

2

Embates terminológicos e conceituais

*Desde as primeiras descrições clínicas dos pacientes casos-limite (Stern, 1938), uma enorme quantidade de trabalho – dados clínicos, variações técnicas, construtos teóricos – tem sido acumulada na literatura psicanalítica. Podemos dizer agora que estamos prontos para uma confrontação final de nossas idéias vigentes, com o objetivo de chegarmos a uma nova introspecção. Se nos limitarmos aos dados clínicos, podemos seguramente assumir que encontraremos grandes áreas de experiência em comum. Se discutirmos técnicas, entretanto, é mais provável que iremos ter discordâncias. Se falarmos de teoria, é quase certo que tomaremos caminhos diferentes. Em resumo, podemos compartilhar nossas percepções, mas não nossas concepções – talvez porque alimentemos preconceitos diferentes (André Green, em *On Private Madness*).*

2.1

Diferenças culturais

2.1.1

Borderline x Estados-limite

É muito comum, hoje em dia, tanto no meio psicanalítico como no psiquiátrico, utilizar a terminologia *borderline* para definir um tipo de estrutura de personalidade que inclusive mereceu uma classificação específica no DSM-IV assim como na CID-10. A terminologia *borderline personality*, utilizada nos países de língua inglesa, apesar de traduzida na versão em português da CID-10 como *transtorno de personalidade borderline (limitrofe)*, mereceu do meio psicanalítico a tradução em português ora como “caso-limite”, ora como “personalidade limite”, ou “estados-limite” ou ainda “situações-limite”¹. Para L. C. Figueiredo (2003), esta preferência de nomenclatura dos

¹ Embora o termo *limitrofe* seja também muito utilizado, é pouco comum ver-se o termo *fronteiriço*, que seria uma tradução mais literal de *borderline*.

autores brasileiros foi influenciada pela escola francesa que prefere os termos *situation-limite* ou *états-limites* para tratar das questões *borderline*. Não obstante, embora essas terminologias acima sejam empregadas nos textos escritos, é comum utilizar-se o vocábulo *borderline* nas conversas (principalmente informais) no meio psicanalítico.

O conceito *borderline* foi cunhado em 1938 por A. Stern para dar conta de “certos pacientes que não se conformavam à classificação mais tradicional das estruturas, isto é, pareciam se situar em uma *região fronteira* entre psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais. A esse ‘entre’ referia-se então o conceito de ‘margem’, ‘borda’, ou ‘limite’ constante do termo *borderline*” (Figueiredo, 2003, pp. 78-79).

Pela própria definição acima é possível perceber a dificuldade nosográfica de enquadramento desta questão:

Há autores atuais que tratam o termo *borderline* como designando simplesmente uma síndrome – como James Masterson e Peter Giovacchini –, e entre esses há trabalhos como o de Grinker e seus colaboradores, que muito ajudaram na descrição dos fenômenos e processos mais característicos dessa patologia. Outros autores, principalmente os franceses, preferem falar em “estados-limite” para se referirem, com este termo, a um aspecto e uma dimensão da personalidade ou vida mental que poderiam ser encontrados em patologias diversas, embora sejam mais marcantes em certos pacientes. Na verdade, os termos “estado” ou “situação”, tais como adotados pelos franceses, também podem ser úteis para nos referirmos a momentos ou períodos em que a problemática *borderline* se manifesta mais nitidamente ao longo de uma história de vida ou de um tratamento, independentemente de um diagnóstico específico. Alguns autores, contudo, como Otto Kernberg, usam o termo *borderline* para designar uma estrutura singular de personalidade, teoricamente inconfundível. Finalmente, há quem, como J. Bergeret, use o termo “estados-limite” – seguindo a tradição francesa –, mas os conceba como pertencentes a uma estrutura personalógica à parte cuja singularidade seria... a falta de estruturação (Ibid., p. 79).

Para efeitos do presente estudo preferiu-se priorizar a terminologia estados-limite como a mais adequada por dois motivos. Em primeiro lugar, permite englobar aqueles pacientes portadores de patologias que não podem ser reduzidas à tríade clássica - neurose, perversão, psicose - tais como a patologia *borderline* descrita por Kernberg, e outras não menos conhecidas como a personalidade “falso-*self*” de Winnicott, ou portadores da “falha básica” de Balint, além de muitas outras. Em segundo lugar, e ainda mais importante aos objetivos deste trabalho, estados-limite pode designar desvios da personalidade, marcados por defesas típicas, que se fazem presente em fases ou ocasiões distintas da vida de pacientes que, fora destes momentos, poderiam ser enquadrados dentro de uma estrutura neurótica clássica, por exemplo. Este segundo exemplo (o dos estados-limite episódicos) pode ser mais significativo e complexo do

que o primeiro (o dos estados-limite patológicos), uma vez que suas manifestações podem ocorrer de forma esporádica ou em determinadas circunstâncias muito específicas (geralmente em momentos regressivos, induzidos pela análise) ao longo de um tratamento clínico clássico da neurose. Justamente por serem episódicos é que são perigosos: ante a possibilidade de não serem reconhecidos como estados-limite e como tal não merecerem a atenção clínica devida, podem retardar ou até provocar o bloqueio do tratamento psicanalítico.

A preferência pelo termo estados-limite não significa, em absoluto, a não-aceitação do termo *borderline*. Como se verá, este trabalho se utiliza dos dois termos, por motivos que vão desde a fidelidade ao uso de textos de autores nacionais ou estrangeiros, até a intenção deliberada de fazer menção ao termo *borderline*, tal como definido por Kernberg e outros autores.

2.1.2 Novo Mundo x Tradição

O conceito de estados-limite sofre algumas sérias restrições no meio psicanalítico. Embora cada vez mais difundido, não é pequeno o número de profissionais que vai contra qualquer classificação que fuja da tríade clássica freudiana. Para estes psicanalistas, muito embora os sintomas possam se modificar de acordo com a época e os costumes, as estruturas psíquicas adjacentes permanecem as mesmas de sempre. Dois exemplos de escolas que desenvolveram posições relativamente antagônicas neste sentido são a americana e a francesa. Para Figueiredo, estas duas escolas explicam inclusive a posição brasileira com relação a esta questão:

(...) a literatura francesa é, em quantidade e qualidade, muito pobre em comparação ao que se produziu e produz principalmente nos EUA. Recentemente foi publicado um pequeno livro organizado por Jacques André com as conferências sobre estados-limite proferidas por meia dúzia de psicanalistas franceses (...). São trabalhos que revelam uma certa pobreza de tradição no trato e na concepção desta patologia, salvo, diga-se a bem da verdade, a produção significativa de André Green, que há décadas vem se dedicando ao assunto (...).

Já a literatura americana é imensa e de valor variável. No Brasil há uma certa antipatia para com a psicanálise americana, como se tudo que lá fosse pensado devesse sucumbir às ferozes críticas lacanianas à psicologia do ego. Parece que para muita gente é bom viver em um mundo simplificado por tabus dessa natureza, para poder justificar a preguiça e disfarçar a ignorância com juízos de valor *prêt-à-porter*(...) (Ibid., p. 81).

As diferentes posições adotadas por psicanalistas da língua inglesa e francesa são também abordadas por Judith Gurewich, em seu artigo “The new disorders of the unconscious”:

Será que os analistas franceses continuarão a insistir que quanto mais as coisas se modificam, maior é a indicação de que permanecem as mesmas e que as recentes “descobertas” dos americanos nada mais são do que uma nova fase de seu contínuo mal-entendimento do trabalho de Freud? (...) Será que os analistas franceses explicarão, em seu estilo próprio, que embora mudanças sociais possam certamente influenciar sintomas (hoje em dia, por exemplo, existem menos conversões histéricas e mais estados depressivos), as estruturas psíquicas inconscientes descobertas por Freud – histeria, neurose obsessiva, fobia, fetichismo, voyerismo, paranóia e assim por diante – não obstante continuam sendo marcos invariáveis no diagnóstico psicanalítico? (Gurewich, 1998, p. 40).

Segundo a autora, não existem mais, para os americanos, as “histéricas freudianas”, produto de uma moral vitoriana e de características peculiares do final do século XIX. As psicopatologias, embora com raízes similares, mudam influenciadas que são pelos costumes, pela moral e até pela tecnologia de épocas diferentes.

A mesma autora cita o exemplo da personalidade *borderline*:

De acordo com terapeutas nos Estados Unidos, esta nova doença psíquica, no campo intermediário entre a psicose e a neurose, não se localiza dentro do escopo das descobertas freudianas. Na busca de suas origens não existe mais nenhuma razão em se trazer à tona repressões sexuais ou as transformações de um complexo de Édipo não-resolvido. A era pós-moderna, neste sentido, tem um novo conceito do que causa este sofrimento humano. Culpa, inibições sexuais e problemas emocionais estão perdendo terreno. (...) O que o paciente *borderline* persegue é a libido, a energia vital, que seu frustrante meio ambiente familiar deixou adormecida.

É desta maneira que o homem trágico de hoje substituiu o homem culposo de ontem: assim declara Heinz Kohut, o fundador de um dos movimentos predominantes na psicanálise americana contemporânea. Esta nova figura trágica está longe de ser ineficiente tanto profissionalmente como socialmente; de fato, ele faz um bom uso dos estereótipos sociais tão abundantes na vida americana. Mas por baixo deste exterior normal (e algumas vezes bem sofisticado), o paciente *borderline* sofre de iras incontrolláveis, vazio interior e falta de auto-estima, além de usualmente não ser capaz de formar relações afetivas duradouras. Cada nova tentativa de estabelecer uma relação de intimidade com outra pessoa devolve a ele uma imagem de si próprio que ele vê como insuportável (Ibid., pp. 37-38).

