

# CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PSICANALÍTICA DE DONALD WINNICOTT PARA A COMPREENSÃO DE QUADROS *BORDERLINE* EM ADOLESCENTES

## Contributions of Donald Winnicott's psychoanalytic theory to the understanding of borderline pictures in adolescents<sup>1</sup>

JOANNA ARCARI ROMERO<sup>2</sup>

---

RESUMO: Winnicott apresentou uma vasta obra sobre pacientes regressivos. Por meio de uma pesquisa bibliográfica narrativa, averiguou-se suas principais contribuições teóricas e técnicas a respeito do quadro *borderline* em adolescentes. Entendeu-se que tal padecimento é decorrente de frequentes falhas ambientais nos tempos iniciais de vida. Por conta dessas falhas, o indivíduo constitui um falso *self* enquanto mecanismo de defesa. O verdadeiro *self* fica à espera de um ambiente confiável, no qual possa aos poucos emergir. Por meio de um manejo de *setting* diferenciado, o analista oferece uma provisão ambiental suficientemente boa ao paciente, e propicia a retomada de seu desenvolvimento emocional. Em um espaço potencial de criatividade, o analista deve sobreviver aos ataques do adolescente *borderline*. Com isso, o jovem pode vir a adquirir ganhos maturacionais consideráveis. Ademais, espera-se que ele possa experimentar cada vez menos sentimentos de vazio e de irrealidade, e sinta que a vida é digna de ser vivida.

PALAVRAS-CHAVE: Winnicott. *Borderline*. Adolescentes.

ABSTRACT: Winnicott presented a vast work on regressive patients. Through a narrative bibliographic research, its main theoretical and technical contributions regarding the borderline condition in adolescents were investigated. It was understood that such suffering is due to frequent environmental failures in the early stages of life. Because of these, the individual constitutes a false self as a defense mechanism. The true self is waiting for a trusted environment into which it can slowly emerge. Through a differentiated setting management, the analyst offers a sufficiently good environmental provision to the patient, and propitiates the resumption of his emotional development. In a potential space of creativity, the analyst

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da PUCRS (2022).

<sup>2</sup> Psicóloga. Sigmund Freud Associação Psicanalítica. E-mail: jo.arcari.romero@gmail.com.

must survive the attacks of the borderline teenager. With this, the young person can acquire considerable maturational gains. Furthermore, it is expected that he can experience less and less feelings of emptiness and unreality, and feel that life is worth living.

KEYWORDS: Winnicott. Borderline. Teenagers

## Introdução

A literatura psicanalítica demonstra cada vez mais interesse em estudar as organizações psíquicas de pacientes limitrofes ou *borderline*. Isso pode estar associado ao crescente número de pessoas com esse funcionamento nos consultórios de terapeutas e psicanalistas. Autores como Green (1988) já apontavam para uma clínica com um número considerável desses pacientes, quando comparado a períodos anteriores, em que a grande maioria dos casos era de pacientes neuróticos.

No livro *Borderline*, o psicanalista brasileiro Mauro Hegenberg (2021) salienta que esse aumento está ligado ao mal-estar de nossa cultura. A globalização e seus efeitos geram um “intenso desenraizamento do ser humano, nunca visto antes” (Hegenberg, 2021, p. 10). Soma-se a isso, segundo o autor, a solidão decorrente de mudanças na cultura, como a ruptura das famílias, o individualismo exacerbado, a estimulação de uma competição constante, entre outros aspectos que podem instaurar uma crise existencial em muitas pessoas. As mudanças são numerosas e não cessam de acontecer. Entretanto, o indivíduo *borderline* sente os efeitos de maneira mais elevada em comparação aos demais. Assim, Hegenberg explica que o *borderline* depende de um ambiente estável, ou seja, de locais nos quais se sinta acolhido. Porém, na cultura capitalista na qual estamos inseridos – em que as pessoas estão cada vez mais ocupadas e sem tempo, constantemente em busca de bens materiais para satisfazer a promessa de completude –, o psicanalista explica que o *borderline* tem dificuldades em encontrar tal acolhimento. Todos esses fatores mencionados estão diretamente ligados ao notável aumento de pacientes *borderline*.

Ao considerarmos a obra de Sigmund Freud, pai da psicanálise, nota-se que ele não fez referência ao termo *borderline* em nenhum de seus escritos. Entretanto, Green (1990/2017) percebe que o conhecido caso do Homem dos Lobos, por exemplo, poderia ser enquadrado como um “caso-limite” ou *borderline*. Todavia, é preciso lembrar que, naqueles anos em que Freud produziu seus escritos, ainda não havia clareza sobre tal conceito. O primeiro autor a utilizar o termo *borderline* foi Stern, psicanalista americano que em 1938 percebeu o crescimento no número de pacientes compreendidos como na fronteira entre neurose e psicose (Fulgencio, 2016). Stern (1938) postulou que esses pacientes possuíam características como um grau de imaturidade e insegurança mais elevados na transferência com o analista em relação ao neurótico, e que aspectos regressivos da personalidade apresentavam grande relevância no manejo da transferência.

Ressalta-se que o psiquiatra e psicanalista Otto Kernberg (1989) foi o primeiro a colocar o *borderline* enquanto uma “organização *borderline* de personali-

de”. De acordo com Kernberg, são três os critérios para tal diagnóstico: difusão da personalidade (a qual resulta em sentimentos crônicos de vazio e em percepções empobrecidas e confusas sobre os outros); mecanismo de defesa baseado na clivagem (tanto do *self* quanto dos objetos externos); e teste de realidade preservado (capacidade de diferir entre *self* e *não self*), o que não acontece com pacientes psicóticos, por exemplo.

