
Fenomenologia da depressão estado-limite^{1*}

Kimura Bin

Depois que o conceito de borderline ou de “estado-limite” foi constituído, seu emprego se generalizou rapidamente na psiquiatria contemporânea.

Esse conceito está edificado inicialmente na fronteira entre as psicoses esquizofrênicas e as neuroses. Na psicanálise, a psicogênese do estado-limite foi principalmente formulada em termos de teoria de relação de objeto. Supõe-se que os doentes estado-limite fracassaram, na sua primeira infância, ao integrar suficientemente, nas relações, sua imagem do eu à imagem primordial do objeto materno.

Neste trabalho, postulando a clivagem como o transtorno gerador, é fornecido um fundamento teórico para o parentesco – suposto primeiramente do ponto de vista puramente clínico – entre o estado-limite e a esquizofrenia.

1. Texto redigido a partir da conferência proferida em Zurique, em 21 de novembro de 1983, por ocasião da entrega do Prêmio Margrit Egner ao Prof. Kimura.

* Texto traduzido por Duda C. Araujo e revisado por Martha Gambini, que fazem parte de um grupo de leituras heideggerianas, que tenta pensar a prática clínica à luz da filosofia de Martin Heidegger. Nesse trabalho, o grupo conta com a valiosa companhia do Prof. Zeljko Loparic, que é também o responsável pela apresentação dos escritos do Prof. Kimura ao público brasileiro.

Depois que o conceito de *borderline* ou de “estado-limite” foi constituído, seu emprego se generalizou rapidamente na psiquiatria contemporânea. Publicado em 1980 nos EUA, e traduzido pouco depois no Japão, o DSM-III² propôs critérios diagnósticos operacionalizados da personalidade limite (*Borderline Personality Disorder*). É sem dúvida nesses dois países que as expressões “caso-limite”, “estado-limite”, “personalidade estado-limite” por exemplo, são mais correntemente empregadas.

Esse conceito está edificado inicialmente na fronteira entre as psicoses esquizofrênicas e as neuroses que correspondem, por exemplo, à “esquizofrenia pseudo-neurótica” de Hoch e Polatin³. No curso das suas ulteriores elaborações na psicanálise, a psicogênese do estado-limite foi principalmente formulada em termos de teoria de relação de objeto. Supõe-se que os doentes estado-limite fracassaram, na sua primeira infância, a integrar suficientemente, nas relações, sua imagem do eu à imagem primordial do objeto materno. O *splitting*⁴ fica não resolvido, ou seja, os bons objetos parciais que garantem a segurança do eu, e os maus objetos parciais que a ameaçam, não podem ser unidos numa imagem de objeto inteiro; daí a perturbação característica da identidade do eu nos estados-limites (Kernberg)⁵.

Postulando a clivagem como o transtorno gerador, fornecemos um fundamento teórico para o parentesco, suposto primeiramente do ponto de vista puramente clínico, entre o estado-limite e a esquizofrenia. Entretanto, os estados-limites não mostram, na verdade, muitos sintomas unívocos de esquizofrenia, a não ser a inacessibilidade a qualquer procedimento terapêutico, a incapacidade para se acomodar de uma maneira estável à vida social e os episódios ocasionais de uma psicose reativa nas situações de *stress*. A diferenciação entre o estado-limite e a forma simples de esquizofrenia torna-se mais e mais imprecisa.

Entretanto, existem esforços para fazer coincidir o conceito com as experiências clínicas e reconheceu-se claramente que há pelo menos dois

2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., 1980.
3. P. Hoch e R. Polatin. Pseudoneurotic forms of schizophrenia, in *Psychiatr. Q.*, 23, 248-276, 1949.
4. De acordo com o uso em japonês, guardamos o termo *splitting* para marcar a distinção com a clivagem psicótica clássica.
5. O. F. Kernberg. *Borderline Conditions and Pathological narcissism*. Nova York, Aronson, 1975.

tipos de estados-limites: por sua natureza, um dos tipos está próximo da esquizofrenia, enquanto o outro constitui nele mesmo uma entidade independente mais distinta. O DSM-III distingue também esses dois tipos, designando o primeiro como personalidade esquizotípica e narcísica (*Schizotypal Personality Disorder*) e o segundo como personalidade limite (*Borderline Personality Disorder*). Neste trabalho nos ocuparemos apenas deste último, porque pensamos que o primeiro pode ser considerado, no horizonte antropológico e fenomenológico, como uma forma de esquizofrenia.

