

RELATO DE CASO

“Um insuportável vazio” – falso *self* e a organização *borderline* da personalidade, a partir de um caso clínico

Ângela Ribeiro^a

João Pedro Ribeiro^b

Raquel Ribeiro da Silva^c

Orlando von Doellinger^d

^a MD. Residente em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE. Penafiel, Portugal.

^b MD. Psiquiatra, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE. Penafiel, Portugal.

^c MD. Psiquiatra, Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho. Vila Nova de Gaia, Portugal.

^d MD, PhD. Psiquiatra, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE. Penafiel, Portugal.

Instituição: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

Resumo

Partindo das noções de verdadeiro e falso *self* de Winnicott, os autores propõem-se a uma revisão desses conceitos na literatura psicanalítica contemporânea, relacionando-os com a perspectiva atual sobre o

funcionamento psíquico dos pacientes com uma estrutura *borderline* da personalidade. Uma vinheta clínica é utilizada como ilustração e análise dessa relação.

Palavras-chave: Psicoterapia; Transtorno da Personalidade *Borderline*; Psicanálise.

Abstract

Based on Winnicott's conceptualizations of true self and false self, the authors propose to review the notions in contemporary psychoanalytic literature, relating them to the current perspective on the psychological functioning of patients with a borderline personality structure. A clinical vignette is used as illustration and analysis of this relationship.

Keywords: Psychotherapy; Borderline Personality Disorder; Psychoanalysis.

Introdução

Partindo das noções de verdadeiro e falso *self* de Winnicott, os autores propõem uma revisão desses conceitos na literatura psicanalítica contemporânea, relacionando-os com a perspectiva atual sobre o funcionamento psíquico dos pacientes com uma estrutura *borderline* da personalidade. Para uma adequada ilustração e análise dessa relação, é utilizada uma vinheta clínica.

Os conceitos de *self* verdadeiro e de falso *self* são das mais importantes contribuições de Winnicott para a teoria e prática psicanalíticas, ainda que, como o próprio autor admitiu, a menção a esses conceitos tenha uma longa história prévia em áreas do conhecimento como a Psiquiatria, a Filosofia e, mesmo, a Literatura¹. Mantendo-nos no campo estritamente psicanalítico, pelo menos dois importantes autores abordaram o tema antes de Winnicott, levantando hipóteses psicopatológicas e etiológicas ligadas à esquizofrenia.

Ferenczi, num texto de 1932, afirmou que “a esquizofrenia é uma reação de *mimetismo* [...] no lugar de uma afirmação de si mesmo”², propondo uma explicação para a etiologia desse quadro psicopatológico. A esquizofrenia teria a sua origem numa reação traumática ao ambiente que desencadearia, no indivíduo, um funcionamento que mimetizaria esse mesmo ambiente, em vez de desenvolver uma afirmação do próprio, do “si mesmo”, assemelhando-se, assim, à explicação proposta, posteriormente, por Winnicott. Também Helen Deutsch³ mencionou a existência de um falso *self* como um sintoma relacionado com a esquizofrenia. Na sua explicação psicopatológica de pacientes com empobrecimento da relação emocional com o mundo e com o próprio, identificou as personalidades “como se”, assim enfatizando o “carácter imitativo do meio” como fator característico.

Relativamente à obra de Winnicott, a noção de falso *self* foi introduzida no seu artigo de 1949 “*Mind and its relation to the psyche-soma*”. Porém, apenas em 1960, com a publicação do artigo “*Ego distortions in*

terms of true and false self”, o conceito de falso *self* adquiriu uma consistência teórica definitiva.

Winnicott enfatizou a influência das ideias de Freud no seu trabalho, referindo-se especificamente à distinção entre o *self* verdadeiro e o falso *self* a propósito da divisão do ego numa “parte que é central e controlada pelos instintos [ou pelo que chamou de sexualidade, pré-genital e genital], e uma parte que é orientada para o exterior e relacionada com o mundo”¹, fundamentando a sua formulação do falso *self* em indivíduos normais, e não necessariamente associada à esquizofrenia.

