

## 5 Conclusão

*Tudo o que faço ou medito  
Fica sempre na metade.  
Querendo, quero o infinito.  
Fazendo, nada é verdade.  
Que nojo de mim me fica  
Ao olhar para o que faço!  
Minha alma é lúcida e rica,  
E eu sou um mar de sargaço –  
Um mar na qual bóiam lentos  
Fragmentos de um mar além...  
Vontades ou pensamentos?  
Não o sei e sei-o bem.  
(Fernando Pessoa)*

Como foi visto ao longo deste trabalho, os termos *borderline* e seus diversos correlatos (entre os quais preferiu-se utilizar estados-limite), são objeto de muitas controvérsias. Entre estas, merece destaque a grande diferença postural entre franceses e americanos, tal como foi tratado no item 2.1.2, sob o título *Novo Mundo x Tradição*. Os franceses vêem a questão dos estados-limite mais como uma dimensão da personalidade encontrada em diversos tipos de patologias, muitas vezes sem um diagnóstico específico, enquanto boa parte dos autores alinhados com o pensamento americano a vêem como uma estrutura definida e bem caracterizada, embora esta caracterização seja feita através de critérios de inclusão e exclusão, por vezes confusos.

Uma conclusão que talvez possa ser tirada é a de que o foco intenso colocado por autores do pensamento americano, como Kernberg, permitiu um avanço significativo nas pesquisas observacionais, na metapsicologia e nas questões clínicas relativas à problemática *borderline*, que não encontraram paralelo em nenhum outro lugar. Os americanos valorizam sobremaneira a experiência clínica, e a verdade é que ela vem-se modificando ao longo dos anos. Através da experiência e da observação, eles procuram elaborar novos modelos teóricos que dêem conta de suas descobertas.

Por outro lado, os franceses, embora não focando diretamente a busca de novas teorias, ofereceram uma outra e importante contribuição, saindo da visão estrutural-patológica para um espectro mais amplo, onde essas questões podem ser pensadas como

dimensões da personalidade ou da vida mental ou até formas de colocação diante do mundo, sem que tenham, necessariamente, que ser diagnosticadas dentro de um quadro estrutural e específico.

Uma outra fonte de controvérsias, e aí não há consenso nem mesmo intra-escolas, é que para muitos existe uma enorme confusão entre personalidades narcísicas e *borderline*. Enquanto Kohut opõe claramente esses dois tipos de personalidade, para Kernberg algumas formas narcísicas devem ser incluídas nesta última categoria, embora reconheça que a presença de uma configuração narcísica coerente caracteriza uma personalidade narcísica, em oposição à *borderline*. A importância dessa diferenciação está na razão direta de uma outra questão, que é a da aceitação de etiologias estruturalmente bem diferenciadas para as personalidades narcísicas e *borderline*. De uma forma geral, procurou-se mostrar aqui que existe uma corrente que pensa os distúrbios de personalidade narcísica como sendo de uma ordem mais estruturada, capacitando-as a uma transferência mais estável. Para Meissner, por exemplo, a questão narcísica diz respeito à auto-estima enquanto a questão *borderline* diz respeito à coesão e estabilidade do *self*, como explicado por Figueiredo:

O paciente com personalidade narcisista pôde desenvolver-se contando com pelo menos um dos pólos do eixo narcísico, vale dizer, apesar de sérias dificuldades no sistema especular ou no sistema idealizante ou em ambos, as respostas empáticas de algum *self-objeto* puderam garantir um mínimo de coesão para o *self* em processo de constituição. É claro que os problemas no plano da auto-estima incidirão sobre o funcionamento psíquico, mas algo da coesão básica estará assegurado. As demandas narcisistas de amor e atenção decorrem da dificuldade de manter um bom equilíbrio narcísico sem estes suprimentos constantes à sua auto-estima. Já no que Meissner denomina de “condição *borderline*” será a própria coesão de si que estará sempre em perigo e por isso os dramas *borderline* implicam questões de vida ou morte (Figueiredo, 2003, p. 84).

Uma outra característica interessante é que grande parte das contribuições à questão dos estados-limite vem de autores que não se debruçaram especificamente sobre essa problemática. Desde Freud e Ferenczi, passando por Klein, Balint, Fairbairn, Winnicott e, pouco mais recentemente, Bion e Mahler, apenas para citar alguns, todos puderam levantar aspectos sobre a constituição do sujeito que ajudaram a pensar as questões limítrofes. É inegável também que os estados-limite se beneficiaram enormemente do progresso da psicanálise com relação ao melhor entendimento dos quadros psicóticos, que também passou por grande revigoração depois das descobertas de Klein.

Além dos pontos básicos mencionados, existem outras questões importantes. Os pacientes limítrofes seriam possuidores de uma estrutura defensiva arcaica visando a

protegê-los de conflitos psíquicos, ou deveríamos entender sua condição não como defesas, mas como o resultado de falhas de desenvolvimento? E, mesmo se levarmos em conta as defesas, que tipo de implicações clínicas teriam as defesas de clivagem ou de cisão, quando comparadas às defesas de recalçamento, típicas dos neuróticos? Esta pergunta tem importantes desdobramentos clínicos, uma vez que se pensarmos em conflitos e suas defesas, a tendência é uma clínica mais voltada para a interpretação dessas defesas e da transferência, enquanto que se pensarmos em falhas de desenvolvimento, ou déficits de representação interna, teremos uma clínica mais voltada para seu papel reparador, ou de preenchimento dessas falhas e déficits. Entra aí a questão controversa da empatia na clínica analítica e seus desdobramentos em relação às questões da demanda do paciente. Mas como falar de demanda quando não há representação interna que a sustente?

