

Histeria e patologias *borderline* no discurso psicanalítico

linhas tênues

Gustavo A. Ramos Mello Neto
Viviana C. Velasco Martinez
Ana Paula Moreira

Resumo Apresentamos uma análise da relação entre a histeria e os quadros *borderline*. Falamos sobre um suposto desaparecimento da histeria, ou mesmo seu agravamento “evolutivo”, e das propostas de substituição por quadros conhecidos como limítrofes (*borderline*). Apontamos os momentos em que a histeria “encontra” ou se “afasta” dos quadros *borderline* e a importância de tais momentos para a psicanálise.

Palavras-chave histeria; *borderline*; psicopatologia psicanalítica; teoria psicanalítica; critérios diagnósticos.

Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto é professor do Departamento de Psicologia e do mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutor em Psicologia pelo IPUSP, com pós-doutorado realizado no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Psicanálise da Universidade de Paris VII.

Viviana Carola Velasco Martinez é doutora em Psicologia pela PUCSP e professora do Departamento de Psicologia da UEM, onde coordena o Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização.

Ana Paula Moreira é psicóloga. Formou-se na Universidade Estadual de Maringá, onde participa do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização.

- 1 G. A. R. Mello Neto, *Histeria e Psicanálise depois de Freud*.
- 2 B. Easser; S. Lesser, “Hysterical personality: a re-evaluation”. p. 390-405.
- 3 E. Zetzel, “The so called good hysteric”. p. 256-60.
- 4 E. Zetzel, *op. cit.*
- 5 B. Easser e S. Lesser, *op. cit.*

Introdução

Por volta dos anos 1950, a obra de Freud passa a ser objeto de questionamento, sobretudo em seus aspectos diagnósticos, e, com ela, a histeria. Vêem-se, então, copiosas discussões em torno de qual seria o ponto de fixação pulsional capaz de produzir a histeria. Seria ele realmente fálico genital, edípiano, como queriam Freud e Abraham, ou mais primitivo que isso, talvez oral? Os autores se perguntam, ainda, se o que separaria uma neurose de uma psicose seria o ponto de fixação libidinal ou a constituição do eu. Ora, estamos, então, no auge da Psicologia do Ego nos EUA. E isso vai mais longe, perguntam-se mesmo se a histeria existe. Também se discute a conversão. Autores como Rangell, 1959 e Shalev e Munitz, 1986 (*apud* Mello Neto¹) sustentam que a conversão não estaria mais tão presente na clínica, como outrora, e nem seria mais vista como específica da histeria.

Nos anos 1960, autores como Easser e Lesser² e Zetzel³ propõem que sob a aparência de muitos sintomas histéricos haveria patologias mais graves e regressivas. Para eles é importante guardar a idéia de causação edípica na histeria, mas vêem nesses casos mais regredidos falsas histerias, cuja raiz seria muito mais primitiva e estaria ligada a relações duais e não triangulares (Zetzel⁴), especialmente com a mãe (Easser e Lesser⁵).



*Bedani situa em 1938
a primeira menção à expressão
neurose bordeline, feita pelo
psicanalista A. Stern,
tomando-a como narcisismo
doentio ou hemorragia psíquica*

92

PERCURSO 40 : junho de 2008

No final da década de 1970, essa discussão irá se ampliar, a partir da preocupação de alguns autores em separar a histeria de quadros ditos *borderline*.

Mas não se trata de algo sem debate e é o que se propõe focar no presente artigo. Os resultados que apresentamos são parte de pesquisa mais ampla cujo propósito foi investigar o discurso psicanalítico sobre a histeria, produzido nos anos após Freud, com base em artigos indexados nos bancos de dados da Associação Americana de Psicologia (APA). Uma vez que uma exposição de todos os objetivos e partes desse projeto seria muito extensa, basta que se diga que durante o exame do material levantado (oitocentos resumos e duzentos artigos completos), o tema *borderline* apareceu ocupando aí um lugar importante.

O que são os casos *borderline*?

A tentativa de dar nome a essa experiência que, na clínica, é tanto difícil de viver quanto nomear, não é tão nova como se pensa. André⁶ considera que foi A. Stern um dos primeiros a usar o conceito de *borderline* num contexto psicanalítico, em 1945.

Mas, fora desse contexto, esta noção parece ser bem mais antiga. Bedani⁷ nos diz que, em 1884, o psiquiatra inglês C. Hugues teria utilizado o termo *borderline* para designar um estado fronteiro entre a demência e a normalidade.

Bedani⁸, porém, aponta que já nos primórdios do século XIX encontramos os precedentes da idéia moderna de *borderline*. Em 1801, Pinel se referia à mania sem delírio para designar casos em que pacientes eram tomados por afetos insanos, mantendo, contudo, sua capacidade intelectual; em 1835, Prichard nomeia esse tipo de quadro de insanidade moral; Kahlbaum, a partir de 1884, descreve o que ele denomina de adolescentes hebóides, diferenciando-os da hebefrenia, que seria loucura pura; Bleuler fala de esquizofrenia latente, em 1911; Reich, em 1925, se refere a um caráter impulsivo.

Bedani⁹, ainda, situa em 1938 a primeira menção à expressão neurose *bordeline*, feita pelo psicanalista A. Stern, tomando-a como narcisismo doentio ou hemorragia psíquica.

Nos anos 1940, Bedani¹⁰ nos mostra um panorama mais amplo. A esse respeito, Fairbairn escreve sobre mecanismos esquizóides; Zilborg, por sua vez, fala de uma esquizofrenia ambulatorial; Deutsch escreve sobre as personalidades “como se”; e Hoch e Polatin nomeiam de esquizofrenia pseudoneurótica.