O DSM-III dá os seguintes índices como critérios diagnósticos da personalidade limite, dos quais pelo menos cinco das oito manifestações devem caracterizar o funcionamento habitual, a longo prazo, do sujeito, “sem estarem limitados a episódios patológicos e sendo responsáveis seja por uma alteração significativa do funcionamento social ou profissional, seja por um sofrimento subjetivo”:

1. Impulsividade ou imprevisibilidade em pelo menos dois âmbitos que são potencialmente auto-destrutivos: por exemplo, a sexualidade, o jogo, o dinheiro, a toxicomania, o excesso alimentar, o roubo descuidado, o esbanjamento, atos que prejudiquem o próprio corpo.
2. Instabilidade e excesso nas relações interpessoais: por exemplo, mudanças pronunciadas de atitudes, idealização, desvalorização ou manipulação do outro (utilização regular de outros no interesse próprio).
3. Acesso intenso de cólera injustificado ou incapacidade de controlá-la: por exemplo, freqüentes acessos de mau humor, cólera constante.
4. Transtorno de identidade que se manifesta por uma incerteza em vários âmbitos relacionados com a identidade, tais como a imagem de si, a identidade sexual, os objetivos a longo prazo ou a escolha da carreira, os tipos de relações amigáveis, os valores e a lealdade.
5. Instabilidade afetiva: mudanças pronunciadas do humor normal para a depressão, a irritabilidade ou ansiedade durando normalmente algumas horas ou mais raramente alguns dias, para voltar em seguida ao humor normal.
6. Incapacidade para a solidão, deprimindo em caso de solidão.
7. Atos de prejuízo ao próprio corpo: por exemplo, tentativa de suicídio, automutilações, acidentes ou brigas recorrentes.
8. Sentimentos crônicos de vazio e de tédio.

Segundo o DSM-III, a personalidade estado-limite mostra-se, já no plano sintomático, completamente diferente daquela das psicoses esquizofrênicas. Segundo a psicopatologia clínico-antropológica parece-nos igualmente que há entre ela e as esquizofrenias uma diferença evidente que vai além da ordem sintomatológica. As relações emocionais com o paciente estado-limite são em

geral muito boas, com freqüência extraordinariamente ricas. Tal característica contrasta claramente com o esquizofrênico, para quem a aproximação é ordinariamente bem difícil. Muitos psicanalistas testemunham que a psicoterapia do estado-limite pode ser ameaçada, ou mesmo destruída, pela potência da sua transferência, que é freqüentemente muito difícil de controlar. Essas observações se opõem às dificuldades bem conhecidas na psicoterapia do esquizofrênico que são devidas à sua incapacidade de transferência. O estado-limite parece também ultrapassar o esquizofrênico em relação à sua capacidade para se expressar verbal e não-verbalmente.

Em geral, o esquizofrênico mostra-se extremamente sensível ao desconhecido e ao imprevisível. Para ele, o outro se apresenta na sua determinação essencial como o estranho, como o desconhecido que impede a realização do si-mesmo no seu mundo autista. Ou, então, o esquizofrênico forma um ideal pre-sunçoso (*verstiegen*) – no sentido de L. Binswanger – num futuro ilusório, ou mesmo no seu próprio passado, retomando e reformulando as possibilidades que ele deixou outrora escapar. O comportamento antecipatório a respeito da temporalidade interna ou da sua própria historicidade, que nós nomeamos *ante festum*⁶, não se encontra jamais nos estados-limites. Esses últimos não procuram senão uma plenitude do presente e não tentam jamais considerar nem o futuro nem o passado como tais. Mesmo quando tematizam seu próprio futuro ou seu passado, o experimentam como um modo estendido do presente imediato atual. Sua tendência, freqüentemente observada, à toxicomania e à promiscuidade sexual, é resultado do modo de vida puramente presente e momentâneo.