Gurewich também formula a seguinte pergunta: “será que, seguindo as pegadas de seus colegas americanos, os pacientes de psicanalistas franceses trocaram suas neuroses do passado por uma nova doença psíquica conhecida como estado *borderline*?” (ibid., p. 37). Gurewich procura justamente tentar aproximar tanto os franceses dos conceitos de *états-limites*, como os americanos dos conceitos lacanianos. Ainda no mesmo artigo, a autora faz algumas colocações importantes:

Portanto, para se fazerem entender por seus colegas americanos, os psicanalistas franceses devem se colocar no nível do discurso clínico, para poderem demonstrar como a análise lacaniana pode iluminar de maneira diferente a etiologia das doenças *borderline*. (...) Os analistas americanos hoje em dia não se curvam automaticamente ante os conceitos que influenciaram a perspectiva dos psicólogos do ego desde os seus primórdios – precisamente aqueles conceitos que Lacan criticava. Eles preferem ser guiados pela experiência clínica e pela observação para melhor elaborarem novos modelos teóricos que possam dar conta de suas descobertas. Mas, na direção oposta, em função da maneira como se disseminaram estas novas patologias nos Estados Unidos, a questão que deve ser colocada aos analistas franceses é: será que esta nova disfunção psíquica trazida por seus colegas do Novo Mundo pode estar por acontecer em seus próprios divãs? Guiados pelo que parece ser uma iniciativa americana, irão eles também descobrir que sua escuta e sua contratransferência irão mudar na medida em que alguns de seus pacientes se parecerão com aqueles descritos por seus colegas americanos? Sem abandonar sua fidelidade aos modelos freudianos, será que os analistas franceses terão de recorrer a novas formulações teóricas para explicar quais irregularidades da dialética edipiana possam estar associadas à sintomatologia distinta dos estados *borderline*? (Ibid., pp. 40-41).

Kernberg buscou inspiração em Margareth Mahler ao propor uma compreensão estrutural e etiológica dos estados-limite. Para ele, esta estrutura tem por característica uma instabilidade repleta de fortes transições que estão por trás de duas grandes angústias presentes na fase de separação-indivuação proposta por Mahler. Esta fase é posterior à fase simbiótica e Mahler a dividiu em três sub-fases, sendo a última a de reaproximação. É justamente nesta sub-fase que a criança experimenta essas angústias:

(...) a pequena criança sofre simultaneamente do medo de ir “longe demais” na sua autonomia com o risco de perder-se do objeto (ser rejeitada ou esquecida por ele) e, em contrapartida, do medo de retornar excessivamente ao raio de controle desse objeto e ser por ele novamente engolfada e invadida. (...) Não há dúvida que essas duas angústias [abandono e intrusão] formuladas nos termos de Kernberg e Mahler correspondem muito bem às duas angústias observadas por André Green em um contexto teórico distinto. O vaivém da fase de reaproximação, quando cronificado, impede que o indivíduo experimente o seu “nascimento psicológico” (...) (Figueiredo, 2003, p. 85).

Figueiredo também cita Jean Bergeret que sugere considerar a patologia dos estados-limite como casos de “an-estruturação”, o que nos põe diante de um paradoxo: esta estrutura não se confunde com neurose, psicose ou perversão, mas, ao mesmo tempo sua dinâmica não possui uma estruturação estável e estabilizadora do funcionamento mental e do comportamento. Em resumo, “seria uma estrutura marcada pela instabilidade e pela ausência de estratégias sintomáticas bem organizadas” (Ibid., p. 83). Justamente por conta dessa instabilidade, os estados-limite são comumente confundidos com diversos quadros neuróticos, perversos ou psicóticos. André Green também entende a questão da instabilidade como sendo uma das características mais marcantes destes casos.

Uma outra questão interessante diz respeito ao diagnóstico de “gravidade” que pode ou deve ser imposto ao quadro dos estados-limite. Para Figueiredo, em geral pensa-se esta patologia “como mais grave que a neurose, menos grave que a psicose e, talvez, tão grave como a perversão, mesmo que estruturalmente distinta” (Ibid.). No entanto, pode haver possibilidade de “soluções felizes”, na qual a instabilidade dos estados-limite encontra, por períodos mais ou menos longos, uma faixa de variação limitada, o que viabiliza a vida e até a produtividade da pessoa. Existem pacientes que podem ser desajustados e outros adaptados à realidade. Harold Searles, em seu livro *My work with borderline patients*, menciona inclusive o fato que ele encontrou esta patologia entre pessoas relativamente adaptadas e muito próximas a ele (entre psicanalistas) e, de forma irônica, incluindo-se também, de certa maneira, nessa condição:

(...) pude constatar que a patologia *borderline* não faltava entre estas pessoas, por outro lado muito eficazes e qualificadas. Dito de outra forma, estou longe de ser o único entre os profissionais da saúde mental que deve assumir uma propensão a utilizar as defesas *borderline* (Searles, 1986, p.12).²

Da mesma forma, Figueiredo afirma que “(...) algo desta patologia pode fazer parte de um psiquismo apto às atividades terapêuticas, isto é, do nosso” (Figueiredo, 1999, pp. 83-84).

2.2 Um breve histórico da idéia de estados-limite

2.2.1 O início psiquiátrico

Os problemas de aceitação conceitual, abordados no tópico anterior, dão uma idéia de como o conceito de estados-limite pode ser confuso e controverso. Para Nicholas Kouretas, em seu artigo “The development of the concept of the “borderline” in psychoanalytic diagnosis and treatment”, isto é compreensível quando se pensa que

² O que reforça a posição de se privilegiar o termo *estados-limite*, permitindo abranger não só as patologias na qual existe uma não-adaptação, como também casos adaptados e produtivos e que, apenas em certas situações ou momentos da vida, se utilizam das defesas características dessa patologia.

(...) o conceito de *borderline* se originou numa estranha mistura de critérios de inclusão e exclusão (...). Conseqüentemente, traçar o desenvolvimento de um termo que veio a funcionar como um guarda-chuva para um número de entidades psicopatológicas diferentes é uma tarefa difícil e vai, inevitavelmente, envolver condensação, simplificação e sacrifício de sutilezas e nuances (Kouretas, 1998, p. 43).

Para Kouretas, o termo *borderline* está indubitavelmente associado à psicanálise, embora as condições clínicas que ele representa tivessem sido descritas desde as épocas mais primitivas da psiquiatria. Em seu estudo ele apresenta mesmo alguns exemplos de transtornos que podem estar associados, de alguma forma, ao que hoje chamamos de *borderline*: a *manie sans délire* de Philippe Pinel (1801) é o mais antigo da lista, que inclui a *insanidade moral* de John Pritchard (1835) e a *folie hystérique* de Jean-Pierre Falret (1890). Já no século passado, Kouretas cita Emil Kraepelin (1905) e Eugene Bleuler (1911), que percorreram este território intermediário entre a psicose plena e a normalidade “não convencional”. Também Kurt Schneider (1923) e Ernst Kretschmer (1925) deram algumas importantes contribuições aos estudos dos transtornos de personalidade, mas, para o autor, “foram quase que ignorados pela bibliografia moderna” (Ibid., p. 44).

Finalmente, temos a *Psicopatologia Geral* de Carl Jaspers (1913, 1923, 1946), a *grand oeuvre* da psiquiatria fenomenológica, por muito tempo negligenciada no mundo anglo-saxão (foi traduzida para o inglês cinquenta anos após sua primeira edição). Aqui nós achamos, com surpresa, a descrição de dois tipos de personalidade, o *self-insecure*, que corresponderia à personalidade narcísica do nosso tempo, e a *personalidade incurável*, que se aproximaria do que hoje chamamos de *borderline* severo (Ibid., pp. 44-45).

2.2.2 O movimento psicanalítico

Ao fazer a trajetória psicanalítica da questão *borderline*, Kouretas se refere à primeira utilização do termo:

Na psicanálise, o termo *borderline* foi utilizado, pela primeira vez, por Wilhelm Reich em sua monografia de 1925 sobre o “caráter dominado por impulsos” (*impulse-ridden character*). No que seria uma premonição de idéias por vir, Reich notou a ambivalência marcante, a primazia da agressão pré-genital, os defeitos definitivos de ego e superego, e o narcisismo primitivo que caracterizam estes pacientes (Ibid., p. 45).

Para Kouretas, “embora o conceito do *borderline* esteja presente no trabalho de todos os teóricos ingleses das relações de objeto, de Melanie Klein a Fairbairn, Winnicott, Bion e Balint, como um termo e uma categoria de diagnóstico clínico ele é,

de berço e desenvolvimento, puramente americano” (Ibid., pp. 45-46). É neste contexto americano que Kouretas tenta esquematizar o que ele denomina de “três períodos da evolução do conceito de *borderline* nos Estados Unidos”.

O primeiro período vai de 1938 a 1953, a partir do momento em que o termo aparece na literatura psicanalítica através do artigo de Adolphe Stern “Investigação e terapia psicanalítica no grupo *borderline* de neuroses”. Kouretas o denominou de “período de realizações inesperadas”. Durante estes anos, alguns psicanalistas perceberam, com surpresa, que muitos de seus pacientes não se beneficiavam da técnica clássica; em alguns desses casos havia, inclusive, uma piora, com pacientes desenvolvendo estados psicóticos transitórios. Alguns especialistas, embora não utilizando o termo *borderline*, descreveram patologias que influenciaram autores mais contemporâneos na teorização desses casos. Exemplos importantes incluem o trabalho de Stern, para quem, no caso dessa patologia, o narcisismo era o substrato do qual as defesas se originavam, enquanto que no neurótico a ansiedade surgia em conexão com impulsos psicosexuais. Três anos mais tarde (1941), Phyllis Greenacre propôs a idéia de predisposição constitucional à ansiedade. Um ano depois foi Helene Deutsch que, ao descrever a personalidade “como-se” (*as-if*), prenunciou o conceito de Winnicott de “falso *self*”, assim como o conceito de Erikson de “dispersão do ego” (*ego diffusion*). Muitos critérios diagnósticos mais contemporaneamente utilizados por Kernberg estavam descritos no trabalho de Deutsch: problemas de identidade, potencial sublimatório pobre, sensação de vazio, impulsividade, etc.

