

A fragilidade oculta sob a armadura: a relação entre transtornos narcisistas e organizações falso self¹

The hidden fragility under the armor: the relation between narcissistic disorders and false self organizations

Karina Recktenvald²

Resumo: O presente trabalho objetiva discorrer sobre a gênese dos transtornos narcisistas, enfocando, especialmente, o ambiente e as relações entre os indivíduos e, conseqüentemente, descrever também o processo de desenvolvimento humano inicial. Busca-se, ainda, averiguar a possibilidade de classificar tais distúrbios na categoria diagnóstica de organizações falso *self* proposta por Winnicott. Para tanto, são utilizados, como base, conceitos desse autor. Visando a ilustrar a teoria, é apresentado o caso clínico de um adulto, cujo diagnóstico nosológico é de Transtorno de Personalidade Narcisista, acompanhado de algumas articulações teórico-clínicas. O estudo conclui, sugerindo ser possível compreender tais casos como organizações falso *self*, além de enfatizar a importância de ter noções de desenvolvimento humano e de como o indivíduo estabelece seus relacionamentos.

Palavras-chave: transtorno de personalidade narcisista; falso *self*; desenvolvimento emocional primitivo; intersubjetividade.

Abstract: The present paper objective is to expatiate about the genesis of narcissistic disorders, focusing specially on the environment and the relationships amongst individuals, and consequently, describe the process of initial human development. Also, seek to ascertain the possibility to classify such disorders in the diagnostic category of false self organizations proposed by Winnicott, whose concepts serve as the base for this paper. To better illustrate the theory, is presented the clinical case of an adult, whose nosological diagnosis is of Narcissistic Personality Disorder, followed by some theoretical-clinical articulations. The study concludes, suggesting to be possible to understand such cases as false self organizations and going beyond to emphasize the importance of having notion of the human development and how an individual establishes relationships.

Keywords: narcissistic personality disorder; false self; primitive emotional development; intersubjectivity.

¹ Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Idade Adulta sob orientação do Prof. Dr. Roberto Barberena Graña.

² Psicóloga, Especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância, Adolescência e Idade Adulta. Endereço para correspondência: Av. Iguazu, 119/504, Bairro Petrópolis, Porto Alegre/RS CEP 90470-430. Telefone: (51) 91513986. E-mail: karinareck@gmail.com.

Introdução

Como é bem sabido, a situação analítica consiste em nos aliarmos com o ego da pessoa em tratamento, a fim de submeter partes de seu id que não estão controladas, o que equivale a dizer, incluí-las na síntese de seu ego. [...] O ego, se com ele quisermos poder efetuar um pacto desse tipo, deve ser um ego normal. [...] O ego anormal, inútil para nossos fins, infelizmente não é ficção. (Freud, 1937/1996, p. 251).

Nessa passagem, percebe-se uma lacuna teórica e técnica deixada por Freud: o que fazer com pacientes que possuem falhas egóicas? Dedicar-se à proposição de respostas para tal indagação foi o objetivo de alguns autores, entre os quais, aqueles que discorreram sobre questões relativas ao narcisismo e às patologias narcísicas.

Apesar de ser frequente o uso desses termos em textos psicanalíticos, ainda prevalece uma considerável pluralidade acerca de seu significado – como atestam autores como Pulver (in Stolorow; Lachman, 1983), Green (1988), Kernberg (1988) e Hornstein (2005). Em 1914, por exemplo, Freud (1996) descreveu, em um único artigo, três usos³ para a palavra em questão. Na sequência, outros autores apresentaram novas ideias, mas ainda há o que ser debatido, considerando os quadros clínicos atuais. Há quem afirme, por exemplo, que pacientes que sofrem de distúrbios narcisistas não se beneficiam da Psicanálise, como assinala Kernberg (1988). Seriam os pacientes que não “servem” à técnica ou é a técnica inadequada a eles?

Há, também, autores que pouco referem o papel do outro nesses casos, até porque não haveria razão para considerá-lo quando pressupõe-se que tais pacientes mostram “muito pouca necessidade de um objeto” – como afirmou Freud (1917/1996, p. 418). Por vezes, parece tão enraizada a concepção de narcisismo enquanto investimento libidinal no ego – em oposição ao investimento no objeto (Freud, 1914/1996) – que aparenta ser incoerente pensar no papel do outro, já que o investimento maior está no próprio sujeito. Em oposição a esse modo de compreensão, Kohut (1988a, p. 14), por exemplo, entende ser um equívoco considerar que o narcisismo deve ser excluído quando se observa a presença de relações objetais, visto que “algumas das mais intensas experiências narcísicas relacionam-se a objetos”. Stolorow e Lachman (1983, p. 28) – assim como Bleichmar (2005) –

³ São eles: uma etapa do desenvolvimento humano (situada entre o auto-erotismo e a capacidade de amor objetal), uma forma de relação (escolha objetal narcísica) e, ainda, uma descrição do ponto de vista econômico, na qual o narcisismo seria um investimento libidinal no ego.

complementam: “uma relação objetal intensamente vivenciada pode servir a uma função essencialmente narcísica”, portanto, influencia o equilíbrio narcisista.

A diversidade teórica acerca do narcisismo acompanha, logicamente, a multiplicidade de manifestações clínicas abarcadas sob o termo em questão. Não há como compreender a psicodinâmica dos pacientes sem considerar o narcisismo em seus aspectos saudáveis e patológicos.

O presente estudo objetiva contribuir nesse sentido, isto é, explorar os percalços que ocorrem ao longo do desenvolvimento e que podem conduzir à formação de patologias narcisistas, enfocando, justamente, o aspecto relacional, interacionista, ou seja, a influência das pessoas significativas na vida do indivíduo. O principal autor que norteia esse artigo é Winnicott. Para tanto, o método de pesquisa empregado é o estudo de caso⁴ único de cunho explanatório (Yin, 2010). Almeja-se, assim, detalhar questões relevantes acerca das patologias narcísicas, objetivando ampliar conhecimentos que possam facilitar o trabalho clínico com tais pacientes. Isso parece válido, pois o reconhecimento de que alguns desses pacientes melhoram com o tratamento analítico “demonstra que os esforços por aperfeiçoar nossos conhecimentos acerca do manejo técnico e o prognóstico destes casos, estão plenamente justificados”⁵ (Kernberg, 1988, p. 218).

Transtornos Narcisistas e Falso Self: há uma relação possível?

Necessidade de ser admirado e amado, vida emocional superficial, dificuldade de empatia, tendência a explorar os outros nos relacionamentos, grandiosidade e adaptação social superficialmente adequada são algumas das características tradicionalmente descritas como sendo de pessoas com personalidades narcisistas. Nesses casos, a patologia centra-se na “auto-apreciação”, ligada a dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Kernberg, 1988, p. 30). Para Hornstein (2005, p. 180-181), as “incontáveis ‘patologias narcisistas’” podem ser agrupadas sob a forma de quatro quadros clínicos: quando as dificuldades maiores dizem respeito à “identidade”, quando “o valor do eu” é que está em questão, quando há uma

⁴ O caso apresentado é de um paciente cujo diagnóstico nosológico é o de Transtorno de Personalidade Narcisista (American Psychiatric Association, 2002).

⁵ Tradução livre realizada pela autora.

confusão entre objeto real e fantasiado e, ainda, “a clínica do vazio”, ou seja, a não formação ou a perda de determinadas funções do ego. O diagnóstico nosológico de Transtorno de Personalidade Narcisista, descrito no DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002), aponta características semelhantes às assinaladas pelos psicanalistas.

A partir da descrição do quadro clínico, passa-se ao questionamento central deste artigo: que fatores contribuíram para a formação de tal organização de personalidade? O que aconteceu ao longo da vida do indivíduo que culminou num transtorno narcisista?

