

# História da psicanálise

# Histeria e *borderline*

## Mo(vi)mentos da clínica psicanalítica

Eunice Nishikawa,<sup>1</sup> São Paulo

Maria Luiza Fiore,<sup>2</sup> São Paulo

Orlando Hardt,<sup>1</sup> São Paulo

**Resumo:** Os autores traçam um recorte da clínica psicanalítica em dois momentos históricos paradigmáticos, considerando, inicialmente, a viagem de Freud a Paris em 1885, seu primeiro contato com as histéricas. Usando como metáfora o quiasma  $\chi$  para tratar das transformações que se deram desde a fundação da psicanálise, os autores localizam no ponto central desta figura o ano de 1953, a nova capital cultural, Nova York, e o surgimento do quadro *borderline*. Casos clínicos são trazidos para ilustrar o tema.

**Palavras-chave:** histeria, *borderline*, regressão, intersubjetividade, simbolização

### Da histeria...

Em *Le déjeuner sur l'herbe* (almoço na relva), quadro de Manet, a sensual e provocadora posição da modelo nua perante dois homens completamente vestidos, provocou escândalo na sociedade conservadora, quando de sua exibição no *Salon des Refusés* (Salão dos Recusados), em 1863. Nesse Salão foram expostos os quadros recusados do Salão oficial,<sup>3</sup> marco do surgimento da pintura moderna. Encontramos a referência a esse quadro de Manet no artigo de Parsons em que o autor traça o paralelo entre a reação ao quadro e a publicação por Freud dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), mencionando ambos: neles “algo familiar foi subvertido” (Parsons, 2002, p. 30). O nu feminino não era estranho, desde que tratado entre alegorias ou temas mitológicos. Mas, nesse quadro, os personagens são pessoas reais, que se tornam, graças à representação, mais próximas do espectador. A psicanálise surge trazendo à tona aquilo que também tinha sido recusado, provocando escândalo ao pôr no centro dos transtornos mentais o tema da sexualidade, a qual está na base da constituição do humano.

O quadro de Manet remete-nos a outra pintura, *La leçon de Charcot* (A lição de Charcot), de Brouillet, exposta em 1887, em Paris. Nesta, a paciente desfalecida é apoiada pelo médico assistente, enquanto Charcot, ao lado,

1 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, SBPSP.

2 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, SBPSP.

3 Sede dos trabalhos dos artistas membros da Real Academia Francesa de Pintura e Escultura.

discorre sobre a sintomatologia histérica, que ele diferenciou de outros quadros neurológicos. A mulher encontra-se com o torso nu, imagem sensual, enquanto os médicos, todos vestidos, assistem à famosa aula, também frequentada por Freud durante a sua estada em Paris em 1885.

A hipótese dos autores deste texto é que a psicanálise tenha sido concebida por Freud no espaço parisiense, forjada pelo *Zeitgeist*<sup>4</sup> de uma cidade fervilhante no final do século XIX, uma metrópole aberta para todas as inovações e, segundo Benjamin (2007), em cujo seio vieram abrigar-se as correntes revolucionárias da arte e do espírito, tendo sido considerada “a capital do século XIX”.

Na história da medicina, Charcot diferenciou a histeria da epilepsia e lhe aferiu identidade visual. Transformou *La Salpêtrière* em um centro de referência clínico e de ensino da histeria; criou um arquivo fotográfico, para eficaz registro médico, e, assim, concretizou seu projeto científico.

Segundo Didi-Huberman (2015), Charcot fotografava as pacientes histéricas com recursos cênicos: montava um quarto adequado, pintado de negro, com luzes especiais e gravuras assustadoras, que induziam as pacientes a manifestar crises. Assim obtinha registro dos gestos e a teatralização tanto dos sentimentos quanto da experiência clínica. Charcot surgiu nesse cenário criando uma imagem eloquente do conceito nosológico. A fotografia testemunhava o espetáculo da enfermidade: convulsões, espasmos, sonambulismo, contrações, letargias, delírios, síncope e outros ataques. “O que torna as primeiras fotografias tão incomparáveis talvez seja isso: elas representam a primeira imagem do encontro entre máquina e homem” (Benjamin, 2007, p. 720). Só depois que um determinado objeto de saber se constitui é que se pode produzir a formação de um conceito. Nesse sentido, pensar a história da emergência da imagem da histeria significa ver a história de sua definição, ou seja, uma maneira de produzir conhecimento e o comunicar dentro do método de códigos visuais em um momento histórico.

O estudo dos sintomas histéricos por Charcot demandou que o corpo do paciente viesse ocupar o lugar de agente do discurso. De um lado, o conhecimento está com o médico, de outro, a verdade está com o paciente, numa relação de sedução em que o histérico põe seu corpo em cena para que o olhar do médico produza conhecimento. Posteriormente, Freud considera que a histérica busca escapar continuamente, sendo sustentada pela fantasia como sintoma neurótico, em que o sujeito é o objeto do prazer sexual do outro, num cenário em que ela mesma é excluída do prazer, como podemos identificar, nos primórdios da psicanálise, em “Estudos sobre a histeria” (Freud, 1893-1895/1974).

