

A R T I G O S

Uma conferência *borderline*¹

André Green

Resumo

Em sua estadia em Brasília, no segundo semestre de 1976, o Dr. André Green, da Sociedade Psicanalítica de Paris, pronunciou uma conferência sobre o *borderline* no auditório da escola de Enfermagem do Distrito Federal, para um público de psiquiatras, psicólogos e psicanalistas. Baseou sua palestra em um artigo que havia concluído recentemente sobre o tema dos “estados limites” (*borderline*). O texto da conferência em inglês foi traduzido e adaptado para o português por Jansy Berndt de Souza Mello, com a autorização do conferencista.

Espero que eu possa colaborar na construção de novas fronteiras entre a antiga cidade de onde venho e esta cidade nova. Quando coloquei minha cadeira fora do palco, desloquei uma fronteira habitual, que era ali em cima e a rebaixei para o local onde agora me encontro. Mesmo assim, a fronteira entre vocês e eu ainda nos distancia, principalmente devido aos lugares vazios e à distribuição irregular das pessoas neste auditório. Pergunto-me qual seria o melhor modo para estabelecer um contato com estes grupinhos esparsos de pessoas. Um problema semelhante observamos nos casos *borderline*: tentamos entrar em contato com eles sem saber se nos estamos dirigindo a uma parte da personalidade que nos pode responder ou se falamos para partes vazias.

Nosso problema com os casos *borderline* é que, de fato, tal designação se refere apenas a descrições clínicas sem que haja um conceito subjacente que permita compreendermos melhor o que é um *borderline*. Na literatura encontramos descrições clínicas mais ou menos relevantes e os diferentes autores concordam, ainda mais ou menos, sobre estas descrições clínicas. É só isso que temos. Além do mais, se considerarmos a literatura escrita pelos psicanalistas, desde Freud até a época atual, mesmo quando estes autores concordam sobre os traços clínicos, as linhas de abordagem diferem bastante entre si. Encontramos três tipos de contribuições da Psicanálise: a freudiana, a kleiniana e a winnicottiana.

Minha principal dificuldade ao iniciar a redação do artigo que originou a presente conferência foi tentar clarificar os elementos polimorfos que são uma das principais características dos casos *borderline*. Quero dizer com isso que o polimorfismo é específico para tais casos. Consequentemente, tentei ir além de qualquer abordagem fenomenológica para extrair do delimitado como *borderline* algo como

1 Artigo publicado originalmente em 1977 na revista *Alter – Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, VII (1).

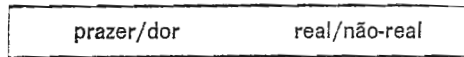
um conceito. Não vou incomodá-los agora com uma análise das principais contribuições da literatura psicanalítica, seja seguindo a diretriz freudiana (como em Otto Kernberg, New York ou Jean Bergeré, Paris) ou a dos trabalhos de Klein e Bion. Não vou também deter-me detalhadamente no enfoque de Winnicott, Marion Milner e Masud Kahn. Se lhes dou estes nomes é para ajudá-los a descobrir esses autores e a lerem seus artigos.

Em “Na perda da realidade das neuroses e as psicoses”, Freud (1924), propôs uma diferença entre as neuroses e as psicoses. Ele afirmou que nas neuroses não se desautoriza a realidade, apenas se a ignora, ao passo que nas psicoses esta realidade é desautorizada e tenta-se substituí-la. Disse ainda esse autor que nas psicoses a transformação da realidade é executada sobre os precipitados psíquicos das relações anteriores a ela existentes, isto é, sobre os traços de memória, ideias e julgamentos que tinham sido previamente derivados da realidade e através dos quais a realidade estava representada na mente. Essa citação nos mostra que não é suficiente considerar o problema da psicose em termos de fantasias, conteúdos (quaisquer que sejam seus elementos apavorantes), mas que devemos levar em conta o que Freud denomina de traços de memória, ideias e julgamentos que haviam sido previamente derivados da realidade e através dos quais a realidade poderia ser representada na mente. Em outras palavras, a repressão da realidade que ocorre na psicose (uma concepção em si difícil de ser entendida), não pode ser apenas considerada a partir da parte delirante da personalidade, em termos de fantasias e de conteúdos, mas daquilo que acontece com a representação da realidade na mente, nas ideias e julgamentos. Nesse mesmo artigo, Freud avalia, também, uma forma de se construir uma nova realidade na mente, comparando o delírio às fantasias do neurótico (mas nas neuroses a fantasia é algo que substitui algo análogo ao jogo das crianças). Nas neuroses há ligação a um pedaço da realidade que é substituído por aquelas partes das quais o neurótico quer defender-se por certo tipo de ação ou certo tipo de processo, classificado como simbólico por Freud. O mesmo não acontece com o psicótico, pois não se trata de simples ligação a uma parte da realidade externa que é trocada por alguma outra coisa. Aqui nos deparamos com o problema da perda de realidade e suas consequências para a estrutura psíquica no que tange às ideias e julgamentos.

