



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Figueiredo, Luís Claudio

O caso-limite e as sabotagens do prazer

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, núm. 2, 2000, pp. 61-87

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018266005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O caso-limite e as sabotagens do prazer¹

Luís Claudio Figueiredo

O que apresentarei a seguir tem diversos pontos de apoio. Em primeiro lugar, me apoiarei em algumas idéias de André Green que enfatiza a importância do conceito de “limite” como um operador substantivo do pensamento psicanalítico e em suas indicações acerca das angústias básicas presentes nos borderline. Em seguida, contemplarei as observações de alguns autores que coincidem na identificação de uma problemática básica nos chamados casos-limite: tratar-se-ia sempre de uma an-estruturação (Bergeret) ou de uma falta de coesão egóica (Meissner). Também levarei em consideração as observações e teorizações de Kernberg e de Horner acerca dos padrões oscilatórios na afetividade destes pacientes.

Sugiro que as teorias de Federn e as de Fairbairn, embora representando concepções e pressupostos antagônicos acerca do psiquismo, possam ser mobilizadas para uma melhor compreensão dos problemas da constituição subjetiva dos pacientes borderline. Apoiado em um pequeno texto de Pontalis, proponho uma articulação destas idéias federnianas e fairbairnianas com alguns aspectos da teorização de Freud. Levantarei então algumas questões relativas à dificuldade desses indivíduos obterem prazer e sustentarem um estado de satisfação.

Palavras-chave: Caso-limite, narcisismo, esquizoidia, Federn, Fairbairn

1. Palestra pronunciada na Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro em setembro de 1999.

Considerações preliminares

Ao receber o instigante convite da SPCRJ para abrir esta jornada sobre “Situações-limite”, pus-me imediatamente a pensar acerca de um certo número de pacientes que, apesar de apresentarem notáveis diferenças entre si, me ensinavam bastante acerca deste tema. Ao longo de alguns meses, dediquei-me a estudar e a reler uma série de textos tendo como figura de fundo o que, a cada sessão, aprendia com estes pacientes. Não vou apresentar explicitamente este material clínico, inclusive porque todos estes casos ainda estão em andamento. No entanto, quero compartilhar com vocês a minha profunda gratidão a eles e afiançar que nenhuma das elaborações que se seguem teriam sentido ou possibilidade de existir sem o trabalho clínico com estes e com alguns outros pacientes a quem tive a oportunidade de atender ao longo dos anos e que me retornaram à lembrança enquanto redigia este trabalho. Ao escrever este texto fiz absoluta questão de não permitir que a teoria se desenvolvesse com independência, ou seja, meu critério para aceitar ou rejeitar uma proposta teórica minha ou alheia foi sempre o da acuidade que esta proposta demonstrava diante do material clínico que cada sessão me proporcionava.

Uma questão terminológica e o estatuto do fenômeno

Creio que nosso primeiro passo, obrigatoriamente, é o de discutir uma questão terminológica. Fala-se, principalmente nos EUA e na Inglaterra, em “personalidade ou paciente limite” (*borderline personality* ou *borderline patient*) ou ainda em “condições-limite”, o que nos leva a falar, em português, de “caso-limite”. Mas fala-se também, principalmente na França, em “estados” ou “situações-

limite”.² Muitas vezes, um livro americano sobre *borderline patients* é traduzido para o francês como se fosse sobre *états-limites*. Foi o caso do livro de Harold Searles, que passou de *My work with borderline patients* para *Mon expérience des états-limites*. A tradutora Brigitte Bost esclarece as razões desta opção: além de recusar a tradução de paciente por “cas” em virtude de uma suposta conotação médica do termo, ela alega que a problemática limite pode dizer respeito a *aspectos* da personalidade e do funcionamento mental de um paciente sem definir ampla e completamente sua patologia.³ Achei necessário enfatizar esta diferença dado que a Jornada para a abertura da qual este trabalho foi escrito era anunciada na Internet como sendo sobre “situações-limite”, mas tanto no *folder* como no título da minha fala constava o termo “caso-limite”. Em contrapartida, a palestra de encerramento, a cargo de Octavio Souza, incluía o conceito “estado-limite”. Estas diferenças, em aparência irrelevantes, bem podem expressar alguma coisa de mais fundamental e que não convém dissimular.

Na verdade, o que está em jogo é o estatuto do fenômeno em exame. Originalmente, a problemática do *limite* nos “casos-limite” era vista como decorrência da falta de um lugar próprio para certos pacientes que não se conformavam à classificação mais tradicional das estruturas, isto é, eles 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*. Foi assim que o conceito veio à luz com A. Stern em 1938, embora neste trabalho o autor ainda colocasse os *limítrofes* como um grupo específico entre os neuróticos.⁴ Como se verá adiante, por razões de ordem estrutural que procuraremos expor na sequência, os “casos-limite” oferecem, sem dúvida, uma séria dificuldade diagnóstica, podendo se confundir com diversos quadros psicopatológicos.

Há autores atuais que tratam o termo *borderline* como designando simplesmente uma síndrome, como James Masterson e Peter Giovachini, e entre esses há trabalhos como o de Grinker e seus colaboradores, que muito ajudaram na descrição dos

2. Esta diferenciação não é absoluta. No entanto, mesmo quando um autor americano, por exemplo J. Seinfeld, adota o termo *borderline-states*, ao acompanhar seu raciocínio vemos que ele está falando realmente de *borderline-patients*. Cf. J. Seinfeld. *Containing rage, terror and a despair*. Northvale: Jason Aronson, 1996.
3. Curiosamente, ela não toca na diferença entre o termo *work*, que nos remete efetivamente a uma concepção da terapia como trabalho, e o termo muito mais charmoso e perfumado *expérience*.
4. Cf. A. Stern. Investigação psicanalítica e a terapia do grupo de neuroses limítrofes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 159-176, 1999. Trad. Alain François. Recomendando, também, a leitura de uma excelente introdução ao texto de Stern escrita por Mário Eduardo da Costa Pereira e publicada no mesmo número da Revista, pp. 153-158.

fenômenos e processos mais característicos dessa patologia.⁵ Outros autores, principalmente os franceses, preferem falar em “estados-limite” para se referirem com este termo a um aspecto e dimensão da personalidade ou vida mental que poderiam ser encontrados em patologias diversas, embora sejam mais marcantes em certos pacientes.⁶ 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 concebe como pertencentes a uma estrutura personalógica à parte, cuja singularidade seria... a falta de estruturação.

Como se verá no decorrer do trabalho, me alinho bem mais com autores, como Kernberg, que reconhecem a singularidade estrutural e etiológica do *borderline* e que pensam, como o citado Kernberg e mais ainda Jeffrey Seinfeld, que esta singularidade tem sérias implicações no manejo clínico dos casos. No entanto, as noções de “estados e “situações-limite” conservam sua validade e, em outro trabalho, será proposta uma análise em que este conjunto de noções será acionado sem que os termos se sobreponham uns aos outros.⁷

A descrição que Stern propôs para um novo tipo de paciente e as descrições encontradas nos inúmeros trabalhos publicados, principalmente a partir de um texto de Knight de 1953,⁸ foram se sucedendo em uma curva exponencial de crescimento.⁹ Ao mesmo tempo, suscitaram o confronto com as descrições paralelas e coadjuvantes

5. Cf. R. R. Grinker. A síndrome *borderline*. Em J.O. Outeiral (org.). *O adolescente borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993; p. 105. Grinker, além de listar os diversos traços da síndrome, sugere uma classificação destes pacientes em quatro grupos, o que robustece o potencial descritivo de seu trabalho. Diversos textos de Kernberg, Masterson e Giovachini, entre outros, também podem ser encontrados nesta útil coletânea.
6. Cf., entre outros, D. Widlöcher. Les concepts d'état limite. In P. Pichot (org.). *Actualité de la schizophrénie*. Paris: PUF, 1981; pp. 55-70. Em acréscimo, podem ser lidos todos os textos publicados no volume organizado por Jacques André, *Les états limites*. Paris: PUF, 1999.
7. L. C. Figueiredo. “A produção social do caso-limite”. (Em preparação.)
8. Este trabalho de Knight é um dos poucos que, escritos em língua inglesa, refere-se a “estados *borderline*”. Cf. R. Knight. *Borderline states in psychoanalytic psychiatry and psychology*, *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1953, pp. 1-12.
9. Em 1975, uma revisão da literatura realizada por Gunderson e Singer recensou 87 títulos. Nesta data muitos dos atualmente clássicos do assunto ainda não haviam sido publicados. Cf. J. G. Gunderson e M. T. Singer. Defining the borderline patient: an overview. *Amer. Journal of Psychiatry*. 1975, 132: 1, 1-10.

de outros autores que falavam e falam de patologias que não se reduziriam à tríade clássica neurose, psicose e perversão. Entre eles, costumam ser citados: Eugen Bleuler e Paul Federn¹⁰ e seu conceito de “esquizofrenia latente”; Helene Deutsch e seu conceito de “personalidade *como-se*”¹¹; Winnicott e a “personalidade falso-*self*”¹²; Giovachini e o *blank-self* (si-mesmo branco ou vazio)¹³; Kohut e a “personalidade narcisista”¹⁴; Fairbairn e depois Masud Khan e também J. Henri Rey e o conceito de “personalidade esquizóide”¹⁵; Balint e os indivíduos portadores da “falha básica”¹⁶ etc. Uma das questões que se colocam para o estudioso é a de discriminar, articular, excluir ou incluir estas categorias umas nas outras. Por exemplo, *borderline* e personalidades narcisistas diferem e se excluem ou se incluem mutuamente e, neste caso, qual a categoria mais abrangente? Adianto que minha posição pessoal é a de estabelecer uma distinção entre elas, reconhecendo, contudo, que há certamente uma problemática narcisista nos “casos-limite”, bem como, aliás, há uma problemática esquizóide também aí operando, embora me pareça que não se possa assimilar uma categoria às outras sem reduzir a complexidade da condição *borderline*. Quanto às demais condições aparentadas, tentarei ao longo da minha fala propor algumas distinções e umas tantas inclusões.