Durante muito tempo, a histeria representou-se como incógnita para a medicina. A dificuldade decorria da impossibilidade objetiva de obter uma causa para ela. Seria um transtorno das sensações, do humor, um mal próprio do feminino, tendo algum vínculo com o período menstrual? Teriam esses aparatos

4 *Zeitgeist* ou espírito da época, espírito do tempo ou sinal dos tempos.

visuais de Charcot inventado a histeria, ou as histéricas o teriam induzido a criar todo um arsenal de encenação e registro visual? (Didi-Huberman, 2015).

Ao retornar de Paris, entusiasmado com o que tinha visto e apreendido em Salpêtrière, Freud apresentou um relatório perante o Colégio de Professores da Faculdade de Medicina de Viena e foi recebido com incredulidade e hostilidade (Roudinesco, 2016).

Nesse relatório, aparece o grande fascínio que Charcot exercera sobre Freud (1956[1886]/1977), o que pensaríamos hoje como uma relação transferencial que teve influência sobre seu desenvolvimento clínico psicanalítico. Destacou a liberdade de expressão de Charcot e a informalidade com que ele tratava seus discípulos e salientou que ele “nunca se cansava de observar o mesmo fenômeno, até que os seus esforços repetidos e despreconceituosos lhe permitiam chegar a uma visão correta de seu significado” (p. 41). Será de Charcot a frase que Freud irá repetir durante toda a vida “*La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister*”<sup>5</sup> (Freud, 1893/1976, p. 23).

A delimitação nosológica do quadro de histeria abriu espaço para superar a visão preconceituosa que vinculava a histeria ao aparelho genital feminino e apontou para um quadro multiforme que continha uma ordem própria e definida (Freud, 1977/1956[1886]/1977).

Freud retornará a Paris em 1889, e estará interessado na hipnose como método de tratamento das histéricas. Conhece Ambroise Liébault e Hippolyte Bernheim, destaques da Escola de Nancy. Freud traduzira um livro de Bernheim, *Sobre a sugestão e suas aplicações terapêuticas*, em que este autor considerava a hipnose como decorrente da sugestão, o que “comprovava o caráter “psicológico” e “relacional” dessas afecções nervosas” (Roudinesco, 1989, pp. 48-49). Isto estava em oposição a Charcot, que considerava a hipnose como um sintoma histórico, “uma condição mórbida artificialmente induzida” (Gay, 1989, p. 63).

Segundo Roudinesco (1989), Freud depois dessa segunda viagem tira proveito de ambos os autores: Charcot lhe abriu o caminho para uma nova conceituação da doença nervosa e Bernheim mostrou o princípio do tratamento psicológico. Freud após Paris e suas pacientes histéricas vienenses “serão os protagonistas da construção de uma clínica da escuta: uma clínica da interioridade, e não mais da exterioridade” (Roudinesco, 2016, p. 81). A hipnose será substituída pela associação livre.

Com as histéricas assistimos ao nascimento da psicanálise e ao desenvolvimento de seu arcabouço teórico: a formulação de um aparelho psíquico, regido não mais pela consciência, mas sim pelo inconsciente, formado por meio de uma ação psíquica, o recalçamento, mecanismo de defesa básico da histeria. Concomitantemente teremos a teoria do sonho, o desvelamento da sexualidade infantil, que vai causar escândalo no início do século xx.

5 “Teoria é bom; mas não impede as coisas de existirem.”

*...ao borderline*

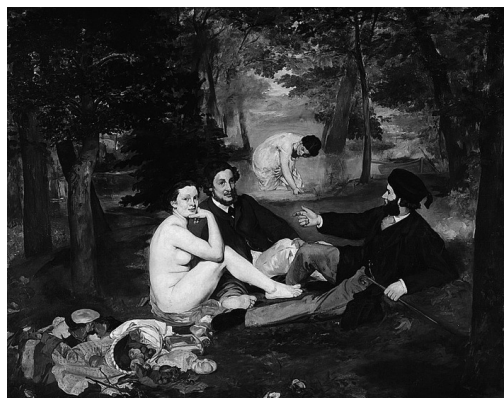
Após duas grandes guerras mundiais, o *Zeitgeist* é outro. Nesse período, há um deslocamento espacial dos acontecimentos artísticos e científicos, Nova York torna-se a capital cultural do século xx (Hobsbawm, 1995), e os EUA abrigarão toda uma massa de imigrantes, refugiados da guerra.

Em 1949, De Kooning faz sua exposição na galeria Charles Egan, um espaço improvisado, malcuidado, mas que reunia os pintores nas tardes de inverno. Segundo Perl,

De Kooning mostrou dez quadros, a maioria em preto e branco, em que figuras despedaçadas, fraturadas, abstratas, sugeriam uma escavação arqueológica na pré-história da arte moderna, uma escavação da qual o artista emergiu com uma coleção de fragmentos primorosamente construídos. (Perl, 2008, p. 50)

Essa exposição é lembrada como uma reencenação da vida boêmia à moda parisiense do final do século XIX, algo similar aos acontecimentos em Paris em relação ao surgimento da pintura moderna no Salão dos Recusados.