Uma das características mais surpreendentes dos casos de *borderline* está no fato de que estes aparentemente funcionam segundo um sistema duplo, parece que eles têm um espécie de dupla inscrição das experiências: numa se levam em conta a realidade e o princípio da realidade, na outra não, é completamente delirante. Tanto uma como a outra se apresentam conjuntamente, uma não se aproveita da outra ou predomina sobre ela. Se o princípio da realidade fosse o predominante a parte delirante da personalidade seria apenas uma parte fantástica, ao passo que se a parte

delirante dominasse não estaríamos diante de um *borderline*, mas de um psicótico. Os dois sistemas coexistem e caminham lado a lado na personalidade do *borderline*.

Para expor meu principal ponto de vista agora, preciso referir-me a outro artigo de Freud, “Sobre a negação” (1925), porque ali surge a questão do limite (*border*). Neste artigo, Freud escreve que uma divisão primária é aquela entre o dentro e o fora – aquilo que a criança quer trazer para dentro de si, introjetar, incorporar, aquilo que é bom. Tudo que fica fora é identificado com o mau, com o que deve ser expelido e que é estranho a ela. Isto foi denominado por Freud, a partir de sua própria tradição filosófica, de “juízo de atribuição”. Após este primeiro estágio, o juízo de atribuição é seguido pelo “juízo de existência”. Freud inverteu a ordem dos dois eventos (na lógica tradicional o juízo de existência precede o de atribuição). No juízo de existência não se tem que decidir o que é bom ou mau, mas se existe ou não existe. Algo tem que ser qualificado pelo fato de existir ou não independentemente de suas qualidades como bom ou mau. Nesse primeiro sistema temos o que é prazeroso ou desprazeroso. Agora surge-nos outra distinção, entre aquilo que pertence à realidade externa ou à realidade psíquica, ou seja, a distinção entre o que é prazer e desprazer por um lado e o que é real de outro. Até o momento só havia uma divisão vertical do tipo apresentado no esquema a seguir:



Depois de estabelecido este limite, outro *border* entra em ação. É o limite da repressão. No limite da repressão, no nível do consciente, o que é desprazeroso no nível consciente corresponde ao que é prazeroso no nível inconsciente. Há assim uma inversão. O problema não está mais em dividir o que existe ou não existe, que já foi conseguido, mas o que pode ser aceitável pelo consciente e não pode ser aceitável pelo inconsciente, no nível da realidade psíquica. Como consequência, há uma inversão daquilo que é desprazeroso à consciência e que é prazeroso no nível do inconsciente.

1. bom prazer SIM	2. mau desprazer NÃO
3. Realidade psíquica desprazer (consciente) SIM/E/OU/NÃO	4. realidade externa REPRESSÃO SIM/NÃO
5. prazer (inconsciente) SIM	

No nível da realidade externa temos o uso do “sim” e do “não”. Portanto, se aqui (1) tudo é *sim*, ali (2) tudo é *não*. Aqui (3), para obedecer ao julgamento de existência, temos *sim/ou/não* no nível consciente, seja isto dentro ou fora, mas no inconsciente (5) temos apenas o *sim*, como se o inconsciente fosse o modo de descobrir o funcionamento primário onde apenas funcionasse o princípio do prazer/dor e onde o único problema seria o do julgamento de atribuição e não o julgamento de existência. O funcionamento primário que fora abandonado para obedecer-se ao princípio da realidade continua presente no inconsciente. Qual é o ponto central desta questão?

Um dos pontos básicos é que, seguindo esta distinção, encontramos dois tipos de objetos: o objeto fantasiado e o objeto externo (ou o objeto real). Claro, sabemos que através da projeção o objeto fantasiado pode invadir o objeto externo (real), mas nesse caso teríamos objetos internos fantasiados e objetos externos que estão separados pelo limite (*border*), um duplo limite, entre o dentro e o fora, o limite entre o consciente e o inconsciente.