Revisitando Winnicott

De acordo com Winnicott, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, decorrendo este através de estádios⁴. O adequado processo de amadurecimento do bebê depende da existência de um ambiente facilitador, de uma “mãe suficientemente boa” (assim denominada, por Winnicott, a mãe capaz de reconhecer e atender as necessidades do bebê, através de um processo específico de identificação). Para que a mãe seja capaz de responder às necessidades do bebê, é necessário que ela própria também se identifique com a criança, aptidão que, para Winnicott⁵, tem origem na própria experiência da mãe, pelo fato de ela mesma já ter sido um bebê e, também, já ter *sido cuidada*.

O processo de amadurecimento do ego, que visa ao estabelecimento de um *self* integrado, depende, então, da qualidade da relação da criança com a mãe – se a criança sentiu que o seu ego foi suficientemente e apropriadamente protegido. Quando esse ambiente não é adequado às necessidades do bebê, ultrapassando o seu nível de tolerância, o bebê é forçado a reagir ao ambiente para se defender – abandonando a sua *ignorância saudável* –, desenvolvendo, assim, um falso *self* como barreira defensiva face ao ambiente ou face às suas próprias pulsões instintivas.

Essa barreira tem como função fundamental a proteção do verdadeiro *self* relativamente ao que Winnicott denominou de *angústias impensáveis*⁶, definidas como: retornar a um estado de não integração; cair para sempre num vazio sem fundo; a estranheza em relação ao próprio corpo, sentido como não próprio; a perda do sentido de realidade; a perda da capacidade de relacionar-se com objetos; o completo isolamento, sem qualquer forma de comunicação. Assim, inúmeras *angústias impensáveis* são vivenciadas quando as falhas ambientais são contínuas, originando, dessa forma, um padrão de descontinuidade e de fragmentação do ser⁷.

O próprio Winnicott lembrou a influência da sua prática clínica como pediatra (com mães e bebês) e como psicanalista (especificando o atendimento a pacientes *borderline*) nas suas conceptualizações teóricas. Desse fato, enfatiza a importância da observação direta do bebê no contato com a mãe, das experiências normais e anormais do relacionamento entre ambos, e a sua influência na teorização analítica da transferência em pacientes adultos (em fase de franca regressão)⁴. O termo *borderline*, para Winnicott, é, muitas vezes, sobreponível ao *esquizoide*. Contudo, o “caso *borderline*” é posteriormente definido como aquele em que “o centro do distúrbio é psicótico, mas o paciente possui suficiente organização psiconeurótica para sempre

apresentar desordens psiconeuróticas ou psicossomáticas quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper”, diferenciando-o da dinâmica esquizoide, tendo por base um funcionamento adaptativo e contentor de um falso *self*⁸.

Para a distinção entre o *self* verdadeiro e o falso *self*, Winnicott fala da importância do papel da mãe nas fases iniciais do desenvolvimento do indivíduo. Segundo esse autor⁹, para que o indivíduo possa olhar o mundo de forma criativa é preciso que ele tenha internalizado a experiência de ter sido olhado, não de forma invasiva, mas sim de forma especular, viva (um espelho onde o bebê se possa ver). Ou seja, o bebê depende do rosto da mãe, das suas expressões faciais, do seu olhar. Só assim conseguirá formar o seu próprio *self*.

Uma “mãe suficientemente boa” alimenta a onipotência do bebê, repetidamente. Um *self* verdadeiro começa a ter vida através da força dada ao frágil ego do bebê pela complementação, por parte da mãe, das expressões de onipotência deste. Para Winnicott¹, o *self* verdadeiro surge logo que exista alguma organização psíquica, antes mesmo de existir uma separação entre o interior e o exterior – do que posteriormente constitui a realidade interna da criança¹. Desse modo, o *self* verdadeiro refere-se à expressão do gesto espontâneo do bebê e das pulsões instintivas mais primitivas, isto é, às suas expressões criativas desde o início da sua vida, que permitirão a criação de um mundo subjetivo. Na formulação winnicottiana, um *mundo subjetivo* é criado a partir de um *objeto subjetivo*, conseqüente às repetidas experiências do bebê na obtenção do objeto quando dele necessita, reforçando-se, assim, a *ilusão da onipotência* do bebê⁷. No entanto, o bebê só cria o seu objeto subjetivo se teve a possibilidade de experienciar a sua ilusão de onipotência, e isso só acontece quando existe uma mãe e um ambiente suficientemente bons. Um ambiente excessivamente presente é intrusivo e impede a criação do objeto subjetivo através de uma presença imposta; no ambiente deficitário, o bebê experiencia os impulsos vitais como ameaça iminente de colapso e a criação do objeto subjetivo é impedida pela ausência do adulto¹⁰. Toda essa dinâmica constitui o mundo subjetivo do bebê. Se a mãe não é capaz de satisfazer as necessidades do bebê e as submete às suas necessidades, dá-se início à constituição de um falso *self*, defensivo e patológico, uma vez que o ambiente é tão ameaçador e instável que exige que o bebê assim defenda e proteja o seu *self* verdadeiro. Eis porque um falso *self* se refere a uma organização decorrente das ameaças ao *self* verdadeiro. Quando a mãe não é suficientemente boa, o gesto espontâneo do bebê não é continuado e este é submetido à necessidade de se adaptar ao ambiente – “no caso da mãe não se adaptar suficientemente bem ao bebê, o bebê é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio e o bebê parece aceitá-las”¹.