Em 1953, vai-se encontrar, ainda segundo Bedani¹¹, a definição de estados *borderline* elaborada por Knight, reunindo quadros que não podiam ser considerados como psicose, apesar do intenso comprometimento psíquico apresentado pelos pacientes. Esse autor considera que os critérios de exclusão recíproca de neurose e psicose, entre outros, seriam insuficientes para o diagnóstico, o prognóstico e as direções terapêuticas adequadas.

Em 1976, no CID-9, aparece a primeira menção do termo como esquizofrenia latente ou *borderline*; quatro anos depois, o DSM-III traz a classificação de transtorno de personalidade *borderline*, que será mantida no DSM-IV, de 1994. Em 1992, no CID-10, encontramos o transtorno de personalidade emocionalmente instável, tipo *borderline*.

Já de saída temos, pois, que uma primeira dificuldade está precisamente na definição de um quadro que possa ser denominado *bor-*

derline, pois não há consenso sobre o uso da palavra.

Segundo Green¹², a idéia de *borderline* surge de uma necessidade clínica, em que o diagnóstico de neurose ou psicose, para um certo grupo de pacientes, não parece adequado. Corrêa Netto¹³ afirma que o termo *borderline* designava inicialmente casos em que pacientes neuróticos se encontravam em regressão constante, rumo à psicose. Mas esse autor discorda dessa descrição e desse suposto aspecto regressivo e afirma que talvez esses pacientes passem a vida inteira à espera de uma psicose que nunca chega a se configurar.

Kernberg¹⁴, que talvez tenha as propostas descritivas mais aceitas a esse respeito, considera que o termo *borderline* designaria dois tipos de quadros. Um, denominado estado *borderline*, em que o paciente neurótico está, ainda, em processo regressivo, com momentos psicóticos e ameaça estagnar-se definitivamente numa psicose; outro, designado como “organização *borderline* de personalidade”, seria caracterizado pela presença de fortes sintomas tanto neuróticos quanto psicóticos, mas que não se pode incluir em nenhum dos dois grupos. Tratar-se-ia de um quadro estável e não de um movimento regressivo que ainda não se estabilizou. Além disso, ele faria parte de um grupo de constelações psicopatológicas – idéia compartilhada pelos já citados Corrêa Netto¹⁵ e Amini & Baumbacher¹⁶ –, tais como a personalidade narcísica, a personalidade infantil,

»
Kernberg, que talvez tenha
as propostas descritivas
mais aceitas a esse respeito,
considera que o termo *borderline*
designaria dois tipos
de quadros

o falso *self*, a personalidade *como se*, personalidade paranóide, personalidade esquizóide, personalidades anti-sociais e personalidade hipomaníaca. Todos teriam em comum o fato de configurarem uma forma específica e estável de estrutura patológica do ego, sem pertencer ao âmbito da neurose, nem ao da psicose.

No entanto, acrescenta Kernberg, aspectos neuróticos marcantes nos quadros *borderline* levariam freqüentemente a que os confundam com a histeria.

Histeria ou *borderline*?

Embora a relação entre histeria e *borderline* não pareça clara, diz-nos Green¹⁷, quando se tentam descrições clínicas mais precisas, observa-se que ambos os quadros convergem o suficiente para se poder pensar numa ligação. Essa convergência, o autor a organiza sob três aspectos: a *classificação*, a *apresentação clínica* e as *dificuldades no tratamento*, principalmente no que diz respeito à transferência e à contratransferência. Valemos dessa classificação para descrever os pontos de vista dos diferentes autores.

Vejam.

Classificação

Há, como pudemos ver, discordâncias quanto à classificação do *borderline* nos quadros da neurose ou da psicose. Os autores que afirmam seu

6 J. André, “L’objet unique”.

7 A. Bedani, “Breve História dos *fronteiriços*” [on line] Consulta em junho de 2007. Disponível em <http://www.org2.com.br/histborders.htm>.

8 A. Bedani, *op. cit.*

9 A. Bedani, *op. cit.*

10 A. Bedani, *op. cit.*

11 A. Bedani, *op. cit.*

12 A. Green, “Histeria e estados-limite: *quiasma*. Novas perspectivas”, p. 465-87.

13 P. Corrêa Netto, *Psicanálise dos casos limítrofes: conceituação e tratamento na clínica de hoje*.

14 O. Kernberg, “Borderline personality organization”, p. 641-85.

15 P. Corrêa Netto, *op. cit.*

16 F. Amini e G. Baumbacher, “The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma”, p. 501-48.

17 A. Green, *op. cit.*



É possível que as tentativas dos autores desde os anos 1950 para redefinir os quadros clínicos tenham contribuído para a confusão ou a dúvida em torno dos mesmos...

94

PERCURSO 40 : junho de 2008

caráter neurótico o fazem a partir do conflito edípico, a angústia relacionada à sexualidade, a rigidez superegógica e uma estruturação egóica com capacidade para estabelecer relações triádicas. Já a classificação como psicose se deve, comumente, às características orais, tais como dependência, necessidade de amor; amnésia histérica, vista como fuga da realidade, e sintomas conversivos, tidos como alucinações. Ora, notemos que todas essas características, tanto neuróticas quanto às ditas psicóticas, são as mesmas descritas na histeria, o que a aproximaria dos casos *borderline*.