Na história da psicanálise surgiram muitas discussões sobre o papel desempenhado por estes objetos internos fantasiados. Algumas pessoas acreditam, por exemplo, que a escola kleiniana coloca excessiva ênfase no papel desempenhado pelo objeto interno fantasiado em detrimento ao objeto externo, A escola kleiniana diz o contrário sobre as outras escolas, que estas enfatizam excessivamente os objetos externos ou reais sem dar a devida ênfase ao objeto interno fantasiado. Esta é uma discussão entre surdos-mudos.

Uma ideia nova, dentro desta teoria, foi apresentada por Winnicott com a descrição de determinado tipo de objeto. A importância deste *objeto transicional* é a de que não há dúvidas sobre ele, sua existência ou não-existência, se é real ou não-real. Diz Winnicott, a respeito do objeto transicional: “o objeto é e não é o seio”. Com isso ele descreveu um novo tipo de objeto com um *status* paradoxal, o qual existe e não existe sob o ângulo do julgamento de existência e que é uma mistura entre o sim e o não. Essa é uma questão que não é para ser resolvida. Esta manhã, quando vinha de São Paulo para cá, fiquei detido no aeroporto. Enquanto aguardava o avião, observei um bebê de vinte e quatro meses de idade que estava muito nervoso, gritando e chorando. A mãe, que estava presente, comportava-se de forma variada e estranha. Ela cuidava da criança, colocava-a no colo, mas permanecia distante e fria, talvez porque estivesse embarçada com a barulheira do bebê. Mesmo com a criança no colo, a mãe não se voltava para ela ou tentava dizer-lhe coisas, ela não abraçava o bebê nem conseguia acalmar a criança. Em determinado momento a criança pegou sua boneca, abraçou-a e parou de chorar. A criança estava mostrando à mãe o que esta deveria fazer para acalmá-la, se queria vê-la em silêncio. A única forma de consegui-lo foi pelo uso do *objeto transicional*: claro que a criança sabia que a boneca era

uma boneca, que não era uma criança de verdade. Mas a boneca era e não era uma criança de verdade. A boneca era ela, a criança, e ela era a mãe. Este é um exemplo daquilo sobre o que me estou referindo quando cito Winnicott, descrevendo um tipo de objeto que é sim e não ao mesmo tempo, que existe e não existe. E o que acontece com o paciente *borderline*? Com ele acontece exatamente o oposto.

Para o paciente *borderline*, o objeto não está nos termos de *sim*, ele não quer introjetá-lo; o objeto não está em termos de *não*, ele não quer rejeitá-lo (re-jetá-lo) ou seja, não projetá-lo, ele não afirma que o objeto não existe e ele não tem certeza se o objeto existe. Ele também não diz que o objeto existe e não existe. Sua resposta não é *sim e/ou não*. Sua resposta é *nem sim nem não* (*neither yes nor no*). Através do objeto transicional a criança tem a possibilidade de compensar a frustração de ter que decidir se algo existe ou não, criando um terceiro tipo de objeto que é *sim e não*. Só que o *borderline* não quer tal forma de compensação. No primeiro caso vimos uma recusa positiva de escolher, no caso do *borderline* há uma recusa negativa de escolher. Segundo meu ponto de vista, esta é uma explicação para a dupla escala ou duplo sistema de inscrição que mencionei anteriormente. É por isso que a situação do paciente *borderline* é tão difícil, porque nunca se sabe ao analisar tal tipo de paciente (dando um bom número de interpretações e trabalhando tanto ao ponto de considerar que se conseguiu um progresso razoável), quando de repente surgirá a impressão no analista de que o trabalho está sem nenhum fundamento e que todos os ganhos e progressos nos quais confiava parecerão terem sido desmanchados muito rapidamente. Entretanto, por outro lado, quando o analista acredita que o paciente vai passar por uma fase difícil, com uma verdadeira regressão psicótica, surpreende-se ao notar que o paciente conseguiu recuperar-se também rapidamente. Qualquer avaliação sobre a evolução do trabalho com *borderline* é muito difícil.

Indo um pouco além deste ponto, já que não nos sobra tempo suficiente para nos determos mais neste assunto, gostaria de propor-lhes dois diferentes parâmetros que nos poderão ajudar a construir um conceito sobre o *borderline*. Antes de entrar nisto, precisamos pensar sobre o que, exatamente, é um *border* (limite, linha de demarcação, fronteira).