O segundo período no desenvolvimento do conceito de *borderline* começou com o clássico texto de Robert Knight “Estados *borderline* – perspectivas correntes e históricas relativas ao paciente *borderline*” (1953) e o subsequente congresso de dois dias, promovido pela Associação Psicanalítica Americana. O autor chama-lhe período de “consolidação ilusória” pelo fato de os psicanalistas americanos tradicionais se sentirem ameaçados pelas inovações na técnica psicanalítica propostas por Franz Alexander e seus colegas de Chicago, sob o título de “Experiência emocional corretiva”. Isto acabou provocando, no início dos anos 50, um esforço concentrado no sentido de redefinir a psicanálise e diferenciá-la da psicoterapia, para evitar aquilo que Freud, em sua conferência de Budapeste em 1918, já havia alertado como sendo danoso:

É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; e também a influência hipnótica poderá ter novamente seu lugar na análise, como o tem no tratamento das neuroses de guerra. No entanto, qualquer que seja a forma que essa

psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919, p. 181).

Era uma época de “fechar o cerco” e havia a esperança de que uma construção teórica inovadora, baseada nos paradigmas da psicologia do ego pudesse explicar e conter todas as formas de psicopatologia. Conseqüentemente todas as inovações clínicas foram filtradas através do modelo da mente tripartite e todas as intervenções terapêuticas foram moldadas, elaboradas e verbalizadas em termos de id, ego e superego.

Desta forma, são os fundamentos básicos da psicologia do ego que estão refletidos no ensaio “Estados Borderline” de Knight, no qual ele mantém que, como resultado da constituição, de eventos traumáticos e de relações humanas perturbadoras, o ego do paciente *borderline* é frágil e, portanto incapaz de manter o seu funcionamento. Se deixado a seus próprios dispositivos, o ego do paciente *borderline* gravita na direção do pensamento autista, que é indicativo das tendências esquizofrênicas que o fundamentam (Kouretas, 1998, p. 48).

Para Knight a psicanálise era contra-indicada nestes casos; ele alertava inclusive para o perigo da interpretação das poucas defesas deixadas ao ego do paciente. Embora não concordasse com o termo *borderline*, seu entendimento e descrição eram tão ressonantes com os postulados da psicologia do ego daquela década que seu artigo acabou promovendo tanto o termo quanto a categoria *borderline*, como distinta das psicoses.

Erik Erikson, também inspirado na psicologia do ego, propôs, em 1950, uma síntese de tarefas seqüenciais de vida que levaria à integridade e à saúde emocional. Ele amplificou e enriqueceu o conceito de identidade (ego) e seu correlativo patológico, dispersão de identidade ou dispersão do ego. Anos mais tarde, Otto Kernberg daria a este último o status de constelação primordial e patognomônica de sintomas.

Chega-se assim ao terceiro período que Kouretas denominou de “reorquestração da partitura”, e no qual toma vulto o trabalho de Kernberg, fundamental no desenvolvimento do conceito de *borderline*. Kouretas discute, de início, alguns aspectos da natureza desta partitura que tanto necessitava de uma reorquestração, referindo-se à hegemonia intelectual da psicologia do ego nos Estados Unidos como uma das particularidades da psicanálise norte-americana. A propósito disto, comenta:

Cada país cria a psicanálise que necessita. Analistas não funcionam no vácuo; eles se relacionam com as correntes filosóficas e lutam com as controvérsias intelectuais de seus tempos e, intencionalmente ou não, participam das convenções de sua cultura nativa. O meio ambiente psicossocial nos Estados Unidos, quando os analistas

imigrantes lá chegaram nos anos 30 e 40, era muito diferente daquele de onde estes analistas vinham.(...).

Os analistas imigrantes judeus eram cientistas e pesquisadores altamente educados que haviam sido expulsos de seus lares pelo mais terrível fanatismo. Eles lamentavam duas perdas: aquela de seus lares, família e país e, de 1939 em diante, aquela de seu pai espiritual, Freud. Quando consideramos que a reação à perda objetal consiste na introjeção e preservação do objeto por meios psicológicos, então podemos entender porque o último legado de Freud (...) acabou por se tornar o mais venerado e precioso. De todos os princípios, este modelo, chamado de modelo tripartite ou estrutural da mente vinculava a idéia da adaptação humana, envolvendo uma modificação autoplástica do *self* e uma modificação aloplástica do meio-ambiente, à idéia de uma esfera livre de conflitos no ego.

Num plano clínico, a psicanálise se definia como uma maneira de livrar o ego de suas defesas paralisantes de modo a torná-lo mais adaptativo ao meio-ambiente. Num plano didático a psicanálise se esforçou para se tornar a psicologia do desenvolvimento normal, sendo o ego o campo de observação empírica e testes de hipóteses. Desta forma, a psicanálise transferida para o outro lado do oceano, poderia tornar-se uma ciência positiva e positivista na terra do pragmatismo (Ibid., pp 48-49).

2.2.3

A evolução recente

A psicologia do ego, como vimos, foi a grande fonte de inspiração para a maior parte das teorias sobre os estados-limite na psicanálise americana. O terceiro período, ou o da “reorquestração da partitura”, dá lugar, então, às descobertas mais recentes nesta área. Dois autores são citados entre os mais importantes: Otto Kernberg e Heinz Kohut. Embora com teorizações em áreas aparentemente distintas (Kernberg mais voltado para o que ele próprio denominou de patologias *borderline* e Kohut para a psicologia do *self* e as personalidades narcísicas), ambos tiveram grande influência nas questões dos estados-limite. No item 3.2.2 veremos em maiores detalhes algumas idéias de Kernberg acerca das patologias *borderline*. Aqui apresentaremos apenas as linhas gerais dos pensamentos de Kernberg e de Kohut relativos ao tema *borderline*, bem como algumas questões controversas que suas idéias suscitam.

Otto Kernberg, austríaco de nascimento e radicado no Chile por muitos anos, surgiu na psicanálise americana no final da década de 60 com uma série de artigos sobre patologias do caráter, postulando um campo de funcionamento psicológico específico, ainda que amplo, que ocupava um espaço intermediário entre a organização de personalidade neurótica e a psicose. Ele não considerava este campo uma entidade nosológica, nem um estado temporário oscilando entre a neurose e a psicose, mas sim

uma estrutura psicológica estável e específica que ele chamou de “organização de personalidade *borderline*”.

Kernberg estabeleceu a diferença entre a condição neurótica e a *borderline* pelo contraste entre a defesa de cisão – característica da organização *borderline* – e a defesa de recalque (mais avançada) indicativa do funcionamento neurótico. Ele também distinguiu a condição *borderline* da psicose, pela capacidade que possuem os primeiros de testar a realidade. Na organização *borderline* de personalidade ele incluiu todas as manifestações clínicas de patologia severa de caráter, ou seja, as personalidades anti-sociais, os automutiladores, os adictos severos, os perversos polimorfos, os *como-se*, além dos caracteres pré-psicóticos (esquizóides, paranóides, ciclóticos) e assim por diante. O trabalho de Kernberg culminou com a inclusão do conceito de *borderline* no DSM III, da Associação Americana de Psiquiatria, como “Transtornos de Personalidade Borderline”.

Ao reformular o conceito de *borderline*, Kernberg ajudou a produzir duas mudanças significativas na psicanálise americana. Em primeiro lugar, a psicologia do ego, que havia reclamado para si o status de ciência do desenvolvimento normal e adaptação psicossocial, passou por um processo de revigoração e enriquecimento através de pesquisas sobre o desenvolvimento pré-edipiano. Em segundo lugar, a contribuição kleiniana para a teoria de relações de objeto passou a ser introduzida na corrente principal do pensamento psicanalítico americano. Embora mantendo a hipótese econômica baseada na teoria da pulsão, Kernberg iniciou um esforço de integração dos dois conceitos (pulsão e relações de objeto), pela ênfase que deu às obscuridades diagnósticas e impasses de tratamento do paciente *borderline* e por seu trabalho incessante na interface com os derivativos estruturais das relações de objeto. Será importante notar, entretanto, que não há consenso quanto ao valor do trabalho de Kernberg, como afirmam Bleichmar & Bleichmar:

Ao combinar conceitos de Klein e Fairbairn com os trabalhos clássicos da psicologia do ego, em especial de Hartmann, e também de Jacobson e Mahler, ele produziu, segundo alguns autores, um modelo claro e lógico e, segundo outros, uma confusão conceitual que traz mais problemas do que vantagens (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 392).

Os maiores críticos de Kernberg alegam que os pacientes *borderline* representam um grupo por demais heterogêneo, tornando-se difícil formular uma teoria que possa abranger todas as características desta patologia. A crítica mais freqüente vem do meio psicanalítico, e, segundo Kouretas:

(...) a maioria dos pacientes *borderline* não poderia tolerar as técnicas propostas por Kernberg: *setting* estritamente limitado, neutralidade técnica e análise sistemática da transferência arcaica primária negativa e das defesas contra a inveja. Eles diziam que ao invés de tratar estes pacientes como possuidores de uma estrutura defensiva arcaica destinada a protegê-los de conflito intrapsíquico, poder-se-ia entender sua condição e suas histórias passadas não como defesas, mas como o resultado de falhas de desenvolvimento resultantes das vicissitudes específicas da fase da relação mãe-bebê. De acordo com estes críticos, a relação terapêutica deveria ter um papel mais reparador, voltado para a construção, fortalecimento e consolidação da estrutura ausente (Kouretas, 1998, p. 53).