Bollas¹⁸, a esse respeito, dirige críticas a uma espécie de substituição, a partir dos anos 1970, da histeria, que supostamente teria desaparecido, em prol dos quadros *borderline*. Semmler¹⁹, de forma semelhante, recorre à dinâmica familiar para explicar a origem do que pensa ser uma (con) fusão, em que a histeria é entendida como um quadro *borderline*. Propõe, então, um outro quadro, diferente da histeria, a que atribui o rótulo de *borderline*-histeria. Em termos da dinâmica familiar relativa à gênese deste quadro, Semmler²⁰ refere-se a uma união entre os pais que estaria baseada numa escolha patológica. A mãe não teria condições de criar um ambiente que amparasse a criança e no qual ela pudesse definir os limites entre o próprio espaço e a simbiose ainda necessária. O pai, por sua vez, assumiria o papel do objeto amigável e materno e atribuiria à criança a função de substituta da parceira, criando-a de acordo com seus

desejos. As relações sexualizadas e conflituosas que pacientes *borderline*-histéricos realizam na vida ou na transferência seriam repetições desse primeiro modelo.

Kohon²¹, Green²² e Semmler²³ concordam em que diagnosticar um paciente na clínica pode levar a confusões quanto ao quadro, já que o paciente *borderline* inicialmente se apresenta como um neurótico.

Apresentação clínica

Kernberg²⁴ concorda em que os sintomas indicativos da organização *borderline* de personalidade se assemelham a sintomas neuróticos típicos, mas algumas peculiaridades podem se fazer úteis para um diagnóstico diferencial. Nenhum sintoma, diz o autor, pode ser considerado suficiente em si mesmo para indicar a personalidade *borderline*. No entanto, a presença de dois ou mais sintomas devem ser um alerta para essa possibilidade. Entre os sintomas, o autor menciona a angústia, que no *borderline* é difusa e flutuante, não mantendo sua função de *signal de perigo*, como na histeria. Também menciona a presença de traços psicóticos – hipocondríacos e paranóides –, traços perversos – com um desvio sexual manifesto ou um comportamento sexual inibido com fantasias perversas conscientes e necessárias para a gratificação sexual – e traços de adicção, como alcoolismo, drogadicções, cleptomania etc. Meissner e Reichard, veremos, são mais extremistas, digamos, pois retomam mesmo os casos de Freud e de Breuer, corrigindo o diagnóstico, também introduzindo a etiqueta *borderline*. É possível que as tentativas dos autores de redefinir os quadros clínicos, de maneira geral, a partir das revisões da histeria em psicanálise, desde os anos 1950 como já dissemos, tenham contribuído para a confusão ou a dúvida em torno dos mesmos...

De acordo com Reichard²⁵, Anna O., a *musa* da psicanálise, não sofria de uma neurose, mas apresentava uma psicose esquizofrênica. Meissner, por sua vez, concluirá que Freud errou nos seus

diagnósticos, pois tanto o caso Dora²⁶ – que se tornou a histeria-tipo da obra de Freud –, quanto o caso Emmy²⁷, seriam quadros *borderline*, o que teria levado a grandes dificuldades no tratamento. Segundo Meissner, ainda, o caso Dora foi uma das maiores falhas da história psicanalítica, pois o diagnóstico de Freud estaria errado e Dora não teria se curado. Considera que, em termos contemporâneos, a atribuição de *borderline* à patologia de Dora se justificaria por sua labilidade emocional, intensa sintomatologia histérica, tendência à depressão e frustração acompanhada por raiva nas relações heterossexuais, desconfiança, elementos paranóides e caráter narcísico. Além disso, haveria o amor homossexual de Dora pela Sra. K., que concorria com o amor heterossexual pelo Sr. K., de forma a indicar uma confusão da escolha sexual.

Meissner²⁸ vai, então, ao texto de Zetzel²⁹, que classifica este tipo como *suposto histérico*, e aí inclui Dora, justamente no grupo a que atribui o número 3. Para o autor, tanto o grupo 3 como o grupo 4 de Zetzel³⁰ estariam se referindo a casos *borderline* que são comumente confundidos com a histeria. Para que saiba o leitor, somente os quadros 1 e 2 seriam de histeria verdadeira, sendo que o 3 e o 4 seriam de pacientes depres-

»

a transferência erotizada é uma experiência desagradável para o analista, pois este sente a ameaça constante de perder a distância necessária à reflexão.

sivos e/ou psicóticos que teriam desenvolvido sintomas aparentemente histéricos.

Reações transferenciais e contratransferenciais

Meissner³¹ acredita que as relações transferenciais e contratransferenciais entre Dora e Freud são muito parecidas com o que hoje se conhece dos pacientes *borderline*. Isto é, marcadas pela agressividade e a vitimização, em que o analista se encontra preso a tentativas, às vezes súbitas, seja de vitimizar seu paciente, seja de ser vitimizado por ele. Mas isso ainda permanece muito próximo da histeria.

Outro aspecto da transferência é discutido por H. Adler³² e nos remete às idéias de Semmler³³ sobre a sexualização dos vínculos de pacientes *borderline* e histéricos, principalmente na relação terapêutica. A sexualização, como defesa que demanda um contato sexual com o terapeuta, pode ocorrer em qualquer paciente, mas tende a ser, por excelência, um modo histérico de agir. Contudo, veremos mais adiante, Adler³⁴ marcará as diferenças entre os dois quadros.

A transferência erotizada, afirma essa autora, é uma experiência desagradável para o analista, pois este sente a ameaça constante de perder a distância necessária à reflexão. Resnik³⁵ também considera que pacientes histéricos e *borderline* têm o *dom* para despertar sentimentos de culpa e paranóia no analista.

Pelo mesmo caminho, Britton³⁶ sustenta que o analista, frente à transferência do histérico e à do *borderline*, se sente angustiado, frustrado,

18 C. Bollas, *Hysteria*.

19 K. Semmler, "Die Bedeutung der Sexualisierung in der Familiendynamik für die Entstehung der *Borderline*-Hysterie", p. 264-274.