Winnicott utiliza o conceito de falso *self* em dois sentidos diversos. Primeiramente, no sentido saudável, comum a todos os indivíduos, tratando-se da faceta social do *self*, cabendo ao falso *self* a tarefa de contato com o mundo, funcionando como uma ponte entre o *self* verdadeiro e a realidade externa. Winnicott descreveu, ainda, a possibilidade de algumas lacunas (*zonas de dissociação*) entre o funcionamento desses dois *selves*, admitindo, até, a possibilidade de um núcleo central do *self* verdadeiro, isolado e incomunicável⁸.

Para a definição do falso *self* no sentido patológico, é necessário relembrar a distinção winnicottiana

entre clivagem e dissociação. Enquanto a dissociação pode ocorrer antes mesmo da existência de um ego (ou de um *self*), a clivagem é definida como a característica essencial do falso *self* patológico, constituindo, este, uma proteção contra as “angústias impensáveis”, como defesa face a um ambiente inicial que não é suficientemente bom (e que, por isso, não responde às necessidades do bebê), mantendo o *self* verdadeiro inacessível⁶.

Personalidade *borderline*

O termo “*borderline*”, proposto por Stern¹¹ em 1938, veio colmatar a necessidade de qualificar o funcionamento psíquico de determinados pacientes que pareciam não se enquadrar nas classificações mais tradicionais de estrutura de personalidade. Esses pacientes pareciam ocupar um lugar entre a psicose, a neurose e a perversão; daí os conceitos de “margem”, “borda” ou “limite”¹². Mas outros autores descreveram patologias que não se reduziam à clássica tríade anteriormente enunciada.

Meissner (1986) referiu-se à importância e à ausência de coesão e de estabilidade do *self* na “condição *borderline*”, apontando a emergência dos mecanismos de personalidade “como se” (Deutsch³), falso *self* (Winnicott¹) ou de “*self* vazio” (“*blank self*”; termo proposto por Peter Giovachini¹³, em 1972). Estes referir-se-iam à adesão submissa ao outro, a um mimetismo incontrolável, a uma sugestibilidade compulsiva e/ou a um autoesvaziamento afetivo e ideativo de caráter defensivo, que poderiam evitar a separação do objeto. Separação que deixaria o *self* não coeso e entregue à sua fragilidade radical. Figueiredo¹⁴ refere-se, também, às chamadas personalidades “como se”, “falso *self*” e “*blank self*”, entendidas como tentativas de assegurar uma certa estabilidade à estruturação da personalidade. Mas essa será uma estabilidade artificial para o que é, fundamentalmente, uma estrutura de desequilíbrio. No entanto, apesar de postiças, são estratégias defensivas quase inexpugnáveis.

Knight¹⁵ e Deutsch³ referiram-se à sensação de vazio interno presente nesses pacientes. Esses indivíduos valer-se-iam, por isso, da realidade externa, através de comportamentos excessivos (agressivos), para tentar colmatar esse vazio. Recorreriam a um objeto externo, na tentativa de organizar as funções psíquicas em falta (de acordo com Bergeret¹⁶ e com Kernberg¹⁷), ou a um “objeto anaclítico” (como afirma Coimbra de Matos¹⁸), do qual ficariam profundamente dependentes.