A fortuna do conceito nos países de fala inglesa e na França

65

Não apenas os termos variam entre americanos, ingleses e franceses, como convém observar de saída que a literatura francesa é em quantidade e qualidade muito pobre em comparação ao que se produziu e produz principalmente nos EUA. Re-

10. E. Bleuler. *Dementia praecox, or the Group of Schizophrenias*. Trad. J. Zinkin. New York: International Universities Press; P. Federn. *La psychologie du moi et les psychoses*. Trad. Anne Lewis-Loubignac. Paris: PUF, 1979.
11. H. Deutsch. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoan. Quarterly*. (11): 301-321, 1942.
12. W. Winnicott. Clinical varieties of transference. *Collected papers: In Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock, 1958.
13. P. L. Giovachini. Le soi ‘blanc’. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. (11): 63, 78, 1975.
14. H. Kohut. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press, 1971.
15. W. R. D. Fairbairn. Schizoid factors in personality. *Psychoanalytic studies of personality*. London: Tavistock, 1952; M. M. Khan. Aspectos clínicos da personalidade esquizóide: afetos e técnica. Em *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Trad. Gloria Vaz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984; J. R. Rey. Fenômenos esquizóides no paciente fronteiro. E. B. Spillius (org.). *Melanie Klein Hoje*. Trad. Belinda Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991, vol. 1.
16. Cf. M. Balint. *A falha básica. Aspectos terapêuticos da regressão*. Trad. Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

centemente foi publicado um pequeno livro organizado por Jacques André com as conferências sobre estados-limite proferidas por meia dúzia de psicanalistas franceses em um seminário em Sainte-Anne de 1996 a 1997. 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 e que comparece na coletânea com as duas melhores palestras do ciclo. Não obstante esta carência, por muitos atribuída à forte influência do pensamento de Jacques Lacan, muitos trabalhos de Green, algumas elaborações de Jean Bergeret e uma pequena observação de J-B. Pontalis publicada no número, de qualidade excepcional, da *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, dedicada ao tema *Aux limites de l'analysable* (1974) me serão, como se verá a seguir, de extrema valia.

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 desta natureza para poder justificar a preguiça e disfarçar a ignorância com juízos de valor *prêt-à-porter*. Não é o meu caso e boa parte do que posso pensar sobre a clínica dos casos-limite me foi sugerida pela leitura de autores como Otto Kernberg e Jeffrey Seinfeld, ainda que não os siga em todos os caminhos teóricos e técnicos que eles nos abrem.

Alguns autores com quem aprendi

Gostaria neste momento de fazer uma breve referência a alguns autores com quem aprendi e assinalar o que de mais interessante me trouxeram. Não se tratará, de forma alguma, de apresentar uma resenha de suas posições, demasiadamente complexas para caberem em uma pequena exposição. É, como acabei de dizer, o simples assinalamento de algumas dívidas.

André Green, ao longo de uma obra ampla e original, posto que um tanto repetitiva, nos sugere conceber “*limite*” como um conceito psicanalítico.¹⁷ A partir de Freud, Federn (a quem retornarei mais adiante) e em consonância com as elaborações de Didier Anzieu sobre o “eu-pele”,¹⁸ Green assinala a importância na constituição subjetiva e na montagem do aparelho psíquico dos limites externos do eu. Neste contexto, ele aponta as duas angústias características dos *fronteiriços*: a

17. Cf. A. Green. *A loucura pessoal do analista*. Rio de Janeiro: Imago, 1988; há, contudo, inúmeros outros textos de Green em que este tema é abordado, inclusive a primeira de suas *Conferências brasileiras*.

18. Cf. D. Anzieu. *O eu-pele*. Trad. Z. Y. Riskallah e R. Mahafuz. São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.

angústia de abandono, separação e perda do objeto e a angústia de invasão ou engolfamento pelo objeto. Ambas, abandono e perda ou engolfamento, seriam “doenças das fronteiras do ser” e implicariam possibilidades aterrorizadoras de morte e dissolução. A precariedade dos limites dos espaços psíquicos coloca no tratamento dos *borderline* uma permanente questão de distância: o manejo da distância nos jogos transferenciais e contratransferenciais é essencial para a criação dos espaços (espaços potenciais, na acepção winnicottiana), em que um psiquismo possa se estruturar pois, correspondendo à precariedade das fronteiras externas, haveria sempre uma igual precariedade nas fronteiras internas, como por exemplo a da barreira instituída pela repressão. Os limites internos mal definidos e mal-estruturados teriam como consequência uma estruturação psíquica tendente à *instabilidade*.

Jean Bergeret¹⁹ sugere considerarmos a patologia dos estados-limite como casos de “an-estruturação”, o que nos coloca diante de um paradoxo: trata-se de uma estrutura singular, que não se confunde com neurose e psicose, mas cuja dinâmica exclui uma estruturação estável e estabilizadora do funcionamento mental e do comportamento. Enfim, seria uma estrutura marcada pela instabilidade e pela ausência de estratégias sintomáticas bem organizadas. É exatamente a ausência de estratégias sintomáticas estáveis que produz toda sorte de confusões com diversos quadros neuróticos, psicóticos e de perversão. Sem dúvida, como se verá a seguir e já estava patente na elaboração de Green, a intensa instabilidade é uma das mais conspíquas marcas da *doença dos limites* ou das fronteiras. No entanto, e isto é para mim de extrema valia, pois confere com minhas observações clínicas, segundo Bergeret, em todas as estruturas, inclusive nesta “an-estrutural”, há a possibilidade de “soluções felizes”. Tanto pode haver uma estrutura psicótica ou neurótica estabilizada e “feliz”, como até a instabilidade *borderline* pode encontrar por períodos mais ou menos longos uma faixa de variação limitada, o que torna a vida da pessoa viável. Também venho percebendo que é necessário superar o critério da “gravidade” aparente para o diagnóstico e o tratamento do paciente *borderline*, o que milita contra aquela concepção definida apenas em termos de síndrome que está presente, por exemplo, nos quadros do DSM III, DSM IV e congêneres.²⁰ Em geral, pensou-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. Talvez um critério estrutural de saúde pudesse nos levar nesta direção, mas seria sempre indispensável distinguir este critério do que é uma apreciação fenomenológica da “gravidade” em termos de adaptação à realidade e viabilidade psíquica. Há pacientes *borderline* profundamente

19. Cf. J. Bergeret. *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod, 1985.

20. Mesmo assim, devo reconhecer que estes instrumentos diagnósticos podem me ajudar no início do tratamento se eu não ficar muito preso a eles.

desadaptados e outros nem tanto.²¹ Esta, aliás, pode ser a ocasião de lembrar o que Searles nos diz no prefácio ao seu livro sobre *borderline*. Lá, ele nos conta que encontrou com muita frequência esta patologia entre pessoas relativamente adaptadas e muito próximas a ele, vale dizer, entre psicanalistas em análise de formação e supervisandos, sugerindo também, com sua peculiar ironia, que ele mesmo não estava de todo excluído dessa condição.²² Mais tarde voltarei a este tema defendendo a tese de que algo desta patologia pode fazer parte de um psiquismo apto às atividades terapêuticas, isto é, do nosso.

Outro autor com quem me instruí foi W.W. Meissner, em um texto em que discute em detalhe as diferenças entre a problemática narcisista, tal como compreendida por Kohut, e a problemática *borderline*.²³ Meissner sugere que a questão narcisista diz respeito à auto-estima, enquanto a questão *borderline* diz respeito à coesão e estabilidade do *self*. 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 que no que ele 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. Para proteger-se em sua precariedade, podemos já adiantar, é que poderão emergir os fenômenos da personalidade “como-se” (Deutsch), de falso *self* (Winnicott) ou de *self* em branco (Giovachini). Por meio da adesão submissa ao outro, de um mimetismo incontrolável (sugestionabilidade compulsiva) e/ou de um auto-esvaziamento afetivo e ideativo de caráter defensivo pode ser evitada a separação do objeto que deixaria o *self* não coeso entregue à sua fragilidade radical.

21. Aliás, o critério da adaptabilidade não nos ajuda também a diferenciar neurose de psicose, como o atesta o fenômeno da “psicose branca” dos pacientes normóticos. Os pacientes “como-se” de Helene Deutch são apresentados por ela como esquizofrênicos, cujo sintoma é a submissão maciça aos critérios de normalidade adaptativa.