Freud (1914/1996, 1917/1996, 1931/1996) não parece ter se detido, especialmente, nessa questão. Já Kernberg (1988, p. 31), por exemplo, propõe que o controle, a altivez e a grandiosidade sejam mecanismos de defesa frente a “traços paranóides vinculados à projeção de sua raiva oral”, ou seja, enfoca fatores intrapsíquicos. Winnicott (2000, p. 380) afirma que se podem elaborar “teorias sobre o desenvolvimento dos instintos e concordar” com “que o ambiente seja deixado de lado, mas não é possível fazê-lo quando se trata de formular hipóteses sobre o desenvolvimento do ego inicial” – o qual fracassou, em alguns aspectos, nos casos de indivíduos com organizações narcisistas. Assim sendo, uma porção significativa da resposta para a referida inquietação deve ser procurada na história de vida do indivíduo e na sua inter-relação com seus cuidadores e não apenas no seu interior e em fatores hereditários. Passa-se, então, à busca das origens dessa patologia ou, melhor, das “feridas”, pois “os narcisistas são pessoas feridas – de fato, carentes do ponto de vista do narcisismo” (Green, 1988, p. 17).

Dentre os psicanalistas, Ferenczi (1927/2003) foi um dos pioneiros a descrever a criança inserida em uma família, a examinar o aspecto relacional (intersubjetivo). Winnicott – inspirado nele⁶ – desenvolve uma teoria cujo foco está no indivíduo e no ambiente ao seu entorno. Kohut (1988a, 1988b, 1988c, 1989) também dedica-se ao tema, inclusive, associa, enfaticamente, os distúrbios narcísicos a falhas empáticas dos cuidadores. Green (1988, p. 17) estabelece ligação semelhante ao explicitar que, nesses casos, a sensação de desapontamento causada pelos pais foi tamanha que questiona-se: “que objetos lhes resta amar senão eles mesmos?”.

As maneiras de classificar e compreender tais patologias variam, mas parece haver um consenso: a característica principal dos indivíduos que apresentam esse transtorno são falhas

⁶ A influência de Ferenczi na obra de Winnicott é descrita por Graña (2007).

na estruturação do *self*. Kohut (1988a, 1988b, p. 24), por exemplo, crê que o ponto central “dos distúrbios narcísicos da personalidade” são as “falhas, adquiridas na infância, na estrutura psicológica do *self*”, acompanhadas de “formações de estruturas secundárias, também estabelecidas no começo da infância, que estão relacionadas com a falha primária”. A fonte primordial do incômodo desses pacientes é sua impossibilidade psíquica de equilibrar a autoestima, de sustentá-la em níveis saudáveis.

A ligação entre o pensamento de Winnicott e as patologias narcisistas não foi nomeada com tamanha clareza como o fez Kohut, por exemplo. Provavelmente, foi esse o motivo que levou Green (1988) a concluir que Winnicott pouco dedicou-se ao narcisismo. Percorrendo a obra desse autor, percebe-se que o termo narcisismo é realmente infrequente, o que não significa que seja irrelevante, tanto que a primeira etapa do desenvolvimento – denominada de *dependência absoluta* – é apresentada como um sinônimo do conceito freudiano de narcisismo primário (Winnicott, 2000). Observa-se a constante preocupação de Winnicott com o bem-estar dos indivíduos, ou seja, com o narcisismo sadio. Um olhar mais atento é capaz de identificar referências, também, acerca dos aspectos patológicos do narcisismo, basta considerar as novas formas de classificação psicopatológica propostas por ele. Em um texto dedicado à questão diagnóstica encontra-se uma breve, porém, extremamente importante, passagem que constitui o alicerce central do presente artigo:

[...] o narcisismo nas condições clínicas é visto com novo enfoque. É como se, olhando a doença narcisística, o clínico estivesse sujeito a ser iludido com o ambiente absorvido ou internalizado, e a tomar este (a menos que bem preparado) pelo indivíduo real, que de fato está oculto e é secretamente amado e cuidado pelo *self* dentro do *self*. É este indivíduo de verdade que está oculto. (Winnicott, 1983, p. 116-117).

Identifica-se, assim, a conexão estabelecida pelo autor entre seu conceito de *falso self* e as ditas patologias narcísicas. Essa relação não foi encontrada em outros escritos do autor, nem mesmo em seu artigo clássico dedicado ao tema: “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” (Winnicott, 1983).

Winnicott (1983, p. 131) declara que “o diagnóstico de falsa personalidade” tem mais relevância “do que o diagnóstico do paciente de acordo com as classificações psiquiátricas vigentes”. Isso porque – sem o conhecimento da existência dessa personalidade *como se* – o terapeuta poderia se equivocar facilmente e compreender o paciente apenas baseado no que

vê, muitas vezes, um êxito profissional, um indivíduo inteligente – máscaras protetoras de um sofrimento oculto. O diagnóstico de *falso self* é, para ele, bastante valoroso.

As origens da formação dessa casca protetora – *falso self* – remontam aos primórdios do desenvolvimento humano e, sendo assim, envolvem, necessariamente, a relação mãe-bebê. As ideias de Winnicott (1983, 2000) implicam uma mãe que, na saúde, é capaz de mergulhar em um estado especial – *preocupação materna primária* – que a permite compreender as necessidades de seu bebê e adaptar-se ativamente a ele. Sendo assim, ela possui meios de auxiliar seu filho a *continuar sendo* (*continuity of being*), ou seja, prosseguir desenvolvendo-se sem ter que *reagir às intrusões* (*impingement*) – o que poderá culminar na formação de um senso de *self*, de sentir-se real (Winnicott, 1990, 2000). Isso significa que ela procurará exercer as tarefas cabíveis a um *ambiente suficientemente bom*: proporcionar sustentação, manejo e, por fim, apresentar o objeto ao bebê (Winnicott, Shepherd; Davis, 1994). Além disso, apoiá-lo-á nos processos de *integração* (aglutinamento das experiências vividas por ele), *personalização* (movimento através do qual a psique passa a habitar o soma, provocando “o sentimento de estar dentro do próprio corpo”) e *realização*, isto é, “apreciação do tempo e do espaço e de outros aspectos da realidade” ou, ainda, “tomada de consciência de que a coisa ou fenômeno em questão não é produzido pela imaginação do sujeito” (Winnicott, 1983, 2000, p. 222-225).

O aspecto central para o transcorrer de um desenvolvimento emocional primitivo saudável pode ser resumido na oposição *ser x reagir* – bastante discutida por Winnicott (2000, p. 267). A ideia é que o ser conduzirá à formação de um indivíduo saudável, enquanto o reagir às intrusões ambientais causará dificuldades. O infante “perturbado por uma imposição que o faz reagir é empurrado para fora do estado de ‘ser’. [...] Ao reagir, o bebê não está ‘sendo’”. Cabe à mãe suficientemente boa apresentar o mundo ao seu bebê em doses toleráveis por ele e, assim, protegê-lo da necessidade de reagir. Mas como fazê-lo?

A fim de esclarecer tal aspecto, Winnicott (2000, p. 318) introduz dois de seus mais disseminados conceitos: *objetos e fenômenos transicionais*. Para que a apresentação do mundo externo ocorra de forma a não interromper o *continuar a ser*, é preciso que o processo seja feito dentro da área de onipotência do infante, dentro de uma “área intermediária entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido”. A partir de sua capacidade de identificar-se com seu bebê, a *mãe suficientemente boa* apresenta o seio, por exemplo, no momento em que

este estava sendo alucinado pelo infante e, assim, possibilita-o a ilusão de ter sido o criador do mesmo. Diz Winnicott (2000, p. 327): “a onipotência é quase um fato da experiência”. Ocorre, portanto, uma sobreposição entre o que a mãe apresenta (*objeto real*) e o que o infante consegue imaginar (*objeto subjetivo*). Gradualmente, essas pequenas doses de realidade externa (externa apenas na percepção materna) serão registradas pelo infante e farão parte das alucinações posteriores, até que ele esteja em condições de considerar tais fragmentos como uma criação própria ou como um objeto provindo do mundo externo. A riqueza de tal conexão entre a dupla mãe-bebê é sua capacidade de compartilharem uma experiência.

Tendo esse passo inicial transcorrido de modo suficientemente bom, a mãe poderá começar a falhar gradativamente⁷ – necessidade de um *cuidado negativo* ou *negligência ativa* – sendo que o infante terá condições para lidar com isso (Winnicott, 1983, 2000, p. 326). Através de sua crescente capacidade de compreensão, do “uso de satisfações auto-eróticas” e com o apoio da “memória” – que auxilia a entender “que as frustrações têm um limite de tempo” – o infante será capaz de beneficiar-se das falhas maternas. Além disso, sua recente habilidade de comunicar-se, através de sinais rudimentares, colaborará com o processo, assim como o surgimento dos *objetos e fenômenos transicionais*. Dessa forma, ele prosseguirá amadurecendo de modo suficientemente bom.