Margareth Mahler, como sabemos, serviu de inspiração a Kernberg ao descrever esta falha estrutural relacionando-a ao processo de separação-individuação. Para Kouretas, entretanto, a hipótese de um elo entre uma falha de desenvolvimento circunscrita e uma forma específica de psicopatologia pode ser sedutora, embora indubitavelmente simplista. Tal posição ignora o fato de que o desenvolvimento psicológico é sujeito a muitas elaborações de natureza progressiva ou regressiva. “A própria Mahler acabou por acreditar que não havia conexão direta entre as descobertas da observação infantil e a patologia *borderline* subsequente” (Ibid., p. 54).

A teoria de Mahler, entretanto, influenciou outros estudos baseados no desenvolvimento da constância de objeto e auto-representações e representações de objeto completas. Num destes estudos, Adler e Buie, inspirados em Piaget, Fraiberg e Winnicott, propuseram que a habilidade da criança em evocar (lembrar) a imagem e o suporte associado à mãe, permite-lhe superar o senso devastador de solidão e pânico que resultam das separações. O déficit central que leva à patologia *borderline* seria, nesse sentido, um déficit de introjeções de alívio positivo, resultado da falha em alcançar a memória evocativa sólida, a qual, por sua vez, é resultado de experiências inadequadas de *holding* maternal (Ibid., p. 55).

A hipótese de Adler e Buie se baseia num déficit primário de representação interna, o que vai desafiar o ponto de vista de Kernberg, segundo o qual a ênfase se situa na cisão. Para eles não há, para começo de conversa, boa representação de objeto que possa ser contrastada com a má-representação que ficaria de fora, através da cisão. Esta tese os leva a um subconjunto de experiências internas e comportamentos do paciente *borderline* centrados nas questões de separação.

Isto tenta explicar a necessidade que o paciente *borderline* tem de elos intensos, assim como sua tendência a reagir com fragmentação, pânico de ser abandonado e solidão dolorosa, cada vez que a quebra de uma relação importante parece iminente. Desta forma, o objetivo da psicoterapia psicanalítica é prover uma relação de segurança e confiança, no sentido de permitir ao paciente, através de uma desilusão ótima, internalizar o terapeuta como uma introjeção positiva e desenvolver sua capacidade para

a memória evocativa, avanço que lhe permitirá superar o estado de solidão, pânico, raiva e vazio interior.

Esta linha de pensamento que privilegia o mundo exterior põe a ênfase no papel crucial da disponibilidade da mãe e na sua sintonia com relação às necessidades apropriadas a cada fase da criança. Ela deixa de enfatizar a agressão instintual, a fantasia inconsciente e as defesas primitivas e por isso ficou conhecida como a teoria do déficit psicológico. Esta teoria obteve o suporte necessário pela presença emergente na cena psicanalítica americana da *psicologia do self*, um novo e controverso conjunto de proposições relacionadas ao desenvolvimento psicológico e sua teorização (Ibid., pp 54-55).

Heinz Kohut, outro grande nome relacionado às questões dos estados-limite, originalmente desenvolveu suas idéias no sentido de responder a pacientes extremamente sensíveis que sofressem de sérios problemas de regulação de auto-estima. Ele sentia que estes pacientes desenvolviam tipos diferentes de transferências que demandavam mais empatia e menos ou nenhuma interpretação de defesas (Kohut, 1971, pp. 300-307). Na medida em que a psicologia do *self*³ gradativamente desenvolvia seus próprios postulados teóricos, sua terminologia e seus próprios conceitos operacionais, ela passou a expandir suas afirmações teóricas e técnicas para além dos caracteres narcisistas, para o domínio dos transtornos *borderline* e das neuroses (Kouretas, 1998, p. 55).

Ao se referir inicialmente ao distúrbio *borderline*, Kohut afirmou que os pacientes portadores deste mal não conseguiam formar transferências de *self*-objeto estáveis (a expressão da necessidade de idealizar a relação terapêutica e de espelhar-se nela). Em seu livro, *The analysis of the self*, ele chegou a dizer que havia a “necessidade de diferenciar os distúrbios de personalidade narcísica analisáveis dos (não-analisáveis) (...) ‘casos *borderline*’” (Kohut, 1971, p. 18). Mais tarde, ele tomou uma posição mais moderada reconhecendo que alguns pacientes *borderline* poderiam vir a se beneficiar, dependendo da posição empática do analista.

(...) o conceito de patologia *borderline* (...) é relativo, dependendo, pelo menos em substancial número de casos, da capacidade ou incapacidade do analista em (a) manter sua atitude de “intenção empática”, apesar das graves lesões narcísicas a que é exposto, e (b) acabar por capacitar o paciente, por via da compreensão da experiência que este tem do mundo, a remontar suficientemente o seu *self*, com a ajuda da transferência *self*-objetal, a fim de tornar possível a exploração gradual das causas dinâmicas e genéticas da vulnerabilidade subjacente (Kohut, 1989, p. 210).

³ O termo *self* foi inicialmente utilizado por Heinz Hartmann em 1950, no contexto da psicologia do ego, para diferenciar o eu como instância psíquica do eu como a própria pessoa. A noção de *self* (si mesmo) foi depois empregada para designar uma instância da personalidade no sentido narcísico: uma representação de si por si mesmo, um auto-vestimento libidinal. O termo *self* foi muito empregado pela escola inglesa de psicanálise, em especial por Winnicott, e pela escola norte-americana, com Heinz Kohut. Os conceitos por trás do termo, entretanto, eram diferentes nestas duas escolas.

As posições de Kernberg e Kohut são assim resumidas por Kouretas, apontando para o fato que estamos ainda longe de chegar a um consenso sobre a questão *borderline*:

É possível que isto que chamamos de patologia *borderline* não seja objeto de tratamento pela psicanálise. Esta patologia tem suas raízes no mundo pré-verbal e envolve déficits em ideações codificadas simbolicamente, enquanto a psicanálise é, essencialmente, um esforço comunicativo verbalmente mediado, que pressupõe, pelo menos, um desenvolvimento mínimo do pensamento simbólico. O que parece mais acertado é que, no que diz respeito à patogênese, todas as teorias divergentes, não importando quão elaboradas possam vir a ser, necessitam ser ancoradas de um ou do outro lado da dicotomia radical do *inato-adquirido* (*nature-nurture*). Desta forma, o construto de Kernberg assume a agressão pré-genital oral; Kohut coloca o foco no *self*-objeto (Kouretas, 1998, p. 57).

2.3

O relacionamento com personalidades narcísicas

Uma das grandes fontes de discussão e controvérsia é representada pela falta de clareza na discriminação entre as formas de estados-limite e das personalidades narcísicas, assim como entre as patologias que poderiam diferenciar esses dois tipos de personalidade. Para facilitar a análise desta questão, requer o bom senso que se tome o que existe de mais representativo de cada lado desta disputa. Novamente aqui, recorre-se a Heinz Kohut, quando se fala de personalidade narcísica, e a Otto Kernberg, com sua noção de personalidade *borderline*. A questão maior é então, de ordem diagnóstica, seja ela descritiva ou fenomenológica, deixando em segundo plano o entendimento preciso das premissas teóricas utilizadas por cada um dos autores e, enfim, se elas podem ser sobrepostas ou se divergem e são irreconciliáveis.

A questão do narcisismo pode ser vista por dois ângulos: o primeiro, uma noção estruturante da personalidade, necessária ao desenvolvimento do ser humano e que também é parte da estrutura psíquica que acompanha cada indivíduo pela vida afora; o segundo é o ângulo da variante psicopatológica do narcisismo, passando por questões neuróticas, limítrofes ou psicóticas. Heinz Kohut, em seu livro *The analysis of the self*, atenta para o fato de que muitas pessoas pressupõem que a existência de relações de objeto exclui o narcisismo.

Ao contrário, (...) algumas das experiências narcísicas mais intensas se relacionam a objetos; objetos que ou são usados a serviço do *self* e da manutenção de seu

investimento instintual, ou são, eles próprios, experimentados como parte do *self*. Referir-me-ei a estes últimos como *self-objeto* (Kohut, 1971, p. xiv)⁴.

Para alguns autores, Kohut foi o teórico que mais valorizou o conceito de narcisismo, colocando-o de volta à corrente psicanalítica, depois de Freud.⁵

A seguir apresentaremos, primeiramente, as principais características que marcam as chamadas personalidades narcísicas e suas variantes patológicas, tomando como eixo central Kohut, Meissner, Kernberg e outros autores. Em seguida, contraporemos estas características, com as da personalidade *borderline*, utilizando, mais uma vez, os mesmos três autores, com ênfase em Kernberg (que voltará a ser citado no item 3.2.2, quando falarmos mais especificamente da sintomatologia dos portadores de distúrbios *borderline*). Finalmente, o último item do capítulo apresenta uma proposta de diferenciação estrutural entre personalidades narcísicas e *borderline*.