De Kooning em 1952-1953 lançou uma série de pinturas sobre mulheres, intitulada “Women”, que consideramos como o correspondente ao quadro de Manet, *Almoço na relva*, e *A lição de Charcot*, de Brouillet. Mas no quadro de De Kooning a mulher é construída de forma fragmentada, fraturada. Estranhas mulheres com toque demoníaco. É uma obra de transformações e contrastes vigorosos de composição perfeita, num equilíbrio apurado entre a tensão e a liberdade.



Le Dejeuner sur l'Herbe  
(Edouard Manet, 1863)



Woman V  
(Willen de Kooning, 1953)



Lección clínica en la Salpêtrière  
(Pierre Andre Brouillet, 1887)

Também em 1953, nos EUA temos a *action painting*, que passa a representar uma realidade que não seria objetiva, nem subjetiva, em que a ação descarrega a tensão acumulada no artista. Os artistas nova-iorquinos não usam a pintura para a expressão de conceitos, desafogam cóleras contra o social. Seu maior representante é Pollock, que, segundo Argan, não foi um contemplativo, mas um ativista de sinal contrário. Esse pintor tratará a tinta automotiva, resgando-a, e coagulando em filetes como sangue que escorre... nódoas e manchas que salpicam e brilham (Argan, 1992, p. 622).



Convergence  
(Jackson Pollock, 1952)

“Minha pintura não vem do cavalete”, disse Pollock. “No chão eu me sinto mais à vontade. Eu me sinto mais perto, como uma parte do quadro, pois assim posso andar em volta dele, trabalhar pelos quatro lados e ficar literalmente *dentro* do quadro” (Gay, 2009, p. 447).

Diante de uma tela de Pollock o espectador não terá uma chave para a leitura ou algo a decifrar, nada pode ser retirado dali, ou utilizado pela ordem social, assim como coisa alguma da ordem social passaria para a pintura...

É dentro desse cenário que Green se pergunta se a clínica dos pacientes *borderline* não desempenharia um papel equivalente à dos histéricos no momento em que Freud por eles se interessou. O autor lembra que 1953 foi para ele ano importante: iniciou o seu treinamento psiquiátrico, deu-se a introdução dos psicotrópicos e foi quando ocorreu a cisão na Sociedade Psicanalítica de Paris, a saída de Jacques Lacan, e outros (Green, 1988, p. 11).

Podemos considerar essa data como marco na relação entre a psiquiatria e a psicanálise: foi o início da introdução da medicação psicotrópica, e

a clorpromazina foi a primeira medicação a ser considerada como eficaz no tratamento dos processos psicóticos e de ansiedade (Goodman & Gilman, 2003, p. 366). Nesse mesmo ano o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-I) é editado pela Associação Psiquiátrica Americana. É um manual que difere da tradição europeia, opondo-se tanto à noção de processo (Jaspers) na grande síntese da psiquiatria alemã de Kraepelin, quanto à noção de constituição da psiquiatria francesa, mas ainda se baseia na noção psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose. (Dunker & Kyrellos, 2011).

Os termos “*borderline*”, “casos-limite”, “fronteiriço” têm sua origem de maneira insidiosa no século xx, sendo considerados nessa categoria casos intermediários entre a neurose e a psicose. A origem do termo nasce de dentro do movimento psicanalítico. O primeiro autor a usar o termo “*borderline*” foi Stern, em 1938 (Dalgalarrodo & Vilela, 1999, p. 56). Esse autor, psicanalista americano, observou o número crescente de pacientes com características que ele denominou “neurose *borderline*”. Eles apresentavam grau de insegurança e imaturidade mais intenso na transferência que o paciente neurótico e demandavam período longo de preparação para uma análise tradicional. Os aspectos regressivos adquiriam importância fundamental no manejo da transferência, junto com a reação terapêutica negativa em momentos de desenvolvimento (Stern, 1938).

Apenas em 1953 com o trabalho de Knight, “Estados *borderline*”, o termo ganha importância no meio psiquiátrico e psicanalítico. Esse autor considerava mais importante que o diagnóstico a compreensão psicodinâmica desses pacientes, principalmente em relação à estruturação do ego. A terapia seria conduzida com o propósito de melhorar, fortalecer as funções adaptativas e defensivas do ego.

O curioso é que dentro das várias classificações americanas das doenças mentais (DSM) que ocorreram nas últimas décadas, o diagnóstico de histeria praticamente desapareceu e o de *borderline* deixa de ser uma categoria intermediária entre a neurose e a psicose para ser considerado um distúrbio de personalidade.

No DSM-V, de 2015, tanto a histeria como o *borderline* são classificados dentro da seção II de Transtornos de Personalidade, constituindo o grupo B, de Indivíduos Dramáticos, Emotivos ou Erráticos, que inclui Transtornos da Personalidade Antissocial; e *Borderline*; histriônica e narcisista.

Na história da psicanálise, concordamos com A. Green (1988, p. 66) quando considera o caso de Freud *O Homem dos Lobos* como um fronteiriço. Este é tido como o mais elaborado e importante dos seus casos clínicos (Strachey, 1918[1914]/1976, p. 13).

Seria esse o pano de fundo de toda a transformação que estaria por vir.



## Clínica

Tanto histeria como casos *borderline* estão presentes na clínica atual. Trazemos dois exemplos para ilustrar esse tema.