Muito bem, dirão alguns. Vamos aceitar por um momento que existam estados-limite e que pacientes lancem mão de defesas através de mecanismos de cisão, ou então imaginemos que devemos privilegiar nem tanto as defesas, mas o fato de que existe uma lacuna, uma *falha básica* (Balint) sem representação interna, que não pode ser verbalizada, pois sua origem remonta a um período inicial da vida psíquica e anterior, portanto, ao período verbal ou edípico. Mesmo assim ainda restarão algumas questões. Entre essas, duas são de vital importância: como diagnosticar esses estados-limite e como tratar clinicamente deles?

A questão do diagnóstico é crítica e difícil. Em primeiro lugar, existem autores como Kernberg que procuram definir, de forma mais ou menos precisa, as patologias *borderline*. Isso geralmente resulta num espectro bastante amplo de condições patológicas e de déficit caracterológico, podendo formar um grupo heterogêneo de entidades diagnósticas. O alcance diagnóstico dos *borderlines* 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. No nível mais grave podem aparecer estados acentuadamente regressivos, quase psicóticos, com forte propensão para o *acting-out*, muitas vezes autodestrutivos. Já num nível menos grave, que Armony chamaria de *borderline normal*, existe a possibilidade de que esses possam passar um bom tempo sem demonstrar nenhuma qualidade regressiva que seja atribuída

à estrutura estados-limite. Isso pode fazer com que a diferença entre esse tipo de paciente e um outro com personalidade narcísica não muito pronunciável seja quase imperceptível.

Por conta dessas questões, muitas vezes o diagnóstico não é simples. Uma das conclusões importantes é que o critério diagnóstico 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 no *setting* psicanalítico. Seja pela ação dos mecanismos de defesa ou pelos indicadores de que existem déficits de representação (falhas estruturais), somente através do *campo transferencial* (Band) instaurado pelo paciente, é que o analista poderá ter uma idéia diagnóstica do caso. Por esse motivo as questões transferenciais e contratransferenciais são tão importantes e mereceram um item à parte neste trabalho.

Quanto à questão clínica, de como tratar esses casos, como não poderia deixar de ser, é a que suscita talvez o maior número de controvérsias. Alguns exemplos de técnicas e suas limitações foram abordados neste estudo. A conclusão mais importante é que os estados-limite estão presentes, em maior ou menor grau, em praticamente todas as estruturas de personalidade e, portanto, podem ser encontrados na clínica da neurose. A questão mais importante é poder identificá-los, tentando assim impedir um problema maior ou até mesmo uma ruptura do processo de análise.

T. S. Eliot, citado por Thomas Ogden em seu livro *Conversations at the frontier of dreaming*, falando sobre a boa escrita, disse que “não podemos dizer em que ponto começa a técnica ou quando ela termina” (Ogden, 2001, p. 17). Ogden aproveita para fazer uma analogia com a psicanálise, quando esta vai bem. A análise não é encenada, prescrita ou formulada. “Mas é muito mais fácil dizer o que ela não é do que o que ela é” (Ibid.). Para Ogden, existem intrínsecas, em cada situação analítica, algumas tensões produtivas entre polaridades, tais como: entre individualidade e intersubjetividade; entre privacidade e comunicação; entre *rêverie* (Bion, 1959) e interpretação; entre o uso da linguagem para obter mudanças psicológicas efetivas e o prazer no uso imaginativo de linguagem metafórica; entre tentar dar nomes precisos a pensamentos e sentimentos e tirar prazer e valorizar as “maravilhosas vias indiretas” (Emerson) que o diálogo analítico inevitavelmente traz. (Ogden, 2001, p. 45). De uma forma geral, Ogden valoriza bastante a condição de *rêverie* (e outros derivativos do inconsciente), não como uma possibilidade de acesso momentâneo ao inconsciente, mas como expressões metafóricas de como se dá esta experiência inconsciente.

As situações clínicas onde os estados-limite se fazem presentes requerem ação por parte do analista. Se este for um analista da técnica clássica, que busque preservar o *setting* e a defesa da abstinência na sessão, ele provavelmente irá oferecer poucas possibilidades para lidar com algumas dessas situações. Pode até ser que consiga algum êxito nos casos de um paciente regressivo, mas dificilmente irá avançar em situações onde a análise começa a se arrastar e “andar em círculos”. O analista, nesses casos, terá que correr riscos. Esses riscos serão maiores ou menores na razão direta da gravidade dos estados regressivos em que o paciente se encontra. O tipo de ação que o analista irá tomar pertence inteiramente ao momento da sessão. Faz parte do campo transferencial e não pode ser predeterminado, nem pelo próprio analista. O mais importante, talvez, seja o analista conseguir preservar a sua *contratransferência primordial* (Figueiredo, 2003)<sup>1</sup>, ou seja, “*deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível*” (Figueiredo, 2001, p. 128).

---

<sup>1</sup> Vide 4.2.