2.3.1

A organização da personalidade narcísica

Ao descrever os distúrbios da personalidade narcísica, Kohut se preocupa também em diferenciá-los das psicoses e dos estados *borderline*. Começa por dizer que esses dois últimos sofrem, em graus diferentes, de distúrbios específicos no domínio do *self* e dos objetos arcaicos catexizados de libido narcísica (“*self-objetos*”) que ainda estão intimamente em contato com o “*self* arcaico” (objetos que não são vividos como separados e independentes do *self*). Como a fixação da psicopatologia central destes casos está localizada num ponto primitivo do eixo do desenvolvimento psíquico, pode-se dizer que estes pacientes permaneceram fixados nas configurações do “*self* grandioso” arcaico e/ou em objetos arcaicos, superestimados, catexizados narcisicamente. O fato de que estas configurações arcaicas não se tenham integrado com o resto da personalidade produz duas grandes conseqüências: em primeiro lugar, a

⁴ Em artigo anterior Kohut já havia dito que “a antítese do narcisismo não é a relação objetal, mas o amor objetal” (Kohut, 1966, p. 103).

⁵ Existem controvérsias quanto à afirmação de que Kohut foi o responsável pela ressurreição do narcisismo. André Green, em seu livro *Narcisismo de vida – narcisismo de morte*, diz que o crédito é injusto, “pois se a comunidade psicanalítica não professasse uma ignorância, às vezes tingida de desprezo pelos trabalhos psicanalíticos franceses, teria reconhecido que, na França, Kohut havia sido precedido nesta via por Grunberger. E se Lacan não tivesse sido vítima, por longos anos, de um ostracismo que só recentemente se desfez, poderiam ter percebido que o narcisismo é uma peça fundamental de seu aparelho teórico” (Green, 1988, p. 13).

personalidade adulta e suas funções maduras ficam empobrecidas, uma vez que ficam privadas das energias que estão investidas em estruturas antigas; em segundo lugar, as atividades da vida adulta dos pacientes ficam prejudicadas pela intrusão e pelas demandas destas estruturas arcaicas.

Os distúrbios do equilíbrio narcísico, ou o que Kohut também referiu como “dano narcísico”, por seu lado, servem como acesso aos problemas do narcisismo, tanto pela frequência com que ocorrem num amplo espectro de estados psicológicos normais e anormais, como também pela maneira fácil de serem reconhecidos pelo “penoso afeto de embaraço e vergonha que os acompanha e por sua elaboração ideativa, conhecida como sentimento de inferioridade ou orgulho ferido” (Kohut, 1966, p. 102).

Kohut também enumera o que ele denomina de “queixas dos pacientes e aspectos patológicos da síndrome narcísica”:

(1) na esfera sexual: fantasias perversas, falta de interesse em sexo; (2) na esfera social: inibições no trabalho, incapacidade de formar e manter relacionamentos significativos, atividades transgressoras; (3) nos aspectos manifestos da personalidade: falta de humor, falta de empatia pelos anseios e sentimentos de outras pessoas, falta de um senso de proporção, tendência a ataques incontroláveis de raiva, tendência a mentir costumeiramente; e (4) na esfera psicossomática: preocupações hipocondríacas com a saúde física e mental, distúrbios vegetativos em vários sistemas orgânicos (Id., 1971, p. 23).

Apesar da efetiva ocorrência das síndromes acima em casos de distúrbios de personalidade narcísica, Kohut atenta novamente para o critério diagnóstico crucial, que não deve ser baseado na avaliação da sintomatologia presente, nem mesmo na história de vida do paciente, mas na natureza da transferência que se vai desenvolvendo espontaneamente.

Kohut dedica boa parte de seu livro *The analysis of the self* a analisar as transferências narcísicas. Estas transferências derivam grandemente de defesas precoces contra “distúrbios no equilíbrio do narcisismo primário”. Estes distúrbios começam a ocorrer à medida que a mãe vai deixando de dar uma atenção quase que exclusiva ao bebê (final dos cuidados maternos primários), fazendo com que o equilíbrio homeostático do lactente se veja ameaçado. A criança consegue substituir a perfeição do par mãe-bebê (a) por estabelecer uma imagem grandiosa e exibicionista de seu *self*: o *self* grandioso; e (b) por substituir a perfeição anterior por um *self*-objeto admirado, onipotente (transicional): a “*imago* parental idealizada”. O termo *self* grandioso passa a ser utilizado por Kohut no lugar de *self* narcísico para designar a estrutura grandiosa e exibicionista que é a contrapartida da *imago* parental idealizada. Kohut concentra sua

atenção em quatro tópicos: (1) a transferência que surge da mobilização terapêutica da imagem parental idealizada (que é chamada de “transferência idealizada”); (2) a que surge da mobilização do *self* grandioso (referida como “transferência-espelho”); (3) as reações do analista (inclusive sua contratransferência) que são resultado da transferência idealizada do paciente; e (4) aquelas que são resultado da mobilização do *self* grandioso do paciente, através da transferência-espelho.

Desta forma, Kohut não tem dúvidas em afirmar, baseado em suas observações clínicas⁶, que dois fenômenos ocorrem: o primeiro é um movimento na direção de uma regressão terapêutica, específica nos portadores de distúrbios de personalidade narcísica; o segundo é o correspondente estabelecimento de um tipo específico de transferência, que consiste na amalgamação das estruturas narcísicas inconscientes (a *imagem* parental idealizada e o *self* grandioso) com a representação psíquica do analista, que é atraída para estas estruturas que são catexizadas narcisicamente e ativadas terapeuticamente.

W. W. Meissner, em seu artigo “Narcissistic personalities and borderline conditions: a differential diagnosis”, procura encontrar os principais pontos de convergência e divergência entre as teorias de Kohut e de Kernberg. Ele atenta para o fato de que todas as formas de organização da personalidade contêm elementos narcísicos que influenciam a forma da patologia subjacente a cada tipo de organização. Não obstante, o que interessa à questão das personalidades narcísicas, são formas patológicas de caráter nas quais os distúrbios narcísicos formam o núcleo central da patologia dos pacientes. Para ele, o espectro da patologia narcísica é amplo e não é equivalente ao diagnóstico de personalidade narcísica, que é mais restritivo. A diferença está justamente na capacidade de formar transferências estáveis e, pelo menos, potencialmente analisáveis. Meissner lembra também que estes distúrbios narcísicos cobrem um espectro patológico que irá incluir aquelas personalidades cujo nível de funcionamento é adequado, assim como outras cujo funcionamento possa estar relativamente prejudicado (Meissner, 1986, p. 406-407). As personalidades narcísicas são propensas a possuir um senso de *self* coerente e bem estabelecido, com pouca tendência à regressão ou fragmentação (Ibid., p.408).

No mesmo artigo, Meissner procura classificar alguns tipos de personalidade narcísica. Entre estes está a “personalidade narcísica fálica” (Bursten,1973),

⁶ Kohut ressalta que tais observações pressupõem um comportamento não-intrusivo e não-interferente do analista, ou seja, uma atitude analítica do analista.

caracterizada pelo exibicionismo, orgulho por suas façanhas e, muitas vezes, uma competitividade contrafóbica aliada à tomada de riscos. Estas características são geralmente acompanhadas de um sentimento de onipotência e invulnerabilidade. Tais indivíduos tendem a ser autocentrados, porém dependentes da aprovação e, principalmente, da admiração dos outros. Seus relacionamentos têm a marca da arrogância e do desprezo, revelando tonalidades defensivas, visando mascarar sentimentos recalcados de inadequação ou inferioridade. Em muitos casos, este complexo de inferioridade encobre um sentimento de vergonha derivado de uma identificação à figura frágil de um pai, que é compensada por uma fachada arrogante, assertiva, agressivamente competitiva, muitas vezes do tipo machista. Estes recursos internos os tornam capazes de manter sua independência; “em outras palavras, a vergonha inconsciente do medo da castração é continuamente negada por uma assertividade fálica” (Ibid.). Além da carência de admiração e reconhecimento, eles expressam pouca necessidade diante do outro: sua vulnerabilidade é muito bem escamoteada.

Não obstante, estas pessoas são susceptíveis à redução de suas capacidades e potência, o que pode ser mais bem observado à medida que envelhecem. Tanto no plano sexual, quanto no físico ou intelectual, esta limitação pode levar a um trauma narcísico com sérios resultados patológicos. Este quadro é geralmente marcado pela depressão. Diante desta deterioração, a regressão, tão difícil em tempos mais felizes, pode acontecer e ser severa; em alguns casos, até mesmo irreparável.

Meissner descreve ainda um outro quadro patológico de narcisismo. Mais sutil que o anterior, ele é inspirado em Tartakoff (1966) e se refere a uma personalidade aparentemente bem ajustada e socialmente “saudável”. São normalmente indivíduos acadêmica ou profissionalmente bem sucedidos, tendo obtido muitas vezes respeito e reconhecimento profissional, mas que se mostram insatisfeitos com sua vida. Estas dificuldades aparecem quer em conexão com sentimentos competitivos ou em situações competitivas, quer na sua incapacidade de atender às demandas dos outros, quer ainda em relações íntimas com a família, amigos, etc. Algumas destas pessoas conseguem perceber sintomas de depressão reativa, ataques de ansiedade quando sob pressão, ou ainda uma variedade de sintomas psicossomáticos. Outras se mantêm essencialmente assintomáticas. Não obstante, buscam a análise como meio de ampliar sua performance profissional, convictos de que suas habilidades e talentos excepcionais terão a ganhar com o trabalho analítico.