22. Ele diz exatamente o seguinte: “... *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 de saúde mental que deve assumir uma propensão a utilizar as defesas borderline*”. (Searles, 1986; p. 12)

23. Cf. W. W. Meissner. Narcissistic personalities and borderline conditions: A differential diagnosis. In A.P. Morrison (org.). *Essential Papers on Narcissism*. New York: New York University Press, 1986; pp. 403-437.

Seriam formas de tentar manter relações simbióticas com objetos pouco disponíveis para as trocas afetivas baseadas na interdependência, objetos que sempre ameaçam com o abandono ou com a intromissão, que não cumprem minimamente suas funções especulares nem suportam de forma consistente as necessárias idealizações dos filhos. São, em geral, mães e pais *borderline* ou narcisistas.

Otto Kernberg, um dos mais sistemáticos e convincentes defensores de uma estrutura de personalidade *borderline*, apoiando-se em Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Edith Jacobson e, principalmente, Margaret Mahler, propôs uma compreensão estrutural e etiológica dos fronteiriços que sempre me fez bastante sentido.²⁴ Desenvolvendo teses já avançadas pela própria Margaret Mahler²⁵ (e também adotadas, entre outros, por James Masterson), Kernberg sugere que a estrutura *borderline* se caracterize por uma dinâmica extremamente instável, oscilante, repleta de transições abruptas, avanços e recuos que revelariam as duas grandes angústias presentes em uma fase do processo de separação-individuação, que foi denominada por Mahler de “fase de reaproximação”. Trata-se, como se sabe, da fase posterior à simbiose e ao treino ou exploração do ambiente e na qual 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 deste objeto e ser por ele novamente engolfada e invadida. É um período difícil para ser negociado entre a criança e sua mãe, que também, por seu lado, sofre as angústias de ser ao mesmo tempo abandonada e super-solicitada e invadida pelo filho, tendo de atender simultaneamente a demandas incompatíveis. Claro está que quando estas angústias são o verdadeiro calcanhar de Aquiles de uma mãe *borderline*, dificilmente ela poderá equilibrar-se em sua difícil posição diante das demandas do filho. Não há dúvida que estas duas angústias formuladas nos termos de Kernberg e Mahler correspondem muito bem às duas angústias observadas por André Green em um contexto teórico distinto. O vai-e-vem da fase de reaproximação, quando cronificado, impede que o indivíduo experimente seu “nascimento psicológico”, isto é, aceda ao nível superior da relação de objetos no qual se articulariam os fenômenos que, nos termos de Mahler, são denominados “autonomia individual” e “constância objetal”. A “autonomia” inclui a delimitação das fronteiras do eu – já separado de seus objetos primordiais – e a constância objetal corresponde a uma relativa permanência e integração dos objetos. É claro que também em indivíduos que não apresentam os transtornos *borderline*, nem a autonomia nem a constância objetal são absolutas e

24. Cf. O. Kernberg. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1976; e *Internal world and external reality*. Northvale, N.J.: Jason Aronson, 1985.

25. M. Mahler. *O processo de separação-individuação*. Trad. Helena M. de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

definitivas. O normal e mesmo saudável é que ocorram variações. Contudo, os indivíduos *borderline* parecem ter de fato uma dificuldade muito mais acentuada em construir e sustentar uma imagem suficientemente integrada e estável de si e de seus objetos para que, mesmo sofrendo alterações de magnitude e de valor, eles permaneçam com suas fronteiras mais ou menos delimitadas e suas existências asseguradas. Para esses pacientes, ou os objetos aparecem e desaparecem subitamente (como que lembrados e esquecidos alternadamente), ou trocam subitamente de valor afetivo, sendo que em cada extremo da escala bom-mau a valência tende a se absolutizar. Ora, portanto, parecem estar operando vínculos de dependência extrema diante de objetos muito bons, ora estes vínculos parecem nunca ter existido ou estar sendo furiosamente renegados diante de péssimos objetos.

A formulação de Otto Kernberg, contudo, embora muito devedora às idéias de Margaret Mahler, não se satisfaz com a idéia de que a origem da patologia resida apenas em uma fixação nesta fase mal resolvida. Por isso incorpora outras dimensões dos fenômenos e processos encontrados nas estruturas *borderline*, em especial os relativos às defesas primitivas, como as cisões e o amplo recurso a identificações projetivas, sem as quais não se entende perfeitamente o caráter oscilatório da dinâmica *borderline*. É para a explicação deste aspecto de instabilidade que as idéias de Melanie Klein, Fairbairn e Edith Jacobson são invocadas. Como se verá a seguir, também acho que o concurso de outros autores, principalmente Fairbairn, é necessário para pensar e tratar o paciente *borderline*.

Gostaria ainda de chamar a atenção para uma autora, Alethea Horner que, embora se baseando exclusivamente nas teorizações de Margaret Mahler (que me parecem interessantes mas insuficientes), teve o mérito de escrever um artigo na década de 1970 focalizando exatamente o que a mim parece uma das marcas mais definidoras da dinâmica e da estrutura *borderline*, marca que é reconhecida por todos os autores que tratam do tema, sem exceção, mas que, contudo, não recebera antes do trabalho de Horner uma atenção especial.²⁶ Refiro-me ao padrão oscilatório dos afetos, à questão da instabilidade, das flutuações, das oscilações, das mudanças bruscas, do que muitos descrevem como o vai-e-vem dos humores e das reações e que muitas vezes se confunde com uma psicose maníaco-depressiva. Esta autora foi a primeira a me alertar que entre as oscilações encontradas nos *borderline* havia uma oscilação muito crítica e determinante do que se pode pensar sobre o assunto: trata-se da oscilação entre a problemática narcisista e a problemática esquizóide. Quando falo em “problemática” estou incluindo as angústias e as defesas características destas duas modalidades de sofrimento psíquico. De uma certa forma, as leituras que realizei

26. A. Horner. Oscillatory patterns of object relations and the borderline patient. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, (3): 479-482, 1976.

de alguns autores que considero muito importantes para a concepção que venho elaborando, como J. Seinfeld, e as observações de meus próprios pacientes foram me levando cada vez mais a dar atenção a estes padrões oscilatórios e a procurar uma compreensão teórica que os explicasse. Às vezes, estas oscilações são extremamente rápidas, dramáticas e óbvias, com angústias extremas e defesas igualmente turbulentas. Outras vezes, é como se ocorressem em câmara lenta e em surdina. Processos assim me parecem mais raros, mas quando se passam diante dos olhos e ouvidos do analista têm uma extraordinária capacidade didática, pois permitem que se entre em contato passo a passo com o funcionamento dos mecanismos acionados pela estrutura *borderline* para realizar à sua maneira a *compulsão à repetição*. O que se repete aqui é o próprio padrão cíclico e pendular “tudo bom - tudo mau”, “tudo dentro - tudo fora”, “só presente - só ausente”.

Outros autores também me ensinaram coisas importantes sobre os “casos-limite”, mas a eles farei referência ao longo do trabalho.

De Federn e de Fairbairn: na fronteira dos paradigmas

Penso que, inevitavelmente, uma patologia que em sua nomeação já nos fala de bordas, margens e fronteiras nos conduza para a teorização de autores como Anzieu e, antes dele, Federn que se dedicaram a pensar psicanaliticamente a questão dos limites narcísicos do sujeito. Paul Federn, em especial, foi o único de sua geração de psicanalistas que se dedicou ao desenvolvimento das indicações freudianas sobre o narcisismo.²⁷ Embora seu foco fosse a psicose, em especial a esquizofrenia, o que ele concebeu acerca das fronteiras internas e externas do eu me parecem decisivas para a questão *borderline*, o que foi reconhecido, um tanto de passagem, por André Green e, de forma mais fecunda, por Didier Anzieu. Na verdade, o próprio Federn tem um texto capital sobre o que ele chamava de “esquizofrenia latente”, que é muito esclarecedor acerca da patologia *borderline*.²⁸

Para Federn o eu deve ser considerado sempre como objeto e como sujeito. As funções do eu dependerão, para seu exercício, de que esta agência se encontre pulsionalmente investida. Trata-se aqui de um investimento pulsional anterior e mais básico do que o de qualquer movimento reflexivo. É o plano do investimento pulsional – libidinal e agressivo – que constitui e sustenta o eu como uma agência psíquica viável. Algo que dá ao eu uma existência e a possibilidade de uma eficácia. A criação desta “entidade” ocorre em grande medida na sua *limitação*, ou seja, na constituição de suas fronteiras.

