

## A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”

Mário Eduardo Costa Pereira<sup>1</sup>

A publicação, em 1938, do artigo de Adolph Stern, intitulado “Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses” constitui um marco decisivo na história da abordagem psicanalítica dos quadros ditos “limítrofes”. Esse texto pode ser considerado como a introdução, no campo da psicanálise, de um debate psicopatológico que já ocorria na psiquiatria desde a metade do século XIX, em torno de intrigantes situações clínicas caracterizadas pelo fato de os pacientes apresentarem um comportamento extremamente instável, impulsivo, com períodos de agitação e desespero durante os quais podiam chegar à auto-agressão e ao suicídio, sem, contudo, desenvolverem um quadro psicótico franco. Conceitos como os de *moral insanity* (forjado por Prichard em *Treatise on Insanity* já em 1835), *borderland insanity* (elaborado por Irving Rosse em 1890), *heboidofrenia* (Kahlbaum, 1890) e de *esquizofrenia latente* (de Bleuler, em 1911, em seu famoso tratado sobre o Grupo das Esquizofrenias) evidenciam o esforço, já antigo em

psiquiatria, de dar conta de condições clínicas que em muitos aspectos assemelham-se às psicoses, mas que conservam ainda um grau importante de integração da personalidade e de contato com a realidade.

Foi Stern quem primeiro utilizou em psicanálise o termo *borderline*, ou estado-limítrofe, inaugurando uma fecunda polêmica que mantém intacta sua atualidade.

As proposições sustentadas no artigo de Stern formam as bases do pensamento psicanalítico contemporâneo sobre essa entidade tão controvertida. É o que buscaremos mostrar a seguir.

### **A visão contemporânea sobre os estados-limítrofes**

A psiquiatria de nossos dias classifica os estados *borderline* como uma forma de transtorno da personalidade. Tal estado de coisas, longe de ser auto-evidente, corresponde à sedimentação de uma longa contenda teórica, cuja complexidade vem do fato de a entidade clínica em questão caracterizar-se, precisamente, por sua extrema plasticidade e semelhança com diversas condições psicopatológicas “clássicas”. É sua situação entre os campos da neurose e da psicose (e freqüentemente com atuações do tipo psicopático) que inspirou a designação de *borderline* ou “fronteiriço”.

Um interessante artigo de Hagop Akiskal et alli.<sup>1</sup>, intitulado “Borderline: an adjective in search of a noun”, mostra a dificuldade de delimitação de o que exatamente é qualificado de *borderline*: uma estrutura psicopatológica específica? Uma síndrome verificável em diferentes condições clínicas? Uma configuração defensiva particular? Uma forma de esquizofrenia? Uma forma de transtorno afetivo? A posição psiquiátrica oficial é inequívoca: o termo *borderline* qualifica uma forma de transtorno da personalidade.

Esta é notadamente a visão expressa na CID-X e no DSM-IV. Aquela considera o transtorno *borderline* como uma das formas de apresentação do “Transtorno de personalidade emocionalmente instável”, categoria que reúne as alterações de personalidade nas quais “há uma tendência a agir impulsivamente sem consideração das conseqüências, junto com instabilidade afetiva... Duas variantes desse transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de controle”<sup>2</sup>: F60.30 – o tipo impulsivo e F60.31 – o tipo *borderline* (limítrofe).

1. H. Akiskal et alli., “Borderline: an adjective in search of a noun”, in M. Stone (editor). *Essential papers on borderline disorders*. New York, New York University Press, 1986, pp. 549-568.

2. Cf. OMS, *CID-X – Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p. 200.

Assim, a Classificação Internacional das Doenças especifica o “Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável – tipo Borderline” em função de:

1) “um comportamento mal-adaptativo de longa duração, afetando uma ampla gama de situações pessoais e sociais, associado com sofrimento pessoal e com início durante a adolescência”<sup>3</sup> (o que caracteriza um “transtorno de personalidade”);

2) “tendência marcante a agir impulsivamente e a discutir, juntamente com a dificuldade de manter qualquer curso de ação que não ofereça uma recompensa imediata, um humor instável e caprichoso, incerteza sobre a identidade pessoal e sexual, tendência a envolver-se em relacionamentos intensos e instáveis, além de ameaças recorrentes de autolesão”<sup>4</sup> e

3) “instabilidade emocional evidente, com sentimentos crônicos de vazio e esforços excessivos para evitar o abandono”<sup>5</sup>.