Contemporaneamente aos psicanalistas supracitados, muitos outros autores estudaram e trabalharam com pacientes *borderline*, contudo, neste artigo, optou-se pela teoria de Donald Winnicott. O pediatra e psicanalista pouco se preocupou com as delimitações da psicopatologia, embora o termo *borderline* tenha aparecido algumas poucas vezes ao longo de sua obra (Hegenberg, 2021). Quando o utiliza, vincula-o à psicose e à esquizoidia, o que faz com que os três termos fiquem bastante próximos e confusos (Armony, 2013). Naffah Neto e Nahman Armony, grandes estudiosos da obra winnicottiana, referem que o autor não apresenta com clareza o lugar do *borderline* em seus escritos. Entretanto, Green (2011, p. 50) é categórico ao asseverar que “sem sombra de dúvida, Winnicott foi quem permitiu que se pudesse compreender essas categorias na fronteira da psicose”.

Por conta de utilizarmos, no presente estudo, a compreensão winnicottiana da organização psíquica em questão, será privilegiada a nomenclatura *borderline*, já que esta é a forma utilizada por grande parte dos estudiosos da obra do autor. Porém, podem ser encontrados diversos outros termos na literatura psicanalítica, dependendo de a quais autores ou escolas nos referimos. Pode-se deparar com denominações como paciente “fronteiriço”, “limitrofe”, “caso-limite”, “estado-limite”, entre outros. Figueiredo (2000) ressalta que em países como Estados Unidos e Inglaterra, usa-se predominantemente a expressão “personalidade ou paciente limite” ou ainda “condições-limite”, enquanto na França, por exemplo, a maioria adota o termo “estados-limite” ou “situações-limite”. Não há um consenso, mas, em geral, os termos são usados como sinônimos, apesar de haver algumas diferenças teóricas entre eles. Todavia, não se tem, neste artigo, a pretensão de aprofundar tal discussão.

Na atualidade, percebe-se uma preocupação por parte de analistas e terapeutas em relação ao grande número de adolescentes que os procuram com o diagnóstico ou o funcionamento *borderline*. Sabe-se que a adolescência é uma etapa do ciclo vital em que diversas mudanças ocorrem – físicas, psíquicas, emocionais e sociais –, as quais costumam ser motivo de grande angústia. É claro que, na maioria dos casos, esse sofrimento não é necessariamente patológico, mas em diversos outros, o “adolescer” e todas as suas demandas podem vir a instaurar ou evidenciar importantes padecimentos psíquicos no indivíduo.

A constituição da subjetividade depende de todo o percurso da pessoa, desde os primeiros momentos de vida até chegar à adolescência. Assim, o psiquismo do adolescente carrega, sem dúvidas, marcas do que foi experienciado em etapas anteriores de seu desenvolvimento (Ayub & Macedo, 2011). Dinâmicas

familiares com frequentes falhas parentais podem gerar padecimentos psíquicos tanto na infância quanto na adolescência (Ayub & Macedo, 2011). Pacientes *borderline*, por exemplo, normalmente não tiveram relações iniciais estáveis e confiáveis (Garcia & Gryner, 2014), o que pode gerar um intenso sofrimento, a ponto de ser, inclusive, da ordem do trauma e do patológico.

Sabe-se que a adolescência, por si só, pode exigir do terapeuta uma postura e técnicas diferenciadas, e quando somada ao funcionamento *borderline*, o trabalho do profissional tende a ser ainda mais árduo. Com isso, evidencia-se a importância de produzir conhecimento científico de modo a facilitar o trabalho e o manejo de terapeutas e analistas para com o público mencionado. Este artigo objetiva, portanto, a compreensão da origem da organização *borderline*, com base na teoria de Donald Winnicott. Ademais, pretende-se entender como esse funcionamento impacta a adolescência, e a partir disso, identificar e estudar quais técnicas winnicottianas sustentam o manejo clínico para tais atendimentos. Para atingir esses objetivos, optou-se pela pesquisa bibliográfica narrativa.

## **A origem da organização *borderline* na teoria winnicottiana**

Donald Winnicott apresenta uma ampla teoria sobre o desenvolvimento emocional ou amadurecimento do ser humano. É por meio dela que se pode compreender a origem das psicopatologias. Em sua obra, o autor versa sobre como o bebê progride, na melhor das hipóteses, de um ser imaturo e não integrado para um estado em que passa a diferenciar o eu do não eu, conquistando uma unidade do sujeito psicológico e sentindo-se como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros também enquanto pessoas inteiras (Fulgencio, 2016).

A teoria winnicottiana do desenvolvimento maturacional apresenta dois grandes fundamentos: a tendência inata à integração e uma provisão ambiental suficientemente boa. O que definiria a saúde ou a doença de um indivíduo, sob essa ótica, seria, sobretudo, o fato de o bebê ou a criança ter ou não experienciado um ambiente facilitador e cuidados iniciais adequados. Ao discorrer sobre o desenvolvimento emocional saudável, Winnicott (1958/2021a) afirma que há três processos que precisam ocorrer no bebê: 1) a integração; 2) a personalização; e 3) a apresentação do objeto.