Kohut (1988a, 1988b, 1988c, 1989) é outro autor que se dedica a discorrer sobre o relacionamento inicial entre cuidador e bebê. Para ele, existem três necessidades básicas universais que devem ser satisfeitas pelo *selfobjeto* (objeto investido com libido narcísica, experimentado como pertencente ao *self*). A primeira delas é a necessidade de ser aceito, valorizado e espelhado pelo *selfobjeto especular*, o qual deve, portanto, confirmar o exibicionismo, a grandiosidade e a perfeição do sujeito. Outra necessidade básica é de segurança, obtida através da fusão com um objeto idealizado e onipotente, cuja função é proporcionar proteção e segurança – incumbência do *selfobjeto idealizado*. Por fim, há a necessidade de semelhança essencial, de sentir-se pertencente a um grupo, que precisa ser atendida pelo *selfobjeto gemelar* ou *alter-ego*.

⁷ Tal desadaptação – que ocorre, idealmente, durante o estágio de dependência relativa – é fundamental, afinal, a criança precisa estabelecer um crescente contato com a realidade externa, separar-se da mãe e constituir-se individualmente (Winnicott, 1983).

Respostas empáticas dos *selfobjetos*, no sentido de saciar as necessidades supracitadas, permitem o estabelecimento de uma fusão inicial adequada entre eles e a criança. Caso isso ocorra, posteriormente, a criança lucrará com as falhas ideais que passarão a ser infligidas pelos *selfobjetos*. Motivada por tais fracassos, ela poderá construir dentro de si estruturas psíquicas responsáveis por manter o equilíbrio – função antes desempenhada pelos *selfobjetos*. Tal “processo de formação da estrutura” é denominado de “internalização transmutadora” e culmina no surgimento de um *self* coeso (Kohut, 1988a, p. 54, 1988b).

E quando o ambiente inicial não é satisfatório? Segundo Winnicott (1983), as consequências são variadas e uma delas é a formação de um *falso self* patológico – quadro clínico que abarca as patologias narcísicas. As falhas maternas levam à necessidade de reagir, o que, por sua vez, convoca a mente a agir prematuramente.

Conforme Winnicott (1983, p. 127), devem-se buscar os primórdios do *falso self* no modo como a mãe responde aos gestos espontâneos – provenientes do *self verdadeiro* – de seu filho: acolhe-os ou substitui-os por seus próprios gestos? A realidade externa, apresentada pela mãe, conseguirá ser abarcada na área de onipotência do infante? Caso a resposta para tais questões seja negativa, ocorre um “colapso original”. A fim de defender-se deste, o ego do bebê – ainda rudimentar – organizará a construção de um *falso self*, afinal, a angústia perante a possibilidade de que o *verdadeiro self* seja explorado, comprimido, coagido – logo, aniquilado – é impensável. A sobrevivência da criança é garantida, porém, às custas de um modo falso de viver. O *falso self* passa a responder às demandas ambientais, aos seus fracassos de adaptação, enquanto o *self verdadeiro* encontra-se oculto, protegido no centro, circunscrito pela casca. Em síntese, o bebê adota tal defesa para proteger-se, por exemplo, daquela mãe que não reflete em seu rosto a imagem de seu filho – papel materno de espelho (Winnicott, 1975). Por esse motivo, Green (1994, p. 117) afirma que as organizações “como se” estão mais a serviço do “narcisismo do objeto” do que do “narcisismo do *self*”.

A formação do *falso self* é variável, podendo ser saudável⁸ ou patológica. Nos casos extremos, perde-se o contato com o *self verdadeiro*, conseqüentemente, com a possibilidade de sentir-se real, com a espontaneidade e a criatividade. Identifica-se uma capacidade reduzida “para o uso de símbolos”, bem como “uma pobreza de vida cultural. Ao invés de

⁸ Winnicott (1983, p. 136-137) ilustra a existência de um *falso self* saudável através do “Tá” que as crianças pequenas costumam dizer. Trata-se de possuir bons modos, socialmente falando.

objetivos culturais, observam-se” uma “extrema inquietação”, acompanhada de “uma incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa, de modo que a vida toda do indivíduo pode ficar cheia de reações a essas ilusões” (Winnicott, 1983, p. 137).

As características de pessoas que sofrem de distúrbios narcísicos, citadas no começo do presente artigo, podem, agora, ser melhor compreendidas à luz das ideias de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional primitivo. Observar-se-á que tais traços de personalidade correspondem a fracassos nos processos iniciais de *personalização, integração e realização*.

Sabe-se que o infante necessita encontrar meios de proteger-se das falhas maternas que não puderam ser absorvidas dentro de sua área de onipotência e, muitas vezes, eis a solução encontrada: “o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo” (Winnicott, 1983, 2000, p. 336). Com isso, uma “hiperatividade do funcionamento mental” passa a predominar, o infante tenta, por exemplo, prever o comportamento ou o humor materno usando seu intelecto. As intrusões excessivas são, então, “catalogadas” pela mente – formam uma espécie de banco de dados, não circulam enquanto experiência do *psicossoma* (Winnicott, 2000, p. 337). É interessante tentar relacionar esse ponto com a descrição do discurso dos pacientes com distúrbios narcísicos – nomeado de “narrativo-recitativo” por Green (1988, p. 72-73). Trata-se de um discurso fechado e coeso, que só almeja “ser reconhecido como tal, em si mesmo, prevenindo qualquer desconexão possível e visando à manutenção de sua forma”. Na clínica, perante esse discurso, o terapeuta sente-se “frente a um filme, do qual só pode ser o espectador”.

Uma das consequências desse modo defensivo é certa dissociação entre a *psique*⁹ – que foi desviada de seu caminho pela *mente* – e o *soma*, atrapalhando, portanto, o processo de *personalização*. A mente, então, se torna o local do *falso self*. A referida hiperatividade do pensamento esclarece o fato de indivíduos com uma organização *falso self*, geralmente, possuírem uma capacidade intelectual acima da média e destacarem-se por isso (Winnicott, 1983).

⁹ Definida por Winnicott (2000, p. 333) como “elaboração imaginária (*imaginative*) dos elementos, sentimentos e funções somáticas”.

A dificuldade de relacionamento com o outro é uma característica marcante dos indivíduos em questão, sendo que as origens de tais complicações remontam a fracassos nos processos iniciais de *integração* e *realização*, isto é, no modo de perceber o outro, na capacidade de diferenciar eu e não-eu, fantasia e realidade, mundo subjetivo e objetivo. Inicialmente, as pequenas doses do mundo apresentadas pela mãe são assimiladas na área de onipotência do bebê, como se fossem suas criações (*objetos subjetivamente concebidos*). Mas, gradualmente, pequenas frustrações passam a ser provocadas pela mãe (*cuidado negativo*) e levam o infante a compreender que nem sempre basta imaginar para o desejo se concretizar, logo, nem tudo está sob seu controle, há um mundo não-eu, com uma existência separada. A experiência de atacar a mãe, por exemplo, e ver que ela sobreviveu – repetida diversas vezes – contribui para a descoberta da realidade externa (Winnicott, 2000, 2002)¹⁰. Conclui-se que o reconhecimento de tal realidade depende de frustrações – em níveis toleráveis. São elas que tornam “os objetos reais, ou seja, tanto odiados quanto amados” (Winnicott, 1983, 2000, p. 327). Entretanto, tudo isso só ocorre se a mãe for suficientemente boa e puder sobreviver ao *amor impiedoso* (*ruthless love*) de seu bebê – forma de relacionamento objetal inicial (Winnicott, 2000). Justamente nesse aspecto, o ambiente fracassou nos indivíduos com organizações narcisistas.