O DSM-IV, por sua vez, segue aproximadamente os mesmos critérios da CID-X, embora de forma mais codificada e especificada, como de costume. Esse sistema classificatório coloca como critério geral “um padrão penetrante de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos e uma marcante impulsividade iniciada no começo da vida adulta e presente em vários contextos.” A seguir, o DSM-IV apresenta uma lista de nove itens descrevendo os padrões comportamentais típicos desses estados. Para um diagnóstico positivo é necessário que pelo menos cinco deles estejam presentes. Em relação à CID-X, o único aspecto mais especificamente ressaltado é o item 9 – “ideação paranóide transitória, relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos severos”.

É importante notar que tanto a CID-X quanto o DSM-IV têm suas concepções de “transtorno *borderline*” fortemente marcadas pelas idéias do psicanalista Otto Kernberg, um dos teóricos mais importantes nesse campo, sobretudo por sua noção de “organização *borderline* da personalidade”. Em seu famoso artigo de 1967<sup>6</sup>, Kernberg descreve a organização *borderline* da personalidade como uma estrutura psicopatológica específica, situada na região fronteira entre a neurose e a psicose, e constituindo-se essencialmente como um transtorno da personalidade. Segundo esse autor, o termo *borderline* deveria ser reservado para indivíduos apresentando uma organização crônica do caráter, a qual não seria nem psicótica, nem neurótica e seria caracterizada por uma constelação sintomatológica típica, por uma

3. Cf. OMS, *CID-X – Classificação de transtornos mentais e de comportamento: casos clínicos de adultos*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998, p. 195.

4. Idem.

5. Cf. OMS, *CID-X – Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Op. cit., p. 200.

6. O Kernberg. “Borderline personality organization”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 15, 1967, pp. 641-685.

conformação específica de operações defensivas do ego, por uma patologia típica das relações de objeto internalizadas e por achados genético-dinâmicos característicos (como o excessivo desenvolvimento, em ambos os sexos, de moções agressivas orais, induzindo o aparecimento prematuro de tendências edípicas, tendo como conseqüência uma condensação patológica de objetivos pré-genitais e genitais sob a influência de necessidades agressivas).

Kernberg descreve, ainda, os elementos diagnósticos fundamentais desse quadro, tais como a presença de uma ansiedade crônica, difusa, livremente flutuante; sintomas neuróticos múltiplos e persistentes, tais como múltiplas fobias, obsessões, compulsões, sintomas conversivos bizarros, reações dissociativas, hipocondria e tendências paranóides; tendências sexuais perversas polimórficas; componentes paranóides, esquizóides e maníacos de personalidade; tendência à impulsividade e a diversos tipos de drogadição e um caráter impulsivo e caótico. A condição de labilidade emocional, as necessidades exibicionistas e de dependência e os sentimentos crônicos de vazio são igualmente destacados por Kernberg.

Quando o quadro clínico centra-se na presença de fenômenos mais próximos da psicose – como idéias de referência, comportamento bizarro, isolamento social, retraimento, dificuldade em estabelecer laços afetivos e hiper-sensibilidade a críticas – o diagnóstico psiquiátrico deve ser, segundo o DSM-IV, não mais de transtorno *borderline*, mas de transtorno esquizotípico da personalidade.

Compreende-se, assim, que a concepção de transtorno de personalidade *borderline* da CID-X e do DSM-IV traduzem uma assimilação de posições psicanalíticas, sobretudo pela vertente de Kernberg, o que demonstra, mais uma vez, que o “ateorismo” reivindicado por esses sistemas classificatórios na verdade expressa um multiteorismo nem sempre explicitado.

### A contribuição de Stern

O artigo de Stern situa-se na continuidade de um debate psiquiátrico que já há muito tempo concebia a existência de condições psicopatológicas relativamente estáveis, com sintomas neuróticos, psicóticos e perversos abundantes, sem permitir, contudo, inscrevê-las em nenhuma das categorias existentes<sup>7</sup>.

Seu texto, dividido em duas partes, inicia justamente pela explicitação de duas das características clínicas mais importantes e discutidas da noção *borderline* em psicanálise: a impossibilidade de classificar tais pacientes como neuróticos ou

7. Para uma revisão histórica da constituição da noção de *borderline*, remeto ao artigo de P. Dalgalarrondo, publicado nesta mesma Revista.

psicóticos e a extrema dificuldade de tratá-los efetivamente através dos procedimentos psicanalíticos habituais. Assim, desde os seus primórdios, a categoria *borderline* apresenta-se como um desafio clínico para a psicanálise.