Segundo o autor, no início da vida a personalidade do bebê ainda não está integrada, mas a tendência é que isso ocorra – tal processo começa imediatamente no início da vida. Porém, a teoria é enfática ao afirmar que isso acontece somente se o bebê puder contar com um ambiente facilitador. Isso significa ter um cuidador ou cuidadora que exerça a função de uma “mãe suficientemente boa”, ou seja, que se adapte às necessidades básicas e emocionais do bebê. Essa identificação da mãe com seu bebê, a qual Winnicott nomeia como *preocupação materna primária*, é compreendida por ele enquanto um estado de sensibilidade acentuada por parte da mesma. Nesse período em que o bebê vive

uma dependência absoluta do ambiente, a mãe é capaz de se comunicar e de atender as necessidades de seu filho ou filha de modo a não o decepcionar, ou seja, “sem exceder seu limite de tolerância de espera, de modo que o bebê vive a satisfação da sua necessidade como se adviesse de si mesmo” (Fulgencio, 2016, p. 33), dando-lhe a ilusão de onipotência.

Com o passar do tempo, a adaptação da mãe diminui, e o bebê passa, então, a experimentar frustrações graduais e necessárias ao seu desenvolvimento maturacional. Dessa forma, a mãe proporciona ao bebê “uma continuidade da existência, que se transforma num senso de existir, num senso de self e, finalmente, em autonomia” (Winnicott, 1986/2021b, p. 29). Cabe a ressalva de que quando nos referimos, neste trabalho, a “mãe”, leia-se toda e qualquer pessoa responsável pelos cuidados do bebê ou da criança.

O segundo processo pertencente ao amadurecimento maturacional do bebê, de acordo com Winnicott (1958/2021a), é a personalização. Refere-se ao sentimento de estar dentro do próprio corpo. Esse aspecto também decorre dos adequados cuidados corporais e ambientais do bebê. Por fim, se tudo ocorreu bem, tem-se o terceiro e último processo, a apresentação do objeto. Nessa etapa, o bebê começa a gradualmente sair da posição de onipotência, em que acredita que tudo o que ele necessita, ele mesmo produz instantaneamente. Agora, a partir de uma desadaptação gradual da mãe, ele percebe pouco a pouco que existe um eu e um não eu, dando-se conta de seu ambiente e tomando contato com o mundo a partir da apresentação de objetos por parte de sua mãe. A dependência do ambiente ou da mãe avança, então, de absoluta para uma dependência relativa.

Contudo, há indivíduos que não encontraram as condições necessárias para o seu desenvolvimento emocional, e esses costumam ser os casos considerados “difíceis” para os terapeutas e psicanalistas. Winnicott (1990) postula que a principal causa para um paciente ser considerado grave ou regressivo é ele não ter se desenvolvido em um ambiente inicial “suficientemente bom”. Isso significa que a função materna de *holding* não teria sido satisfatória, e, assim, a criança não teria amadurecido conforme o que foi supracitado nos três processos do desenvolvimento. Esclarece-se que o conceito de *holding* está relacionado à sustentação corporal e psíquica. Se essa função falha, o bebê fica à mercê dos efeitos psíquicos das invasões e ameaças externas, o que ocasiona interrupções na sua continuidade de ser. Pondera-se que não se trata de falhas ocasionais (e necessárias) nos cuidados do bebê ou da criança, e sim de situações frequentes, que se repetem ao longo do amadurecimento.

A teoria winnicottiana compreende a psicose, a tendência antissocial e os quadros *borderline* como distúrbios psíquicos ocasionados exatamente pelas falhas ambientais iniciais. As explicações teóricas específicas sobre a organização *borderline* de personalidade – perfil dos pacientes, defesas predominantes, tratamentos, etc. – não aparecem de maneira clara e organizada na obra do pediatra e psicanalista inglês, e tampouco são consenso entre os estudiosos de sua obra

(Salomone, 2009). O fato é que ele analisou um grande número de pacientes psicóticos e *borderline*, o que o levou a criar uma teoria consistente sobre tais quadros psíquicos. Segundo a visão de Winnicott (1969/2019b), os *borderline* são definidos como:

... o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira. (Winnicott, 1969/2019b, p. 143)

No texto “O uso de um objeto e a relação por meio de identificações”, Winnicott (1969/2019b) comenta que a esquizofrenia e os quadros *borderline* teriam a mesma origem, mas o que diferencia um do outro é o fato de que no primeiro a cisão da realidade seria total, enquanto no *borderline* seria subtotal, sendo essa última apresentada de diversas maneiras como, por exemplo, a cisão entre verdadeiro e falso *self* (Salomone, 2009). No tocante ao falso *self*, Winnicott utiliza tal conceito em dois sentidos: primeiramente, como algo saudável e necessário a todos os indivíduos sociais, e que diz respeito às adaptações e exigências de uma vida em sociedade; já o segundo sentido seria o de um *falso self* patológico (Neto, 2010). Este último se forma no início da vida, como sendo uma proteção contra as agonias impensáveis advindas de um ambiente instável, que não satisfaz as necessidades básicas do bebê e tampouco favorece o seu agir espontâneo.

Ao longo da vida, esse *falso self* ocasiona no indivíduo um sentimento de viver uma vida irreal, sem autenticidade e com sentimentos crônicos de futilidade e vazio devido à perda de contato com seu *self* verdadeiro. O *self* verdadeiro, por sua vez, diz respeito ao sentir-se real, ao agir com espontaneidade, reflexo de uma adaptação ambiental adequada às necessidades do bebê nos tempos iniciais de sua vida (Fulgencio, 2016). Assevera-se que, sob a perspectiva winnicottiana, o paciente *borderline* lança mão de defesas do tipo *falso self* para lidar com a angústia de aniquilação decorrente das falhas ambientais dos estágios iniciais de vida.