Ao longo de sua obra, Winnicott (1983, p. 72) utiliza as expressões *mãe-objeto* e *mãe-ambiente* a fim de ilustrar a anintegração inicial do infante. A primeira delas designa a mãe do momento instintivo, por exemplo, quando o bebê está com fome; é aquela capaz de saciar as “necessidades urgentes” do bebê. Já a *mãe-ambiente* é a responsável por evitar “o imprevisto”, prover “o cuidado de sustar” e o “manejo global”. É ela que recebe o carinho do infante. Ambas, inicialmente, são percebidas pelo bebê como duas mães diferentes, até que ele consiga integrá-las e perceber que se trata de uma única mãe – graças aos ataques instintivos sofridos pela *mãe-objeto*, seguidos do aparecimento tranquilizador da *mãe-ambiente*. Para uma integração saudável, é imprescindível que a *mãe-ambiente* sobreviva e que siga disponível para receber os gestos espontâneos, e, mais tarde, restitutivos, de seu bebê. A aquisição de tal integração marca a transição do estágio de *dependência absoluta* para

¹⁰ O autor (1982, p. 69) exemplifica através de uma situação cotidiana: “se o bebê chora num acesso de raiva e sente como se tivesse destruído o mundo inteiro, mas, em sua volta, as pessoas mantêm-se calmas e ilesas, essa experiência” fortifica “sua capacidade de apreender que o que ele acha ser verdadeiro não é necessariamente real, que a fantasia e o fato concreto [...] são distintos”.

o de *dependência relativa* (ou, se quiser, do narcisismo primário para o narcisismo secundário).

Winnicott (2000) utiliza-se do conceito kleiniano de *posição depressiva* para dirigir-se à integração em questão, que tanta relevância tem em sua teoria, e declara ser possível que indivíduos esquizóides não a atinjam solidamente. Acredita-se que o mesmo ocorra com pessoas portadoras de distúrbios narcisistas – ambas patologias englobadas pelo autor na categoria de personalidades *como se*. Para Winnicott (1983), o que ocorre nesses casos é uma espécie de cisão: uma parte do infante relacionar-se-á com o mundo externo (*objetivo*) através do *falso self* e a outra com *objetos subjetivos*. Crê-se que a dificuldade de reconhecer a condição de outro e de vê-lo como realmente é explica, em grande parte, o modo como esses indivíduos vinculam-se e relacionam-se.

É importante salientar que “o processo de aceitação da realidade jamais se completa”, mas pode-se pensar que, nos sujeitos foco do presente artigo, essa questão é ainda mais acentuada (Winnicott, 2000, p. 329). A referida integração entre *mãe-ambiente* e *mãe-objeto* não atinge um patamar suficientemente bom, o que interfere negativamente na capacidade de estabelecer relações. Referente ao relacionamento do que é percebido objetivamente e subjetivamente, diz o autor: “não haverá saúde para o indivíduo cuja mãe não lhe proporcionou um ponto de partida adequado” (p. 327).

Outra consequência das falhas de integração é a falta de consideração e de empatia com o outro, afinal, como seria possível preocupar-se com alguém que não é percebido objetivamente de modo pleno? Winnicott (1983, p. 74) afirma claramente que a capacidade de consideração advém do complexo processo de união entre *mãe-ambiente* e *mãe-objeto*. Evidencia a ligação entre integração e consideração ao declarar que o *estágio de consideração*¹¹ – descrito por ele – aproxima-se da ideia de *posição depressiva* de Klein. A dinâmica dá-se do seguinte modo: o infante ataca a *mãe-objeto* que sobrevive, o que é indicado pela aparição da *mãe-ambiente* na sequência e, assim, percebe que isso deve-se a uma capacidade dela e não a um desejo dele. Em resposta, a mãe não retalia, mantém-se ao lado do infante e ainda oferece-lhe a possibilidade de reparar o ataque. É assim que o bebê passa a percebê-la como não-eu e a importar-se com as consequências de seus atos, pois já

¹¹ O termo original utilizado por Winnicott é “concern”, inicialmente, traduzido para o português como “preocupação” e, posteriormente, pelo neologismo “concernimento”. Graña (2007) sugere que a palavra “consideração” é mais adequada, na maioria dos casos.

entende que ataca e ama a mesma pessoa – origem da consideração e do sentimento de culpa. É em nome dessa consideração com o outro que os valores morais (familiares e sociais) são transmitidos e até mesmo respeitados naturalmente, sem que precisem ser impostos. Falhas “da mãe-objeto em sobreviver ou da mãe-ambiente em prover oportunidades consistentes para reparação” conduzem “a uma perda da capacidade de se preocupar e a sua substituição por ansiedade e defesas cruas tais como *splitting* e *desintegração*”.

Na teoria de Kohut (1988c), falhas empáticas por parte do *selfobjeto* prejudicam a formação de um *self* coeso, podendo acarretar a formação de distúrbios narcísicos da personalidade. Devido a tais déficits, a função de sustentação do *self* permanece, em grande parte, como atribuição dos *selfobjetos* (os *objetos subjetivos* não confrontados de Winnicott), que ainda precisam permitir a fusão, aprovar, espelhar e saciar a necessidade de semelhança essencial. Frustrações frente a respostas indesejadas dos *selfobjetos* poderão gerar *raiva narcísica* – é despertada sempre por danos causados ao *self*.

Bleichmar (1985, 2005, p. 45-46) detalha certos aspectos dos relacionamentos desses indivíduos. Afirma que alguns objetos (pessoas e coisas) cumprem a função de “possessões narcisistas do ego”, ou seja, os sucessos e fracassos dos mesmos recairão “sobre a representação de sujeito”. Há, portanto, indícios de indiscriminação eu/outro. Existe, também, “o objeto da atividade narcisista”, uma espécie de instrumento através do qual a pessoa pode realizar “uma função dotada de valor narcisista”, por exemplo, a profissão. Sua ausência conduz a um desequilíbrio intenso: depressão, irritabilidade ou, ainda, sensação de estar entediado.

Na visão de Winnicott (1983, p. 127, 1990, 2000), se a análise for conduzida de modo suficientemente bom, o paciente poderá regredir, intensamente, à dependência e reviver o *colapso originário*, isto é, descongelá-lo. Trata-se da oportunidade de ter uma nova chance. Esse é um momento delicado da análise, visto que o paciente teme a proximidade do *colapso*, porém, “o colapso que é temido já aconteceu”¹². A organização *falso self* pode ser modificada quando o conteúdo do colapso primário aparece na análise dentro da área de onipotência do paciente¹³, justamente, o que não foi feito adequadamente durante os períodos de *dependência*

¹² Cabe explicitar que a palavra “colapso” designa “o fracasso de uma organização” defensiva (Winnicott, 1994, p. 71).

¹³ Se o analista tiver esse cuidado, pensa-se que as preocupações de Kernberg (1988) e Rosenfeld (1988) sobre o temor desses pacientes de reconhecer sua dependência e a alteridade do analista poderão ser dizimadas.

absoluta e relativa. Para tanto, é preciso revivê-lo, pois esta é a única forma de recordá-lo. O ambiente proporcionado pelo analista permite que o paciente volte a confiar e entregue-se aos cuidados do mesmo, e tudo isso é feito sem que o paciente reconheça os esforços de seu analista. Aqui, a *regressão à dependência* indica uma esperança e um passo rumo à cura. Há, portanto, uma visão positiva acerca da ideia de regressão, ao contrário do caráter negativo que o conceito costuma assumir na Psicanálise. Geralmente, é preciso saber esperar um longo tempo até que o paciente sinta-se seguro a ponto de regredir. O analista precisará permanecer no lugar de um *objeto subjetivo*, ideia com a qual Green (1988, p. 72) concorda, pois entende que tais indivíduos pedem que o objeto seja unicamente “o que ele consente em atribuir como estatuto”. Para Kohut (1989), há momentos, durante a análise, em que o paciente tolerará apenas a disponibilidade do analista de permanecer atento e silencioso. O analista deve, ainda, estar ciente de que, nessas situações, o manejo ambiental é mais importante do que a interpretação do analista e sua sobrevivência é imprescindível. Nesses casos, Winnicott (1983, p. 139) julga necessário reconhecer a “não-existência do paciente” e cuidar para não interpretar, mas sim aguardar que o analisando descubra respostas por si só, apoiado em sua capacidade criativa. Killungmo (1989) propõe que, com esses pacientes, a meta não é desvendar o inconsciente ou fazer uma descoberta, mas, sim, “assistir o ego experienciar significados em si mesmo” e “sentir que alguma coisa tem qualidade de existir (ser)”.