Border, fronteira, limite – não é uma palavra muito complicada. No dicionário encontra-se, por exemplo: “linha de demarcação”. Por outro lado, no Dicionário Oxford aparece algo diferente, uma das definições de *borderline* é a de alguém à beira da insanidade.

Sabemos pela experiência que a linha entre a normalidade e a insanidade e a linha entre a neurose e a psicose não é uma linha, mas uma terra-de-ninguém. De que forma o conceito de fronteira (*border*) nos pode ajudar? Pensando sobre fronteira pode-se notar, segundo o pensamento moderno, que há diferentes tipos de fronteiras. Há uma fronteira exatamente em termos de sim e não, como, por exemplo, na

membrana osmótica. Há também a intersecção de dois conjuntos, ou o que é chamado em matemática de *ensemble aux bordes*. É possível haver estranhas fronteiras, como aquela vista no encontro de duas nuvens, pois só quando ambas se separam é que se podem ver os limites de cada uma e que elas se tinham superposto.

Agora, *ter* uma fronteira é uma coisa, *ser* uma fronteira é outra coisa bastante diferente. O *borderline*, todos sabemos, tem limites flutuantes em sua mente. A questão é que não sabemos o que é uma fronteira na mente. Conhecemos as fronteiras de nosso corpo, os limites de nossa visão e audição, e sabemos que o envelope de nosso corpo é outro tipo de fronteira. Mas o que pode ser uma fronteira na mente? Não há resposta para isto. Por outro lado, temos que construir fronteiras hipotéticas para a atividade psíquica. Para isto podemos usar de nossa experiência com os pacientes, segundo o modelo de uma situação psicanalítica, porque na situação clínica de análise (sobre a qual ainda não se elaborou o suficiente), impomos fronteiras ao paciente, primeiramente, no *setting* ou enquadre analítico; em segundo lugar o divã; em terceiro lugar o ambiente, que é perceptualmente mais ou menos constante, pois retiramos objetos da visão do paciente. Há uma fronteira entre o analista e o paciente e através dela tenta-se comunicação com o paciente, para além desta fronteira. Também fazemos uma restrição da atividade motora do paciente: ele pode mover-se no divã mas, a não ser que seja um paciente muito psicotizado, restringe sua movimentação ao divã. Observamos durante a transferência e a evolução da transferência um relacionamento com este tipo de paciente, onde emergem não apenas os desejos, instintos e derivativos particulares dele, como também o funcionamento mental. Isto é da maior importância se lembrarmos da citação de Freud a respeito das ideias e julgamentos que foram derivados de sua relação com a realidade e as quais, através de cada paciente na situação analítica, aparecem sob novos ângulos, já que a visão da realidade deles está restrita à sala do consultório.

Pretendo agora tentar definir-lhes alguns dos limites, fronteiras, da atividade psíquica e que constituem as fronteiras do psíquico. Definirei, em primeiro lugar, dois parâmetros, que são de natureza não-psíquica. Estes dois parâmetros são: a *exclusão para dentro da esfera somática* e a *expulsão através da ação*. Esses dois parâmetros nos lembram algo familiar: quando me refiro à exclusão para dentro da esfera somática preciso lembrar-me de que a psicanálise teve seu início com a histeria de conversão e que existe uma diferença considerável entre a histeria de conversão, um sintoma conversivo, e aquilo que chamo de exclusão para dentro da esfera somática. Quando se analisa um sintoma conversivo, pode-se compreender como a atividade simbólica de natureza psíquica pode ser transportada para dentro da esfera somática de forma simbólica. Quando se tem um sintoma psicossomático verdadeiro ele não é de natureza simbólica, mas é uma eliminação e uma evacuação do simbolismo. Não diria que o sintoma psicossomático é verdadeiramente sem sentido, mas diria