### *Uma moça Arlequim*

Jussara procurou análise após um tratamento psicoterápico marcado por muitas atuações: penetrara na vida privada da terapeuta, paralisando o trabalho, que acabou sendo interrompido. No período inicial da análise, o analista apenas ordena as experiências sensoriais, como dores, desconfortos, doenças ou reclamações, e suas longas descrições de sintomas. Aos poucos vai se delimitando o que ela chamava de “crises”.

As “crises” eram os vários sintomas que se alternavam, desde o início da adolescência, quando começara a ficar confusa.

*As crises? Primeiramente os olhos ficam inchados, fixos, esbugalhados. A pupila dilata, a boca fica seca e torta. Perco o controle das pernas, e dói o peito. A cabeça, parece enxaqueca... Algumas vezes várias partes do corpo ficam doloridas, outras vezes rezo fervorosamente. Depois eu choro... durmo. Imagino que qualquer desses sintomas pode vir a tornar-se um câncer, ou que sobreviria morte ou loucura, ... Isso é surto psicótico? ... Não consigo pensar em algo que aplaque esses pensamentos.*

Assim Jussara relatava suas crises. Toda sessão era um longo relato de queixas sobre seus órgãos e funções. Frequentava clínicas em que era conhecida pela assiduidade. Estava sempre descrevendo os exames dolorosos, sofisticados, tais como ressonâncias magnéticas, biópsias etc., aos quais se submetia. Pressentia “*surtar como um psicótico*” diante de qualquer ansiedade.

Jussara era obesa quando o analista a conheceu, nunca conseguiu seguir e obter resultados de uma dieta. No decorrer de inúmeros relatos de “crises” após um tempo de análise, mencionou que, certa noite, sonhara ser portadora de graves problemas na pele e já estava preocupada, sentindo sinais da doença e estudando sobre seu caso em manuais médicos. O analista pede-lhe o relato do sonho.

*Um médico me examinava numa sala como esta. Ele fazia várias biópsias em mim, delimitou campos com quatro lápis dermatográficos, cores diferentes em várias partes do meu corpo, meu corpo estava todo marcado. Depois anestesiou um triângulo riscado pelo lápis, perto das minhas coxas, cortou alguns retalhos com a forma de dois triângulos unidos pela base, eu via o retalho (mostra com as mãos, une os polegares e indicadores formando um losango...) com forma de boquinhas. Então acordei...*

As associações decorrentes relacionavam o exame de seus sintomas ao analista: era examinada numa sala similar ao consultório. E as biópsias seriam intervenções do analista tomadas por ela de forma concreta, na própria pele.

Quatro lápis... número das sessões e o colorido delas, talvez a intensidade das coisas passadas no consultório. O triângulo anestesiado próximo às coxas seria o púbis? Os demais retalhos teriam o formato aproximado de uma genitália feminina, ou boquinhos vorazes, como descrevera. Há uma inversão, não? A genitália está anestesiada, e os demais retalhos têm uma estranha vivacidade de boquinhos vorazes... Curioso sonho, não acha?

Analista: Seu sonho me fez pensar num corpo remendado de queixas e dores, representado pelos retalhos costurados. Você se refere a tantos sintomas pelo seu corpo, que imaginei como um mapa bizarro de emendas – os losangos do sonho. Em cada um deles, uma forma diferente de ser presente: seja uma dor, uma doença, uma queixa...

Jussara: *Tem razão, sinto-me uma pessoa toda remendada. Que pesadelo... (silêncio) Gozado, era pesadelo, mas agora entendo como sonho...*

Analista: Tem sentido?

Jussara: *Sim. Muito. Eu entendi, eu me remendo com a sexualidade, cada boquinha tenta grudar, como ventosas de um polvo... como uma esponja. Por afeto, por comida, adoção de mentirinha, não é? Confundindo amor com atenção, quero despertar dó em você.*

A imagem suscitada na mente do analista foi de um Arlequim, personagem teatral infernal com roupa composta por losangos de diversas cores, uma máscara preta e uma espada de madeira na cintura.

#### *Lilite: deusa e demônio*

Lilite, adolescente de 17 anos, encaminhada para o Ambulatório de Transtornos de Personalidade, Amborder, do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, que tem como proposta trabalhar dentro do modelo psicanalítico. A paciente já havia sido internada por várias tentativas de suicídio e passado por outras instituições psiquiátricas.

Lilite compareceu com cabelos pintados de cores fortes, tatuagens, *piercings*, alargadores, e o que tornava sua aparência mais agressiva eram as cicatrizes de cortes e queimaduras na pele. Os pais, de classe média, trabalhavam em área de tecnologia. Desde as internações da filha, que se cortava, ingeria medicamentos, eles se mobilizaram no sentido de retirar tudo o que fosse objeto cortante na casa; passaram a dormir com a paciente e designaram uma atendente para acompanhá-la durante o dia.

No Amborder, ela passou a ser acompanhada por uma psiquiatra e uma psicoterapeuta, que contavam com a retaguarda da equipe do ambulatório, do Pronto-Socorro e da enfermaria psiquiátrica do Hospital São Paulo. Vinculou-se de forma incipiente aos terapeutas, apresentou melhora relativa do quadro

impulsivo, mas, passados poucos meses, Lilite voltou a falar cada vez mais sobre suas ideias suicidas e logo após uma sessão de psicoterapia, enquanto aguardava o atendimento psiquiátrico, subitamente tentou quebrar os vidros da janela. Foi contida fisicamente e levada para o Pronto-Socorro (PS).