Compreende-se, a partir do que foi exposto, que no início de seu desenvolvimento, o indivíduo *borderline* viveu invasões e ameaças externas por parte do ambiente, que não se adaptou às suas necessidades físicas e emocionais de maneira suficientemente boa. A mãe ou cuidador não foi capaz de proporcionar o *holding*, de modo que não ofereceu uma sustentação corporal e psíquica adequada ao bebê. Tal experiência prejudicou seu processo de continuidade de ser a partir de si mesmo. Com isso, um *falso self* precisou emergir enquanto mecanismo de defesa de proteção do verdadeiro *self*, e esse *falso self* passou a ser o que opera na maior parte do tempo para lidar com a inadequação do ambiente. Isso faz com que o indivíduo sinta que vive uma vida sem sentido e com sentimentos frequentes de vazio. Assim, o verdadeiro *self* fica escondido, à espera de encontrar um ambiente facilitador e adequado para retomar o seu desenvolvimento emocional.

Na adolescência, em que mudanças de diferentes ordens ocorrem e demandam um intenso trabalho psíquico, o indivíduo já tende a apresentar sofrimentos e angústias importantes. Entretanto, adolescentes que chegam a essa etapa com condições ambientais insuficientes para o seu desenvolvimento emocional, como é o caso dos adolescentes *borderline*, podem se ver diante de um padecimento psíquico ainda maior.

## **Diferenciações entre a adolescência típica e a de adolescentes *borderline***

Winnicott produziu diversos escritos sobre a adolescência, suas tarefas e seus desafios. Evidencia-se, a seguir, algumas de suas principais ideias. Inicialmente, cabe dizer que a teoria winnicottiana propõe que a adolescência diz respeito ao crescimento físico e psíquico do sujeito. Para além disso, Winnicott (1969/2019b) postula que o adolescente vive uma “luta” caracterizada pela agressividade e pela necessidade de “assassinar” – simbolicamente – os pais, o que pode gerar um desamparo psíquico decorrente da angústia e da culpa por essas “mortes”. Tal situação implica uma desidealização e uma desidentificação das figuras parentais a fim de abrir espaço para novos objetos libidinais e para a sublimação, os quais proporcionam a entrada no universo adulto (Kupermann, 2007). Sob a perspectiva winnicottiana, também se ressalta que há um paradoxo vivido pelo adolescente: ao mesmo tempo em que necessita se rebelar, precisa de um ambiente que o acolha e o contenha dessa mesma rebelião (Kupermann, 2007).

Winnicott (1978) afirma ainda que o adolescente é essencialmente um ser isolado. Compreende-se que o isolamento do qual ele fala se dá por conta de o adolescente ainda não ter encontrado, na grande maioria das vezes, o seu lugar no mundo. Assim, trata-se de uma característica de quem está em um período de transição bastante importante: entre a infância, que já é passado, e a vida adulta, que ainda não chegou.

Por meio do que foi exposto, percebe-se que são diversos os desafios e impasses da adolescência, os quais podem ser experienciados com uma importante angústia e sofrimento. Tais sentimentos podem levar o adolescente a desenvolver condutas ou comportamentos considerados preocupantes. Winnicott (1978) assegura que o adolescente está em busca de suas verdades, e por isso não aceita falsas soluções, dadas por terceiros. Ele busca se sentir real por meio de experiências, muitas vezes vivenciadas por meio de passagens ao ato e comunicações com recursos típicos da adolescência: dramatizações, idealizações e comportamentos que denunciam um desamparo próprio do referido período vital. Tais passagens ao ato costumam ser comuns e frequentes na adolescência contemporânea. Nesses casos, o indivíduo é tomado por forças pulsionais que não consegue dominar, e então “passa do impulso diretamente à ação, sem

efetuar o trabalho psíquico de processamento” (Savietto & Cardoso, 2006, p. 37). Trata-se de respostas a um estado importante de desamparo, em que pulsões demasiadamente fortes ultrapassam todos os limites psíquicos de representação e ameaçam a integridade do sujeito.

Ademais, faz-se importante destacar, também, os atravessamentos sociais e seus respectivos impactos no processo de adolecer. Catroli (2011) propõe que falar apenas dos aspectos biológicos, sexuais e intrapsíquicos do adolescente faz com que a importância dos fatores sociais na constituição de sua subjetividade seja diminuída, o que seria um grande equívoco. Birman (2006) ressalta, inclusive, que os efeitos psíquicos da adolescência, somados às problemáticas sociais, podem, por vezes, gerar sérias consequências, como a adição ao álcool ou drogas, comportamentos delinquentes, ideias ou comportamentos suicidas, entre outros que podem ser entendidos também enquanto passagens ao ato.

Winnicott (1986/2021b) afirma que todo adolescente é imaturo. Por isso, entende-se que tais movimentos, em certa medida, são inerentes a esse período e costumam acontecer em situações em que ele ainda não dispõe de recursos internos para encontrar soluções mais saudáveis ou adequadas (Macedo, Fensterseifer & Werlang, 2004). À luz da perspectiva winnicottiana, esclarece-se, portanto, que a popularmente chamada “crise” da adolescência, marcada pelos aspectos supracitados, seria, até certo ponto, um indicativo de saúde. Assim, um tratamento não seria absolutamente necessário, mas, sim, um adulto ou cuidador que acompanhe, confronte e acolha o adolecer do jovem.