que o valor simbólico deste sintoma para a atividade psíquica está no nível mínimo. Há uma transformação extraordinária da libido, que é uma linguagem do corpo em termos de desejos, de “eu quero isto e recuso aquilo”, mas com os sintomas psicossomáticos o sentido foi expulso para fora. Mesmo se o analista encontra um significado, para o paciente não existe nenhum. Isto quer dizer que se há um sentido, um significado, o sintoma não tem nenhum valor funcional para a atividade psíquica do paciente. Passemos agora para a outra fronteira: *expulsão através ação*. Aqui também podemos lembrar-nos de que no começo da psicanálise, Freud descreveu as parapraxias e que estas eram chamadas de “atos sintomáticos”, já que tais atos, antes considerados como sem significado, foram demonstrados por Freud como tendo um sentido oculto. Sentido disfarçado e inconsciente. No tipo de conduta que aqui descrevo, e que ordinariamente chamamos de atuação (*acting-out*) encontramos o mesmo problema como aquele sobre o qual vínhamos falando como sendo *exclusão para o somático*. O paciente precipita-se ao *acting-out* como se ele antecipasse um perigo. O paradoxo reside no fato de que, para evitar o perigo, o paciente acaba colocando-se numa situação das mais perigosas. Aqui, novamente, a atuação pode vir a ter um sentido, mais para o analista. Para o paciente é uma simples descarga, uma evacuação de alguma coisa para poupar-se o trabalho de elaboração. Como nos dois casos anteriores, o paciente cega-se aos dois fins do instinto (a fonte e a meta). Nos dois casos, portanto, o conhecimento do trabalho mental provém de uma fonte somática, o desejo. A transformação do desejo em uma ação com um objetivo específico com um objeto específico inexistente; em qualquer dos dois casos o processo que se deriva de uma fonte somática é transformado em desejo com certo objetivo e o objeto fica decapitado. Resta apenas algo relativo a um processo que vai além da repressão (para o corpo ou para o mundo externo). Algumas vezes encontramos o uso de um destes recursos, de outra vez o uso de ambos, tudo para evitar o funcionamento mental. Estes são os dois limites da atividade mental – corpo e ação – que denomino de “parâmetros não psíquicos”. Agora pretendo considerar o que está contido dentro destes dois limites. Definirei dois outros parâmetros que são, para mim, mecanismos básicos que buscam explicar o tipo de funcionamento mental relacionado ao tema considerado hoje. O primeiro é a *cisão* ou *splitting*, porque o *splitting* é uma ação básica que visa introduzir um mínimo de ordem em um universo caótico, numa experiência caótica. Qualquer tipo de limite introduz um começo de sentido em uma situação. Isto que descrevi no quadro negro (o que está reproduzido no esquema apresentado no início deste artigo) é uma forma de limite entre o que está dentro e o que está fora; bom e mau; sim e não; mundo externo e interno. O excluído tende a reaparecer na estrutura que conseguiu excluir a outra. Por exemplo, nesta primeira divisão entre bom e mau, prazeroso e desprazeroso, o desprazer que estava no primeiro modo de funcionamento volta a aparecer e surge nova divisão entre o que é

mental e o que é real. Esse é o princípio geral de funcionamento se há o desejo de se sair do caos. Em primeiro lugar propõe-se um limite qualquer: seja ele, vocês, eu ou qualquer outro tipo de limite. Mas no segundo caso, se coloquei vocês como exteriores a mim, tenho que tomá-los para dentro de mim novamente, se desejo manter-me em contato com vocês. Não posso começar a citar poemas, por exemplo, pois todos me considerariam um louco. Tenho que seguir uma ordem, porque acredito que vocês me estejam acompanhando no que lhes exponho. Entretanto, com o paciente *borderline* os elementos cindidos, *splitados*, que retornam na atividade mental são considerados, antes de tudo, como perigosos, o que já conhecemos pela psicopatologia. A questão principal é que a cisão é radical e o paciente não vê nenhuma conexão entre os eventos. Na verdade, todas as outras defesas descritas pela escola kleiniana (identificação projetiva, projeção, onipotência, negação etc) são uma consequência da cisão. Assim é que para mim, *splitting*, a cisão é o mecanismo básico que nos dá uma notícia sobre este tipo de personalidade que nos impressiona como sendo uma espécie de arquipélago, uma conjunção de núcleos sem ligação entre si. Mas há uma diferença entre um arquipélago e o que aqui descrevo. No arquipélago as coisas importantes são as linhas, no caso aqui estudado seria o mar. Não o mar, mas a questão do vazio entre os núcleos.