O médico que a atendera no PS a descreve: “O que mais me impressionou quando tive contato com a paciente é que ela estava toda encolhida, em posição fetal, e, quando tentei que olhasse para mim, o seu olhar era fixo e caía no vazio. Parecia não estabelecer contato”.

Lilite foi internada na enfermaria como forma de conter esses impulsos suicidas, e ali sua psicoterapeuta e psiquiatra mantiveram o contato com ela. Nesta internação ela continuou tendo atos impulsivos, com “fissura” por tudo o que pudesse feri-la, além de não se alimentar, reaparecendo um quadro anoréxico já relatado anteriormente.

O psiquiatra da enfermaria contou outra cena de terror, quando Lilite consegue “se fazer invisível”, e durante duas horas se cortou desenhando riscos nos braços como se fossem faixas de uma múmia, ficando tudo ensanguentado. Este mesmo psiquiatra conversou com a paciente e assinalou que ela poderia pedir ajuda antes de se cortar. Parece que essa conversa surtira efeito, pois Lilite o procurou quando teve novamente impulso de se cortar.

Aos poucos ela foi se integrando no contato consigo e com a equipe da enfermaria. Recebeu alta hospitalar e retornou ao atendimento ambulatorial.

Depois de alguns meses, Lilite voltou a ficar agitada e autoagressiva, necessitando nova internação. Nesta ocasião, um de nós, como supervisor, pôde ter contato com a paciente, no momento em que ela estava sendo contida pela psicoterapeuta e aguardando a ambulância que a levaria para o PS. Ao se aproximar da paciente, fica na mesma altura que ela, como se se tratasse do atendimento de uma criança. Ela se mostrava muito assustada, tendo se arranhado no rosto, que sangrava. Estava trêmula, como um passarinho ferido, mas se acalma ao conversar sobre o seu machucado. Chama nossa atenção uma nova tatuagem que tem no braço. Ela diz: “é um cavalo, um animal que gosto muito”. Neste momento chega a ambulância. Um colega que assiste a essa conversa comenta que esse cavalo é um personagem de um desenho animado para crianças, sendo o único personagem que fala coreano, portanto, não é entendido pelos demais. Talvez seja essa linguagem não entendida que a tatuagem nos apresenta para ser desvelada.

Escolhemos o nome Lilite em função do mito sumério que a identifica ora como demônio, ora como deusa da fertilidade, uma deusa de fases boas e ruins. No Gênesis é tida como a primeira mulher de Adão, e tornou-se a serpente que leva a tentação a Eva.

## Algumas considerações

Green escolhe a imagem do quiasma para falar das relações entre histeria e casos-limite e nos lembra que “a palavra ‘quiasma’ contém a ideia de uma mudança de direções opostas em que, *a priori*, se pensaria num paralelismo” (Green, 2002, p. 465). Essa imagem nos remete a cruzamento e tem sua origem na letra grega  $\chi$  (chi). Lembramo-nos do quiasma óptico, uma estrutura anatômica em forma de x, constituída de fibras nervosas da parte nasal da retina que se cruzam em um ponto central, o ponto de intersecção, indo para o lado contralateral, e a elas se juntam as fibras do campo visual mais externo que permanecem do mesmo lado, formando o trato óptico, bilateralmente. Esses feixes levam a imagem captada pela retina para o hemisfério cerebral. A imagem que se forma neste hemisfério é invertida, cruzada e vai demandar um trabalho de síntese para que uma imagem única se forme, permitindo com isso a visão binocular/tridimensional. É interessante considerar também que todo o nosso sistema motor e sensorial passa pelo cruzamento parcial de suas fibras nervosas (decucação), e a informação processada no cérebro se dá predominantemente do lado oposto ao da recepção e liberação da informação. É como se as informações processadas em nosso corpo precisassem passar por *boulevards*, pontes que se cruzam e se juntam com outras avenidas, algo ainda mais complexo que as passagens parisienses do século XIX, ligando dois *boulevards* (Benjamin, 2007).

Outra associação, o *cross over*, também conhecido como quiasma, ou seja, a superposição de cromátides de cromossomos homólogos permitindo a troca de material genético de uma parte para outra, uma permutação que ocorre durante a meiose, dando maior complexidade à configuração genética do indivíduo. Talvez os modelos biológicos, por sua dinâmica, complexidade, diretamente ligados ao ser vivo, nos atraiam mais para pensarmos a psicanálise atual, naquilo que anteriormente foi ocupado pela física, fornecedora dos modelos científicos por excelência no século XX. O que, porém, impulsionou a decifração do código genético foi a contribuição dos físicos no campo da biologia. Em particular, Schrödinger, em seu livro *What is life?*, propôs “hipóteses definidas acerca de sua [do gene] estrutura molecular que estimularam os cientistas a pensar a genética de uma nova maneira” (Capra, 1982, p. 111; Margullis & Sagan, 2002, p. 17).