O fato é que, por conta de sua complexidade, a adolescência necessita de intervenções e olhares atentos (Gurski & Pereira, 2016). A partir disso, pode-se pensar que a sustentação ambiental ou parental é essencial nessa fase de vida para que o adolescente possa viver suas experiências, rebelar-se, afastar-se de suas figuras primordiais, procurar seus grupos, mas sabendo que, caso necessário, sua família estará disponível enquanto lugar seguro e de suporte. Se os cuidadores ou o ambiente falharem frequentemente com o jovem, a consequência tende a ser a vivência de um importante desamparo psíquico, podendo ser, inclusive, da ordem do trauma (Ayub & Macedo, 2011) e do patológico.

Salienta-se, ainda, que sob a perspectiva winnicottiana, a adolescência deve ser entendida por meio da teoria do amadurecimento emocional, previamente explorada. O bom desenvolvimento do adolescente estaria, assim, diretamente ligado à existência de um ambiente suficientemente bom nos estágios iniciais de sua vida (Outeiral, Hisata & Gabriades, 2001). Ainda assim, compreende-se que mesmo os adolescentes cujo amadurecimento se deu em um ambiente facilitador, junto de uma mãe suficientemente boa, podem apresentar dificuldades e ansiedades para atravessar essa etapa vital. Contudo, a criança cujo início de vida foi suficientemente bom tende a tolerar melhor os novos sentimentos e as turbulências próprias da adolescência (Dias, 2003). Isso ocorre porque o adolescente sente que pode confiar em seu meio para seguir seu amadurecimento emocional e seu processo de “vir a ser”.



Por sua vez, adolescentes que não dispuseram – e que, por vezes, ainda não possuem – essas mesmas condições, como é o caso dos *borderline*, são propensos a apresentar um sofrimento ainda mais importante por conta de sua fragilidade psíquica acentuada, em que são predominantes angústias primitivas e uma baixa tolerância a frustrações. A literatura tem apontado que famílias de adolescentes *borderline* costumam ter um funcionamento dinâmico *borderline* (Jordão & Ramires, 2010). Dessa forma, atuações são frequentes por parte dos familiares, por conta de uma falta de simbolização, além de encontrarem dificuldades no processo de separação-individação. Isso gera como consequência um ambiente não protetor, em que histórias de negligências, abusos e falta de afeto são comuns. Ademais, pontua-se que adolescentes *borderline* possuem uma representação de seus pais enquanto figuras pouco cuidadoras e altamente controladoras, o que resulta em uma noção de um *holding* falho ou não suficientemente bom (Jordão & Ramires, 2010).

Por conta de seu funcionamento psíquico e de cuidados ambientais insuficientes, somados aos aspectos e dificuldades próprias da adolescência, os jovens *borderline* tendem a fazer passagens ao ato ou se valer de comportamentos de risco de uma forma ainda mais frequente e intensa quando comparados aos demais adolescentes. Em decorrência disso, sabe-se que adolescentes *borderline*, quando em tratamento psicanalítico, necessitam de um olhar e de um manejo diferenciados, tema a ser explorado a seguir.

## **A perspectiva da clínica winnicottiana no tratamento de adolescentes *borderline***

Ao longo deste trabalho, enfatizou-se que Winnicott compreende as psicopatologias enquanto decorrentes de falhas ambientais nos estágios primários de vida. O autor não apresentou grandes contribuições sobre a etiologia das diferentes organizações psíquicas, mas se destacou por conta de sua teoria acerca do manejo do *setting* ou enquadre com pacientes regredidos psicicamente, como é o caso dos *borderline* (Junqueira & Junior, 2008).

Historicamente, a psicanálise é conhecida por se valer de interpretações do material inconsciente do analisando. Entretanto, sob a perspectiva winnicottiana, tais interpretações não fariam sentido quando utilizadas com pacientes *borderline*, já que o mais importante nesses casos seria o analista ou terapeuta promover um momento de regressão à dependência dentro da situação analítica (Winnicott, 1958/2021a). Essa regressão teria o objetivo de retomar o amadurecimento emocional no ponto em que foi paralisado pelas invasões e ameaças ambientais. Para o autor, uma interpretação fornecida antes do tempo seria o equivalente a uma mãe que interrompe o gesto espontâneo do bebê, favorecendo a submissão e o surgimento de um falso *self*. Em diversos momentos de sua obra, Winnicott comenta o quão importante foi ele aprender a guardar as

interpretações para si mesmo e, com isso, não interromper o desenvolvimento natural do paciente.

Sabe-se que o bebê nasce em um estado de não integração da personalidade, o que o coloca em uma posição de dependência absoluta do ambiente, avançando pouco a pouco para um estágio de dependência relativa, para, finalmente, se tudo correr bem, seguir rumo à independência. Normalmente, indivíduos *borderline* experienciaram frequentes falhas ambientais nos estágios iniciais de vida, em um período caracterizado por uma grande dependência ambiental. Quando Winnicott fala em regressão analítica no tratamento dos indivíduos em questão, propõe que o analista ou terapeuta ofereça condições ambientais adequadas para que o analisando possa regredir a tais períodos iniciais de seu desenvolvimento. Winnicott (1958/2021a) postula que com pacientes regredidos, o foco do analista deve ser o de suprir as necessidades de seu analisando. Dessa forma, a regressão se presta a fins terapêuticos de modo que o analista possa se adaptar às necessidades do paciente e corrigir uma provisão ambiental inadequada outrora vivenciada.