Passarei a descrever agora o segundo parâmetro de natureza psíquica. Depois de ter descrito a *cisão*, *splitting*, passarei ao segundo, que é mais difícil de compreender. Chamo-o de *depressão*. O termo depressão, como o emprego, não tem nenhuma relação com o estado afetivo de depressão. O uso que faço é o do vocabulário da meteorologia: o tipo de depressão experimentada quando, por exemplo, se está no avião e há uma queda de vácuo. O que se dá na mente do paciente com este tipo de depressão é o que chamo de *decatexia radical*, ou seja, um des-investimento, como se uma bomba de sucção criasse um vácuo imediato e artificial. Na *repressão* algo é mantido para baixo, afastado, e isto serve para proteger o que está sendo reprimido (além de que o que está sob a atividade da repressão continua submetido ao trabalho mental e a transformações, como, por exemplo, dando origem a um sonho). Aqui, refiro-me aos *estados de vazio*. Acredito que estes pacientes experimentem tal tipo de característica observável na clínica. Algumas vezes o psiquiatra, psicólogo ou psicanalista ficam muito impressionados com a parte perturbada do paciente (diria, a parte agitada e confusa dele) mas é fácil tentar olhar o que está sob esta atividade do paciente, aquilo que em psicanálise se escreve como “briga com o mau objeto”, agressão etc. Dentro de meu ponto de vista esses mecanismos são secundários, são as derradeiras tentativas do paciente para se manter em contato com seu mundo mental (apesar de terrificante) como se uma relação com um mau objeto fosse melhor do que nenhuma relação ou uma relação com objetos mortos. Se ouvirmos atentamente a este tipo de pacientes, ouviremos queixas sobre estes estados de vazio e vácuo.

Algumas vezes aparecem de forma mínima, como quando dizem que não conseguem concentrar-se nos estudos, ou pensar, ou não conseguem representar coisas vividamente. É quase como se tivessem um buraco na cabeça. Estes são os menores traços que encontramos, o que seria o equivalente de uma alucinação negativa afetiva do *self*, um sentimento de inexistência, uma sensação de que o mundo não tem colorido. O elemento importante está na relação entre a depressão verdadeira (no sentido normal), pois tais pacientes temem a depressão normal como se ao estarem deprimidos, recolhidos neste tipo primário de depressão, uma ameaça a eles surgisse, porque se não há sofrimento não há sensação de estar vivo.

Terminarei agora com os quatro parâmetros: os não psíquicos (exclusão para o somático e exclusão através da ação) e os parâmetros mentais (*splitting* e depressão). O *borderline* não pode escolher o que é o que, falso ou verdadeiro, existente ou não-existente e sua resposta é *nem sim nem não*. Estes pacientes se caracterizam não apenas pelo fato de serem psicóticos em potencial (ou seja, mais doentes que os neuróticos). Também se caracterizam pela sua incapacidade de ficarem psicóticos e algumas vezes chegamos a desejar que ficassem verdadeiramente psicóticos porque nesse caso poderíamos chegar até o mundo psicótico e eliminar esta situação de *nem sim e nem não*. Estas pessoas, que nos parecem não estar verdadeiramente vivas, parecem-se bastante com as pessoas normais, desempenham suas funções muito eficientemente, têm família, vão a coquetéis, trabalham em seu emprego, tudo isso no nível do sistema onde acolhem a realidade. Já no divã emergem novos dados. Surge a “loucura particular”. Se a psicanálise se iniciou com a noção do teatro particular do histórico, agora precisa lidar com estes pacientes submetidos à sua loucura particular.

Tentei, como puderam ver, ir além da fenomenologia, de fornecer um catálogo de sintomas ou uma interpretação dos conteúdos da atividade da fantasia. Tentei propor-lhes uma estrutura que possa ajudar a compreender o *borderline*, um modelo conceitual sobre a melhor forma de compreendê-los em sua relação conosco.

Borderline – una conferencia

En su estadía en Brasília, en el segundo semestre de 1976, el Dr. André Green, de la Sociedad Psicoanalítica de Paris, pronunció una conferencia sobre el *borderline* en el auditorio de la Escuela de Enfermeros del Distrito Federal, para un público de psiquiatras, psicólogos e psicoanalistas. Baso su palestra en artículo que había recientemente concluido sobre el tema de los “estados límites” (*borderline*). El texto de la conferencia en inglés fue traducido y adaptado para el portugués por Jansy Berndt de Souza Mello, con la autorización del conferencista.

Borderline – a conference

Abstract: During his visit to Brasília in the second semester of 1976 Dr. André Green, Director of the Institute of Psychoanalysis of the Paris Psychoanalytical Society held a conference about the *borderline*, at the Escola de Enfermagem do Distrito Federal, for a public of psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. His conference was based on an article that was recently completed on the theme *borderline*. The present text was translated from the English by Jansy Berndt de Souza Mello with the permission of the lecturer Dr. Green, although the text in Portuguese was not revised by him.