Escolhemos os casos clínicos para falarmos desse quiasma entre histeria e *borderline*. Concordamos com André Green quando considera a histeria dentro de um quadro neurótico, mesmo quando o paciente adentra o campo da psicose, propondo-se, em primeiro plano, questões ligadas à sexualidade e ao desejo. No primeiro caso que trazemos, é o corpo da paciente que histericamente se oferece ao analista. Lembra-nos o exame de Charcot demonstrando “recortes histéricos” no corpo de uma mulher parcialmente desnuda, meio desfalecida e apoiada nos braços de um assistente. No caso apresentado, o tema da sexualidade é

preponderante e se apresenta de modo polimorfo, por meio da associação livre e no relato de um sonho.

Em relação ao segundo caso, lidamos com formas de conflito em que, embora ponham em jogo a problemática do amor e da sexualidade, mesmo que primitivos, os aspectos destrutivos ganham proeminência (Green, 2002, p. 469). A imagem que fazemos dessa adolescente-mulher é mais próxima dos quadros de De Kooning, em que a fragmentação se impõe sob forma de destruição radical. É a imagem da mulher fraturada e com toque demoníaco que aparece. A pintura será feita no chão, em movimentos rápidos, como Pollock, com tinta automotiva escorrendo em filetes que sangram, criando dentro da enfermaria a cena de horror de uma múmia que sangra. Não há uma narrativa da paciente. É o *agir-en* que nos fala e nos convoca a uma ação conjunta como em uma cena teatral (Freud, 1914/1969; Sapisochin, 2012; Cassorla, 2009). Os limites dos espaços interno/externo, consciente/inconsciente estão borrados e/ou não constituídos (Green, 1988).

### Continuando...

Destacamos dois autores da Sociedade Britânica que contribuíram para uma ampliação das concepções da psicanálise após 1953.

Wilfred Bion nos trouxe uma compreensão dos aspectos psicóticos da mente, principalmente por meio de sua experiência com pacientes esquizofrênicos. Em seu artigo “Diferenciação das personalidades psicóticas e não psicóticas” (Bion, 1977), considera a coexistência na mente desses dois aspectos, e, enquanto o não psicótico se move no mundo dos sonhos, a personalidade psicótica fica aprisionada num mundo em que a possibilidade de contato com a realidade sofre mutilações em função do predomínio dos aspectos destrutivos, havendo prejuízo no processo de simbolização, na capacidade para o sonho e no desenvolvimento do pensamento. Posteriormente, Bion retoma o tema do sonho, considerando o trabalho onírico  $\alpha$  (Bion, 2000, pp. 76-81), função mental que deve operar o tempo todo, no sentido de “metabolizar” os elementos sensoriais que nos chegam, seja do mundo externo seja do interno. Essa atividade é no início da vida do bebê auxiliada pela capacidade onírica da mãe/cuidadora, uma função importante que ocorre junto com os cuidados corporais. A atividade onírica permitiria a criação de uma barreira de contato (correspondente ao recalque) que possibilita a separação do Consciente/Inconsciente. É essa capacidade de sonhar que, segundo Bion, preserva o indivíduo de um ataque psicótico (Bion, 1987, p. 36), pois o paciente “incapaz de sonhar” revela que existe falta de “uma capacidade mental essencial”. Entramos, assim, em contato com o que seria considerado o inconsciente não reprimido e em que a

função do analista será, junto com o paciente, construir o que seria um aparelho mental para sonhar.

O segundo autor é Winnicott, que, com sua experiência como pediatra, observador da relação mãe-bebê e psicanalista, vai deter-se no que ele chamou de falhas do meio ambiente que interferem no desenvolvimento emocional primitivo. Esse autor assim se exprime: “nos neuróticos, lidamos com pacientes cujas mães, no início, e também nos primeiros meses, foram capazes de fornecer condições suficientemente boas. Mas essa era da psicanálise está inexoravelmente chegando ao fim” (Winnicott, 1954-1955/1982, p. 476). Winnicott antecipou o desafio de uma clínica complexa, em que as falhas no desenvolvimento inicial seriam cada vez mais frequentes. Ele foi analista de Margareth Little, que, em seu relato sobre esta análise, descrevia-se como uma “*paciente, psicótica borderline*” (Little, 1992, p. 83). Winnicott por sua vez escreve em relação a essa mesma experiência:

Não posso deixar de me sentir diferente do que era antes de esta análise ter início ... Em especial, tive que aprender a examinar minha própria técnica sempre que surgiam dificuldades, e a causa das doze ou mais fases de resistência provou sempre ser um fenômeno de contratransferência que exigia mais autoanálise por parte do analista. (Winnicott, 1954-1955/1982, p. 462)

Acrescenta, a propósito dessa clínica, que a “atuação tem que ser tolerada nesse tipo de trabalho e pode ocorrer na sessão. O analista verá a necessidade de desempenhar um papel, embora geralmente de forma simbólica” (p. 474). A atuação nestes casos é apenas o início de um trabalho anterior ao modelo clássico.

O campo que somos desafiados a investigar amplia-se mais, e destacamos três conceitos metapsicológicos atuais que estão imbricados e que consideramos importantes na clínica com os pacientes *borderline*.