27. P. Federn. Op. cit.

28. Cf. P. Federn. Principes de psychothérapie de la schizophrénie latente. In Op. cit.

A criação e o investimento libidinal das fronteiras do eu, elásticas, porosas, mas funcionais, será determinante, segundo Federn, para a constituição simultânea das realidades. Isto quer dizer que um senso de realidade externa supõe um senso de realidade interna (a realidade psíquica do eu) e ambas pressupõem uma barreira, um limite entre elas, limite investido pulsionalmente. Quando as fronteiras externas do eu vacilam por falta de investimento libidinal (sem desabar, pois se desabasse seria um surto psicótico), o que pode se dar são sentimentos depressivos (esvaziamento do eu), de estranheza diante da realidade externa e despersonalização (as funções egóicas operam de forma alienada). As realidades externa e interna perdem sua consistência quando perdem suas fronteiras bem investidas. Além das fronteiras externas, seria também necessário para a consolidação do eu que fossem construídas e investidas as barreiras internas capazes de conter em seu interior as pulsões e os demais elementos reprimidos. Cria-se assim, no interior do eu um corpo estranho, um não-eu interno, um núcleo inconsciente que ao se mostrar (o que em princípio não deveria ocorrer), é como se fosse realidade exterior e estranha. Quando estas fronteiras internas vacilam por falta de investimento pulsional, estes elementos podem ressurgir e também destruir, a partir de “dentro”, os limites que definem as duas realidades, ou seja, a realidade externa e a realidade do próprio eu. Em outras palavras, o senso de realidade se mantém quando as fronteiras externas e internas do eu são investidas pulsionalmente e assim sustentadas.

A falta de coesão do *self* apontada por todos os autores que lidam com quadro clínico *borderline* sugere que algum problema sério ocorreu no processo de construção e investimento pulsional das fronteiras externas e internas do eu.²⁹ Federn não parecia ter uma compreensão muito clara das origens desta falha de investimento das fronteiras, talvez porque carecesse de uma apreciação adequada da importância das relações objetais, isto é, ele não considerava suficientemente a função narcisante dos objetos. Sabe-se hoje que a certa altura de sua vida ele próprio se deu conta desta falta e a lamentou.³⁰ Atualmente, poderíamos imaginar diversas origens para um investimento narcísico precário nas fronteiras do eu. Além da falta ou insuficiência da função narcisante dos objetos (resultado, por exemplo, de uma mãe ela mesmo narcisista e pouco empática ou de um pai narcisicamente desvalido), pode-se

29. Ao insistir no termo “eu”, estou procurando retornar à tradição freudiana que, perdida com a tradução de “Ich” pelo impessoal “ego”, exigiu que uma dose de subjetividade fosse reinstalada com a adoção paralela do termo “self”.

30. M. T. de M. Carvalho. *Paul Federn. Une autre voie pour la théorie du moi*. Paris: PUF, 1996. Nesta excelente apresentação crítica da teoria federniana do narcisismo, Maria Teresa Carvalho relata uma entrevista com o filho de Paul, Ernst Federn. Nela se conta que P. Federn reconhecia a importância das teorias das relações de objeto que começavam a aparecer na época final de sua trajetória, embora as considerasse insuficientemente desenvolvidas (p. 144, n. 2)

pensar em ataques frontais ou dissimulados a estas fronteiras quando elas cumprem sua função de separação e de superação dos vínculos simbióticos. Estes ataques poderiam vir tanto “de fora”, vale dizer, dos objetos externos, como de “dentro”, ou seja, do próprio mundo pulsional reprimido. Na fase de “reaproximação” teorizada por Margaret Mahler, por exemplo, a mãe pode agir de formas intempestivas, “sol-tando” demasiadamente o filho, ou, ao contrário, retaliando os ensaios de autonomia da criança. Muitas vezes assiste-se ao duplo movimento em mães com uma problemática *borderline*, o que já tive a oportunidade de observar no consultório. De qualquer forma, de ambos os modos e, principalmente quando eles se alternam e combinam, o que se verifica são ataques insidiosos às possibilidades de construção e consolidação das fronteiras do eu.

As alterações drásticas nas fronteiras podem ter, paradoxalmente, uma função de defesa narcísica. Uma das interessantes propostas teóricas de Federn é a de que há um momento na vida do bebê em que as “fronteiras” são amplas e incluem seus objetos primordiais, vale dizer, incluem tudo que há de significativo para o bebê. Seria o que Béla Grunberger, acompanhando explicitamente Federn, caracteriza como narcisismo primário, um estado de elação narcísica e de confusão com o entorno absolutamente acolhedor e empático.³¹ O processo de constituição do eu traz consigo uma redefinição destas “fronteiras” e a construção de novas (fronteiras internas), sendo que, a rigor, as “fronteiras” primitivas nada deixavam de fora do âmbito do eu. As novas fronteiras, apesar de elásticas, passam a ser mais exclusivas e diferenciadoras. Federn afirma que também os estádios mais primitivos da existência do eu, e não apenas os excessos pulsionais, são submetidos à repressão e, nesta medida, preservados de um total desaparecimento. Contudo, em condições normais de funcionamento, o eu conserva seu perímetro e seu núcleo inconsciente mais ou menos estabilizados. O que poderíamos supor é que nos pacientes *borderline* ocorrem súbitas variações nas capacidades inclusiva/exclusiva das fronteiras do eu e formas antigas e reprimidas do eu podem ressurgir com violência. Ora, por exemplo, as fronteiras se alargam desmesuradamente lançando a subjetividade em uma direção que, para o observador externo, pareceria um “fora” de si, mas que é na verdade uma ampliação grandiosa, megalômana e onipotente do eu que, ao mesmo tempo, é invadido ele mesmo pelas emergências dos conteúdos reprimidos, pois também as fronteiras internas vacilam neste momento. Em outras palavras: o eu sofre uma inundação pulsional e o mundo sofre uma inundação egóica a partir deste movimento regressivo em que se restaura uma condição própria ao narcisismo primário.³² Ora,

31. B. Grunberger. *Le narcissisme. Essai de psychanalyse*. Paris: Payot, 1971.

32. Para além de Béla Grunberger, soa aqui uma nota ferencziana relativa à regressão thalássica. Nesta medida, nada me pareceu mais adequado que o termo “inundação”.

ao contrário, este eu se contrai, deixando para fora de seu círculo quase tudo: todos os seus objetos, suas tarefas, deveres e possibilidades e até mesmo potencialidades funcionais suas, como percepções, idéias e afetos, inclusive os anteriormente reprimidos. Para o observador externo, o que se verificaria então seria um movimento para “dentro” de si em que este eu põe-se a salvo (a seco) de tudo o que o circunda e até do que ele mesmo circundava. Em contrapartida, os elementos excluídos do círculo restrito do eu e por ele evacuados tornar-se-iam, lá “fora”, ameaçadores e perseguidores, seja pela estranheza que exibem, seja pela propensão a retornarem e invadirem o reduto egóico em seu confinamento defensivo. Nesses momentos, o paciente *borderline* pode apresentar um funcionamento mental que se assemelha à paranóia.

A propósito, cabe aqui uma pequena observação: como estas variações fazem oscilar os limites entre realidade e fantasia, muitos *borderline* tratam seus sonhos, quando conseguem lembrar-se deles e relatá-los, como se fossem partes efetivas de sua história. Não se trata de ignorar sua condição de sonho, não se trata de delírio, mas de reagir aos sonhos como se eles mesmos fossem parte de alguma realidade biográfica. Pude observar por diversas vezes o impacto brutal e maciço que um sonho pode ter sobre o humor de pacientes *borderlines*, um efeito muito mais profundo e direto do que se observa em geral com pacientes neuróticos. Estes podem sofrer ou gozar nos sonhos, mas não costumam sofrer ou gozar por terem sonhado. Para eles, o sonho pode funcionar como um objeto transicional compartilhado que enseja uma atividade lúdica envolvendo paciente e analista dedicados ambos à interpretação no sentido amplo do termo. Para o paciente *borderline*, sonhos e fantasias diurnas raramente dão lugar ao humor e à brincadeira. A esse assunto retornarei mais tarde.

Mediante estes alargamentos e estreitamentos extremados das fronteiras externas e internas do eu, o paciente *borderline* estaria sempre se defendendo das feridas narcísicas que ocorrem exatamente quando há fronteiras elásticas mas resistentes. Aonde há fronteiras mais ou menos estabelecidas, elas podem ser rompidas. Derramando-se para “fora” de si, ampliando seu perímetro e sendo invadido pelos conteúdos de seu núcleo inconsciente, o eu *borderline* se mantém imaginariamente reunido aos seus objetos, destituindo-os de toda a objetividade, colorindo-os de libido e retirando-lhes todo poder nocivo, rejeitador e frustrador. Na direção inversa, retraindo-se na direção de um suposto centro inexpugnável, ele se furta ao contato com objetos que teimam em funcionar com independência e autonomia, que se recusam a entrar na esfera do controle onipotente. Nesta contração, além disso, os indivíduos “espremem-se” como que para se livrar expulsivamente dos elementos até aí semi-reprimidos, mediante um mecanismo que hoje poderíamos reconhecer como sendo o da identificação projetiva. Vale observar, seguindo Kernberg, que a grande diferença entre o mecanismo de projeção e o de identificação projetiva é que o primeiro funciona como suplemento da repressão em uma estrutura neurótica em

que a coesão do eu não está em risco. A projeção ajuda na manutenção da repressão, e vice-versa. Já a identificação projetiva, uma defesa muito comum em pacientes *borderline*, opera quando a repressão fracassa e os limites do eu tendem a se desfazer. Pela identificação projetiva são evacuados os conteúdos libidinais e agressivos que deveriam residir no núcleo inconsciente, confinados pelas fronteiras internas, mas que, dadas as vicissitudes dessas fronteiras, ficam livres e perturbando a mente e o corpo do indivíduo. Para se livrar destes fatores tóxicos será necessário projetá-los maciçamente no mundo exterior com o qual, porém, o indivíduo se confunde. Ou seja, esta expulsão é tão fácil quanto ineficaz quando as barreiras do eu estão pouco investidas e mal delimitadas e aonde, portanto, fora e dentro não se excluem.