20 K. Semmler, *op. cit.*

21 G. Kohon, "Reflections on Dora: the case of hysteria", p. 73-84.

22 A. Green, *op. cit.*

23 K. Semmler, *op. cit.*

24 O. Kernberg, *op. cit.*

25 S. Reichard, "A re-examination of 'Studies in Hysteria'", p. 155-77.

26 W. Meissner, "Studies on hysteria: Dora", p. 567-98.

27 W. Meissner, "Studies on hysteria-Frau Emmy von N.", p. 1-19.

28 W. Meissner, *op. cit.*, 1984.

29 E. Zetzel, *op. cit.* classifica os histéricos em quatro grupos: a boa (verdadeira) histérica; boas histéricas potenciais; mulheres com estrutura de caráter depressivo subjacente; sintomatologias pseudo-edípicas e pseudogenitais e, pode-se pensar, pseudo-histéricas, p. 257.

30 E. Zetzel, *op. cit.*

31 W. Meissner, *op. cit.*, 1984.

32 H. Adler, "Sexualisierte Übertragung als Abwehr von Scham und Selbstverlust", p. 378-91.

33 K. Semmler, *op. cit.*

34 H. Adler, *op. cit.*

35 S. Resnik, "'NO' in hysteria", p. 188-206.

36 R. Britton, "Getting in on the act: the hysterical solution", p. 1-14.



na histérica, a hipersexualização aparece como um excesso de sedução, porém uma sedução sutil, como o excesso de cordialidade e simpatia

irritado, furioso ou confuso, porém, apontará diferenças. Vejamos.

Histeria e casos *borderline* se diferenciam

Britton³⁷ considera que na transferência o histérico deseja a exclusividade do amor do analista e, por isso, o faz sentir especialmente importante, o que traz o risco de que se instale uma “admiração mútua inconsciente”. Já na transferência *borderline*, continua o autor, o paciente cinde o analista em objeto idealizado e objeto denegrido; com o idealizado, deseja a fusão, o conhecimento mágico que imagina poder salvá-lo, enquanto o analista denegrido é constantemente atacado, suas falhas são exploradas, de forma que o paciente se convence de que não pode mesmo ser compreendido.

Já Kernberg³⁸, Zisook (et. al.)³⁹ e Green⁴⁰ consideram que as diferenças entre a histeria e os quadros *borderline* não devem ser procuradas apenas em torno dos sintomas, pois, por sua semelhança, podem confundir o analista. Os aspectos estruturais e psicodinâmicos são importantes para formular um diagnóstico diferencial.

Para Zisook (et. al.)⁴¹, as manifestações histéricas podem mascarar três tipos de patologias, diagnosticadas erroneamente como histeria: as personalidades *borderline*; a síndrome de Briquet e a disforia histeróide. As características histéricas, nos três quadros, podem ser idênticas, mas

há variações psicopatológicas. Isso implica a possibilidade de situar as psicopatologias e especificamente a histeria dentro de um *continuum*, com variações de menos a mais graves. É o que propõe Lazare (apud Mello Neto)⁴². Esse autor busca diferenças, mas as coloca dentro do grupo geral da personalidade histérica. Para esse autor, a personalidade histérica é vista em uma continuidade que vai desde histéricos *sick* (doentes) até histéricos *healthy* (saudáveis). O grupo mais comprometido (*sick*) teria, ainda, uma oralidade mais forte que o grupo *healthy*, seria mais agressivo, impulsivo e teria grandes dificuldades em manter suas relações externas. Zisook (et. al.)⁴³ consideram que o transtorno de personalidade *borderline* estaria incluído na categoria *sick*.

Kernberg⁴⁴, por sua vez, afirma que na organização *borderline* da personalidade há fobias que impõem restrições severas à vida do paciente, como inibições sociais e fobias relacionadas à imagem e aparência corporal; pensamentos obsessivos, contra os quais o paciente luta e tenta racionalizá-los porque o teste de realidade é mantido; sintomas conversivos crônicos e complexos; fugas e amnésias histéricas e, também, angústia. Esses sintomas, na organização *borderline* de personalidade, ora são crônicos, ou mais graves, ora mais complexos e com significações diferentes do que teriam em uma neurose. O autor toma como diferenciador o exagero da sexualidade, que aconteceria tanto na histeria quando na organização *borderline* de personalidade. Na histérica, essa hipersexualização aparece como um excesso de sedução, porém uma sedução sutil, como o excesso de cordialidade e simpatia, ao passo que na organização *borderline* de personalidade aparece de forma mais ligada às perversões, por exemplo, no uso de roupas muito curtas ou decotadas, uso excessivo de palavrões, promiscuidade etc.

Adler⁴⁵ também considera que um excesso de sexualidade pode corresponder a uma característica muito mais perversa do que histérica, onde a falta do sentimento de vergonha corresponderia a um ego frágil, a um defeito estrutural característico de pacientes *borderline*.

E uma das causas de um comportamento sexualizador, continua a autora, estaria em experiências de abuso traumático sofrido na infância ou, mais provavelmente, em descuidos que geram na criança sentimentos de insegurança e de não ser amada. Precisamente, tanto o grande trauma na infância quanto a falta de cuidados necessários nessa época são entendidos por Green⁴⁶, Kernberg⁴⁷, Corrêa Netto⁴⁸ e Semmler⁴⁹ como possíveis causas da patologia *borderline*, assim como sua intensa necessidade de amor estaria relacionada a fases pré-edi-pianas. Green⁵⁰, por sua vez, vai se referir a um ponto de entrecruzamento entre a histeria e os estados *borderline* (lembramos do “*borderline-histeria*”, de Semmler⁵¹), denominando-o de quiasma. Busca distinguir de forma clara a histeria dos casos *borderline* a partir da exposição de aspectos clínicos e psíquicos de ambos os quadros. De forma bem resumida, o que realmente diferenciaria os quadros, diz-nos, seria principalmente a estrutura egóica e o contato com a realidade – por exemplo, as defesas e a capacidade de *insight*.