De uma maneira geral, este tipo de pessoa procura uma postura ativa de domínio na análise. Seu comportamento é defensivo, muitas vezes competitivo com o analista, com a expectativa implícita de ganhar sua admiração especial, como prêmio por seu esforço. Tem geralmente a fantasia de ser um paciente especial, interessante ou especialmente difícil, sobressaindo-se dos demais pacientes, sendo por isso mesmo amado – exclusivamente – pelo analista (Ibid., p. 409). Quando esta função é entendida pelo paciente, uma segunda linha pré-edípica transferencial emerge na forma de idealização do analista, lembrando a noção kohutiana de *imago* parental idealizada. Esta fantasia se torna uma fonte secreta de resistência e, às vezes, de desilusão e raiva para com o analista, se este falhar em preencher suas expectativas narcísicas. Tartakoff, citado por Meissner, nomeou este caso de “complexo do Prêmio Nobel”, pois engloba duas fantasias predominantes: (1) uma fantasia ativa e grandiosa de ser poderoso e onipotente e (2) uma fantasia mais passiva de ser especial, de ser reconhecido por seus talentos, habilidades e virtudes excepcionais.

Outra forma patológica de narcisismo é aquela definida por Bursten como sendo do tipo “manipulador ou aproveitador”. A necessidade narcísica desse tipo de patologia não se manifesta necessariamente através do modo de ganhar reconhecimento e admiração, sendo mais focada no sentido de usar, manipular ou se aproveitar de outras pessoas com o propósito de promover seu auto-engrandecimento e glorificação. A descrição desse tipo de personalidade fica perto daquela das personalidades psicopatas ou anti-sociais. Aqui Meissner já aponta para controvérsias, pois dependendo do grau, esta qualidade psicopata ou anti-social pode cruzar a fronteira que se tenta delinear entre a personalidade narcísica e a *borderline*. Não obstante, o desprezo pelos outros, a noção implícita de que estes outros têm valor potencial apenas na medida em que possam ser explorados ou manipulados, a necessidade de sempre “se dar bem”, sem nenhum apreço por valores morais ou éticos, tudo isto carrega a marca narcísica deste tipo de personalidade e reflete os fortes resíduos do *self* grandioso. A vítima é de importância vital para o sujeito, como um meio de manter o seu equilíbrio narcísico. Esta forma de narcisismo cobre uma vulnerabilidade narcísica marcante naquilo que é justamente o seu oposto: a de ser explorado ou manipulado pelos outros. Os sentimentos de vergonha, vulnerabilidade e desmerecimento apegados a esta auto-imagem narcísica são projetados de forma equivalente na vítima do sujeito, de forma a negar esta imagem empobrecida através da projeção e subsequente exploração da vítima.

Este tipo de paciente tem seu *self* relativamente bem estabelecido e pouco sujeito à regressão, na medida em que os recursos para o reparo narcísico estejam disponíveis. Na falta destes, ele tende à depressão que, dependendo do grau da patologia, pode ser bastante severa e mesmo levá-lo ao suicídio.

Em níveis de patologia mais acentuada, entretanto, o narcisismo se torna ainda mais adesivo e demandante, a ponto de o sujeito se sentir completamente subordinado a relacionamentos nos quais a carência e a dependência do outro são a marca registrada. Frequentemente, estes envolvimento têm uma qualidade altamente ambivalente de hostilidade e dependência, uma vez que o objeto nunca é capaz de satisfazer as demandas e expectativas narcísicas do sujeito. Este tipo de paciente se vê constantemente exposto à ameaça de desapontamento e frustração, com sentimentos de privação e, muitas vezes, desespero. Por isso mesmo, é comum vê-lo de mau-humor, queixoso, se lamuriando, numa tentativa de merecer a atenção dos outros.

Como todos os tipos de personalidade narcísica, este também pode ser sedutor e ter a habilidade de atrair e influenciar outros. Mas esta qualidade é diferente da dos tipos narcísicos vistos até aqui. Ela é posta em ação no sentido de colocar as outras pessoas na posição de provedoras de afeto, suporte, cuidados, etc. Bursten denominou este tipo de narcisismo de “suplicante” (Ibid., p. 412).

Kernberg, em seu artigo “Borderline personality organization”, também nos oferece uma interessante descrição dos caracteres narcisistas:

Estes pacientes apresentam um grau incomum de auto-referência em suas interações, uma grande necessidade de serem amados e admirados e uma curiosa contradição aparente: uma visão bastante inflada de si próprios e uma excessiva necessidade de receber tributo dos outros. Suas vidas emocionais são superficiais. Eles sentem pouca empatia pelos sentimentos dos outros e obtêm muito pouco prazer da vida, além dos tributos que possam receber ou de suas próprias fantasias grandiosas, sentindo-se impacientes e entediados quando este resplendor externo se desgasta e nenhuma nova fonte alimenta sua auto-estima. Eles invejam outros, tendem a idealizar algumas pessoas de quem esperam suprimentos narcísicos e depreciam e tratam com desprezo aqueles de quem não esperam nada (com freqüência seus ídolos passados). Em geral, suas relações com outras pessoas são claramente aproveitadoras e, algumas vezes, parasitárias. É como se eles sentissem que têm o direito de controlar e manipular os outros para se aproveitar deles sem sentimentos de culpa – e por trás de uma aparência exterior que muitas vezes pode ser charmosa e sedutora, pode-se sentir frieza e crueldade. Muitas vezes estes pacientes são considerados “dependentes” em função de sua necessidade de receber tanto tributo e adoração dos outros; entretanto, num nível mais profundo, eles são completamente incapazes de realmente depender de qualquer um por causa de sua profunda desconfiança e desprezo pelos outros (Kernberg, 1967, p. 655).

Ao definir as características do distúrbio *borderline*, Kernberg foge relativamente pouco da definição acima, como se verá adiante. Esta pequena diferença

entre uma e outra patologia é caracterizada pela metodologia inclusiva que é usada por Kernberg na definição da síndrome *borderline*.

É nas relações de objeto do paciente narcísico que melhor se pode observar a patologia. Os aspectos predominantes são a necessidade de ser amado e o investimento e uso do objeto como forma de restabelecer e/ou manter o equilíbrio narcísico. Annie Reich, em seu artigo “Narcissistic object choice in women”, descreveu algumas variedades destas escolhas de objeto narcísicas, atribuindo-as a uma resolução repressiva do trauma castrador-edípico através da regressão a um nível pré-genital de passividade narcísica, porém demandante. Para essas mulheres, os sentimentos de vergonha e inferioridade são resolvidos através da escolha de objeto narcísico, visto como tendo a capacidade de desfazer o trauma da castração e restabelecer o equilíbrio narcísico (Reich, 1957, p. 31).

Reich descreve dois padrões predominantes: o primeiro é o da mulher que busca uma relação de dependência e subserviência com um homem, que se torna o objeto admirado, idealizado e indispensável. O segundo padrão é o caracterizado por paixões intensas e breves, sendo que nestes períodos há uma idealização, admiração e inclusive uma fugaz tentativa de imitar as características do homem. Estas paixões idealizadas se esvaem quase com a mesma velocidade que se instalam e dão lugar ao seu oposto, ou seja, uma desvalorização do afeto, seguida de rejeição. Um novo ciclo é então criado com um outro objeto. Reich comparou este último tipo de escolha objetual com a personalidade *como-se* de Deutsch. Para este segundo padrão de personalidade, uma relação que esteja dando sinais de que está se tornando mais duradoura, com um nível de compromisso mais sólido, representa uma ameaça, uma perda narcísica para o sujeito, ao invés de um ganho.

O primeiro dos padrões descritos por Reich está alinhado com as formulações propostas por Kohut, quando ele enfatiza como características predominantes das personalidades narcísicas a formação de configurações narcísicas coesas em torno das quais a organização da personalidade toma forma. Estas configurações, no lado objetivo, envolvem a *imago* parental idealizada e, do lado subjetivo, o *self* grandioso. Trata-se de configurações relativamente estáveis, catexizadas com libido narcísica, ora idealizando, ora se exibindo de forma grandiosa, manifestando-se nas várias formas de relações objetais, assim como na transferência analítica (Kohut, 1971, p. 25).

A ativação terapêutica dos objetos onipotentes e idealizados, como já visto, leva à formação da transferência idealizada, na qual resíduos da experiência infantil da

perfeição narcísica são restaurados através de sua designação a um *self*-objeto transicional: a *imago* parental idealizada. Desta maneira, todo o poder e força são atribuídos a este objeto idealizado, de forma que o sujeito se sente vazio e desprotegido quando separado daquele. Conseqüentemente, ele fará todo o esforço para manter o contato e a união com o objeto.

O segundo padrão descrito por Reich, entretanto, é incapaz de sustentar uma relação de objeto consistente, vacilando entre paixão e desprezo, idealização e desvalorização. Esta instabilidade e os problemas de consistência de objeto dão surgimento a uma qualidade *como-se* e sugere que tais relações narcísicas sejam, na sua grande essência, *borderline* (Meissner, 1986, pp. 414-415). Assim como no caso do “narcisista manipulador” de Bursten, visto atrás, este segundo padrão de narcisismo descrito por Reich se aproxima (ou se sobrepõe) ao padrão *borderline*, sendo, portanto, objeto de discordância para alguns autores.

Kohut argumenta que, todas as vezes que as configurações narcísicas arcaicas ou suas expressões transferenciais se tornam identificáveis, estamos, por definição, diante de distúrbios de personalidade narcísica. Para Meissner, isto pode ser uma fonte de confusão diagnóstica, uma vez que ambas as configurações narcísicas podem ser vistas em variáveis graus e modalidades, não somente em níveis baixos de organização patológica, mas também em psicóticos e outros níveis de organização mais estruturados, em personalidades bem organizadas e razoavelmente neuróticas. Meissner argumenta que, de acordo com o pressuposto de Kohut, toda vez que a *imago* idealizada ou o *self* grandioso puderem ser identificados, estamos diante de uma personalidade narcísica. Ainda segundo Meissner, seria mais razoável enxergar as formulações de Kohut como formas fundamentais de organização patológica narcísica que pode ser expressa em muitos e diferentes níveis de patologia e estrutura de caráter. Conseqüentemente, podemos dizer que a personalidade narcísica contém uma, ou a outra, ou ambas as configurações (narcísica arcaica e transferencial) como parte predominante da estrutura da personalidade, mas a formulação diagnóstica não pode ficar simplesmente na identificação dessas configurações. Há que se incluir outros fatores também.