Kernberg, autor contemporâneo de importância maior sobre o tema, descreveu os pacientes com uma subjacente organização da personalidade *borderline* como aqueles em que os sintomas superficial e tipicamente neuróticos apontam para uma patologia egoica característica. Definiu, ainda, as suas principais categorias sintomáticas: ansiedade flutuante, neurose polissintomática, tendências sexuais perverso-polimorfos, clássicas estruturas da personalidade pré-psicótica, neurose impulsiva e dependências a substâncias e perturbações caracteriológicas de “nível superior”¹⁹.

Coimbra de Matos refere, ainda, e como definidor desses pacientes, o conflito de ambivalência: entre o afastamento e o distanciamento do objeto anaclítico¹⁶ – Bergeret afirma-o como característica específica

da organização-limite, apoiando-se quer numa espera passiva e em busca de satisfações positivas, quer em manipulações agressivas desse objeto indispensável²⁰. Segundo Bergeret e Reid, o ego imaturo confronta-se ora com a idealização primitiva e acrítica do objeto protetor, que serve de apoio ao narcisismo falhado²¹, ora com a experiência da frustração pela rejeição ou intrusão de um objeto ameaçador da sua integridade e diferenciação²². Winnicott falara já do paradoxo da capacidade de uma criança estar só enquanto na presença materna²³. Sobre esse paradoxo, e partindo também da perspectiva da *solidão* de Klein, Malpique²⁴ referiu-se à solidão como uma vivência que exigiria uma certa maturidade do *self*, ainda que resultado de uma relação primária desarmônica que levaria à organização de um “falso *self*” – a solidão seria, assim, o confronto com o vazio e o desamparo total.

Mais recentemente, partindo dos conceitos de Winnicott, Naffah⁸ pretendeu especificar subtipos ou formas de apresentação de falso *self* nos pacientes *borderline* ao distinguir a patologia esquizoide da patologia da organização *borderline*. Esse autor inferiu que o esquizoide é definido como introvertido, enquanto o paciente *borderline*, como extrovertido. Essa extroversão apontaria para a falta de recursos internos e para o alheamento do mundo subjetivo.

Vinheta clínica

A vinheta apresentada resume as entrevistas iniciais de uma paciente encaminhada para um tratamento intensivo de hospitalização parcial (que inclui a integração num grupo terapêutico diário, com entrevistas individuais semanais) durante três meses:

M. é uma mulher de 31 anos de idade. Solteira, sem filhos, reside com a sua mãe. Possui o 10.º ano de escolaridade e encontra-se de baixa médica há 5 anos.

É acompanhada em consultas de Psiquiatria e Psicologia desde os 19 anos de idade, por comportamentos hetero e autoagressivos (“comecei a gritar com toda a gente... tudo me irritava... partia coisas... cortava-me”).

Filha única, desconhece, contudo, se fruto de uma gravidez planejada ou desejada.

Afirma ter vivido uma infância “feliz”, recordando vários momentos da sua infância em que “era uma miúda muito alegre, com facilidade em fazer amigos”. Contraditoriamente, relata que os seus pais se separaram quando tinha 11 anos, depois de um longo período de uma relação conjugal disfuncional (“o meu pai tinha uma relação com outra mulher há muitos anos. Os meus pais discutiam muito, mas nunca presenciei agressões físicas”). Não fornece recordações mais detalhadas acerca da sua infância.

Depois do divórcio dos pais, a doente ficou a viver com a mãe e com a avó materna, com quem afirma ter estabelecido uma relação muito próxima (“os meus pais ficaram a viver em casa da minha avó depois de casarem... eu era muito ligada à minha avó... era uma segunda mãe, para mim... quis dormir com a minha avó até aos 15 anos ainda que tivesse um quarto só para mim...”).

Caracteriza o pai como “muito conservador, tem a mania que sabe tudo. É ansioso, mas nunca procurou ajuda”. Relata, ainda, uma relação próxima com a mãe, não conseguindo, no entanto, descrevê-la.

