é de forma alguma um desses casos cujos sintomas se manifestam explicita e intensamente, exigindo de nós nas sessões mais do que tudo. Ela também não é claramente um caso de falso si-mesmo pronto e acabado, porque ao lado de uma submissão ao ambiente pode manifestar uma forma de ser que, através de seu lado sadio, colore sua vida e a dos outros

de uma forma bastante pessoal. Sua vida interna se manifesta, por exemplo, em sonhos extremamente ricos e capazes de realizar uma comunicação sempre útil para suas buscas de entendimento de si-mesma. Então, se assim o é, por que escolhi apresentá-la? Porque, ao lado do que poderíamos chamar de seu lado sadio, aparece uma forma de se relacionar consigo mesma e com o mundo que deixa clara sua questão de base: é como se o falso si-mesmo dessa minha paciente servisse de ponte entre o dentro e o fora, mas temendo que essa ponte pudesse ser apenas uma pinguela, ela precisava se ancorar numa rigidez defensiva que misturava controle e busca de perfeição. A rigidez da defesa se impunha.

Então, por ser justamente um desses casos de difícil diagnóstico, resolvi compartilhá-lo com vocês. Espero que o relato do caso, acrescido de um extrato de uma sessão, possa contribuir para uma reflexão mais esclarecedora.

Helena, como vou chamá-la, casada e com dois filhos já adolescentes, chega à análise por volta dos 40 anos. É uma mulher bonita, mas sobretudo muito bem cuidada. Sua presença faz pensar que cada coisa nela encontra-se cuidadosamente colocada no seu devido lugar. Além disso, ela tem uma forma de expressão que surpreende pela clareza das percepções de si mesma e dos outros, trazendo para a análise formulações altamente sofisticadas, precisas e belas, que me impactam. Essa era também a sua forma de ser e de se relacionar com o mundo. Além da riqueza de sua própria forma de ser, penso que ela tinha simultaneamente a necessidade de ser perfeita em tudo e com todos.

Ela transitava por um mundo de relações pessoais que demandavam essa espécie de controle. Ser perfeita em tudo não era uma possibilidade a ser alcançada, era um imperativo, uma necessidade vital que se manifestava fortemente no início de sua análise e assim o foi por alguns anos.

Nas sessões, durante bastante tempo, ela trazia angústias, intensamente expressas e ia aos poucos, a partir de pequenos assinalamentos que eu lhe fazia, formulando uma compreensão do que estava se passando, de forma que suas falas sempre ricas, interessantes, eram as definitivas a cada sessão. Ela precisava disso e era isso o que eu lhe concedia, eu a acompanhava com muito interesse.

Apesar de ser claro que havia nela essa necessidade que poderíamos diagnosticar como *borderline*, essa de se manter colada ao mundo objetivo buscando fazer tudo o que se esperava dela da melhor forma possível, Helena convivía desde o início com a possibilidade simultânea e paradoxal de ser si mesma, a partir de um colorido pessoal, que aparecia muitas vezes sob a forma de sonhos vívidos, complexos e enriquecedores, que a faziam sempre dar um passo além em sua busca por si mesma. Havia desde o início a busca desse entendimento profundo, o que

a fazia manter-se em análise e a cada sessão parecia acrescentar uma pequena dose dessa compreensão sempre alcançada por ela mesma. Paradoxalmente, de novo, suas falas pareciam ser a um só tempo uma forma de atender às expectativas que ela imaginava serem as minhas, essas das elaborações sofisticadas, bem como a afirmação de si mesma a cada passo, a cada sessão. Diagnóstico, portanto, nada simples para mim.

O fato é que a história de vida de Helena não lhe permitia ser de outra forma. Ela vinha de uma família pobre que teve que enfrentar a luta pela sobrevivência de forma significativa. Os pais pouco puderam se ocupar dela ou de suas irmãs. Dessa forma, ao sofrer um abuso sexual em idade muito precoce, fato emblemático de sua história, ela não teve com quem contar. Seus pais não se deram conta, ou não puderam entrar em contato com o que lhe acontecia. Ela viveu esse abuso numa situação de abandono e desamparo. Essa situação ilustra a forma através da qual ela teve que transitar pelo mundo. Só e desamparada. É esse o pano de fundo que faz com que ela construa, então, esse padrão rígido de defesa que a faz buscar de forma submissa corresponder o mais perfeitamente possível ao que imagina ser esperado dela. Ao longo de quase 9 anos de trabalho, essa rigidez pôde ganhar flexibilidade e ela alcançou novas formas de estar no mundo. Sua relação com marido, filhos e amigos ganhou maior leveza, maior flexibilidade e possibilidade de ter empatia e consideração pelo outro como outro, ao mesmo tempo em que se apossava mais de si mesma. A análise nessas condições, pôde ser modificada e passou a acontecer por demanda.

A sessão da qual quero contar um fragmento ocorreu há mais ou menos 2 anos, já nesse período de análise sob demanda, e a meu ver revela a possibilidade de mudança conquistada por essa mulher, apesar das dificuldades importantes impostas pela vida.

Naquele momento ela passou por uma cirurgia bastante invasiva que a fez viver novamente a sensação de estar habitando um corpo violentado. Nessa situação, ela conta uma experiência que a remete à percepção de estar de volta a seu padrão submisso, e isso desperta nela a sensação de estar entrando em colapso, de vivenciar uma angústia muito profunda. Conta que nesse momento chorou copiosamente por muito tempo. Ao relatar esse episódio na sessão, lembra do filme de Almodóvar, “A Pele que Habito”, associando sua experiência àquela do rapaz do filme. Eu que já estava a acompanhando nessa tristeza profunda, de se ver repetindo um padrão tão doloroso de defesa, quando ela faz essa associação entro em contato com a minha interpretação desse filme, que considero o único dele sem saída. Todos os filmes de Almodóvar são para mim mergulhos nas mais profundas e complexas dores e dificuldades humanas, mas todos eles são esperançosos. Esse não, esse é sem saída. É um jovem adulto que, vítima de um louco, vê seu corpo transformado e aprisionado no corpo de uma mulher. Sem saída. Resolvo

então dizer: você além de estar muito triste está se sentindo, nesse momento, desesperançada. Ela abaixa a cabeça chorando profundamente e com um gesto concorda com o que estou lhe dizendo. E chora copiosamente. Nesse momento eu, tomada do medo dessa desesperança, digo: mas esse é o único filme dele sem saída, todos os outros são esperançosos. Ela, então, levantando a cabeça, olha bem nos meus olhos e diz: *Eu não tenho nenhuma pressa de sair dessa tristeza, dessa vez eu quero ir fundo na minha dor porque eu quero encontrar outras formas de saída.* A falha da analista, repetindo a intrusão e levando-a, felizmente, a um bom momento de integração, embora muito sofrido, a ajudou.

Acho que essa experiência contundente condensa alguns pontos importantes daquilo que quis abordar aqui com vocês.

Referências

- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1968). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 121-132). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D.W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.