O primeiro conceito é a regressão. Sapisochin (2012), em seu artigo *A escuta da regressão no processo psicanalítico*, considera a regressão uma tendência não no sentido da regressão da libido, mas do efeito desorganizador da pulsão de morte, que tende a anular a diferença entre sujeito e objeto, que desconsidera a triangulação edipiana e tende “a processar a realidade como uma *forma* ou *modalidade* de tempos imemorais” (p. 94). Essa modalidade de funcionamento psíquico seria a do inconsciente não recalcado e que busca na realidade, nela incluindo a figura do analista, o cenário representacional para comunicar os estados “emocionais cuja inscrição psíquica não passa pelo pensamento verbal criado pelo Eu, mas que precisa do outro para expressar uma modalidade específica de inscrição mnêmica como *gestos psíquicos não pensados verbalmente*” (p. 96). Abre-se o campo para pensarmos toda a modalidade daquilo que é denominado *enactment*.

O segundo conceito relaciona-se à questão da simbolização. Levy e colaboradores (2013), em relação ao símbolo, lembra a origem do termo *symbolon*, um objeto cortado em duas partes portado por duas pessoas de uma mesma seita, que se separavam, e constituía-se num signo de reconhecimento no momento em que seus portadores se reencontravam e podiam reunir os pedaços. Ou seja, o *symbolon* denotava a ligação entre aqueles dois sujeitos. Valendo-se também das contribuições de Bion e Winnicott, ele considera que o símbolo é criado no intercâmbio da relação primária (mãe-bebê), dentro de uma experiência emocional (Bion), e/ou no espaço *entre* os dois (Winnicott). Susanne Langer (1989), uma filósofa, considera que a necessidade básica, característica do humano é a *necessidade de simbolização*, escrevendo: “Na realidade, a simbolização não é o ato *essencial do pensamento*, mas um ato essencial ao pensamento, e anterior a ele” (p. 51). Além dos símbolos discursivos (da linguagem), considera os símbolos apresentativos, que seriam as “formas perceptivas fundamentais de *Gestalten* que nos convidam a construir o pandemônio da pura impressão em um mundo de coisas e ocasiões” (p. 104). Lembra que “os sentimentos possuem formas definidas, que se tornam progressivamente articuladas” (p. 107) e “... que a mente tende a operar com símbolos muito abaixo do nível da fala”, por exemplo, a “imagem sensorial” de uma transformação que a mente faz da forma que chamamos quadro (p. 149). Lançamos essas ideias para considerarmos que existem outras formas de linguagem para nomear as emoções, que podem se atualizar e encontrar expressão na relação psicanalítica, o que vem sendo investigado por autores como Roussillon (2013, 2015), Bion (2000), Sapisochin (2012), entre outros.

O terceiro aspecto é o conceito de intersubjetividade, uma evolução do modelo intrapsíquico de Freud, além do modelo da relação de objeto, para um modelo em que o campo relacional, o que se passa *entre* analista e analisando, ganha importância aquém da interpretação, para gerar significados onde eles ainda não existem (Levy et al., 2013; Käes, 2011). Surge, aqui, a ideia de que o inconsciente é também feito, não simplesmente recuperado ou descoberto (Rustin, 2008). Roussillon lembra que o “conceito de intersubjetividade pode ser utilizado desde que se refira a uma concepção psicanalítica do sujeito, isto é, uma concepção que integre a existência de uma dimensão inconsciente da subjetividade, que atravesse a questão da pulsão e do sexual” (Roussillon, 2011, p. 160). Käes, por sua vez, aborda “o papel desempenhado pelo grupo na estruturação do psiquismo”, em que uma mente é construída com base na “matriz do grupo primário, nos vínculos intersubjetivos” (Kaes, 2011, p. 46). Esse autor nos lembra a importância da mãe, do grupo familiar e da comunidade na estruturação do psiquismo do bebê, por meio da atividade onírica da mãe e do grupo. “O grupo familiar é o primeiro berço onírico do recém-nascido” (Käes, 2011, p. 177). Daí se abre um campo considerável no trabalho com esses

pacientes tidos como *borderline*, que demandam mais do que uma psicanálise “clássica”.

Para terminar, Green (1988, p. 66), fio condutor de nosso trabalho, considera que “o protótipo mítico de nossa época não é mais Édipo, mas sim Hamlet”. Dessa afirmação entendemos o desafio clínico atual: “Ser e não ser” é a nossa questão.

#### **Histeria y borderline: mo(vi)m(i)entos de la clínica psicoanalítica**

Resumen: Los autores trazan un recorte de la clínica psicoanalítica en dos momentos históricos paradigmáticos. Consideran, inicialmente, el viaje de Freud a París en 1885, su primer contacto con las histéricas. Utilizan como metáfora el quiasma  $\chi$  para referirse a las transformaciones que se dieron desde la fundación del psicoanálisis, situando en el punto central de esta figura el año de 1953, la nueva capital cultural, Nueva York y el surgimiento del cuadro *borderline*. Presentan casos clínicos para ilustrar el tema.