Kohut (1988a, 1988b, p. 140, 1989) também vê, na análise, a possibilidade de buscar uma maior coesão do *self* desses pacientes. Novas “tentativas de formação de estruturas” – as primeiras foram frustradas na infância – surgem a partir de “transferências *self*-objetais”. Através delas, o paciente buscará ser aprovado, valorizado e aplaudido (*transferência especular*), fundir-se com um objeto idealizado (*transferência idealizadora*) e sentir-se semelhante a ele (*transferência alter-ego* ou *gemelar*). A meta da psicoterapia é, em síntese, promover uma “reabilitação funcional” (Kohut, 1988b, p. 115).

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e senti-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento. (Winnicott, 1975, p. 161).

Discussão Teórico-Clínica

Apresenta-se o caso de um paciente denominado Aquiles: um herói que parecia imbatível, protegido por uma armadura invisível. Tal proteção impedia que seu interior fosse atingido por fatores externos. Entretanto, nessa poderosa armadura havia um ponto frágil, o qual, se tocado, poderia provocar o rompimento de toda estrutura defensiva. Somente assim, entretanto, seria viável uma aproximação com o conteúdo que, até então, estava escondido. Passa-se, agora, à narração dessa história...

Aquiles é um homem de, aproximadamente, trinta e cinco anos, casado e pai de uma filha. Trabalha como advogado em uma empresa que presta assessoria nas áreas de direito e administração. O que mais o gratifica em sua função é a possibilidade de propor soluções para os problemas dos clientes.

Ele busca psicoterapia devido a uma exigência de sua esposa: caso não iniciasse o tratamento, ela divorciar-se-ia. Essa era sua motivação inicial, a qual reitera em cada sessão. No discurso de Aquiles, repetem-se afirmações como: “eu não preciso de terapia porque são as pessoas que não me entendem! Eu sou muito mais equilibrado que todo mundo da minha família e lá do meu trabalho!”. Declara: “vou vir aqui só pra ela parar de me incomodar!”.

A sensação descrita por Aquiles como causadora de mais desconforto é a de ser mal interpretado pelas pessoas. Queixa-se de ser acusado de “arrogante”, enquanto sua única intenção é ajudar o próximo. Nas sessões, explica: “as pessoas fazem errado porque ao invés de se aproximarem de mim pra aproveitar o meu potencial, pra aprender comigo – já que eu tenho muita experiência e posso ensinar muita coisa – elas se afastam porque me veem como uma ameaça, já que sei muito mais do que elas. O que elas não entendem é que, se eu digo o que penso, é só pra ajudar, porque eu quero o bem delas!”.

Seu discurso soa com um tom exibicionista, o qual provoca, na terapeuta, a sensação de estar assistindo a uma palestra. A ela, cabe apenas o papel de espectadora. Pode-se imaginar que impressão semelhante é despertada em quem o cerca, o que explica as frequentes reclamações de ser rotulado como “narcisista”.

Aquiles costuma queixar-se de todos ao seu entorno, tanto dos familiares, quanto dos seus colegas de trabalho. Narra, frequentemente, suas conquistas profissionais. O herói dessa história escreve letras de músicas – as quais sonha que sejam compradas por gravadoras.

Conta suas epopéias, por exemplo, que é escolhido em quase todas as seleções profissionais de que participa; que é capaz de ministrar aulas melhor do que os professores doutores do local onde faz mestrado e que apresenta ideias mais eficientes do que as dos seus colegas de trabalho.

Paradoxalmente, ao ouvir os relatos de tantas conquistas heróicas, a sensação contratransferencial da terapeuta não é de completude ou de alegria, mas, sim, de superficialidade, de falta, de ausência afetiva. Os êxitos não são contados com empolgação, assemelham-se a uma fria narração com leve matiz de ressentimento. A sensação de distanciamento afetivo é presença constante ao longo dos atendimentos.

Logo no início da psicoterapia, percebe-se que os principais traços de personalidades narcisistas, apontados por Kernberg (1988), podem ser identificados em Aquiles. A necessidade de ser amado e admirado evidencia-se, por exemplo, nos ensinamentos que o paciente pretende transmitir. Ilustra-se a grandiosidade a partir de afirmações como: “todas as minhas ideias são aprovadas pelo meu chefe”. Por fim, cita-se a superficialidade – sentida intensamente na contratransferência –, a dificuldade de empatia e, ainda, a adaptação social aparentemente adequada, afinal, o paciente tem uma família e um bom emprego.

O distanciamento afetivo e a superficialidade – características marcantes do paciente – apontam a presença do que é chamado de organização *false self* por Winnicott (1983). O autor propõe uma nova forma de classificação psiquiátrica e conclui que os distúrbios narcísicos fazem parte das personalidades *como se*. O caso de Aquiles ilustra claramente tal ideia.

O herói da presente história nasceu numa pequena cidade do interior de Santa Catarina. Recorda-se que o relacionamento entre seus pais era “conflituoso”. Sua mãe teve dois filhos de um primeiro casamento e, ainda jovem, ficou viúva. “Ela deveria ser mal vista lá onde eu nasci porque era mãe solteira, mas, mesmo assim, meu pai aceitou casar com ela”. Apesar de pouco referir tal tema, evidencia-se que ele imagina que o pai fez uma espécie de favor casando-se com sua mãe. Os sentimentos do casal parental são desconhecidos e/ou desconsiderados por Aquiles – seria esse um primeiro indício do seu distanciamento afetivo? O paciente não entende o porquê da união matrimonial entre seus pais. “Desse assunto eu não sei muito porque o pai ficava pouco tempo em casa, viajava muito, e eles quase não conversavam”. É o primogênito de uma prole de três filhos.

Ainda criança, a família mudou-se para uma cidade do interior do Rio Grande do Sul devido a compromissos profissionais do pai. A partir daí, ele ficou ainda mais distante dos filhos e da esposa, conforme conta Aquiles. O paciente faz questão de dizer que teve “uma infância feliz”, entretanto, logo na sequência, descreve a casa em que morava como “muito escura e fria, bah, era gelada mesmo! Tinham umas frestas por onde entrava um vento gelado no inverno”. Além disso, define a mãe como uma pessoa “triste” e diz que o pai tinha casos extraconjugais. Narra tudo isso como se fossem acontecimentos irrelevantes, ou seja, sem a presença de afetos correspondentes. Durante as sessões, sempre que interrogado sobre sua história de vida, o paciente fornece poucas informações, alegando que “sobre esse assunto a gente não precisa falar porque foi tudo bem. Não tive nenhum trauma na infância e nem na adolescência”.

Conforme Aquiles, sua família costumava atravessar sérias dificuldades financeiras, tanto que sua mãe passou a trabalhar fora para complementar a renda e, com isso, as crianças passaram a ficar sozinhas em casa durante o dia inteiro: “a gente ficava andando solto por aí. [...] Fome eu não passei, mas a gente tinha uma vida simples. O dinheiro era apertado e mal dava pra pagar todas as contas”. A situação poderia ter melhorado quando seu pai conseguiu um emprego mais rentável, entretanto, “ele gastava todo o dinheiro com as amantes em festas e com bebidas”. Ao ser questionado acerca de seus sentimentos, respondia: “não sentia nada. Era assim e pronto”. Com os irmãos, Aquiles mantinha um bom relacionamento, apesar de algumas brigas. Quando tinha dez anos, seu pai afastou-se da família e assumiu um novo relacionamento. Já na idade adulta, uma das irmãs de Aquiles apresentou um quadro de dependência química e a caçula, um de surtos psicóticos, os quais são controlados, até hoje, através de medicações.

Como uma criança é capaz de lidar com a tristeza materna, um lar gélido e sombrio, com um pai distante e, posteriormente, morto? Que recursos ela possui? Que tipo de investimento recebeu? Aqui, é possível indagar: “que” objeto lhe “resta amar senão” a si própria, como sugeriu Green (1988, p. 17)? Quais foram as “feridas” narcísicas sofridas por Aquiles?

Perante o diagnóstico de transtorno narcisista e a história do sobrevivente Aquiles, não há como ignorar as ideias de Kohut e Winnicott sobre a influência do meio ambiente na

formação do indivíduo. Conforme Kohut (1988a, 1988b), a causa dos distúrbios em questão são falhas na estruturação do *self* ocorridas na infância. E a que se devem tais fracassos?