De fato, nenhuma das operações, tanto a de expansão como a de retração egóica, é bem-sucedida. O preço da expansão narcisista é duplo: cria-se uma superfície ampliada de exposição e vulnerabilidade a episódios frustrantes e experimenta-se a ameaça de perda de controle sobre esse *si-mesmo* exageradamente grandioso e, mais ainda, sobre seus objetos internos projetados. Ou seja, nesta posição o eu primeiramente é vítima da angústia de fusão, engolfamento e invasão para em seguida sofrer a angústia de perda de contato e controle sobre os objetos e de esvaziamento. O preço do retraimento também é duplo. Ocorre aqui uma redução acentuada dos poderes do eu que pode resultar em paralisia, e uma perda de controle destes elementos, antes controlados pelas fronteiras internas, que, expulsos pela identificação projetiva, retornarão como objetos persecutórios em sua estranheza e bizarria, podendo gerar fenômenos quase alucinatórios. Nesta posição, portanto, tanto o eu é primeiramente vítima da angústia de perda do objeto e de abandono como, em seguida, expõe-se à angústia de invasão.

Daí o caráter incessantemente pendular dos movimentos, para “dentro” e para “fora”, a que retornarei mais adiante. Nos movimentos “para fora” é que costumam ocorrer os episódios que parecem *acting out*. São atuações, mas não são efetivamente, tão para “fora” quanto pareceria ao observador externo. O que houve foi uma ampliação desmesurada das fronteiras do eu e o paciente atua no território deste eu expandido. Da mesma forma, nos movimentos para “dentro” é que se atualizam as surpreendentes possibilidades de auto-observação que tive a oportunidade de encontrar em pacientes *borderline*. Aparentemente, seriam introspecções, mas creio que, assim como as atuações não eram “para fora”, as observações não são “para dentro”, embora possam ser muito apuradas e refinadas. São as observações que o eu contraído faz de um cenário que neste momento, embora “seu”, lhe parece externo e pode ser observado e descrito com uma lucidez extraordinária. Daí decorre, também, esta característica paradoxal: os *borderline* são tanto impulsivos quanto excelentes observadores dos outros e de si mesmos. Muitas das idéias que pude elaborar sobre eles me vieram quase que prontas de relatos de auto-observações de alguns pacientes nesses momentos de redução acentuada das fronteiras do eu, vale dizer, nestes

momentos profundamente esquizóides. Em contrapartida, nos momentos expansivos, o paciente atua ignorando aspectos “óbvios” da realidade externa, isto é, sua capacidade perceptiva parece ter sido atacada e destruída pela força das identificações projetivas que colorem todos os seus objetos. Um dos efeitos deste movimento pendular será, assim, a dissociação radical entre a percepção e a ação: o *borderline* quando tende a agir, tende a não perceber e quando efetivamente percebe, nada pode fazer de prático com suas percepções. A lucidez dessas percepções, contraposta à atuação compulsiva e quase sempre desastrada, pode gerar um grau insuportável de desespero que o conduza, inclusive, ao suicídio.

Embora não haja tempo para comentar as implicações terapêuticas deste modo de compreender a patologia *borderline*, cabe assinalar ao menos a extrema dificuldade de situar-se no campo transferencial e de lidar com as transferências do paciente, pois o analista será empurrado para dentro e para fora, para perto e para longe alternadamente devendo funcionar como aqueles bonecos (joão-bobo) que têm um lastro muito pesado na base arredondada e uma parte superior bem leve.³³ É empurrado para trás e puxado para a frente e, alternadamente, consegue responder a estes movimentos sem opor resistência mas também e na medida do possível *sem sair do lugar*. Outro aspecto importante da clínica *borderline* diz respeito ao uso da identificação projetiva como forma de comunicação primitiva e que ocorre necessariamente com muita frequência quando as fronteiras do eu vacilam e oscilam. Para que o paciente seja capaz de usar este mecanismo – e é uma necessidade para ele este uso, ao menos nas fases iniciais do tratamento – é preciso que o analista faça a sua parte, isto é, se abra para a recepção destes conteúdos excindidos. Mas para que tal aconteça é preciso que também as fronteiras do eu do analista sejam mais porosas e mais vacilantes do que é o exigido no tratamento de pacientes neuróticos. É por isso que acima propus a tese, acompanhando uma observação de Searles acerca de seus pacientes analistas, de que as defesas e angústias *borderline* talvez sejam indispensáveis a um psiquismo apto às tarefas terapêuticas. Só assim, principalmente no atendimento destes pacientes, pode-se formar o campo transferencial-contratransferencial que Ogden denomina de “terceiro analítico”.³⁴

Creio que as teorias de Federn nos ajudam a entender dois dos eixos das oscilações características da estrutura de personalidade *borderline*: o eixo fora-dentro (ou perto-longe) e o eixo grande-pequeno (tudo ou nada). Nos dois casos, trata-se

33. Este lastro corresponde no caso à “reserva do analista”, conceito que elaborei no texto “Presença, implicação e reserva”, em *Ética e técnica em psicanálise*, em co-autoria com Nelson Coelho Junior (São Paulo: Escuta, 2000). As questões da clínica *borderline* serão mais desenvolvidas em outro trabalho, atualmente em preparação.

34. Th. Ogden. *Os sujeitos da psicanálise*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

da alternância insuperável entre a problemática narcisista e a problemática esquizóide. Federn, igualmente, nos auxilia bastante na compreensão da problemática narcisista, em particular na questão dos investimentos pulsionais no eu e em suas fronteiras. No entanto, a complexidade dos processos exige que se dê uma maior atenção ao pólo esquizóide e é para tanto que me vi obrigado a recorrer ao pensamento de Fairbairn.

O tema fundamental de Fairbairn é o desamparo e dependência absoluta do recém-nascido diante do “objeto”, entendendo-se “objeto” como, necessariamente, uma figura humana. Ele afirma que a pulsão, à medida que o bebê emerge de um estado primitivo de identificação primária com o objeto, não busca primariamente descarga, mas *contato* com objetos e que de uma forma ou de outra este contato se estabelecerá para dar condições mínimas de sobrevivência. No estado de identificação primária (“dependência infantil”), não se deu ainda início ao processo de diferenciação, ou seja, o bebê ainda não ingressou no que ele denomina de “estágio transicional”. É aqui que se coloca a questão da procura de contato e afloram as vicissitudes típicas da fase: a angústia de abandono e isolamento e a angústia de engolfamento pelo objeto.³⁵

Na verdade, essa procura de estabelecer (melhor dizendo, restabelecer) contato com objetos nunca será plenamente bem-sucedida e em alguns casos será muito mal resolvida. De qualquer forma, serão sempre as faltas, falhas e insuficiências do objeto que desencadearão o processo de internalização mediante o qual o indivíduo tentará exercer controle sobre o objeto “mau” (no sentido de ausente, frustrador ou rejeitador). Todos os humanos vivem este destino e toda a vida psíquica tem esta origem na decepção, na dor e nas tentativas de restabelecer contato com o objeto pela via da sua internalização. Quando, porém, os traumatismos decorrentes de relações objetais muito mal sucedidas se aprofundam e acumulam, o processo de internalização de maus objetos (porque são sempre as experiências más que se internalizam em primeiro lugar, segundo Fairbairn) faz com que o mundo interno ganhe uma densidade, uma força e uma dinâmica peculiares.

Em primeiro lugar, e isso se aplicaria a todos os casos, os objetos maus internalizados são cindidos em partes apetitosas e excitantes, de um lado, e partes nocivas, repelentes e frustrantes de outro. A cada uma destas partes se ligará uma parte do indivíduo, ou seja, Fairbairn supõe que toda a vida psíquica inclua cisões egóicas mais ou menos pronunciadas. Estas cisões são necessárias, em primeiro lugar, para conservar os vínculos com os objetos que, apesar de toda a dor que proporcio-

35. É óbvia a semelhança, em linhas gerais, deste “estágio transicional” de Fairbairn com a fase de “reaproximação” postulada por Mahler. Por outro lado, as duas angústias são as mesmas descritas por Green e por Kernberg.

nam, continuam sendo objetos do desejo, indispensáveis para a sobrevivência física e psíquica do indivíduo desamparado na sua radical dependência. Em sua condição de desejáveis, estes objetos devem conservar uma valência positiva e receber uma carga de libido que precisa ser protegida da raiva decorrente das frustrações mediante as cisões no objeto mau. As cisões no eu também permitem que os objetos externos sejam conservados como relativamente válidos para a integridade do indivíduo, pois suas características mais perturbadoras são internalizadas em compartimentos diferentes (“eus subsidiários”), o que reduz ou impede os sentimentos ambivalentes. Convém acentuar que as partes atraentes e excitantes não devem ser concebidas de forma alguma como representações de objetos bons, acolhedores, empáticos e supridores, mas apenas como uma “fatia” dos maus objetos, a fatia sedutora e libidinal que necessariamente deve ser preservada e mantida em associação com a parte mais dependente e ingênua do eu, o que ele chama de eu libidinal.