Atualmente a discussão sobre o sujeito estado-limite se estende para além da psiquiatria dinâmica e se faz mesmo no quadro das pesquisas nosológicas objetivantes, que nos apresenta numerosos achados recentes que afirmam que pelo menos uma parte dos estados-limites é mais próximo da psicose maníaco-depressiva do que da esquizofrenia. São, de fato, sintomas depressivos com idéias de suicídio que conduzem, na maioria das vezes, os pacientes a recorrer ao psiquiatra. Coloca-se então uma questão sobre a essência dessa depressão estado-limite: seria ela verdadeiramente um acontecimento fenomenologicamente vizinho da depressão melancólica?

A paciente que chamaremos Akiko nos consultou quando tinha 18 anos, em razão de depressão, insônia e idéias de suicídio. Ela reagia dessa maneira à separação de seu namorado que ocorrera alguns meses antes. O psiquiatra que tinha consultado prescreveu-lhe uma fraca dose de anti-depressivo, mas seu estado tinha se agravado sob a forma de um penoso processo alérgico com coceiras por todo o corpo quando ela se irritava.

6. Kimura B. "Zeit und Psychose", in W. Janzarik (Hrsg.), *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart*. Stuttgart, Enke, 1982.

Essa paciente era de natureza silenciosa, tímida, nervosa e escrupulosa em todas as coisas. Fazia questão de resolver as dificuldades que sobrevinham obstinadamente. Tinha poucos amigos, mas estava sempre pronta para ajudá-los. Raramente dizia não. Tendo sido muito crédula e freqüentemente enganada, tornara-se agora desconfiada em relação aos outros. Suportava bem o álcool e quando bebia ficava ligeiramente embriagada. Era uma bela jovem que parecia inteligente, vestia-se de maneira simples, mas elegante, e parecia um pouco mais velha do que na realidade era. Seu pai era operário, sua mãe tinha sido outrora enfermeira. Ela tinha um irmão e uma irmã e não encontramos nenhuma hereditariedade patológica.

Seu estado melhorou notoriamente durante os dois anos de nossa psicoterapia. Conseguiu um emprego administrativo num hospital, o que nos obrigou a suspender provisoriamente o tratamento. Sabíamos que nessa época a doente mantinha, ao mesmo tempo, relações amigáveis com muitos homens bem mais velhos do que ela.

Cinco anos após, Akiko procurou-nos novamente, agora com 25 anos. Conta que há cinco anos, ou seja, numa época próxima do começo do seu trabalho e da última sessão psicoterapêutica, tinha começado uma relação íntima com um homem casado, 12 anos mais velho que ela. Pouco tempo depois, foi submetida a uma operação devido a uma concepção extra-uterina. Essa intervenção cirúrgica resultou numa dor lombar prolongada que força o ginecologista a dar-lhe injeções de narcótico. Desde então ela não pode mais reprimir seu desejo pelo efeito anestésico e euforizante dessa substância. Um verdadeira toxicomania se instalou, sobretudo depois que ela começou a roubar ampolas desse narcótico, para se auto-aplicar, no hospital onde trabalhava. Quatro semanas antes do seu retorno sofreu uma ovariectomia à esquerda. Após essa operação teve que se abster do narcótico, o que a irritou e deprimiu de tal forma que suas antigas idéias de suicídio reapareceram e conduziram-na de volta a nós.

Duas semanas após a retomada do tratamento, ela tentou suicídio cortando os pulsos, perdendo seu trabalho na seqüência. Em seguida, começou a beber todos os dias, o que, finalmente, provocou uma hepatite alcoólica crônica. Então ela dizia: “Quando vejo belas coisas como o céu maravilhoso de outono, me pergunto sempre porque eu devo viver. Eu desejo morrer!” Esse estado durou mais de dois anos e meio. Ela encontrava diversos empregos, um após o outro, mas não conseguia conservá-los mais do que uma semana.