A teoria winnicottiana postula que um dos principais aspectos para que tal tratamento seja bem-sucedido é a necessidade de um *setting* diferenciado, mais flexível, o chamado “manejo do *setting*” (Neto, 2004). Tal *setting* implicaria um possível aumento no tempo de duração da sessão, a suspensão temporária de interpretações, a liberdade para o analisando andar pela sala etc. Dentro desse contexto, o *holding* do analista, ou seja, sua capacidade de sustentar as emoções do paciente, é essencial. Isso implica a provisão de um ambiente terapêutico confiável, previsível e protegido, no qual o paciente possa organizar-se e sentir-se amparado e reconhecido, dando espaço, assim, para que o seu verdadeiro *self* possa emergir pouco a pouco (Zanetti & Cianca, 2017).

Todavia, é sabido que manter o *holding* com analisandos *borderline* pode ser bastante trabalhoso – ainda mais quando se trata de adolescentes – por conta de comportamentos em que o paciente desafia o analista, solicita demandas inadequadas, vale-se de ataques verbais, condutas essas que podem despertar no analista sentimentos de ódio e reações negativas em relação a seu analisando (Neto, 2004). Tais situações podem ser tão mobilizadoras a ponto de o analista desejar abrir mão de seu *holding* ou até mesmo da análise do indivíduo. Entretanto, Winnicott (1975/2019a) assevera a importância de o analista não só sobreviver a tais circunstâncias, como também de não se defender ou revidar.

Outro ponto da teoria winnicottiana a ser destacado para um melhor manejo clínico de adolescentes *borderline* é a noção do uso do objeto. Winnicott (1975/2019a) acredita que para um processo de análise com um jovem ser considerado satisfatório, ela precisa atingir o estágio em que se possa usar o objeto ou o analista. Tal uso implica uma capacidade de o paciente enxergar os outros indivíduos – e o analista – enquanto uma pessoa real “no sentido de que faz parte de uma realidade compartilhada, e não de um conjunto de projeções” (Winnicott, 1975/2019a, p. 144). Segundo o pediatra e psicanalista, essa capacidade

faz parte do processo de desenvolvimento maturacional e também depende de um ambiente facilitador. Para o indivíduo conquistar esse estágio, o objeto a ser destruído, em fantasia, por ele – os pais ou o analista, por exemplo – precisa sobreviver a seus ataques. A partir dessa sobrevivência, então, o sujeito percebe o objeto enquanto externo, e não mais como fruto de suas projeções, e então passa a poder *usá-lo* (Winnicott, 1975/2019a).

Assevera-se, ainda, a importância de a psicoterapia ou análise de um adolescente *borderline* servir como espaço potencial de criatividade. Tal aspecto remete-nos ao conceito winnicottiano de fenômenos transicionais. Nos tempos iniciais de vida, sabe-se que o bebê se encontra fusionado à sua mãe ou cuidador, e a partir da adequada adaptação dela às necessidades do infante, esse último tem a ilusão de criar o seio no momento em que o necessita. Entretanto, com o passar do tempo, na melhor das hipóteses, ocorre uma desadaptação gradual da mãe às necessidades de seu bebê, e pouco a pouco o bebê passa a perceber o seio enquanto algo separado dele, portanto a mãe passa a ser sentida como uma pessoa “não eu”. Nessa etapa, a criança tende a adotar um objeto real e concreto “não eu”: trata-se do objeto transicional, a “primeira posse” da criança (Winnicott, 1975/2019a). Esse objeto estaria situado em uma área intermediária entre a realidade interna e a externa. O mesmo possui a função de suportar a ausência materna ao representá-la, o que ajudaria na separação da dupla. Esclarece-se que não é o objeto, em si, que é transicional: “o objeto representa a transição do bebê de um estado de fusão com a mãe para um estado de relação com a mãe como um ser externo e separado” (Winnicott, 1975/2019a, p. 35).

Ressalta-se que no período de transicionalidade surge a capacidade de brincar, que, sob a perspectiva winnicottiana, é uma forma de o sujeito encontrar a si mesmo. Segundo Winnicott (1975/2019a), é somente a partir do brincar que tanto a criança quanto o adulto podem ser criativos e exercer sua personalidade de maneira integral. Portanto, o viver de modo criativo seria o único caminho para o indivíduo descobrir o seu verdadeiro *self*. O brincar para o adolescente ou adulto se apresenta, por exemplo, por meio da escolha das palavras, nas mudanças no tom e acento de voz e, é claro, no senso de humor. No entanto, essa capacidade de brincar não é algo inato ou dado, pois depende das condições pessoais e ambientais de cada indivíduo. A partir de Winnicott, compreende-se que para o período da transicionalidade ocorrer é necessário que nas etapas anteriores de vida a mãe tenha se adaptado às necessidades do bebê, de modo que a criança tenha encontrado, a partir disso, condições de confiar em si mesmo e no mundo.