Dos pais, afirma que sempre a “protegeram muito”, mas, contraditoriamente, diz de imediato: “o meu pai foi mais ausente, mas sempre me deu muito na cabeça por causa da escola e sempre lhe mostrei uma menina bem-comportada. A minha mãe sempre me deixou fazer o que me apetecia, sem regras, sempre andei livre, sem grande controle por parte dela”.

Apresentou vários relacionamentos amorosos pautados por episódios de agressividade mútua: “Eu acabava por me cansar deles. Era ciumenta e muito possessiva, mas eles também eram assim comigo”. Aprofundando o tema das suas relações disfuncionais e a sua solidão, diz: “Eu afasto-me das pessoas e não as consigo procurar, mas depois sinto-me muito sozinha. Reajo mal a qualquer elemento novo que entre no grupo; penso logo que vou perder o meu lugar ou então fico muito desconfiada, mas depois as pessoas não adivinham que preciso delas...”

Trabalhou como comercial durante 2 anos (de 2008 a 2010) e, desde então, encontra-se em licença médica por não ter condições laborativas. Relata vários conflitos no trabalho que terão motivado o seu afastamento do mesmo. Apesar de não pretender voltar ao trabalho, não procurou alternativas.

Descreve vários episódios de comportamentos disruptivos, marcados por agressividade e impulsividade, relacionados, sobretudo, com a sua intolerância à frustração: “Dou pontapés nas portas, ameaço a minha mãe. Quando não estou bem e me sinto frustrada é assim”.

Quando instada a falar sobre si mesma acaba por dizer: “Eu não sei quem sou, não sei do que gosto, não sei para onde vou, para onde quero ir. Desde miúda que é assim. Como não sei quem sou, sou sempre aquilo que os outros querem; são muitas máscaras e não sei o que é meu. Parece que só mostro a minha parte má às pessoas. Com os namorados sou controladora, possessiva, agressiva; estico as coisas para ver até onde vai, mas depois eles não aguentam e mandam-me dar uma volta... Sinto um vazio, um vazio imenso. Um insuportável vazio... Parece que as pessoas não me dizem nada; parece que nada é suficiente. Quando estou com algumas colegas até posso gostar delas, mas depois, quando já não estou com elas, penso que essas pessoas não me dizem nada. Quero fazer algo diferente na minha vida, mas não sei o quê. Não sei como aguardei tantos anos em casa, sem fazer nada...”

Conclusões

Winnicott refere que a autenticidade do *self* surge pela identificação com o objeto, através de um campo relacional onde o bebê acredita que o objeto foi criado magicamente por si quando dele necessita¹. Uma mãe *suficientemente boa* é capaz de responder a essa onipotência do bebê, significando a mesma⁹. Por sua vez, o falso *self* surge quando o gesto espontâneo não pôde ser aceito. Assim, a constituição do falso *self* resulta

de um movimento defensivo, como forma de preservar a continuidade do ser, no *self* verdadeiro ameaçado.

Através de uma dinâmica relacional disfuncional surge, então, um falso *self*, que oculta o *self* verdadeiro, que não conseguiu desenvolver-se nem pôde ser experimentado como espontâneo. O falso *self* submete-se e mimetiza o ambiente, une-se ao objeto com medo de o perder, como se não tivesse nada para além do ambiente, eclipsando as necessidades mais pessoais. Tal como Naffah refere sobre esses pacientes, “[...] a característica maior é a aparência pura, destituída de sentido existencial: tudo parece ser, sem sê-lo verdadeiramente, daí o nome ‘como se’”⁷.

Por meio da análise da vinheta clínica apresentada, verificamos que M. idealiza o seu ambiente da infância, apesar dos mais que prováveis conflitos do casal parental, desde muito cedo. Ademais da idealização, recorre à clivagem e à projeção descrevendo as suas relações com as figuras parentais como “muito próximas” ao mesmo tempo que coloca nelas algumas das suas características consideradas “negativas” (o autoritarismo, a agressividade, as exigências).

Esses mecanismos de defesa são utilizados, aparentemente, para proteção de uma intensa angústia de abandono (o pai, que teria “saído” de casa muito antes do divórcio; a mãe, que estaria ocupada com esse problema; a necessidade de ter ficado a dormir na cama da avó até aos 15 anos, mesmo quando tinha um quarto para ela), que se vai refletir nas inúmeras relações amorosas que tem ao longo da sua vida. Idênticas dificuldades são visíveis no seu percurso profissional (a instabilidade e os conflitos, seguidos de um desinvestimento marcado pelo receio de não ser aceita...).