Tinha 26 anos quando seu pai morreu, e um ano após sua mãe também veio a falecer. Nessa época, ela morava com o irmão, com quem sempre tivera um relacionamento difícil, que piorou depois do início da sua conduta fútil. Após a morte da mãe rompeu relações com ele e foi viver sozinha num pequeno

apartamento. Seu amante não podia, e não pode ainda atualmente, visitá-la mais do que uma vez por semana por temer que sua mulher venha a saber dessa relação. Não podendo suportar a tristeza de uma vida solitária, ela habituou-se a passar muitas horas do dia num café vizinho onde conheceu o proprietário, um homem casado e 10 anos mais velho do que ela. Ele era muito gentil com ela, ajudando-a nos problemas práticos de sua vida cotidiana. Rapidamente desenvolveu-se uma relação amorosa entre eles. Ele vinha todos os dias vê-la, após fechar o café. Ela devia, agora, cuidar para que seus dois amantes não se encontrassem.

Dado seu gosto pela ordem, sua pontualidade, sua benevolência em relação aos outros, pareceu-nos primeiro que se tratava de uma personalidade pré-mórbida de depressão endógena unipolar, quer dizer, de um *typus melancholicus* (H. Tellenbach). De fato, ela apresentava um quadro clínico de depressão endomorfa muito típico. Entretanto, não encontramos qualquer sinal de uma situação patogênica específica de melancolia no sentido de Tellenbach. Ela manifesta, aliás, uma viva ligação emocional com o terapeuta que não é comum ao melancólico. No conjunto, deixara uma impressão de fraqueza na formação de seu eu. Durante a primeira fase da psicoterapia já tinha um problema de relações com vários homens, mas isso não era ainda sério. Sua depressão desapareceu logo que estabilizou a vida social, o que coincidiu com o começo da relação com aquele homem casado. Todavia, tudo se desestruturou após a concepção extra-uterina. As tentativas freqüentes de suicídio, o abuso de álcool, a toxicomania, as mudanças de emprego, todos esses problemas típicos do estado-limite se manifestaram bruscamente. Em nenhum estágio da sua terapia, durante onze anos, constatamos nem sintomas, nem atmosfera específicos da esquizofrenia. Todo o quadro se resumia a uma sintomatologia depressiva unívoca.

A segunda paciente, que chamaremos Masuko, é uma mulher de 47 anos, de constituição astênica. É solteira, inteligente e muito sensível às belas coisas. Parece ter 10 anos menos do que sua idade real, veste-se de modo masculino, com jeans e sapatos baixos. O tema dominante que fez com que ela nos procurasse pela primeira vez há seis anos, e que continua atualmente a atormentá-la, reside num sofrimento intolerável, ligado ao fato de que ela não pode escapar, à medida em que está viva, de sua condição de pessoa ou de existente. Ela desejava ser coisa alguma, mas realizar tal desejo parece-lhe absolutamente impossível, pois mesmo através de um suicídio não poderia alcançá-lo porque entende que seria, ainda, uma pessoa, um existente, mesmo morta. Seu humor é sempre evidentemente depressivo, mas em termos qualitativos ele é completamente diferente daquele da melancolia.

A paciente é a quarta e última filha de uma família rica de fabricantes de tecidos. Tem duas irmãs e um irmão. Foi extremamente mimada por seus pais.

Uma irmã de sua mãe e seu marido, que moravam na vizinhança e não tinham filhos, adotaram-na quando ela tinha dois anos. Ela se lembra ainda, muito claramente, que sua tia lhe disse: “Agora eu sou sua mãe!”. De fato, ela sente ainda hoje que a tia é a sua própria mãe. Com cinco anos de idade, foi mandada para os seus verdadeiros pais, quando sua tia adotou um filho. Essa dupla experiência de desamparo na infância teve, mais tarde, um papel muito importante na sua crise. Desde então ela se considera uma pessoa esquisita, diferente, acolhida com frieza mesmo pelos seus verdadeiros irmãos. Sempre desejou secretamente ser uma menina comum como todas as outras.