Palabras clave: histeria, *borderline*, regresión, intersubjetividad, simbolización

#### **Hysteria and borderline: mo(ve)ments of the psychoanalytic practice**

Abstract: The authors divide the psychoanalytic practice in two paradigmatic, historic moments. Initially, they consider Freud’s trip to Paris in 1885, when he was first in contact with hysteric women. Then, the authors use the chiasma  $\chi$  as a metaphor to deal with the transformations that have happened since the foundation of Psychoanalysis. They place, in the intersection (central point) of this figure, the year of 1953, the new cultural capital (New York), and the rise of the *borderline* picture. Clinical cases are brought to illustrate the theme.

Keywords: hysteria, *borderline*, regression, intersubjectivity, symbolization

#### **Hystérie et Borderline: mo(uve)ments de la clinique psychanalytique**

Résumé: Les auteurs retracent une coupure dans la clinique psychanalytique entre deux moments historiques paradigmatiques, en considérant d’abord le voyage de Freud à Paris en 1885, son premier contact avec les hystériques. En utilisant le  $\chi$  khi-carré comme métaphore pour traiter des transformations intervenues depuis la fondation de la psychanalyse, les auteurs situent l’année 1953, la nouvelle capitale culturelle, New York et l’émergence de l’image limite sur le point central de cette figure. On apporte des cas cliniques pour illustrer le thème.

Mots-clés: hystérie, *borderline*, régression, intersubjectivité, symbolisation

#### **Referências**

- Argan, G. C. (1992). *Arte moderna*. São Paulo: Companhia das Letras.  
Benjamin, W. (2007). *Passagens*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.  
Bion, W. R. (1977). Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas. In W. R. Bion, *Volviendo a pensar* (pp. 64-91). Buenos Aires: Horme.



- Bion, W. R. (1987). *Aprendiendo de la experiencia*. México: Paidós.
- Bion, W. R. (2000). *Cogitações*. Rio de Janeiro: Imago.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Cassorla, R. M. S. (2009). Reflexões sobre não-sonho-a-dois, *enactment* e função alfa implícita do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(4), 91-120.
- Dalgalarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 2, 52-7.
- Didi-Huberman, D. G. (2015). *A invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière*. Rio de Janeiro: MAR/Contraponto.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, 8(2), 1-15.
- Freud, S. (1969). Recordar, repetir, elaborar. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 191-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1974). Estudos sobre histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- Freud, S. (1976). Charcot. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 19-34). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S. (1977). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 33-47). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956[1886])
- Freud, S. (2010). História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"). In *Obras completas de S. Freud* (Vol. 14, pp. 13-160). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1918[1914])
- Gay, P. (1989). *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gay, P. (2009). *Modernismo. O fascínio da heresia: de Baudelaire a Beckett e mais um pouco*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Goodman, L. & Gilman, A. G. (2003). *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2002). Histeria e estados-limite: quiasma. Novas perspectivas. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(2), 486-486.
- Hobsbawm, E. (1995). *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Käes, R. (2004). *A polifonia do sonho. A experiência onírica comum e compartilhada*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Käes, R. (2011). *Um singular plural. A psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Loyola.
- Knight, R. P. (1989). Borderline states. In R. Fine (Ed.), *Current and historical perspectives on the borderline patient* (pp. 96-108). Nova York: Brunner/Mazel Publishers. (Trabalho original publicado em 1953)
- Langer, S. K. (1989). *Filosofia em nova chave*. São Paulo: Perspectiva.
- Levy, R. et al. (2013). Símbolo e/ou representação: uma mapeamento metapsicológico. *Revista de Psicanálise da SPPA*, XX, 3, 653-677.
- Little, M. I. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção. Registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Margullis, L., & Sagan, D. (2002). *O que é vida?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Parsons, M. (2002). Sexualidade e perversão cem anos depois. *Livro Anual de Psicanálise* (Vol. 16, pp. 29-43). São Paulo: Escuta.
- Perl, J. (2008). *New art city Nova York, capital da arte moderna*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Roudinesco, E. (1989). *História da psicanálise na França. A batalha dos cem anos* (Vol. 1, pp. 1885-1939). Rio de Janeiro: Zahar.
- Roudinesco, E. (2016). *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Roussillon, R. (2011). A intersubjetividade e a função mensageira da pulsão. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(3), 159-166.
- Roussillon, R. (2013). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In L. C. Figueiredo, B. B. Savietto, & O. Souza (Orgs.), *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 107-122). São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (2015). Para introduzir o trabalho sobre a simbolização primária. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 49(1), 33-46.
- Rustin, M. (2008). A estética psicanalítica revisitada à luz da contribuição de Meltzer. Apresentado no Encontro Internacional: O pensamento vivo de Donald Meltzer. São Paulo, evento da SBPSP, 29 a 31 de agosto de 2008.
- Sapisochin, G. (2012). A escuta da regressão no processo analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 90-105.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Strachey, J. (1976). Nota do editor inglês. In S. Freud, *Ed. standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 13-17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914])
- Winnicott, D. W. (1982). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise* (2a. ed., pp. 459-481). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954-1955)

Eunice Nishikawa  
eu.nishi@uol.com.br

Maria Luiza de Mattos Fiore  
malufiore18@gmail.com

Orlando Hardt Junior  
orlandohardt@yahoo.com

Recebido em: 11/9/2017  
Aceito em: 15/10/2017