Para Winnicott (1983, 2000), uma mãe saudável é capaz de desenvolver uma *preocupação materna primária* que lhe permite compreender as demandas de seu bebê, isto é, conectar-se profundamente com ele. Fracassos em tal ligação, dificultam os processos de *integração, personalização e realização*, logo, a formação do senso de *self* do indivíduo (Winnicott, 1983, 1990, 2000). Isso porque, caso a mãe não seja suficientemente boa, falhará em proteger seu bebê – no sentido de preservá-lo das intrusões ambientais – e em exercer as funções de *sustentar, manejar (handling) e apresentar o objeto* em doses suportáveis pelo infante, dentro de sua área de onipotência.

A mãe de Aquiles conseguiu atingir o estado de *preocupação materna primária* ou sua tristeza impediu-a? Ela foi capaz de cumprir seu *papel de espelho*, de apresentar o mundo em gotículas e falhar apenas quando seu bebê estivesse preparado? (Winnicott, 1975). Na atualidade, o relacionamento entre o paciente e sua mãe, talvez, possa responder esse ponto: “tem semanas que nem telefone pra ela. Quando nos falamos, às vezes, consigo conversar com ela por, no máximo, dez minutos. Mais do que isso não dá, não aguento porque ela reclama demais, reclama de tudo! Isso me incomoda”.

Os relatos de Aquiles sugerem que os fracassos maternos – *cuidado negativo* ou *negligência ativa* – não ocorreram no momento adequado, mas, sim, antes do paciente estar apto a lidar com eles. Aquiles parece ter sido obrigado a *reagir*, ao invés de poder, simplesmente, *ser* (Winnicott, 1983, 2000).

Pode-se imaginar que outras falhas também ocorreram, por exemplo, a não satisfação, de modo adequado, das três necessidades básicas universais – especialmente, a de ser aceito, valorizado e espelhado – descritas por Kohut (1988a, 1988b, 1988c, 1989). Nas sessões, o paciente aparenta buscar, constantemente, a confirmação do seu exibicionismo, grandiosidade e perfeição, sentimentos de segurança e proteção e, ainda, a sensação de pertencência a um grupo, afinal, não se sente bem recebido em grupo algum. O paciente não reconhece, mas persegue tais objetivos dentro e fora do setting terapêutico. Para o autor, a formação de um *self* coeso depende da satisfação das referidas necessidades básicas, bem como da fusão entre o infante e sua mãe. Somente assim, será capaz de regular seu equilíbrio psíquico sem depender excessivamente do suporte do outro. É justamente essa a origem primordial do

desconforto de pacientes com transtornos narcísicos: “sua impossibilidade psíquica de equilibrar a autoestima, de sustentá-la em níveis saudáveis” (Kohut 1988a, 1988b, p. 24).

A situação de desencontro entre Aquiles e sua mãe culminou num *colapso original*, isto é, provocou “o fracasso” da “organização” defensiva (Winnicott, 1983, 2000; Winnicott et al., 1994, p. 71). E como o heróico personagem dessa história lidou com tal *colapso*, já que não estava preparado para suportá-lo? Construiu uma armadura para proteger-se! Segundo Winnicott (1983), as angústias diante da possibilidade de que o *verdadeiro self* seja tocado são tamanhas que obrigam o infante a defender-se das intrusões ambientais, mesmo que às custas da perda da sensação de sentir-se real.

“Eu cresci sozinho, solto por aí”, explica Aquiles. Tal afirmação indica que precisou cuidar de si, enquanto que o ideal seria que o ambiente o fizesse¹⁴. Sua mãe, possivelmente deprimida – representada por uma casa fria e escura – não parece ter sido capaz de desempenhar suas funções suficientemente bem. A mente do paciente, portanto, foi convocada a agir e, assim, ergueu-se um *falso self* patológico. Trata-se de uma tentativa de predizer as condutas maternas, através da compreensão intelectual, a fim de proteger-se. Essa hiperatividade do pensamento explica a inteligência, por vezes acima da média, característica desses pacientes (Winnicott, 1983). A mente do infante passa a *catalogar* as *intrusões* ambientais, compondo uma espécie de banco de dados que não circulam enquanto experiência do *psicossoma* (Winnicott, 2000). Esse mero armazenamento de informações, desacompanhado de afetos, é perceptível nas declarações de Aquiles, que apresenta, habilmente, dados estatísticos, por exemplo, com assuntos relacionados ao seu cotidiano profissional. Por ser uma catalogação, não há espaço para mudanças, para uma visão inovadora dos dados. Nada pode ser feito com tais informações. Estas devem, apenas, ser aceitas. É como Aquiles diz: “é assim e pronto”. Trata-se de um discurso “narrativo-recitativo”, pois é coeso e fechado (Green, 1988, p. 72-73). Objetiva, apenas, “ser reconhecido como tal, em si mesmo, prevenindo qualquer desconexão possível e visando à manutenção de sua forma”. Para o autor, na situação psicoterápica, frente a tais enunciados, o terapeuta sente-se como se fosse o espectador de um filme. Aquiles, após ouvir um

¹⁴ Diz Winnicott (1983; 2000, p. 336): “o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma, enquanto na saúde é o ambiente que se encarrega de fazê-lo”.

questionamento da terapeuta diz, por exemplo: “essa tua pergunta tu guarda pra depois. Já te respondo ela, é pra não interromper o meu raciocínio”.

O *falso self* patológico provoca certa dissociação entre a *psique* e o *soma*, a qual interfere negativamente no processo de *personalização* (Winnicott, 1983). Causa, também, sensações de superficialidade – as quais são sentidas contratransferencialmente pela terapeuta em todos os atendimentos de Aquiles. Em momento algum, o paciente queixa-se de sentir-se irreal ou fútil, entretanto, sua armadura parece tão impenetrável, intocável, que, talvez, nem ele próprio tenha contato com seu *self verdadeiro*¹⁵. Nem mesmo nos raros momentos em que chora, transmite a sensação de estar inteiro, de conseguir sentir o afeto correspondente às lágrimas que derrama.

Assinala-se que a diminuição da espontaneidade, da criatividade e da capacidade de utilizar “símbolos” são outras consequências das organizações *falso self* apontadas por Winnicott (1983). Certa vez, o paciente trouxe, para a sessão, um caderno com textos escritos por ele, os quais gostaria que fossem transformados em músicas. Evidencia-se, novamente, a ausência de emoções. Não parecem uma produção criativa, apenas um aglomerado de palavras frias.

Nas personalidades *como se* há, também, um quadro de “extrema inquietação”, dificuldade de concentrar-se e “uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa”, sendo que “a vida toda do indivíduo pode ficar cheia de reações a essas ilusões” (Winnicott, 1983, p. 137). Aquiles descreve-se como alguém que não gosta de ficar parado e, por vezes, relata dificuldade de concentração. E quanto às ilusões¹⁶, que distorcem a realidade? Não seriam elas a razão de tantos desentendimentos familiares e profissionais? Pode ser que a causa da constante sensação do paciente de não ser compreendido corretamente pelos demais origine-se nas ilusões a partir das quais calca seu viver – é um excelente pai e marido e o melhor funcionário da empresa, do qual todos tem inveja, graças ao seu vasto conhecimento e experiência. Essa é uma visão real ou fantasiada de mundo?

Acredita-se que grande parte das dificuldades dos pacientes com distúrbios narcisistas devem-se à inabilidade dos mesmos de reconhecer o outro e de identificar as diferenças entre realidade e fantasia, portanto, a oposição entre objetos percebidos *subjetivamente* e

¹⁵ Winnicott (1983) declara que, em graus severos, isso é realmente possível.

¹⁶ Winnicott, aqui, refere-se ao conceito clássico de ilusão utilizado pela psiquiatria tradicional.

objetivamente é um aspecto central a ser analisado nesses casos. Hornstein (2005, p. 180) destaca – além de falhas na “identidade”, de valoração do eu e o vazio – justamente as confusões na distinção entre objetos reais e fantasiados. Para Winnicott (1983), na infância desses indivíduos, acontece uma espécie de cisão: uma parte do bebê relacionar-se-á com o mundo externo (*objetivo*) através do *falso self* e a outra com *objetos subjetivos*. Como foi descrito anteriormente, o relacionamento entre mãe e bebê é fundamental para que este adquira a capacidade de perceber objetivamente os objetos, de ter a consciência de que existe um mundo não-eu e reconhecer sua alteridade e legitimidade e, como descreveu-se, esses momentos iniciais não transcorreram de forma suficientemente boa na vida de Aquiles (Winnicott, 1983, 2000).