Muito estudiosa, era a preferida pelos professores. Como sua família era privilegiada financeiramente, ela se vestia bem, com roupas caras, embora fossem tempos difíceis de guerra e pós-guerra. Entretanto, tudo isso não lhe dava nem prazer nem orgulho, mas sim uma tortura difícil de explicar, talvez porque impedisse que ela fosse uma criança comum. Sendo avessa aos programas de jovens, sentia-se muito sozinha, isolando-se a maior parte do tempo no seu quarto, absorvida em numerosas leituras. Amava particularmente R. M. Rilke e Dostoïevski. Com a idade de 18 anos tratou-se, em casa, de uma tuberculose pulmonar e seguia um curso de alemão pela rádio, “para ler Rilke no original”.

Seu pai, um devasso que mantinha duas ou três relações extraconjugais, era responsável por cenas domésticas contínuas. Por causa da prodigalidade excessiva do pai, sua empresa começou a declinar e acabou por falir quando Masuko tinha 19 anos. A família arruinada mudou-se para uma outra cidade. A esperança que Masuko tinha de estudar na universidade foi comprometida por essas dificuldades financeiras. Tudo isso, no entanto, não a impediu de sempre conservar a ternura pelo pai, ao passo que seu sentimento pela mãe era manifestamente ambivalente, ao ponto de ela nos dizer, certa vez, que era “difícil suportar a ligação pegajosa que sua mãe tinha com ela”.

Começou a tomar lições de alemão com um padre suíço que a batiza segundo o ritual católico e recomenda-lhe viver num convento. Torna-se-ia uma noviça não fosse impedida por razões de saúde e financeira; teve que voltar para casa (assim um novo abandono!). Aprende a costurar e torna-se professora numa escola de costura. Daí em diante, ela muda muitas vezes de profissão, aparentemente por causa de doenças físicas. Atualmente não é absolutamente descabido supor que sempre houve uma dificuldade escondida nas suas relações com os outros, mas naquele tempo isso não era evidente porque ela sabia se comportar, em relação aos seus colegas, de uma maneira muito simpática e sociável. Ela saía com muitos homens, mas sem nenhuma relação sexual.

Um de seus colegas, aproximadamente vinte anos mais jovem do que ela, com o qual mantinha já há alguns anos uma amizade fraternal, tornou-se delirante, sem dúvida esquizofrênico, quando Masuko completou 41 anos. Ela continuou,

entretanto, a se mostrar bastante benevolente e disponível em relação a ele. Mas, um dia, foi surpreendida por um pedido de casamento feito pelos pais do jovem. Ela o rejeita, incontinenti, explicando não poder jamais entender sua amizade com ele como amor. A mãe do amigo, então, a proibiu de vê-lo, para não pervertê-lo. Esse incidente abateu tanto nossa doente que ela caiu na pior depressão que já tinha experimentado. Começou a pensar que não devia ser permitido existir um ser tão nefasto como ela, e pensou em morrer. Após ter lido vários livros de psiquiatria, veio nos procurar.

Desde então assumimos seu tratamento, a maior parte do tempo em hospitalizações por causa dos riscos suicidas. Suas queixas giram, sob diversas formulações, em torno de um número restrito de temas cardinais estreitamente relacionados. O primeiro entre eles é uma insuportável tortura causada pela sensação de ser quebrada, a cada instante, em inumeráveis pedaços. Sempre que ela cruzava com alguém, tinha a sensação de que se apoderavam de uma parte dela, de maneira que perdia a unidade de seu eu. Num restaurante, num café, qualquer que fosse o lugar onde estivesse, sofria a mesma experiência, a ponto de não saber mais onde deveria ou poderia estar. “Eu me encontro em todo lugar e em nenhuma parte!” Quando ela olha os pedestres pela janela do ônibus, tem a curiosa impressão de estar ela mesma, ao mesmo tempo, na calçada. Algumas vezes escuta sua própria voz que lhe diz: “Sua criança feia! Morra imediatamente!” Comendo, ela se pergunta, por vezes, se verdadeiramente há uma ligação entre a boca e o estômago. Diversas partes do seu corpo, assim como do seu espírito, parecem-lhe totalmente separadas umas das outras. Não somente ela mesma, mas também os outros lhe parecem incoerentes. Assim, ela teve durante algumas semanas esse sentimento de que a enfermeira-chefe da clínica era cada dia uma pessoa diferente, “como se elas mudassem a cada vez.”