A constituição de dois feixes, separados e não integráveis, de relações objetais – um englobando partes do eu e objetos excitantes e o outro reunindo partes do eu e objetos frustrantes e rejeitadores – gera um sistema fechado do qual o indivíduo terá muita dificuldade para se libertar. Fairbairn sugere que sintomas neuróticos e psicóticos sejam estratégias mais ou menos padronizadas para lidar com estas dificuldades. Fobias, obsessões, histerias e estados paranóides são entendidos como técnicas alternativas para enfrentar as cisões no mundo interno do paciente que, nos níveis mais profundos de sua constituição psíquica, traz uma estrutura esquizóide.

É tentador pensar como Celani e Seinfeld³⁶ que os *borderline* são indivíduos tão dominados pelo sistema fechado que não conseguem defender-se com a formação de uma estratégia sintomática estável, oscilando perpetuamente entre unidades ego-objeto de polaridades antagônicas, a unidade “tudo-bom” e a unidade “tudo-mau” (o que confere com as observações de Kernberg e muitos outros e com as minhas). A unidade “tudo-bom”, como já disse acima, mas convém enfatizar, não é de fato uma representação de um bom objeto. É apenas o alvo de um desejo, o suporte de uma esperança, o pólo de uma sedução escravizadora que, inevitavelmente, ativa o seu oposto, o receio de uma frustração e rejeição. Já a unidade “tudo-mau” traz consigo a expectativa de uma reversão, traz consigo a esperança de prazer e bem-estar ilimitados. Tanto o objeto sedutor como o rejeitador são objetos perseguidores e a origem das fantasias persecutórias. Como mostra muito bem Seinfeld, o que se observa na dinâmica afetiva *borderline* é a repetição cíclica da alternância “tudo-

36. D. P. Celani. *The Treatment of the Borderline Patient: Applying Fairbairn's Object Relations Theory in the Clinical Setting*. Madison: International Universities Press, 19993. J. Seinfeld. *The bad object. Handling the negative therapeutic reaction in psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson, 1993; e *Containing Rage, Terror and Despair*. Northvale: Jason Aronson, 1996.

bom”, “tudo-mau” sem que o paciente consiga fazer contato com objetos externos isentos destas colorações extremadas e, mais ainda e pior, sem conseguir inscrever em seu psiquismo uma representação eficaz e forte de objetos bons, acolhedores, empáticos e supridores. Os pacientes *borderline* vivem amarrados e escravizados por seus objetos maus em sua dupla face e podem recorrer às diversas estratégias sintomáticas sem se fixar em nenhuma. Daí a dificuldade diagnóstica e as inevitáveis confusões.

Entre os objetos potencialmente bons que não encontram espaço no psiquismo *borderline* está, naturalmente, o próprio analista. O campo transferencial estará permanentemente marcado pela polaridade afetiva acima mencionada. Ora o analista estará no pólo “tudo bom”, ora no pólo “tudo-mau”. Em ambos os casos, para agravar a complexidade da situação clínica, haverá também uma alternância de posições: ora o paciente se identifica com a posição de seus objetos (seduzidos ou rejeitados), colocando o analista na posição complementar de sedutor e rejeitador; ora será o paciente que age como sujeito sedutor ou frustrador sobre o analista, vítima da sedução e da rejeição. Nesta medida, a polaridade bom-mau se articula com a polaridade eu-objeto e se desdobra na polaridade superior-inferior. Há sempre alguém por cima e alguém por baixo. O analista será, portanto, alvo ora de fortes demandas e fortíssimas identificações projetivas de caráter libidinal (o que dá a estes momentos uma semelhança com o que se observa na histeria), para, logo em seguida, ser a vítima de fortes identificações projetivas agressivas e de expressões de ódio e desprezo gelados e cortantes. O paciente *borderline* sabe ser cáustico e demonstrar uma soberana indiferença por seu analista.

Assim, o panorama do campo transferencial se compõe simultaneamente de todos os eixos de oscilação: fora-dentro, perto-longe, grande-pequeno, bom-mau, superior-inferior. Alguns desses eixos se explicam melhor nos termos da teoria do eu federniana, outros se explicam melhor nos termos da teoria das relações de objeto fairbairniana. O que me chama a atenção, porém, é que o mais característico dos impasses e momentos críticos na dinâmica *borderline* decorre da confluência e entrelaçamento de todos esses eixos.

Como investir, por exemplo, as fronteiras do eu e dar a ele um necessário suprimento narcísico quando o “interior” do psiquismo está dominado pela patologia esquizóide, vale dizer pelas cisões insuperáveis? Na verdade, esta patologia esquizóide opera principalmente no momento de contração das fronteiras e desvinculação fazendo com que uma parte dos conteúdos seja negada e projetada para fora, o que supõe a destruição das fronteiras externas que separam fora e dentro. No entanto, todo o mundo “externo” sobre o qual, nos momentos de elação narcísica, o eu se esparrama será inevitavelmente submetido às mesmas cisões e alternâncias entre “tudo-bom” e “tudo mau”, conduzindo o indivíduo a um novo movimento de retirada e contração. Assim sendo, uma grande instabilidade das fronteiras é exigida

para que o mecanismo da identificação projetiva e o de recuo esquizóide possam operar livremente.

Na direção inversa, um avanço na direção de uma maior integração dos conteúdos e estruturas egóicas cindidas, de forma a superar a patologia esquizóide, suporia o investimento narcisista da unidade do eu, o investimento pulsional das fronteiras do eu, pois é necessário um espaço interno de acolhimento de angústia e enfrentamento de ambivalência bem estabelecido e estruturado para que possam ser dados passos significativos na direção de uma maior integração objetual e egóica. Convém, contudo, recordar que a cisão esquizóide é uma defesa contra a ambivalência e o conflito dela decorrente. Qualquer avanço na direção de uma certa integração egóica e objetual, vale dizer, qualquer avanço na direção do acolhimento de estados e condições de ambivalência requer uma maior capacidade de suportar estados de conflito intrapsíquico.³⁷ Esta capacidade, por sua vez, supõe um limite, uma fronteira bem investida libidinalmente que sirva de continente. Cada vez que o paciente *borderline* dá passos no rumo de uma certa integração, ou seja, quando ele tende a transitar de uma dinâmica calcada nas dissociações para uma dinâmica marcada pelos conflitos, haverá uma forte pressão sobre as fronteiras do eu, com uma alta probabilidade delas se estilhaçarem agudizando a problemática narcisista.

Concluindo, quando se entrelaçam as problemáticas narcísicas e esquizóides elas se fortalecem mutuamente e tendem a formar uma estrutura equilibrada que se caracteriza, paradoxalmente, pelo desequilíbrio, ou seja, cria-se uma condição paradoxal em que se observa ao mesmo tempo uma grande instabilidade e uma força de persistência notável. Talvez as chamadas personalidades “como-se”, “falso-*self*” e “*blank-self*” devam ser entendidas como tentativas de assegurar uma certa estabilidade a essas estruturas, uma estabilidade postiça para o que é fundamentalmente uma estrutura de desequilíbrio. No entanto, apesar de posições, são estratégias defensivas quase inexpugnáveis.

Mas se minha análise tem algum sentido, além da serventia para mim mesmo, devo ainda encarar a seguinte questão: Federn é um psicanalista que se manteve até o fim da vida alheio às teorias das relações objetais, tais como se desenvolviam a partir de Fairbairn e de Melanie Klein. Já Fairbairn costuma ser apresentado como um dos mais puros expoentes da teoria das relações de objeto.³⁸ Uma leitura atenta

37. A respeito dessa passagem, difícil para muitos pacientes, de uma dinâmica de evitação do conflito (baseada em dissociações), para uma dinâmica conflitiva (em que imperam as repressões) e da dimensão metapsicológica e clínica desses processos, ver os textos magistrais de Philip M. Bromberg em *Standing in the Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma & Dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1998.

38. Greenberg e S. Mitchell. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

de Fairbairn levou-me a questionar a distinção demasiadamente cristalina que Greenberg e Mitchell fizeram entre um paradigma pulsional-estrutural e um paradigma de relações de objeto. Foi com satisfação que descobri posteriormente que estes autores já não sustentam uma separação tão clara e que Mitchell coloca o próprio Fairbairn *entre* os dois paradigmas.³⁹ De qualquer forma, é inegável que Federn e Fairbairn, apesar de rimarem e de terem publicado as coletâneas de seus textos no mesmo ano – 1952 – falam línguas bem diferentes. Uma rima, como disse o poeta, não é uma solução. Já a coincidência das datas não deixa de ser curiosa, mas está longe de resolver o problema.⁴⁰ E uma possível e eventual solução, aonde procurar?