Isso vai em direção ao que diz a maioria dos autores, a começar por Kernberg⁵². Para esse último, a organização *borderline* de personalidade é uma patologia das relações de objeto e, por isso, uma patologia do ego, enquanto a histeria é uma patologia das pulsões. Dessa forma, o ego

37 R. Britton, *op. cit.*

38 O. Kernberg, *op. cit.*

39 S. Zisook, R. DeVaul e R.A. Gammon, “The hysterical façade”, p. 113-23.

40 A. Green, *op. cit.*

41 S. Zisook, R. DeVaul e R.A. Gammon, *op. cit.*

42 G. A. R. Mello Neto, *op. cit.*

43 S. Zisook, R. DeVaul e R.A. Gammon, *op. cit.*

44 O. Kernberg, *op. cit.*

45 H. Adler, *op. cit.*

46 A. Green, *op. cit.*

47 O. Kernberg, *op. cit.*

48 P. Corrêa Netto, *op. cit.*

49 K. Semmler, *op. cit.*

50 A. Green, *op. cit.*

51 K. Semmler, *op. cit.*

52 O. Kernberg, *op. cit.*

53 A. Green, *op. cit.*

54 A. Green, *op. cit.*

»
*embora os casos-limite
 apresentem relações
 de intersecção com
 a histeria, falta-lhes uma
 organização neurótica,
 diz Green*

do paciente *borderline* é menos integrado que o ego do histérico. A falta de tolerância à angústia, a falta de controle dos impulsos e a falta de canais de sublimação bem desenvolvidos são, para o autor, indicativos de um ego frágil e, portanto, de um quadro *borderline* de personalidade.

Green⁵³, por seu turno, considera que o ego histérico enfraquece apenas quando precisa recorrer a defesas mais arcaicas que o recalca-mento. Nos estados *borderline*, diferentemente, haveria uma fragilidade das fronteiras do ego. A angústia de castração, continua o autor, associada à angústia de penetração, características da histeria, são substituídas, nos estados *borderline*, e de acordo com o nível do ego, por angústia de separação e de intrusão. O aparecimento de tais angústias relaciona-se com um temor de desmoroamento ou de invasão por um objeto hostil e agressivo. Dessa forma, o autor fala de um “medo da catástrofe”, como se o paciente *borderline* estivesse sempre esperando algo terrível acontecer; a difusão da angústia e a sua intensidade conduziriam, efetivamente, a condições gravemente desestruturantes.

Embora os casos-limite apresentem relações de intersecção com a histeria, falta-lhes uma organização neurótica, diz Green⁵⁴.

Isso pode ser observado nos conflitos em torno do amor e da sexualidade, centrais na histeria, mas que nos casos *borderline* permanecem secundários frente à intensidade da destrutividade, do masoquismo e do narcisismo. Se o ego histérico tende apenas a uma fragmentação



a histérica,
afirmam Easser e Lesser,
tem amigas e sofre com elas,
isto é, tem dificuldades
na relação

temporária, nos casos *borderline*, o sujeito tende à despersonalização, a sentimentos de perseguição, embora sem perda de contato com a realidade, e à depressão com regressões importantes, geralmente relacionadas com a dependência. A depressão, continua Green⁵⁵, aparece como uma ameaça constante em ambos os quadros, mas varia de intensidade nas suas manifestações que vão desde uma forma neurótica⁵⁶ até manifestações mais graves e próximas da melancolia. Essa depressão é marcada pela impossibilidade de lutos na histeria⁵⁷, de um lado, e frente à fixação nos objetos incestuosos, por outro, nos casos *borderline*, devido à decepção com os dois objetos parentais, em que a ausência de apoios identificatórios afetaria o narcisismo do sujeito.

Kernberg⁵⁸, por sua vez, acredita que a angústia que apresentam os pacientes *borderline* é crônica, difusa e flutuante, e geralmente é mais forte do que os outros sintomas neuróticos. Segundo o autor, na personalidade histérica, uma falsa hiper-emotividade é usada como mecanismo de defesa, principalmente em áreas de conflito, como nos relacionamentos sexuais, e como resistência à transferência. Porém, esses pacientes podem aparentar ser emocionalmente estáveis em outras situações, como no trabalho, por exemplo. Em contraste, a labilidade emocional do sujeito que se inclui no quadro conhecido como *personalidade infantil*, mais próxima da *borderline*, é difusa e generalizada, havendo pouquíssimas áreas livres de conflitos em sua vida. A falta de controle

dos impulsos também é mais generalizada do que na histeria.

Pois bem, dito isso, falemos um pouco das defesas.

Segundo Green⁵⁹, há nos histéricos uma organização do conflito que permite a utilização de fantasias inconscientes, enquanto no *borderline* faltam estruturas intermediárias que facilitarão tal organização, ocorrendo então uma espécie de atalho regressivo, uma regressão rápida contra a qual as defesas inicialmente não teriam efeito, o que suscitaria defesas drásticas. A clivagem (*splitting*) seria, então, a defesa mais comum no *borderline*. O recalçamento, mecanismo principal da histeria, seria pouco usado pelo *borderline*; não haveria ainda o que reprimir, pois faltaria o conflito edípico.