Por outro lado, experimenta uma angústia enorme, um verdadeiro horror, frente à idéia de que ela é um existente e uma pessoa com um nome. “Ser visível e tangível é verdadeiramente terrível!” exclama. Mostra uma aversão singular pelo espelho, no qual ousa, com muito esforço, se olhar. É-lhe completamente intolerável ter uma forma ou um contorno.

Todas as experiências que ameaçam tocá-la interiormente, em particular as belas coisas, fazem-lhe constantemente mal, porque ela deve tomar consciência bruscamente do seu eu e do fato de que é um existente no mundo. Um dia ela citou um verso da primeira das *Elegias de Duíno* de Rilke: “O belo não é senão o primeiro grau do terrível: nós o suportamos penosamente.” Toda natureza, as flores e os pássaros, o sol e a sombra, a chuva e a neve, que outrora lhe davam completa alegria, atualmente jogam-na numa angústia terrível. Desde há muito não ousa mais visitar o Jardim Botânico, porque lá seria exposta a muita beleza. Em todas as conversas lhe é penoso aparecer como uma pessoa concreta diante

das outras. E é ainda pior quando alguém a chama pelo nome. Parece-lhe que um vazio infinito é evocado no lugar do seu eu.

Apesar de todos esses sintomas bizarros levarem-na a pensar em esquizofrenia, jamais experimentamos nas relações com Masuko “uma atmosfera não natural” no sentido do “sentimento de precocidade” de Rümke. Ao contrário, não se percebia na sua conduta e na sua maneira de falar nas situações interpessoais nada além de charme e respeito pelas convenções. Sempre se comportando de uma maneira reservada e discreta, ela atraía involuntariamente a simpatia do meio hospitalar, onde não somente outros doentes, mas também jovens enfermeiros, pediam-lhe conselhos sobre dificuldades diversas de sua vida. Masuko se esforçava, na maioria das vezes de maneira evidentemente dolorosa, para mostrar-se gentil com eles, após o que era comum vê-la cair rapidamente num esgotamento completo.

Durante o nosso tratamento, ocorreram mudanças importantes na relação da doente com sua família. No começo ela morava na casa dos pais, com a família de seu irmão. Ele era o sucessor de seu pai e ocupava-se da fábrica de tecidos, mas devido à sua incompetência a situação econômica da família continua a se deteriorar progressivamente. Masuko era admoestada freqüentemente por ele por sua incapacidade para trabalhar, o que a deixava muito deprimida. No quinto ano do nosso tratamento seu pai morreu subitamente de uma apoplexia. Sua mãe, que há alguns anos se tratava após um infarto do miocárdio, ficou acamada por causa do choque provocado pela morte do marido. Esse acontecimento nos obrigou a interromper o tratamento, embora ela estivesse ainda longe de estar curada. Ela deixou a residência onde vivia com o irmão e foi morar num pequeno apartamento com a mãe, no qual permanecem até hoje.