Mais do que solidão, M. sente um vazio. Um “insuportável vazio”, que traduz, mais do que um afeto depressivo, uma fragilidade do ego e dos seus limites, numa formulação que se aproxima do conceito de falso *self* de Winnicott. Simultaneamente, são evidentes fenômenos característicos das personalidades do espectro *borderline*: a intolerância à frustração, o deficitário controle dos impulsos e o insuficiente desenvolvimento dos canais de sublimação, bem como um intenso medo do abandono, de ser preterida (associado às marcadas dificuldades no estabelecimento de relações não diádicas).¹⁷

Em suma, trata-se de uma paciente que no início do seu processo de amadurecimento desenvolveu um falso *self* patológico, para proteger o *self* verdadeiro, e estruturou uma personalidade *borderline* do tipo “como se”. Pensamos que a mãe de M. não terá sido suficientemente capaz de satisfazer as necessidades do seu bebê (a paciente), originando o desenvolvimento de um falso *self* em resposta a um ambiente sentido como ameaçador e instável. Ainda que o falso *self* tenha surgido na tentativa de assegurar alguma estabilidade a nível da personalidade da paciente, essas estratégias defensivas são extremamente artificiais e em situação de ameaça tornaram-se frágeis. Como forma de colmatar a sensação de vazio interno, referida pela paciente, esta recorria aos comportamentos agressivos e estabelecia relações instáveis (embora possuidoras de um caráter dependente, provável tradução das suas angústias de abandono e de separação, das quais tenta fugir negando a relação).

Referências

1. Winnicott DW. Ego distortions in terms of true and false self (1960). In: Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment. London: Karnac; 1990.
2. Ferenczi S. *Journal Clinique: Janvier-October 1932*. Paris: Payot; 1985.
3. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*. 1942;11:301-321.
4. Winnicott DW. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963). In: Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. p. 79-87.
5. Winnicott DW. A preocupação materna primária (1956). In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 399-405.
6. Winnicott DW. *Fear of breakdown* (1974). In: Winnicott DW. *Psycho-analytic explorations*. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press; 1989.
7. Miura PO, Naffah Neto A, Paixão R. & Redondo AJL. A constituição do self a partir das relações familiares abusivas: um enfoque winnicottiano. *Psic Rev*. 2011;20(1):43-66.
8. Naffah Neto A. Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza Humana*. 2010;12(2).
9. Winnicott DW. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1971). In: Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 153-162.
10. Naffah Neto A. A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2007;41(4):77-88.
11. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*. 1938;7:467-489.
12. Figueiredo LC. O caso-limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2000;3(2):61-87.
13. Giovacchini P. *The blank self* (1972). In: Giovacchini P, editor. *Tactics & techniques in psychoanalytic therapy*. Vol. I. New York: Jason Aronson; 1993.
14. Figueiredo LC. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta; 2015.
15. Knight R. Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. In: Knight RP, Freidman CR, editors. *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. New York: International Universities Press; 1954. p. 110-122.
16. Bergeret J. *Dépression et états limites*. Paris: Payot; 1975.
17. Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism* (1975). Oxford: Jason Aronson Inc.; 1985.

18. Coimbra de Matos A. Estados-limite: etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 1994;12:132-153.
19. Kernberg O. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
20. Bergeret J. *A Personalidade normal e patológica. Manuais Universitários 2*. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.
21. Bergeret J, Reid W. *Narcisismo e estados-limite*. Moreira MV, tradutor. Lisboa: Escher; 1991.
22. Green A. On discriminating and not discriminating between affect and representation. *International Journal of Psychoanalysis*. 1999;80:277-316.
23. Winnicott DW. The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis*. 1958;39:416-420. (Winnicott DW. *A capacidade para estar só* (1958). In: Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 31-37).
24. Malpique C. Da capacidade de estar só. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. 1990 nov;9:53-79.

Correspondência

João Pedro Ribeiro

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210

4564-007 Guilhufe, Penafiel, Portugal

joaoribeiro@live.com

Submetido em: 17/11/2015

Aceito em: 26/05/2016