Muitas queixas do paciente referem-se ao comportamento das pessoas: irrita-se quando o outro não faz o que ele quer ou não pensa da mesma forma que ele. Ainda não completou plenamente a transição do mundo *subjetivamente* concebido para o *objetivamente* percebido – parece estar congelado nesse período do desenvolvimento. Tal aspecto pode ser evidenciado em suas sessões, nas quais percebe-se que, muitas vezes, a terapeuta é vista como um objeto subjetivo, tanto que Aquiles não tolera que ela se manifeste, pois isso a colocaria fora da sua área de onipotência. Nos primeiros atendimentos, quando a terapeuta tentava questioná-lo sobre algo, Aquiles não parava de falar, não permitia sua entrada. Num segundo momento, deixava-a perguntar, mas não a escutava, seguindo sua frase exatamente do ponto em que havia parado: “como eu estava dizendo...”. A fim de ilustrar a necessidade do paciente de manter a terapeuta como *objeto subjetivo*, apresenta-se uma vinheta clínica: “essa tua mania de dizer ahã pra tudo que eu digo me irrita! Eu sei que tu só está sendo educada, que tu quer dizer que está entendendo, mas isso me irrita. Para de dizer ahã!”. Qualquer interferência da terapeuta, por menor que seja, é mal recebida pelo paciente, possivelmente, porque obriga-o a vê-la como alguém separado, um objeto que sinaliza a presença de um mundo externo, da realidade. A complexidade dessa descoberta é atestada na seguinte afirmação de Winnicott (2000, p. 329): “o processo de aceitação da realidade jamais se completa”.

Como afirma Green (1988, p. 72), os pacientes em questão solicitam que o objeto seja exclusivamente o que eles consentem “em atribuir como estatuto”. Kohut (1989) complementa: em certas situações, o paciente suportará unicamente a disponibilidade do terapeuta de manter-se atento e silencioso. Ao longo dos atendimentos, é essa a postura da

terapeuta, que permanece em silêncio, manifestando-se somente quando convocada por Aquiles, isto é, nos breves momentos em que ele é capaz de perceber sua real presença como ilustra a vinheta:

Paciente – O nosso processo [psicoterapêutico] aqui está indo num ritmo muito lento. Eu fico me repetindo... Estou sentindo que está ficando repetitivo a tal ponto que pensei em desistir. Essa tua técnica de ficar mais em silêncio não está me ajudando. Eu preciso que tu me questione mais, me aponte mais as coisas pra me ajudar a pensar. Isso não é uma crítica a ti, mas é que pra mim não está adiantando porque o processo de desenvolvimento emocional, de terapia, das emoções está lento. Falta a gente falar dos meus defeitos, dos meus erros. [A terapeuta anima-se ao ser vista e autorizada a manifestar-se].

Terapeuta – E que defeitos e erros são esses que tu gostaria de falar?

Paciente – Meus defeitos? Meus defeitos são ser exigente demais comigo mesmo. Essa semana a minha esposa regrediu de novo. Voltou a implicar comigo... E isso sem falar da minha filha...

Com esses pacientes, interpretar não faz tanto sentido, pois algo anterior precisa ocorrer: a descoberta de que o terapeuta está ali e não pertence ao mundo *subjetivo* do paciente. Caso imponha sua presença, estará violentando o paciente mais uma vez, da mesma forma que ocorreu no seu primeiro ano de vida quando a mãe não conseguiu apresentar o mundo em doses toleráveis. No tratamento desses casos, o manejo ambiental e a sobrevivência do terapeuta é que importam, visto que uma forma de auxiliar o paciente a descobrir a realidade externa é sobrevivendo aos seus ataques e apresentando os objetos de modo gradual. Aquiles, por exemplo, comenta: “teu cabelo está diferente. Mudou? Não gostei muito. Eu preferia o corte de antes” ou “achei meio brega essa roupa que tu está usando hoje”. Somente num segundo momento é que as frustrações – num patamar suportável – poderão ocorrer (Winnicott, 1983, 2000, 2002).

A *mãe-ambiente* e a *mãe-objeto* também não se encontram plenamente integradas no psiquismo do paciente. O cuidado, a atenção, a disponibilidade da terapeuta (*mãe-ambiente*) não são reconhecidos por Aquiles – comportamento congruente ao experimentado pelo bebê durante o período de *dependência absoluta* (Winnicott, 1983). Nas sessões, a terapeuta sofre alguns ataques (*mãe-objeto*), por exemplo, é acusada de não atender às necessidades do paciente: “eu acho que essa terapia aqui contigo não está me ajudando em nada!”. A conduta terapêutica almeja auxiliar Aquiles a conquistar tal integração, através do surgimento tranquilizador da *mãe-ambiente* (que não retalia e oferece a possibilidade de reparação), logo após os ataques sofridos pela *mãe-objeto* (Winnicott, 1983). Em termos kleinianos, pode-se

pensar que pessoas com distúrbios narcísicos não alcançam a *posição depressiva* (Winnicott, 2000).

As falhas na diferenciação entre o mundo real e fantasiado, entre eu e não-eu, *objeto subjetivo* e *objetivo* refletem os fracassos dos processos iniciais de *integração* e *realização* – descritos por Winnicott (1983, 2000). A partir disso, compreende-se o motivo de indivíduos com transtornos narcísicos apresentarem dificuldades de relacionamento interpessoal: como é possível conviver adequadamente sem ser capaz de perceber a presença do outro?

De acordo com as ideias de Winnicott (1983), a capacidade de sentir consideração pelo outro e culpa dependem de uma integração adequada. Obviamente, não há como importar-se com as consequências dos próprios atos na vida de alguém, cuja existência não é completamente reconhecida. Por exemplo, grande parte dos desentendimentos entre Aquiles e seu filho – atualmente com dezoito anos – baseiam-se nas dificuldades do paciente de identificar os sentimentos que provoca no adolescente com suas atitudes. A questão dos limites é outro ponto de discórdia: o paciente tenta transmitir os valores morais, familiares e sociais, através da imposição e não transmiti-los de forma natural – como seria o mais saudável, na visão de Winnicott (1983). Aquiles não aceita que o garoto aja de um modo diferente do seu e, por isso, castiga-o exacerbadamente. O paciente proibiu o filho, por exemplo, de jogar vídeo game, pois é preciso estudar para o vestibular. Além disso, ele só pode assistir a documentários e a programas informativos na televisão, uma vez que “adquirir conhecimento é o mais importante. O resto é vagabundagem!”.

Aquiles faz exigências intensas às pessoas, especialmente, as mais próximas dele, porque elas desempenham a função de “possessões narcisistas do ego”, ou seja, suas conquistas e derrotas recaem “sobre a representação de sujeito” do paciente (Bleichmar, 1985, 2005, p. 45-46). Caso seu filho passasse no vestibular, seria como se o próprio Aquiles alcançasse essa vitória. Portanto, evidenciam-se, novamente, indicativos de fracassos na discriminação eu não-eu. Há, também, “o objeto da atividade narcisista”, através do qual o indivíduo pode executar “uma função dotada de valor narcisista”. No caso em questão, a profissão, ser um bom pai e um bom marido ocupam essa posição. A ausência desses objetos gera um desequilíbrio significativo: irritabilidade, sensação de estar entediado ou, até mesmo, depressão. Kohut (1988c) também destaca a importância do outro para as pessoas com distúrbios narcísicos: elas precisam desse amparo para sustentar seu *self*, pois uma porção

significativa dessa tarefa permanece sendo de responsabilidade dos *selfobjetos*, que ainda precisam permitir a fusão, aprovar, espelhar e saciar a necessidade de semelhança essencial.