De forma semelhante, Kernberg⁶⁰ considera que tanto a identificação projetiva quanto a projeção e o *splitting* são mecanismos de defesa essenciais da organização *borderline* de personalidade, embora o termo *splitting* seja utilizado pelo autor num sentido restrito, apenas em relação ao processo ativo de manter separadas identificações e introjeções boas e más. Mesmo a identificação, diz Kernberg⁶¹, é permeada pelo *splitting* nessa tentativa imediata de se separar o bom do mal *mau*. O *splitting* e a fraqueza do ego se reforçam mutuamente, resultando num círculo vicioso.

Easser e Lesser⁶² vão se referir também às relações de objeto, como indicativo de diferenciação nas duas estruturas. A histérica, afirmam, tem amigas e sofre com elas, isto é, tem dificuldades *na* relação; o histeróide (quadros de personalidade infantis, psicoses e *borderline*) tem dificuldade *com* a relação e *lhe* põe fim, porque não atende sua expectativa exagerada de cuidado, proteção e nutrição. Assim, ao finalizar essas relações, o sujeito é tomado por fortes sentimentos de depressão e reações paranóides.

Quanto à necessidade extrema de amor, Kernberg⁶³ e Corrêa Netto⁶⁴ concordam que ela existe em ambos os quadros, e esse amor *deve* ser incondicional, simbiótico, como a relação

com a mãe nos primeiros momentos de vida. Entretanto, ambos os autores discordam com relação à capacidade de amar. Corrêa Netto⁶⁵ acredita que a capacidade de amar do *borderline* é preservada (ao contrário do que ocorre nas neuroses), enquanto Kernberg⁶⁶ acredita que tanto o neurótico como o *borderline* não teriam desenvolvido tal capacidade. Aliás, para esse último autor, o *borderline* geralmente está acompanhado por uma estrutura narcísica (característica da fase oral). Green⁶⁷ não deixa de concordar com isso. Para ele, pacientes *borderline* são muito narcísicos devido ao luto que têm por um dos pais. Ambos os autores também estão de acordo em afirmar não haver um fundo narcísico importante na histeria, sendo este um diferencial inconfundível para os dois quadros.

Ainda, acerca da estrutura psíquica, acrescentamos algumas palavras sobre o superego.

Green⁶⁸ considera que o superego do histérico está muito ligado à culpa e é rígido, enquanto o superego dos estados *borderline* é flexível, permitindo uma destrutividade sem culpa.

Corrêa Netto⁶⁹ pensa de forma diferente. Considera que o *borderline* atingiu um nível no seu amadurecimento psicosssexual e afetivo

55 A. Green, *op. cit.*

56 Sobre a relação entre histeria e depressão ver “*Pathos histórico: depressão e teatralidade*” de V. Martinez e G. Mello Neto, p. 79-98.

57 Mello Neto, *op. cit.*, dedica um capítulo a essa temática do luto na histeria. Considera que o paciente neurótico vem ao consultório justamente por isso, pela impossibilidade de dar solução ao luto do objeto perdido ou impossível do complexo de Édipo. O tratamento teria, talvez, a finalidade de resolver esses lutos e como luto último, a resolução da transferência.

58 O. Kernberg, *op. cit.*

59 A. Green, *op. cit.*

60 O. Kernberg, *op. cit.*

61 O. Kernberg, *op. cit.*

62 B. Easser e S. Lesser, *op. cit.*

63 O. Kernberg, *op. cit.*

64 P. Corrêa Netto, *op. cit.*

65 P. Corrêa Netto, *op. cit.*

66 O. Kernberg, *op. cit.*

67 A. Green, *op. cit.*

68 A. Green, *op. cit.*

69 P. Corrêa Netto, *op. cit.*

70 A. Green, *op. cit.*

71 K. B. Weinstein, “Still crazy after all these years: An exploration of gender, *borderline* personality disorder and the vogueing of diagnostic action”, p. 5397.

nos estados *borderline*,
haveria uma verdadeira carência
representativa: as representações
são absorvidas por movimentos
pulsionais diretos

marcado pela ambivalência, prevalecendo, na maioria das vezes, o ódio e, portanto, tem um superego rígido. O paciente sofreria de imensa culpa em relação à sua própria agressividade.

Quanto à capacidade representativa, de acordo com Green⁷⁰, a histeria se refugia no que não pode ser dito ou intelectualizado como oposição ao que é carnal, quente. Nos estados *borderline*, haveria uma verdadeira carência representativa: as representações são absorvidas por movimentos pulsionais diretos, resultando em expulsões pelo ato ou descarga. Há, então, pobreza das mediações psíquicas e ausência de estruturas intermediárias, o que indica uma precariedade das formas verbais.

Finalmente, diversos autores concordam que a diferenciação desses dois quadros aparece de maneira mais efetiva durante o tratamento e na própria relação transferencial.

Da histeria ao *borderline*:
uma evolução?

Não há como deixar de mencionar a cultura como o cenário principal onde vemos surgir os diferentes quadros psicopatológicos, não só a histeria e suas metamorfoses, mas seus desdobramentos, como poderia ser considerada a estrutura *borderline*. Weinstein⁷¹ lembra que esses quadros dizem respeito a uma psicopatologia inserida em determinada subjetividade, característica de um contexto social.



O rótulo *borderline*
talvez seja uma tentativa
de dar uma solução
ao que alguns chamam
“paciente difícil”

A autora supõe que a histeria se modificou, resultando no transtorno de personalidade *borderline*. Isso porque as patologias, como fruto de um *Zeitgeist*, modificam-se na medida em que a cultura também o faz.