Com base nesse entendimento, percebe-se que o adolescente *borderline*, cujos cuidados ambientais não foram suficientemente bons, provavelmente não possui a capacidade de brincar, no sentido winnicottiano. Sob essa perspectiva, tal capacidade está relacionada à criatividade, mas para o autor essa não vem necessariamente de dentro do indivíduo, mas sim a partir do que acontece entre dois ou mais indivíduos no espaço transicional. Winnicott (1975/2019a) refere existir um “lugar”, um “viver” em nossas vidas, que não diz respeito ao mundo

interno psíquico e nem ao mundo externo, à realidade compartilhada, mas, sim, à “terceira área da existência” (Winnicott, 1975/2019a). Trata-se de uma “área intermediária de experimentação, constituída pela realidade interior e pela vida exterior” (Winnicott, 1975/2019a, p. 15). A psicoterapia ou análise poderia se encaixar nessa terceira área, pois, segundo o autor, o processo ocorre na intersecção entre duas áreas do brincar: a do paciente e a do analista. Trata-se de duas pessoas brincando juntas. O psicanalista inglês pontua que “o corolário disso é que, quando essa brincadeira não é possível, o trabalho consiste em retirar o paciente de um estado marcado pela incapacidade de brincar e trazê-lo para um estado em que consegue fazê-lo” (Winnicott, 1975/2019a, p. 69).

Entende-se, com isso, que a análise ou psicoterapia pode ser um espaço potencial em que, por meio de uma relação verdadeira e transformadora entre a dupla ali presente, o adolescente pode retomar seu desenvolvimento emocional e seu processo de continuar a ser. Fulgencio (2008) ressalta que, para que isso ocorra, o profissional necessitará ter uma presença efetiva e não propriamente técnica, até que chegue o momento em que o brincar seja possível ao paciente. Dessa maneira, o amadurecimento emocional ocorre não somente no *setting* terapêutico, mas também em outros espaços sociais e em outras relações. A partir desse processo vivido pela e entre a dupla paciente-terapeuta, espera-se que o viver criativo e, conseqüentemente, o verdadeiro *self* do paciente adolescente possa emergir, fazendo com que ele sinta, pouco a pouco, que vive uma vida real e digna de ser vivida.

## Considerações finais

Percebe-se que o pediatra e psicanalista Donald Winnicott teceu importantes contribuições sobre o funcionamento de indivíduos *borderline*, apesar de não ter apresentado clareza teórica sobre as especificidades do quadro. Ainda assim, ressalta-se que o autor não considera os transtornos mentais necessariamente enquanto doenças, mas sim como paralisações no desenvolvimento emocional do indivíduo. A partir de tal entendimento, o paciente *borderline* teria experienciado falhas ambientais nos estágios iniciais de vida, quando vivia uma dependência absoluta do ambiente. Naquele momento, seu desenvolvimento emocional foi interrompido. Supõe-se que em tal ambiente o gesto do cuidador predominou sobre o gesto espontâneo do bebê para além do suportável (Silva, 2021), favorecendo o surgimento de um falso *self*.

Sabe-se que a adolescência é uma etapa de vida em que demandas de diferentes ordens se apresentam: familiares, sociais, de pares, entre outras. Por conta disso, reflete-se que é um período em que o sujeito se vê, por vezes, abrindo mão de sua espontaneidade – e, conseqüentemente, de seu verdadeiro *self* – em prol de uma submissão às expectativas da sociedade e de terceiros. Isso significa que o contexto pode favorecer a constituição do falso *self*, e isso pode ser

ainda mais prejudicial para adolescentes *borderline*, que já tendem a operar por meio de um falso *self* patológico. À luz da teoria winnicottiana, compreende-se que o processo de psicoterapia ou análise pode ser entendido enquanto condição favorável para que o verdadeiro *self* do sujeito possa emergir.

Para isso, entende-se que o analista ou terapeuta deve oferecer um manejo de *setting* diferenciado com o adolescente *borderline*: mais flexível, sem tantas regras, e sem lançar mão das clássicas interpretações, como faria em um processo de análise tradicional com neuróticos. Ademais, é necessário oferecer um *holding* adequado a seu paciente, sem ser invasivo, sobrevivendo aos seus ataques e à sua agressividade de modo a não se retaliar, por mais difícil que isso seja. Dessa forma, a partir de um ambiente confiável e seguro, uma regressão do paciente à dependência absoluta faz-se possível. Assim, o analista trabalhará para suprir as necessidades emocionais do adolescente, oferecendo uma provisão ambiental suficientemente boa, condição não experienciada em seus tempos iniciais de vida, porém necessária para que o seu desenvolvimento maturacional possa ser retomado.

Considerando-se os tratamentos com adolescentes, cuja etapa do desenvolvimento é marcada pela necessidade de novos modelos identificatórios, que não só os de sua família, o analista parece ganhar ainda mais importância (Ayub & Macedo, 2011). Percebe-se que a análise ou psicoterapia acontece a partir de uma realidade compartilhada, em um espaço transicional com potencial criativo. Se a destruição do paciente para com o analista é acolhida e suportada por esse último, ganhos maturacionais e psíquicos tendem a ser conquistados pelo adolescente *borderline*. Espera-se que, a partir de tal experiência, o jovem possa aprender a brincar, no sentido winnicottiano, bem como a sentir-se enquanto pessoa inteira que se relaciona com outras pessoas inteiras. Ademais, trabalha-se com a expectativa de que o indivíduo possa, aos poucos, experimentar o sentimento de viver uma vida verdadeira e digna de ser vivida, com uma identidade própria, e não mais com tantos sentimentos de vazio existencial.