Durante a psicoterapia, o único momento em que Aquiles mostrou-se, de modo significativo, desequilibrado narcisicamente, foi quando saiu de casa após uma discussão familiar com a esposa e a filha. Pôde-se, então, identificar a depressão assinalada por Kohut (1988c) e um colapso, isto é, “o fracasso de uma organização de defesa” (Winnicott, 1983; Winnicott et al., 1994, p. 71). Até esse momento, a armadura – *false self* – de Aquiles defendia-o do exterior, entretanto, a dor causada pelas palavras proferidas por sua família foi tamanha que nem mesmo sua forte estrutura defensiva suportou. Ele foi morar, de favor, na garagem da casa de um amigo. Pela primeira vez, aceitou aumentar a frequência às sessões; na verdade, na semana do ocorrido, foi atendido todos os dias. Aparecia com a barba comprida, vestia roupas que não combinavam, usava meias de cores diferentes e não aparentava ter tomado banho. Chorava e dizia que precisava da família por perto. Parecia verdadeiramente em contato com seus sentimentos e, pela primeira vez, a terapeuta conseguia identificar uma dor intensa.

Esta poderia ter sido uma oportunidade de trabalhar no *setting* a revivência do *colapso originário*, a fim de descongelá-lo (Winnicott, 1983, 1990, 2000; Winnicott et al., 1994). O objetivo seria *regredir à dependência* e revivê-lo dentro da *área de onipotência* do paciente e, assim, modificar sua organização *false self*. Nesses momentos, Killingmo (1989) sugere que o terapeuta objetive “assistir o ego experienciar significados em si mesmo” e “sentir que alguma coisa tem qualidade de existir (ser)”, ao invés de descobrir algo ou desvelar o inconsciente. O objetivo é promover uma “reabilitação funcional” – Winnicott, talvez, falasse de uma liberação da criatividade pessoal –, através das *transferências selfobjetais* (Kohut 1988a, 1988b, p. 115, 1989). Entretanto, isto não pôde ser feito porque, na semana seguinte, Aquiles retornou para casa e sua armadura refez-se, pois seus objetos de apoio estavam novamente ao seu lado.

A psicoterapia prosseguiu até que outra briga familiar irrompeu, provocando novos danos ao *self* de Aquiles. Como explica Kohut (1988c), uma das consequências possíveis, frente às frustrações causadas pelos *selfobjetos*, é o aparecimento da *raiva narcísica*. Em determinada sessão, o paciente chega atrasado e muito irritado. Grita, dizendo que haviam o chamado de “narcisista” mais uma vez e acusado-o de ser “insensível”. Por isso, decidiu que

não viria mais aos atendimentos, já que o ocorrido era mais uma prova de que não era ele que precisava de ajuda, mas, sim, as pessoas ao seu redor. Isso porque eram eles que não percebiam como Aquiles era importante, o pilar central de sustentação da estrutura familiar. Estava tão enfurecido que não ouvia a terapeuta. Foi embora ainda irritado e, como havia prometido, não concordou em retornar.

Infelizmente, não se atingiu o objetivo de auxiliar Aquiles a “sentir-se real”, ou seja, “descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se” e relaxar (Winnicott, 1975, p. 161). O herói dessa história seguiu sua vida, protegido por sua armadura que já evidenciava, entretanto, a sua precariedade.

Considerações Finais

É possível que a dificuldade de trabalhar com pacientes com transtornos narcisistas explique, em parte, a crença de alguns psicanalistas sobre a impossibilidade de tratá-los. A posição de saber absoluto, ocupada por tais indivíduos, acaba, muitas vezes, provocando sensações negativas no outro, dificultando a escuta empática e o acolhimento. Acredita-se que, tendo as ideias de Winnicott, especialmente, como embasamento teórico, essa tarefa pode tornar-se menos árdua.

Esses casos exigem o olhar atento do psicoterapeuta, que não deve acreditar naquilo que vê, mas, sim, investigar além (Winnicott, 1983). É preciso reconhecer que a armadura protetora, no fundo, esconde uma fragilidade extrema. Por esse motivo, é imprescindível entender a psicodinâmica das organizações *falso self* para melhor conduzir a psicoterapia e, assim, auxiliar esses pacientes.

Observou-se que o sofrimento desses indivíduos está diretamente ligado às pessoas que os cercam e a falhas no *desenvolvimento emocional primitivo*, logo, na estruturação do psiquismo. É necessário, portanto, refletir sobre a tendência psicanalítica de considerar pouco as relações que eles estabelecem, como se não fossem capazes de relacionar-se por terem organizações narcisistas. O foco deve, sim, ser colocado sobre o ambiente no qual está inserido – atual e passado – e sobre a intersubjetividade. Observa-se, também, a importância

de compreender suficientemente o desenvolvimento humano a fim de prevenir a formação de organizações *falso self*.

O caso clínico apresentado ilustra a história de vida de um sujeito que precisou defender-se do ambiente intrusivo no qual cresceu e, por isso, ergueu um muro protetor que, não obstante, mostrou-se pouco eficaz. A partir das informações expostas, evidenciou-se a possibilidade de classificar os transtornos de personalidades narcisistas como integrantes da categoria diagnóstica de organizações *falso self*, descrita por Winnicott. Para confirmar tal correlação seria interessante que novas pesquisas fossem realizados, já que, aqui, trata-se de um estudo de caso único.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (C. Dornelles, Trans.). (4. ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2002. (Original publicado em 2000).

BLEICHMAR, H. **O narcisismo** (E. de O. Diehl; P. F. Ledur, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1985. (Original publicado em 1981).

BLEICHMAR, H. **Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas**. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2005. (Original publicado em 1997).

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança (A. Cabral, Trans.). In: FERENCZI, S. **Psicanálise IV** (Vol. 4. 2. ed., pp. 1-13). São Paulo, Brasil: Martins Fontes, (2003).. (Original publicado em 1927).

FREUD, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução (J. Salomão, Trans.). In: SALOMÃO, J. (Ed.), **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1996. (Original publicado em 1914).

FREUD, S. Conferência XXVI – A teoria da libido e o narcisismo (J. Salomão, Trans.). In SALOMÃO, J. (Ed.), **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 16, pp. 413-431). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1996. (Original publicado em 1917).

FREUD, S. (1996). Tipos libidinais. (J. Salomão, Trans.). In: SALOMÃO, J. (Ed.), **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 21, pp. 225-228). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1996. (Original publicado em 1931).

FREUD, S. (1996). Análise terminável e interminável. (J. Salomão, Trans.). In: SALOMÃO, J. (Ed.), **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (Vol. 23, pp. 231-270). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1996. (Original publicado em 1937).

GRAÑA, R. B. **Origens de Winnicott**: ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 2007.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte** (C. Berliner, Trad.). São Paulo, Brasil: Escuta, 1988. (Original publicado em 1983).

GREEN, A. **De Locuras Privadas** (J. L. Etcheverry, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1994. (Original publicado em 1986).

HORNSTEIN, L. **Intersubjetividad y clínica**. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2005.

KERNBERG, O. F. **Desordenes fronterizos y narcisismo patológico**. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1988.

KILLINGMO, O. Conflito e déficit: implicações para a técnica. **The International Journal of Psycho-analysis**, 70, 1989.

KOHUT, H. **Análise do self**: uma abordagem sistemática do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos da personalidade (M. T. B. M. Godoy, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1988a. (Original publicado em 1971).

KOHUT, H. **A restauração do self** (C. A. Pavanelli, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1988b. (Original publicado em 1977).

KOHUT, H. **Psicologia do Self e a cultura humana** (J. O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1988c. (Original publicado em 1985).

KOHUT, H. (1989). **Como cura a Psicanálise** (J. O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1989. (Original publicado em 1984).

ROSENFELD, H. **Impasse e interpretação** (P. M. Rosas, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1988. (Original publicado em 1987).

STOLOROW, R.; LACHMANN, F. (1983). **Psicanálise das paradas do desenvolvimento** (E. Nick, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago, 1983. (Original publicado em 1980).

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas**: D. W. Winnicott (J. O. de A. Abreu, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed, 1994. (Original publicado em 1989).

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade** (J. O. A. Abreu; V. Nobre, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Ed, 1975. (Original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. (1982). **A criança e o seu mundo** (A. Cabral, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: LTC, 1982. (Original publicado em 1964).

WINNICOTT, D. W. (1983). **O ambiente e os processos de maturação** (I. C. S. Ortiz, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1983. (Original publicado em 1979).

WINNICOTT, D. W. (1990). *Home is where we start from*. New York, USA: Norton. (Original published in 1986).

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas** (D. Bogomoletz, Trans.). Rio de Janeiro, Brasil: Imago Ed, 2000. (Original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães** (J. L. Camargo, Trans.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 2002. (Original publicado em 1987).

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Brasil: Bookman, 2010.