No período que denomina moderno, diz Weinstein⁷², certas características favoreceram o surgimento da histeria, tais como a repressão social, que proporcionava um superego rígido e um sentimento de identidade bem definido. A repressão do desejo (inclusive, o desejo de consumo, devido à necessidade de acumular capital), a desvalorização da feminilidade, restringindo o papel da mulher ao cuidado dos filhos, assim como os papéis familiares, bem distribuídos e definidos, implicavam uma passagem rápida para o mundo adulto.

Já na pós-modernidade, continua a autora, os conflitos em torno dos relacionamentos cada vez mais complexos, a crescente dificuldade dos filhos para se libertarem da simbiose com os pais e, portanto, de estabelecer vínculos verdadeiros com os objetos externos teriam dado lugar à transformação da histeria no quadro *borderline*. Sztulman⁷³ também se refere a mudanças na estrutura familiar, em torno da diminuição da autoridade paterna, ao mesmo tempo que as mães assumem mais responsabilidades. Segundo esse autor, a diminuição da mentalidade autoritária na sociedade, a larga difusão das idéias psicanalíticas nos domínios da educação e da sexualidade, os sentimentos de insegurança ideológica, econômico-social e educativa seriam responsáveis pela

modificação das neuroses, pois considera que menos proibições, menos culpabilidade e, portanto, mais insegurança gera indivíduos abandonados, depressivos ou desesperados.

Tanto Sztulman⁷⁴ como Weinstein⁷⁵ consideram que quando se unem elementos subjetivos psíquicos, sociais e, quem sabe, até mesmo biológicos, é de se pensar que haja mais chances de que uma patologia ocorra em determinada pessoa. É o caso do *borderline* na sociedade dita *pós-moderna*, que tornaria a histeria menos frequente, o que não impede que condições favoráveis a façam reaparecer.

Considerações finais

Do ponto de vista clínico, sabemos bem que constantemente nos confrontamos com casos que ultrapassam nossos esquemas teóricos. O rótulo *borderline* talvez seja uma tentativa de dar uma solução ao que alguns chamam “paciente difícil”. Difícil em vários níveis... Nesse sentido, já se disse que o paciente limite (*borderline*) é o limite da análise, limite do analista, do terapeuta, limite inclusive da psicopatologia psicanalítica. Mas, mesmo como solução, a idéia de estados e organizações-limite é difícil de aceitar e, sobretudo, difícil de diagnosticar – vejamos que muitas de suas características extremas, próximas à psicose, um autor como Bouvet⁷⁶ vai também encontrar na neurose obsessiva.

No entanto, a discussão sobre o paciente “histeróide” (Easser e Lesser⁷⁷) e, depois, *borderline*, é testemunha de experiências clínicas que estão justamente na borda da técnica e, talvez, das possibilidades nosográficas que a psicanálise dita clássica nos legou. Digamos que é uma zona escura, talvez ainda sem nome ou com nomes provisórios (*borderline*, caráter narcísico, personalidade “como se”, paciente “histeróide” etc.) que nos esforçamos em sistematizar. A nosso ver, a sistematização feita pelos autores aqui citados acrescenta algo e parece tocar de algum modo a experiência a que nos referimos. No entanto, como se viu, o

que um autor diz, por vezes, serve para falar seja da histérica e, talvez, até do obsessivo no dizer de outro autor. Mas o que esses autores todos estão nos falando é de uma experiência muito mais extrema (regressiva), quando se compara com a experiência que temos com o neurótico, tanto na transferência como na contratransferência; de experiências (muitas vezes, de violência) de elementos muito mais atuados que simbolizados e, sobretudo, da imersão do analista em um mundo de vivências inesperadas e angústias difíceis de nomear e que o levam a duvidar de seu instrumental. É desse modo que Kernberg (et al.)⁷⁸, em texto de 1991, propõe, enfim, que não se deva fazer análise com o paciente que ele nomeia *borderline*. Sugere, então, um detalhado método de psicoterapia – de base analítica, mas não interpretativa – para esse tipo de paciente.

De mais claro e resumido, o que queremos dizer é que talvez os rótulos que se dão a esses pacientes não sejam muito bons e a explicação dinâmica tenha algo de frágil, provisório e polêmico. Mas o que talvez não se possa negar é que indicam uma experiência realmente vivida pelos analistas e pela psicanálise. Isso significa que não basta dizer que o paciente dito *borderline* não exista e que se deva remanejá-lo para a estrutura psicótica (como fazem os lacanianos). Essa experiência tem de *estar-aí*, isto é, ser respeitada, desvelada e sistematizada quantas vezes for necessário, e com quantas contradições for preciso, pois ela fala da nossa clínica.

Finalmente, cabe dizer que esse agravamento dos diagnósticos na atualidade não é apenas algo que tem por raiz um fenômeno de sociedade, mas

72 K. B. Weinstein, *op. cit.*

73 H. Sztulman, "Le point de vue d'un psychanalyste", p. 33-44.

74 H. Sztulman, *op. cit.*

75 K. B. Weinstein, *op. cit.*

76 M. Bouvet (1953), "O ego na neurose obsessiva. Relação de objeto e mecanismos de defesa".

77 B. Easser e S. Lesser, *op. cit.*

78 O. Kernberg et al., *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*.

79 S. Bleichmar, "Novas patologias há um século de fundação da psicanálise?", p. 91-2.

80 W. Meissner, *op. cit.*, 1981.

81 W. Meissner, *op. cit.*, 1984

o conhecimento vai tomando rumos que os seus autores não podem de maneira nenhuma prever.