Salienta-se que em um país como o Brasil, onde uma grande parcela da população não tem as necessidades básicas garantidas, como saneamento, moradia, alimentação, escolaridade etc., falar em “mãe suficientemente boa”, que está sempre atenta às necessidades emocionais e físicas de seu bebê, pode parecer um tanto complexo. Reforça-se, assim, que os cuidadores que não se encontram em condições de prover os cuidados de suas crianças ou adolescentes muitas vezes não são devidamente assistidos pelo Estado ou são diretamente afetados pelas condições socioeconômicas desfavoráveis do país. Portanto, essas figuras parentais não devem ser integralmente culpabilizadas pela falta de recursos psíquicos, físicos ou sociais que culminam na impossibilidade de tomar conta de seus filhos e filhas. Sugere-se que essa perspectiva possa ser objeto de estudo de futuras pesquisas científicas à luz da psicanálise.

Finalmente, constata-se que o trabalho psicanalítico com adolescentes *borderline* apresenta importantes desafios. Entretanto, teorias como a de Donald

Winnicott podem oferecer um suporte teórico e clínico bastante consistentes. As contribuições do autor ainda são altamente valorizadas, estudadas e disseminadas nos círculos e instituições psicanalíticas e universitárias, o que comprova a consistência e a relevância de sua obra na atualidade.

## Referências

- Armony, N. (2013). *O homem transicional: para além do neurótico & borderline*. São Paulo: Zagodoni.
- Ayub, R. C. P., & Macedo, M. M. K. (2011). A clínica psicanalítica com adolescentes: especificidades de um encontro analítico. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 31(3), 582-601. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300011>
- Birman, J. (2006). Tatuando o desamparo. In M. R. Cardoso (Org.), *Adolescentes* (pp. 25-43). São Paulo: Escuta.
- Catrolí, V. S. do C. (2011). *Anonimato de vida e de morte: contemporaneidade e laço social na adolescência*. Recuperado em 4 de maio de 2022 de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16939>
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Figueiredo, L. C. (2000). O caso-limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, ano 3(2), 61-87.
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 123-136. Recuperado em 19 de junho de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2008000100013&lng=pt&t&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100013&lng=pt&t&lng=pt)
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Garcia, C. A., & Gryner, J. (2014). A capacidade simbólica dos pacientes borderline: prejuízos no espaço potencial. *Cadernos de Psicanálise*, 33(30), 233-257.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2011). The bifurcation of contemporary psychoanalysis: Lacan and Winnicott. In L. A. Kirshner (Org.), *Between Winnicott and Lacan: a clinical engagement* (pp. 29-50). London: Routledge.
- Green, A. (2017). *A loucura privada: a psicanálise dos casos-limite..* São Paulo: Editora Escuta. (Trabalho original publicado em 1990)
- Gurski, R., & Pereira, M. R. (2016). A experiência e o tempo na passagem da adolescência contemporânea. *Psicologia USP*, 27(3), 429-440. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-656420150005>
- Hegenberg, M. (2021). *Borderline*. Belo Horizonte: Artesã.
- Jordão, A. B., & Ramires, V. R. (2010). Vínculos afetivos de adolescentes *borderline* e seus pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online], 26(1), 89-98. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100011>.
- Junqueira, C., & Junior, N. C. (2008). Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. *Tempo psicanalítico*, 40(1), 137-157.

- Kernberg, O. (1989). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kupermann, D. (2007). Sobre o final da análise com crianças e adolescentes. *Estilos da Clínica*, 12(23), 182-197. Recuperado em 4 de junho de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282007000200013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000200013&lng=pt&tlng=pt)
- Macedo, M. M., Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. (2004). Adolescência: um tempo de ressignificações. In M. M. K. Macedo (Org.), *Adolescência e psicanálise: interseções possíveis* (pp. 65-83). Porto Alegre: Edipucrs.
- Neto, A. N. (2010). Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza humana*, 12(2), 1-18. Recuperado em 14 de abril de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302010000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200004&lng=pt&tlng=pt)
- Neto, F. O. (2004). Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirios e psicóticos). *Natureza humana*, 6(2), 307-335. Recuperado em 14 de abril de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302004000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000200006&lng=pt&tlng=pt)
- Outeiral, J., Hisata, S., & Gabriades, R. (2001). *Winnicott: seminários paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Salomone, V. P. D. (2009). Contribuições de D. W. Winnicott para o estudo do distúrbio *borderline* e suas implicações clínicas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 3 de outubro de 2021, de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15897>
- Savietto, B. B., & Cardoso, M. R. (2006). Adolescência: ato e atualidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 6(1), 15-43. Recuperado em 3 de outubro de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100003&lng=pt&tlng=pt)
- Silva, L. S. (2021). Personagens falsos-selves no teatro transicional e a clínica psicanalítica contemporânea. *Estudos de Psicanálise*, (55), 205-211. Recuperado em 8 de junho de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372021000100019&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372021000100019&lng=pt&tlng=pt)
- Stern, A. (1938). *Borderline group of neuroses*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Winnicott, D. W. (1978). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2019a). *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1975)
- Winnicott, D. W. (2019b). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 141-153). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (2021a). *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2021b). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1986)
- Zanetti, S. A., & Cianca, G. M. (2017). Contribuições da psicanálise winnicottiana à clínica com adolescentes fronteirios: estudo de um caso. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 294-304. Recuperado em 4 de maio de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202017000200013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200013&lng=pt&tlng=pt)