Um dos aspectos primordiais da organização da personalidade narcísica e uma dimensão significativa de seu diagnóstico é o elemento de autocoessão. Tanto Kohut, como Ornstein e Bursten chamam a atenção para este importante detalhe. Kohut não só realça esta coessão da estrutura e funcionamento do *self* nestas personalidades narcísicas, como vê esses fatores como discriminadores das organizações *borderline* ou psicóticas.

Por mais perturbadora que esta psicopatologia possa ser, é importante entender que estes pacientes possuem recursos específicos que os diferenciam dos estados psicóticos e *borderline*. Ao contrário destes últimos, os pacientes com distúrbios de personalidade narcísica alcançaram, em essência, um *self* coeso e construíram objetos arcaicos idealizados coesos. E, ao contrário das condições que predominam nos estados psicóticos ou *borderline*, estes pacientes não são seriamente ameaçados pela possibilidade de uma desintegração irreversível do *self* arcaico ou dos objetos arcaicos narcisicamente catexizados. Em consequência de alcançarem esta configuração coesa e estável, estes pacientes são capazes de estabelecer transferências específicas e estáveis, que permitem a reativação terapêutica das estruturas arcaicas sem o perigo de sua fragmentação através do aprofundamento de sua regressão: eles são, portanto, analisáveis. Deve ser adicionado a este ponto que o estabelecimento espontâneo de uma das transferências narcísicas estáveis é o melhor e mais confiável sinal diagnóstico que diferencia estes pacientes dos casos psicóticos ou *borderline*, de um lado, e das neuroses de transferência comuns, de outro. A avaliação do processo de análise é, em outras palavras, de maior valor diagnóstico e prognóstico do que são as conclusões derivadas do exame minucioso das manifestações e sintomas comportamentais (Kohut, 1971, p. 4).

2.3.2 Aspectos distintos dos estados-limite

No item anterior procurou-se examinar as personalidades narcísicas por suas vertentes patológicas com o intuito de poder diferenciá-las dos aspectos patológicos dos estados-limite, que serão vistos agora. Ao se tentar estabelecer quais os aspectos ou condições dos estados-limite que possam servir como pontos de diferenciação entre estes e os distúrbios da personalidade narcísica, esbarra-se em certas dificuldades. As descrições dos sintomas *borderline* encontram em Kernberg, evidentemente, seu maior expoente. Foi ele quem mais contribuiu para a definição, delimitação e classificação desses sintomas. Ocorre que estes englobam um amplo espectro de condições patológicas e de déficit caracterológico. Meissner afirma que as condições *borderline* constituem um grupo tão heterogêneo de entidades diagnósticas que é necessário um refinamento e uma especificação diagnóstica adicional para que estas condições possam fazer mais sentido no quadro clínico geral (Meissner, 1986, p. 419). O alcance diagnóstico dos transtornos *borderline* é amplo: abrange desde condições muito

próximas da esquizofrenia, denominadas de esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch) até as formas de personalidade que parecem apresentar uma fachada neurótica produtiva e relativamente bem organizada. Nestes últimos, os estados-limite costumam apresentar-se somente em condições de indução regressiva, como por exemplo, em condições analíticas ou situações críticas de vida. Existe uma distinção clínica radical entre esses últimos pacientes e aqueles pacientes que chegam à clínica em crises agudas de regressão, às vezes até requerendo hospitalização. A qualidade dos estados regressivos, quase psicóticos e a propensão para o *acting-out*, muitas vezes autodestrutivos, desses estados-limite, são característicos das patologias dos níveis mais graves, como os caracteres psicóticos e as esquizofrenias pseudoneuróticas. Muitos pacientes, não obstante, possuem uma personalidade bem organizada e produtiva e podem passar um bom tempo sem demonstrar nenhuma propensão regressiva que seja atribuída à estrutura estados-limite. Quando mostram alguma indicação destas propensões, em muitos casos isso surge de forma sutil e em pequenos graus, ou em períodos de regressão passageira devido a grande stress.

Na tentativa de estabelecer uma distinção entre as personalidades narcísicas e as condições *borderline*, Kohut enfatizou a propensão relativamente maior para a regressão e desorganização regressiva nos *borderline*, quando comparados às personalidades narcísicas. Este ponto de discriminação tem sua validade com referência às formas da personalidade *borderline* nas quais esse potencial regressivo é uma marca característica, mas é consideravelmente de menos utilidade na distinção entre, digamos, o *borderline* analisável e o narcísico analisável (Ibid., p. 420).

Muitos outros autores também concordam com o fato de que a regressão serve como um bom divisor de águas entre as personalidades narcísicas e os estados-limite. O corolário dessa afirmação é que a qualidade da angústia difere fundamentalmente entre estes dois tipos de personalidade. Em geral, a angústia é marcante nos estados-limite e, muitas vezes, acompanhada de uma dramática conotação de vida-ou-morte, de fragmentação ou dissolução do próprio *self*. Kernberg enfatiza estes pontos, assim como a fraqueza do ego, a propensão para transferências de cunho psicótico, as reações repetitivas de ira e ataques depreciativos contra o analista, impostos pelos pacientes limítrofes. Para Kernberg, isto demonstra a constante alternância em termos de boas e más relações de objeto internalizadas na transferência, o aumento da cisão patogênica refletida em estados de ego mutuamente dissociados (grandiosidade arrogante coexistindo com sentimentos de inferioridade), formas de idealização patológica e controle onipotente alternando com retraimento narcísico e desvalorização.

Kernberg distingue estas personalidades como formas de personalidade narcísica que funcionam num nível *borderline*; a categoria de personalidade narcísica, desta maneira, é utilizada por ele de forma inclusiva, em contraste ao uso exclusivo de Kohut, que opõe as personalidades narcísicas às categorias *borderline* e psicóticas. Kernberg, entretanto, também reconhece que a presença de uma configuração narcísica coerente caracteriza uma personalidade narcísica, em oposição à *borderline* (Ibid., p. 421).

A. Horner, em seu artigo “Oscillatory patterns of object relations and the borderline patient”, confirma a qualidade oscilatória das relações de objeto dos pacientes *borderline*. De um lado, uma depressão associada à angústia de separação e, do outro lado, o medo da perda do *self*, da desintegração; o paciente *borderline* oscila de forma crônica entre duas posições relacionais de objeto, sem ser capaz de se estabilizar em qualquer uma das duas. Para Horner, o paciente *borderline* vive se alternando entre a posição de personalidade narcísica, na qual o objeto é visto como existindo para atender as demandas do *self* do sujeito, e uma posição esquizóide, na qual o sujeito foge de qualquer sentimento de ligação ou dependência para com o objeto (Horner, 1976, p. 481).

Esta oscilação pode ser evidente em casos de pacientes com sérios distúrbios, ou aparecer de forma bastante sutil em pacientes com alto poder de organização. Nestes últimos, não é raro que estes fenômenos só venham a ocorrer após um longo período de análise e somente após terem sido expostos a situações de regressão analítica, cujos efeitos possam ser significativos. Até que esses estados-limite se tornem aparentes, o paciente é tomado como um caso clássico de neurose. Enquanto no nível não-regressivo uma das posições polarizadas (medo do abandono ou medo da intrusão) encontra-se razoavelmente estabilizada enquanto a outra está recalcada (ou, eventualmente, cindida). Já na personalidade narcísica, é mais fácil ver uma configuração consistente e coerente, embora vulnerável (Meissner, 1986, p. 424).

Outra autora também acrescenta um ponto importante a esse tópico: Judith Gurewich afirma que a personalidade *borderline* permitiu aos psicanalistas americanos livrar o termo *narcisismo* de suas conotações pejorativas, realçando, em seu lugar, seus efeitos estruturantes. O que falta nos pacientes *borderline* é justamente uma fundação narcísica segura. Isto é também confirmado por Kohut, que diz que um senso positivo de *self* depende do olhar amoroso do outro, normalmente o olhar da mãe. O que importa, portanto, é distinguir o narcisismo saudável de sua variável patológica para que se possa definir um modo de agir terapêutico que possa aliviar a frágil auto-estima do paciente. Gurewich menciona também outro detalhe importante de muitos pacientes

borderline: o fato de eles parecerem ter sido vítimas do mesmo tipo de abuso sexual que Freud creditava à imaginação de suas histéricas. Para ela, os psicanalistas americanos acreditam “que este abuso, seja ele sexual ou de outra natureza, se sujeita mais à negação ou à dissociação do que à verdadeira repressão. O paciente *borderline* projeta experiências infantis dolorosas e fica à espreita do retorno delas cada vez que as demandas do outro parecem ameaçar seu já estremecido senso de *self* (Gurewich, 1998, p. 38).