Mais além e mais aquém do princípio de prazer: Pontalis e uma releitura de Freud

Em um pequeno comentário à publicação francesa de um texto de Fairbairn sobre a esquizoidia, J-B. Pontalis nos oferece uma preciosa indicação. Ele sugere que devamos considerar que Freud nos ofereceu duas metáforas para pensar a vida psíquica. Duas metáforas nunca bem integradas. Uma, a dominante no “Projeto...”, em *A interpretação dos sonhos* e na maioria das obras, propõe a imagem da rede – rede neural e rede associativa por onde a energia e as representações e afetos fluem ou aonde são contidos; a outra metáfora propõe a imagem da vesícula viva que deve se proteger da destruição traumática criando para si mesma uma crosta e uma reserva. Esta segunda metáfora é a apresentada em *Além do princípio de prazer* e nos coloca

39. Cf. S. A. Mitchell. Fairbairn's object seeking: between paradigms. In N. I. Skolnick e D. E. Scharff (orgs.). *Fairbairn, then and now*. London: The Analytic Press, 1998; pp. 113-135. O que Mitchell sugere, na verdade, é que uma boa leitura de Fairbairn deveria ir além de uma escolha entre ou de uma hibridização das duas teorias no rumo de um paradigma “social” em que tanto os motivos como as relações de objeto de um indivíduo pudessem se compreendidos como aspectos de um campo primordial em que sujeito e objeto ainda não se diferenciaram totalmente. Creio que o que ele pensa acerca de Fairbairn também poderia ser pensado acerca de Federn: na “origem” o que há é um campo transubjetivo onde ainda não se constituíram as pulsões do indivíduo com fronteiras delimitadas, de um lado, e, de outro, fora destas fronteiras, os seus objetos.

40. As coincidências entre esses autores tão diferentes e que jamais se citaram são curiosas. Ambos escreveram a partir da década de 1920, mas seus trabalhos se concentram nas décadas de 1930 e 1940. Os dois só vieram a publicar um livro: cada um publicou a coletânea de seus textos principais no ano de 1952. Nenhum dos dois obteve um reconhecimento amplo e só aos poucos suas contribuições vieram a ser reconhecidas.

diante do psiquismo em processo de constituição. Só quando ele está razoavelmente constituído é que o princípio de prazer e sua forma modificada, o princípio de realidade, podem se impor dominantemente.⁴¹

Pontalis acredita que a obra de Fairbairn diz respeito a este processo de constituição mais fundamental do psiquismo. A procura de contatos com objetos, a internalização de objetos, as cisões etc., tudo isso faz parte da própria construção de um aparelho psíquico. Mas se isto for verdadeiro para a obra de Fairbairn será ainda mais obviamente verdadeiro para a obra de Federn e sua insistência nas fronteiras externas e internas do eu, o que é, por sinal, perfeitamente explicitado por Grunberger em seus trabalhos sobre o narcisismo e por Anzieu em seus trabalhos sobre os invólucros do eu.

Em outras palavras, ambos os autores estavam pesquisando algo mais básico e mais sério do que o prazer: tratava-se da própria existência e subsistência do psiquismo. Parece que é justamente aí que se situa a problemática *borderline*. É neste nível que as teorizações acerca dos destinos das pulsões e, em particular, da destinação narcisista, precisam se articular com as teorizações sobre a procura de e o contato com objetos e todas as vicissitude que daí decorrem.

Nesta medida, a questão *borderline*, no meu entender, nos obriga a construir pontes entre *margens* da psicanálise que costumam ficar muito distantes umas das outras: no plano teórico, uma ponte entre teorias das pulsões e das relações objetais; no plano geográfico e cultural, pontes entre França, Inglaterra e Estados Unidos. Assim, para além do interesse específico de uma teorização do tema para a clínica específica dessa patologia, há um ganho mais amplo e mais profundo: o de nos levar a e nos sustentar sobre este espaço intermediário que se abre entre as margens internas e externas da própria psicanálise.

As sabotagens do prazer

Penso que é chegada a hora de ir encerrando com a articulação, prometida no título, entre a estrutura *borderline* e a questão do prazer.

Muitos observadores chamaram a atenção para a extrema dificuldade dos pacientes *borderline* alcançarem e sustentarem o prazer. Em 1975, por exemplo, na sua revisão da literatura, Gunderson e Singer recensearam seis artigos que identificavam uma “anhedonia” *borderline*. Muitos outros autores chamaram a atenção para isso. Um dos textos mais eloqüentes sobre o assunto acaba de ser

41. Uma releitura da obra de Freud que vai nesta direção e que permite rediscutir o conceito de “pulsão de morte” em paralelo à noção ferenciana de “regressão thalássica” está apresentada em meu livro *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi* (São Paulo: Escuta, 1999).

publicado no Brasil e foi redigido por um psicanalista brasileiro..., de sobrenome irlandês, ... radicado na França e... winnicottiano. Certamente, um *borderline*, na melhor acepção do termo. Heitor O'Dwyer de Macedo, em seu livro *Do amor ao pensamento*,⁴² diz o seguinte:

Penso neste tipo de pacientes que, prisioneiros de seu sofrimento, são incapazes de realizar o trabalho psíquico necessário que vai da experiência de prazer à experiência de satisfação, figura clínica que, habitualmente, é recoberta pelas noções de *borderline*, *self* falsificado e potencialidade psicótica. A impossibilidade em que estes pacientes se encontram, em virtude da inexistência de experiências de satisfação, de momentos de calma psíquica, levou alguns – de um modo abusivo – a conceber este impasse como sendo gozo. Bem na linha de nossos dias – em que os pensamentos são raros, as citações numerosas e as generalizações um flagelo – ouvir-se-á falar de gozo do psicótico, gozo do horror etc.

Retomando nosso tema, é evidente que estes sujeitos imersos em uma imensa dor psíquica também experimentam prazer, trata-se do prazer mínimo necessário, sem o qual não se pode viver, sem o qual estes sujeitos seriam exilados nos desertos do autismo. Por outro lado, a clínica o prova, estes sujeitos não erotizam seu sofrimento, incapazes de fazer algo que não seja sobreviver. Sobreviver penosamente. (pp. 67-68)

Mais acima fiz referência à dificuldade do paciente *borderline* transformar seu sonho em um objeto transicional compartilhado, para com ele brincar junto do analista e com ele. Mais amplamente, o que observei no consultório e encontrei na literatura é uma tremenda dificuldade de brincar entre os pacientes *borderline*. Lili Lobel constatou que entre adolescentes *borderline* tinha havido, quando crianças, uma carência notável na capacidade de criar e se entreter com objetos transicionais.⁴³ Tudo indicava que as experiências angustiantes que nos termos de Mahler caracterizam a fase de reaproximação e nos termos de Fairbairn o estágio transicional não puderam ser resolvidas pela constituição de um espaço potencial em que objetos, simultaneamente subjetivos e objetivos, pudessem ser criados e habitar. Faltava espaço para o prazer de brincar.

Creio que o prazer e, mais que o prazer, a satisfação, não encontrem lugar quando as tarefas mais básicas do existir não puderam ser minimamente completadas. Na verdade, algum prazer pode e precisa ser sofregamente procurado e episodicamente encontrado. O difícil é conservá-lo e transformá-lo em satisfação. Se pensarmos a partir da unidade eu-objeto excitante e sedutor, a questão do prazer, de sua busca e sua fruição pareceriam estar constantemente colocadas. Realmente, a promiscuidade sexual muitas vezes é encontrada nestes pacientes, bem como pode existir

42. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Via Lettera, 1999.

43. L. Lobel. Um estudo dos objetos transicionais no começo da história de vida dos adolescentes *borderline*. Em J. O. Outeiral (org.). Op. cit.

um grande imediatismo na procura de situações prazerosas, o que suscita uma confusão entre a patologia *borderline* e a perversão. Ocorre que a dinâmica *borderline* faz com que inevitavelmente esta esperança ou promessa de prazer seja boicotada. Às vezes, antes mesmo dele ser alcançado já se inverte a polaridade e passa a dominar a unidade eu-objeto rejeitador. O que se observa então é apenas a raiva, o ran-cor gerado por uma frustração antecipada mas dada como certa. O que nestes casos não se manifesta é o movimento contrário, o da esperança e da promessa, que existem, mas de forma encoberta. Mais freqüentemente, contudo, a inversão é posterior ao contato com o prazer, ainda que tão rápida que já o estraga em estado nascente. O ódio aparece então redobrado. Mas também o próprio prazer que poderia vir associado à unidade “tudo-mau”, que seria um prazer masoquista ou sádico, não consegue resistir à esperança de que ocorra uma reversão na qualidade das relações com objetos maus. A esperança ou promessa de algo extraordinariamente bom boicota o prazer que poderia ser obtido com o ódio e o sofrimento. Da mesma forma, os grandes movimentos nos eixos narcisistas impedem que a calma e a confiança nos próprios limites e nas próprias reservas possam se instalar. O prazer, seja o prazer exaltado da ampliação egóica, seja o prazer condensado da contração do eu não resistem às angústias que eles mesmos despertam. Como afirmou Anzieu, “abandonar-se ao prazer supõe a segurança de um envelope narcísico”⁴⁴ e é justamente isso que falta quando expansões e contrações das fronteiras fazem parte do cotidiano de alguém. Enfim, há sempre alguma sabotagem do prazer em curso.