O mesmo ocorre com a sociedade e as patologias

é também um elemento interno da psicanálise. Ou seja, não foi só o paciente que mudou; também o discurso analítico o fez. Isso é o que fica relativamente claro no refazer dos diagnósticos de Freud, na maioria das vezes agravando-os. Acerca disso, Sílvia Bleichmar, por exemplo, escreve: "não são muitos os analistas atuais que considerariam Anna O. ou Emmy Von N. como portadoras de neuroses históricas. *Borderline*, psicose histórica, são algumas das denominações de diagnóstico para entidades que, na época de Freud, enquadravam-se perfeitamente no terreno das neuroses"⁷⁹.

Vimos também que Meissner considera Emmy⁸⁰ e Dora⁸¹ pacientes *borderline*. Mudaram os diagnósticos, criaram-se linhas e mudaram os conceitos, transformou-se o paciente. Na verdade, o que há é toda uma mudança de mentalidade de tal maneira que, numa conjectura, se analistas de 70 anos atrás pudessem se reunir com analistas e terapeutas analíticos de hoje e de qualquer parte do mundo, talvez não pudessem se reconhecer mutuamente como analistas e talvez nem mesmo se entender... Mas é assim: o conhecimento vai tomando rumos que os seus autores não podem de maneira nenhuma prever. O mesmo ocorre com a sociedade e as patologias. Isso não quer dizer, contudo, que nós tenhamos que concordar com os alarmistas que querem nos convencer de que as sociedades pioram e rumam direto para loucura, num narcisismo sem peias. As sociedades mudam e irão mudar sempre. Muitos de nós irão resistir e isso, enfim, também faz parte do jogo.



Referências bibliográficas

- André J. (1999). L'objet unique. In André J. (org.). *Les états limites*. Paris: PUF.
- Adler H. (1997). Sexualisierte Übertragung als Abwehr von Scham und Selbverlust. *Zeitschrift fuer Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 12(4), Netherlands: Van Gorcum, p. 378-91.
- Amini F.; Baumbacher G. (1980-1) The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8, New York; London: Jason Aronson, p. 501-48.
- Bedani A. Breve história dos *fronteiriços* [on line] Disponível em <http://www.org2.com.br/histborders.htm>. [Consulta em junho de 2007].
- Bleichmar, S. (1996). Novas patologias há um século de fundação da psicanálise? In Slavutzky A. et al. (org.) *História, clínica e perspectivas nos cem anos da psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Britton R. (1999). Getting in on the act: the hysterical solution. *International Journal of Psycho Analysis*, 80(1), Grã-Bretanha, p. 1-14.
- Bollas C. (2000). *Hysteria*. Trad. M. Seinemann. São Paulo: Escuta.
- Bouvet M. (1953/2005). O ego na neurose obsessiva. Relação de objeto e mecanismos de defesa. In: Berlinck (org.), *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta.
- Corrêa Neto, P. (1996) *Psicanálise dos casos limítrofes: conceituação e tratamento na clínica de hoje*. Rio de Janeiro: NAU.
- 102 Easser B.; Lesser S. (1965). Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, USA, p. 390-405.
- Green A. (2002) Histeria e estados-limite: *quiasma*. Novas perspectivas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(2), São Paulo, p. 465-87.
- Kernberg O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 (3), USA, p. 641-85.
- Kernberg O. et. al. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kohon G. (1984). Reflections on Dora: the case of hysteria. *International Journal of Psychoanalysis*, 65(1), Grã-Bretanha, p. 73-84.
- Martínez V. C. V.; Mello Neto G. A. R. (2007). *Pathos histórico; depressão e teatralidade*. *Psychê*, 20, São Paulo, p. 79-98.
- Meissner W. (1981). Studies on hysteria – Frau Emmy von N. *Bulletin-of-the-Meminger-Clinic*, 45(1), USA, p. 1-19.
- Meissner W. W. (1984). Studies on hysteria: Dora. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 1(10), Grã-Bretanha e USA, p. 567-98.

- Mello Neto, G. A. R. (2008). *Histeria e psicanálise depois de Freud*. Campinas: Editora da Unicamp. [No prelo].
- Reichard S. (1956). A re-examination of 'Studies in Hysteria'. *Psychoanalytic Quarterly*, 25, USA, p. 155-77.
- Resnik S. (1992). 'NO' in hysteria. *British Journal of Psychotherapy*, 9(2), Grã-Bretanha, p. 188-206.
- Semmler K. (1977). Die Bedeutung der Sexualisierung in der Familiendynamik für die Entstehung der Borderline-Hysterie. *Dynamische Psychiatrie*, 10(4), Alemanha, p. 264-74.
- Szulman H. (1990). Le point de vue d'un psychanalyste. *Psychiatrie Française*. Numéro spécial, 1, França, p. 33-44.
- Weinstein K. B. (2002). Still crazy after all these years: an exploration of gender, borderline personality disorder and the vogueing of diagnostic action. *Dissertation Abstracts International* 62(11-B), USA, p. 5397.
- Zetzel E. (1968). The so called good hysteric. *International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3). Inglaterra, p. 256-60.
- Zissok S.; DeVaul R.; Gammon R. A. (1979). The hysterical façade. *American Journal of Psychoanalysis*, 39(2), EUA, p. 113-23.

Hysteria and borderline pathologies in the psychoanalytic discourse: fragile lines of demarcation

Abstract The authors present an analysis of the relationship between hysteria and borderline cases. They also discuss the possible disappearance of hysteria, or even its "evolutionary" aggravation, and contemporary proposals to substitute for it the clinical tableau known as borderline. The paper stresses those phases of treatment in which hysteria moves up to or draws away from borderline states, as well as the continuing relevance of this concept for psychoanalytic theory.

Keywords hysteria; borderline; psychoanalytic psychopathology; psychoanalytic theory; criteria for differential diagnosis.

Texto recebido: 09/2008

Aprovado: 02/2008