2.3.3 Diferenciações estruturais

Nos dois itens anteriores procurou-se mostrar as principais características das personalidades narcísicas, assim como dos estados-limite. Na tentativa de distinguir um tipo de personalidade do outro percebe-se não somente a dificuldade dessa tarefa, como também o fato de que é inevitável que ela tenha que ser feita, muitas vezes, por comparação de características e de sintomas. Algumas das diferenciações entre os dois tipos de personalidade já foram expostas; aqui, ainda sob a influência de Meissner, a idéia é encontrar diferenças estruturais que possam melhor servir como divisores entre estes tipos de patologias. Para Meissner, é possível fazer esta diferenciação em função da organização introjetiva que caracteriza essas respectivas formas de psicopatologia. Ele fundamenta sua tese com base no princípio de que é através da introjeção que se formam os elementos nucleares em torno dos quais o senso de *self* é construído. Esses elementos refletem as vicissitudes defensivas que surgem na experiência das relações objetais, principalmente nas relações com os objetos primários. A organização da introjeção se dá em duas dimensões, a narcísica e a agressiva. Cada uma dessas dimensões tende a ser organizada em termos de uma distribuição polarizada, tendendo para o extremo ou absoluto, proporcionalmente ao grau da patologia. Desta forma, na dimensão narcísica, a configuração introjetiva pode tomar o aspecto de superioridade e grandiosidade, numa determinada direção (“introjeção superior”), mas também pode tomar o aspecto de inferioridade, sentimento de vergonha e insignificância, em outra

direção (“introjeção inferior”). De forma análoga, na dimensão agressiva, a configuração introjetiva pode tomar o atributo de destrutividade poderosa e odiosa numa direção (“introjeção agressiva”) e de vulnerabilidade impotente e fraqueza em outra (“introjeção vítima”). Essas coordenadas polares se apresentam conjuntamente, ou seja, onde houver evidência da “introjeção vítima”, pode-se ter a certeza de que uma exploração cuidadosa irá também encontrar a evidência de uma “introjeção agressiva”. O mesmo ocorre no eixo narcísico: por trás de um sentimento de insignificância reside, no inconsciente do paciente, uma configuração que se vê como especial, privilegiado, e merecedor de admiração e consideração especiais. Por trás do sentimento de vergonha reside um desejo exibicionista, ou por trás de um senso de inferioridade reside um *self* grandioso, como descrito por Kohut. O inverso também ocorre: quando aparece o *self* inflado do paciente, pode ser presumido que a “introjeção inferior” está também atuando de forma menos aparente e, muitas vezes, inconscientemente (Meissner, 1986, pp. 428-430).

Em personalidades mais organizadas, os aspectos patológicos do *self* têm tendência a se unir em torno de uma dessas configurações introjetivas, reprimindo as demais. Portanto, num paciente neurótico e depressivo, os componentes da “introjeção inferior”, que mostram o seu sentimento de inferioridade, são facilmente identificáveis. Geralmente, nesses casos, somente após um longo período de análise, é que os elementos do *self* grandioso e reprimido podem vir à tona. Já nas organizações de personalidade mais primitivas, como nos casos *borderline*, os vários aspectos da organização introjetiva se mostram mais aparentes. Nesses casos, os aspectos variáveis da configuração introjetiva não se encontram longe da consciência e são freqüentemente intrusivos. Não é incomum ver na clínica um paciente *borderline* em estado regressivo no papel da vítima indefesa, enquanto, ao mesmo tempo, ele projeta elementos de destrutividade agressiva sobre o analista. Desta forma, a “introjeção-vítima” ou a “introjeção-agressor” podem vir a dominar o *self* do paciente e nos momentos menos estáveis de regressão é provável que ele alterne entre essas duas posições, muitas vezes de forma rápida e dramática.

Meissner acredita que este aspecto estrutural torna possível traçar uma linha divisória entre a patologia *borderline* e a personalidade narcísica. Esta última, ao contrário do foi visto nos casos *borderline*, se organiza em torno das introjeções narcisicamente impregnadas, sendo que os aspectos narcísicos dessas estruturas internas dominam a organização e o funcionamento da personalidade. As maiores preocupações

da personalidade narcísica, desta maneira, são direcionadas para a manutenção de seu senso de *self*, o que irá requerer a preservação correspondente de uma integridade narcísica dessas configurações introjetadas.

Na medida em que a personalidade narcísica conseguir manter um suporte e um suprimento narcísico, ela será capaz de manter, relativamente, um alto grau de integração e coesão do *self*. Nos graus moderados de prejuízo narcísico e em condições em que o suprimento narcísico possa ser adequadamente fornecido, ela corre poucos riscos de sofrer uma desorganização regressiva, de perder a coesão do *self* ou de sua identidade. Para Meissner, o narcisista tem que lidar primordialmente no eixo do narcisismo, ou seja, com as introjeções “superiores e inferiores”, enquanto o *borderline*, além do eixo narcisista, lida também com o da agressão, na qual a “introjeção-agressor” e “introjeção-vítima” se fazem presentes. A questão da agressão torna o quadro consideravelmente mais complicado para o paciente *borderline*, pois traz à tona questões muito primitivas, orais e sádicas, gerando vulnerabilidades adicionais.

Em função disso, o paciente *borderline* tem mais dificuldade em estabelecer e manter um senso de constância de objeto e é somente capaz de manter um senso de coesão interna de forma relativamente parcial e instável, sendo, conseqüentemente, mais vulnerável a pressões regressivas e *stresses*. Embora essas vicissitudes possam ser observadas de forma mais dramática e clara no nível inferior da patologia *borderline* e em estados *borderline* regressivos, esses mesmos parâmetros aparecem de forma mais modulada e, muitas vezes, sutil, através de todo o espectro da patologia *borderline* (...) (Ibid., p. 431).

As mesmas diferenciações estruturais sugerem que, do ponto de vista do desenvolvimento, o paciente *borderline* não foi capaz de integrar imagens parciais do tipo bom/mau, dar/negar, satisfazer/frustrar, tanto de seu próprio *self* como de objetos. As partes amorosas e hostis de *imagos* parentais não conseguiram alcançar uma integração satisfatória devido a componentes agressivos mal resolvidos de relações ambivalentes ou hostis com os objetos encarregados dos cuidados primitivos. A agressão não-resolvida deriva em parte de fontes pulsionais, mas se mantém não-resolvida por conta das introjeções de objetos externos contaminadas de agressividade. O resultado disso é a cisão das imagens e a tendência de projetar hostilidade. Meissner defende a tese de Mahler, de que a origem desses distúrbios ocorre na sub-fase de reaproximação (fase de separação-individuação) e reflete resoluções desviantes da “crise de reaproximação” (Ibid., p. 432).

A personalidade narcísica, em função de experiências diferentes, toma outras formas. A passagem através da fase de separação-individuação não foi contaminada por

derivativos agressivos na mesma intensidade. A criança narcísica não encontra o mesmo grau de rejeição parental, desaprovação, hostilidade ou destrutividade. Na realidade, os problemas da criança narcísica estão no setor narcísico propriamente dito. O problema da separação e individuação diz respeito à perda, potencial ou real, da comunhão narcísica ou disponibilidade narcísica, geralmente da mãe, no momento da pressão pela separação e estabelecimento da autonomia da criança. Esta é deixada com um maior senso de individuação e coesão do *self*, mas com um senso de necessidade e de vulnerabilidade narcísica.

Como quem quer deixar portas abertas para futuras discussões sobre as questões *borderline* e narcísicas, C. Settlage comenta:

A distinção entre distúrbios narcísicos e *borderline* em termos das diferenças nos seus determinantes específicos e psicopatologias ainda não foi adequadamente delineada. Como uma possibilidade, essas diferenças podem ser devidas à diferença no *timing* da experiência traumática na seqüência do desenvolvimento. A impressão clínica, geralmente aceita, que os distúrbios *borderline* são mais severos do que distúrbios narcísicos pode ter em conta um trauma nos *borderlines*, ocorrido mais cedo no processo de desenvolvimento, portanto mais devastador. Uma segunda possibilidade é a de que a diferença entre essas duas condições será explicada pelo grau de impacto traumático e a gravidade da resposta defensiva. Em terceiro lugar, a diferença pode vir a ser entendida em termos da área da personalidade envolvida no déficit do desenvolvimento e na formação patológica; por exemplo, o envolvimento do senso de *self* e identidade, em que estas podem ser diferenciadas das capacidades do ego e funções *per se* (Settlage, 1977, pp. 810-811).

Pode-se talvez dizer que os distúrbios da personalidade narcísica representam, dentro das patologias do caráter, um nível de maior coesão, caracterizado por transferências narcísicas estáveis (como descritas por Kohut, 1971) e possuidoras de coesão do *self*, traços de caráter estáveis, mínima tendência à regressão e um funcionamento estável. Nessas patologias predominam a necessidade narcísica, a procura de uma estabilidade através de ganhos de suprimentos narcísicos e o suporte de objetos investidos narcisicamente.

Nesta perspectiva, formas mais primitivas de patologia narcísica com graus mais severos de prejuízo na coesão do *self* e tendências regressivas não devem ser classificadas como formas de personalidade narcísica, mas sim, incluídas na categoria de estados-limite. O fato dessas formas mais primitivas de patologia narcísica também trazerem manifestações de formações narcísicas arcaicas, como o *self* grandioso e a *imago* parental idealizada, não é motivo para sua classificação como distúrbio de personalidade narcísica, mas deve simplesmente refletir formas mais primitivas de

patologia narcísica coexistindo com outras formas de patologia mais severas, desenvolvidas muito precocemente.

A problemática *borderline*, por sua vez, forma um espectro psicopatológico que se estende desde as condições *borderline* de ordem mais estruturada, nas quais os traços típicos *borderline* emergem somente quando sob regressão (seja por indução na análise ou por *stress*), até organizações *borderline* mais primitivas, caracterizadas por tendência à regressão, labilidade emocional, instabilidade, tendências ao *acting-out*, etc.

Muito embora as diferenciações estruturais propostas por Meissner possam trazer luz a essa questão, principalmente em casos mais extremos de uma ou de outra patologia, a discriminação diagnóstica entre as personalidades narcísicas e as condições *borderline* mais estruturadas pode ser muito difícil ou até praticamente impossível, em alguns casos.