Aqui, uma observação se impõe. Não me parece correto entender estes movimentos de “estraga-prazer” como resultantes da força do super-ego e da culpa, até porque é discutível que nestes casos a estruturação psíquica tenha se organizado na forma clássica proposta por Freud em sua segunda tópica. Que algo pior e mais ameaçador que um super-ego cruel possa permanecer oculto e operante nos confins da subjetividade chegou a ser aventado por Melanie Klein em um de seus últimos trabalhos.⁴⁵ Aí ela nos acena com a hipótese de que há objetos maus tão aterrorizadores que nem no super-ego arcaico poderiam residir, permanecendo em uma região inacessível e inexpugnável. Contudo, ela não chegou a propor uma nova concepção do aparelho psíquico. Muito antes disso, na verdade, o próprio Fairbairn sugerira que as partes cindidas do eu poderiam exercer funções repressivas umas sobre as outras sem nenhum conteúdo moralizante. Ele chegou também a denominar de *sabotador interno* a parte do eu associada ao objeto rejeitador e que exerce sobre o eu libidinal e seu objeto excitante uma repressão indireta. Penso que o termo

44. Cf. D. Anzieu. Op. cit., p. 234.

45. M. Klein. On the development of mental functioning. In *Writings of Melanie Klein*. London: The Free Press, 1975, vol. III, pp. 236-246.

“sabotagem” é bom, mas penso que a função sabotadora possa ser exercida de forma muito mais ampla e diversificada, embora sempre anterior ao que seria a função moralizadora do super-ego como herdeiro do complexo de Édipo. Quando o que está em jogo é a existência e subsistência do psiquismo, qualquer estado de prazer deve ser interrompido e toda satisfação precisa ser evitada para que o eu se mantenha atento e tão coeso quanto possível nas e apesar das oscilações que têm, elas mesmas, uma função defensiva. Como disse Margaret Little, quando o que está em jogo é a existência e a sobrevivência do eu, apenas quando elas estão asseguradas é que “... alguns outros processos podem se seguir, dos quais um é o desenvolvimento do princípio de prazer, pois o prazer não é uma realidade e não pode ter sentido, exceto quando se sobrevive”.⁴⁶ No paciente *borderline* a existência e coesão do eu não estão nunca suficientemente asseguradas. Em contrapartida, um certo recurso à *dor* pode ser necessário, como o demonstram as análises de Anzieu acerca das funções da dor física e psíquica como envoltório de um corpo e de uma mente ameaçadas de desagregação. Daí a possibilidade de confusão entre a dor no *borderline* com uma sintomatologia masoquista. Mediante a dor, tornam-se perceptíveis, para o paciente *borderline*, as fronteiras do eu, mas sem que do sofrimento ele possa extrair, como nos informa Heitor de Macedo, qualquer “gozo”.

Contudo, o que se coloca como básico na manutenção do eu em suas oscilações tão necessárias como insuportáveis é a *administração sensorial*. Nem o prazer solto, descontraído e espontâneo, nem a dor exagerada, lancinante, fora de controle. Chegamos assim a uma dos aspectos da síndrome *borderline* mais enfatizados: a drogadição. O uso de *excitantes* e de *anestésicos* é, pode-se dizer, generalizado entre pacientes *borderline* desde que não restrinjamos os termos à dimensão química. Tenho pacientes que se excitam e se anestesiaram com idéias, fantasias e ações (sendo que nenhum deles faz atualmente uso de drogas químicas). Parece que os excitantes proporcionam tanto um estímulo para a evocação das esperanças e promessas de prazer, como formam uma espécie de “recheio” capaz de preencher o vazio depressivo da patologia esquizóide. Refiro-me a uma depressão anaclítica, derivada da perda dos objetos e que seria mais corretamente descrita como uma sensação de esvaziamento e um sentimento de futilidade. Os excitantes tentam recuperar uma sensação de vida que se contrapõe à morte por esvaziamento. Já os anestésicos protegem as fronteiras das feridas narcísicas e oferecem um sucedâneo artificial do que seria a satisfação e a calma do Nirvana. Ambos contribuem para manter um estado de indiferenciação quase simbiótico entre o eu e seu entorno. Tanto a sobre-excitação gera um estado fusional com um ambiente indiferenciado fervilhante, como

46. Cf. M. Little. Sobre a unidade básica. Em G. Kohn (org.). *A escola britânica de psicanálise*. Trad. José Otávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

a anestesia cria a fusão com o entorno nebuloso e sem contornos de um ambiente indiferenciado morto.

Estes estados de indiferenciação – sem fronteiras e sem objetos –, porém, devem estar na base dos sentimentos de tédio e futilidade, de irreabilidade e desperdício que dominam a vida subjetiva de muitos pacientes *borderline*. Tédio que, parece, só pode ser quebrado pelas turbulências afetivas, ideativas e comportamentais que pontuam a existência destes indivíduos. Uma turbulência vã que acaba funcionando como uma pobre caricatura e patética substituição da vida quando a única tarefa é existir, existir penosamente.

Que os excitantes e os anestésicos sejam hoje mais que um recurso específico deste ou daquele quadro clínico para se transformarem em elementos da cultura de uso muito amplo e diversificado nos conduziria, para além dos confins da clínica *borderline*, na direção de uma *clínica do social*. Passaríamos, assim, da questão dos *casos-limite* à das *situações* ou *estados-limite*. Não me refiro apenas ao consumo de drogas no sentido estrito, mas à construção de situações sociais – em que as drogas costumam estar muito presentes, mas não se trata só disso, como as festas “Rave” – que proporcionam o ambiente mais adequado aos *estados borderline*: uma combinação freqüentemente fatal de excitação, tédio e amortecimento. Mas o desejo de ingressar neste novo território, fascinante, posto que ameaçador, fica adiado para uma próxima oportunidade.

Resumos

El presente trabajo tiene distintos puntos de apoyo. En primer lugar, tomaré como base algunas ideas de André Green sobre la importancia del concepto de “límite” como un operador sustantivo del pensamiento psicoanalítico y sus indicaciones sobre las angustias básicas presentes en los borderline. En seguida, contemplaré las observaciones de algunos autores que coinciden en la identificación de una problemática básica en los llamados casos-límites: se trataría siempre de una an-estructuración (Bergeret) o de una falta de cohesión egóica (Meissner). También tomaré en consideración las observaciones y teorizaciones de Kernberg y de Horner sobre los padrones oscilatorios en la afectividad de estos pacientes.

Sugiero que las teorías de Federn y Fairbairn, a pesar de representar concepciones y presupuestos antagónicos en relación al psiquismo, pueden ser consideradas para una mejor comprensión de los problemas de la constitución subjetiva de los pacientes borderline. Tomando como referencia un pequeño texto de Pontalis, propongo articular estas ideas federnianas y fairbairnianas con algunos aspectos de la teorización de Freud. Levantaré, por último, algunos problemas relativos a la dificultad que tienen estos individuos en obtener placer y sustentar un estado de satisfacción.

Palabras llave: Casos-límite, narcisismo, esquizoidia, Federn, Fairbairn

Ce que je présenterai à suivre puise à des sources diverses. En premier lieu, je m'appuierai sur quelques idées d'André Green qui met l'accent sur l'importance du concept de "limite", comme un opérateur substantiel de la pensée psychanalytique, et de ses indications à propos des angoisses fondamentales chez les patients borderline. Ensuite, j'examinerai les observations de quelques auteurs qui identifient une problématique fondamentale dans ce que l'on appelle des cas-limites: il s'agirait toujours d'une an-structuration (Bergeret) ou d'un manque de cohésion du moi (Meissner). Je prendrai également en considération les observations et théorisations de Kernberg et de Horner sur les patterns oscillatoires dans l'affectivité de ces patients.

Je suggère que les théories de Federn et celles de Fairbairn, bien que représentant des conceptions et des présupposés antagoniques sur le psychisme, peuvent être employées pour une meilleure compréhension des problèmes de la constitution subjective des patients borderline. Me basant sur un petit article de Pontalis, je propose une articulation entre les idées de Federn et de Fairbairn et quelques aspects de la théorisation freudienne. Je soulèverai donc quelques questions relatives à la difficulté propre à ces individus à trouver du plaisir et à entretenir un état de satisfaction.

Mots clé: Cas-limites, narcissisme, esquizoidisme, Federn, Fairbairn

What comes next was based on different points of view, as the one from André Green who emphasized the concept of "limit" as an operating factor of the psychoanalytic thought and who pointed at and studied the basic anxieties present in borderline cases. Then I shall use other authors who agree between them, when pointing at a basic problematic area in the so called borderline cases: it is the area of an-structuring (Bergeret) or the area of lack of Ego cohesion (Meissner). I shall be also taking into consideration the formulations by Kernberg and Horner about the oscillatory patterns in these patients' s affectivity.

I do suggest that theories from Federn and Fairbairn although very different in their conceptions and presuppositions about psychic life, should be used for a better comprehension of the problems related to the constitution of the subjectivity of borderline patients. Based on a short text from Pontalis, I propose an articulation between federnian and fairbairnian ideas with some aspects of Freud's theory. I shall then raise some questions about the difficulty that such patients (borderline) have to engage in pleasure situations and to become able to go through and sustain a state of satisfaction.

Key word: Borderline, narcissism, squizoid condition, Federn, Fairbairn