Stern descreve dez sintomas fundamentais desse quadro, buscando situá-los sob uma perspectiva psicanalítica. Eles são:

1) *Narcisismo*, ao qual o autor dá o estatuto de “base sobre a qual todo o quadro clínico está construído”. Tratar-se-iam, sobretudo, de indivíduos que passaram por experiências precoces e contínuas de abandono, negligência, brutalidade e, mesmo, crueldade por parte dos pais. Tais experiências conduziram a uma profunda lesão do narcisismo, naquilo que este implica de amor-próprio, segurança e autoconfiança. A consequência é que esses sujeitos sofreriam uma “má-nutrição” afetiva (narcísica) comportando-se como seres “famintos de afeto” (*affect hunger*).

2) *Sangramento psíquico*, relacionado ao colapso das capacidades de reação do indivíduo.

3) *Hiper-sensibilidade desordenada*.

4) *Rigidez psíquica*.

5) *Tendência a reações terapêuticas negativas*.

6) *Sentimentos de inferioridade*, que por vezes podem ter um colorido delirante, tamanha é a convicção do sujeito de ser uma “pessoa inferior”.

7) *Masoquismo*. Por vezes, as claras tendências à autopiedade, autocomiseração, a apresentação de desespero e de sofrimento crônico podem ser interpretadas como “agentes para obter compensação” pelo fato de não terem se sentido suficientemente amados.

8) *Insegurança “somática” ou ansiedade*, sendo que a insegurança patológica organizaria todo o funcionamento lógico desses indivíduos.

9) Uso de *mecanismos de projeção* como expressão da imaturidade dos processos psíquicos em jogo, uma vez que o sujeito pode se proteger mais facilmente se considerar o ambiente como hostil. Através desse dispositivo, ele consegue uma explicação de suas dificuldades fundada na atitude supostamente agressiva dos outros.

10) *Dificuldades para testar a realidade*.

A segunda parte do artigo visa apreender psicanaliticamente essa constelação psicopatológica tão singular. Para Stern, a precária constituição narcísica desses sujeitos é o fator etiológico fundamental para a instalação do quadro. Tal insuficiência dos investimentos libidinais no próprio eu conduzem a uma postura de extrema dependência e de necessidade de proteção. Isso manifesta-se não apenas em demandas concretas de cuidado e de atenção, mas, sobretudo, na exigência constante de que o outro o reassegure quanto à estabilidade de sua própria auto-imagem. É dado valor extremo ao que o analista diz efetivamente, e a situação transferencial é

marcada pela enorme importância atribuída pelo paciente à figura idealizada de seu analista.

As reações terapêuticas negativas e as intempestivas mudanças de atitude em relação à análise e ao analista estão frequentemente associadas a elementos que o paciente identifica como desatenção ou negligência por parte do analista, o que pode conduzir ao *acting-out* ou mesmo à ruptura definitiva do tratamento.

Decorre daí, segundo Stern, que é a própria situação analítica que deve ser redimensionada, de modo a poder acolher as particularidades e a extrema sensibilidade desses sujeitos. O autor propõe que é apenas após a transferência – estabelecida sobre essas bases profundamente imaturas – ter sido trabalhada psicanaliticamente, que a significação das ligações com os pais no período edípico, do medo da castração e dos impulsos hostis e sexuais poderá ser adequadamente compreendida.

O texto termina pela reafirmação de que nesses pacientes a fonte da ansiedade não está primariamente ligada aos impulsos sexuais objetivos, como nas psiconeuroses, mas, antes de mais nada, ao próprio narcisismo debilitado. Decorre daí que este elemento psicopatológico central deve ser abordado através de uma técnica psicanalítica a ele adaptada.

O trabalho fundador de Stern lançará as bases para as abordagens da psicologia do ego, que constituirá a principal vertente psicanalítica a ocupar-se do tema dos estados-limítrofes. Ao mesmo tempo, suas idéias antecipam noções fundamentais dizendo respeito às modificações necessárias à situação psicanalítica para dar conta de estados de extremo desespero e de fragilidade da organização narcísica (como as de “manejo”, “*holding*” e “continência”).

Por seu caráter inovador, sugestivo da necessidade de uma “metapsicologia da clínica”, e por sua extrema acuidade clínica, que influenciaria diretamente trabalhos decisivos como os de Knight<sup>8</sup> e de Stone<sup>9</sup>, o artigo de Stern, aqui traduzido, merece não apenas o título de “clássico da psicopatologia” como também, e sobretudo, ser estudado por seu instigante vigor, obstinadamente atual.

8. R. Knight. “Borderline states in psychoanalytic psychiatry and psychology”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 17, 1953, pp. 1-12.

9. L. Stone. “The widening scope of indications for psychoanalysis”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 2, 1954, pp. 567-594.