Este segundo caso apresenta semelhanças notáveis com o primeiro. Esta última paciente experimenta também um profundo desespero, cujos traços depressivos se manifestam principalmente por uma dor e uma aversão em relação à vida e ao fato de ter que ser um existente. Ela apresenta uma expressão desanimada, uma lentificação de ação, uma incapacidade para as diversas ocupações cotidianas e medo de todo contato com os homens. Considerando os sintomas físicos como a insônia e a anorexia, seu quadro sintomático no conjunto parece justificar, à primeira vista, o diagnóstico de depressão endógena. Contudo já se pode compreender que aqui se trata de um transtorno essencialmente diferente daquele da melancolia unipolar típica. Em primeiro lugar, revelou-se um tipo de orientação em direção ao “além” não cotidiano, atitude interna completamente diferente de um melancólico que, ao contrário, permanece constantemente no mundo do lado de cá da cotidianidade do *Lebenswelt*. Da mesma forma, a sinceridade da nossa doente em relação a si própria, não

considerando qualquer mundaneidade, opõe-se diametralmente à honestidade do tipo melancólico que está fundada na consciência de papel. Certamente poder-se-ia falar de uma disposição “para fazer qualquer coisa pelo outro” (*Leistenfürandere* de Tellenbach), mas somente à medida que essa dedicação ao outro coincide, naquele momento, com a integridade do seu próprio modo de ser. Essas distinções respondem às diferenças essenciais que regem as situações patogênicas: Masuko, tanto quanto Akiko, tornou-se depressiva após a separação de alguém íntimo com quem ela tinha fortes relações. Entretanto, essa quebra não tem o sentido de uma perda que poderia ameaçar a organização dos papéis interpessoais bem ordenados do “tipo melancólico”. Trata-se, aqui, unicamente do vazio vivido que destruiu a plenitude da presença. Da mesma forma que Akiko, Masuko desenvolveu uma forte ligação com seu terapeuta. Aliás, as mudanças das relações com seus familiares durante a doença apresentam também semelhanças: no primeiro caso, as mortes sucessivas dos pais; no segundo, a morte do pai seguida pela doença da mãe, que conduziram as duas pacientes à separação e à independência em relação ao irmão.

Mas o diagnóstico de Masuko é muito mais difícil do que o de Akiko. Os critérios do DSM-III são preenchidos apenas parcialmente. Por exemplo, os itens “identidade indeterminada” ou “incapacidade para a solidão” não são manifestações características do funcionamento habitual de Masuko. Além disso, só se poderia constatar, no máximo, “uma instabilidade e um excesso nas relações interpessoais” e “sentimentos de vazio crônicos” num sentido amplo. Do ponto de vista puramente descritivo, seríamos tentados a situá-la na vizinhança da psicose esquizofrênica em razão da clivagem intrapsíquica mais evidente que no primeiro caso. Além disso, essa clivagem revela-se, em Masuko, como sendo notoriamente diferente do mecanismo de *splitting* da personalidade estado-limite, onde se encontra no primeiro plano uma rígida dicotomia maniqueísta entre “tudo bom” e “tudo mal”. Parece, pelo contrário, que a clivagem de Masuko deriva mais do dilaceramento esquizofrênico, que tem aqui uma de suas expressões clínicas, o “corpo fragmentado” de J. Lacan, evidenciada de modo exemplar.

Se diagnosticamos esse caso, a despeito de todas essas reservas, como estado-limite é essencialmente pelas duas razões seguintes: primeiro, uma razão negativa – a psicopatologia de nossa doente não pode ser considerada sob o horizonte fenomenológico e antropológico, nem como síndrome depressiva no quadro de uma psicose esquizofrênica, nem como melancolia endógena típica, nem *a fortiori* como quadro de uma neurose depressiva; a segunda razão é de natureza positiva – a excelente habilidade para se expressar verbal e emocionalmente, ligada a uma incapacidade para integrar essa plenitude de sentimentos numa unidade do eu, a intensidade transbordante do sentimento transferencial, e a maneira de viver puramente momentânea, separada de todo

passado, assim como de todo futuro, são traços de personalidade característicos comuns com um grande número de pacientes estado-limite, tal como apresenta o DSM-III e que justificam o diagnóstico de estado-limite considerado fenomenologicamente, apesar da sintomatologia incompleta.

A seguir, não entraremos nas questões psicogenéticas e psicodinâmicas, mas restringir-nos-emos a uma comparação antropofenomenológica entre o modo de ser-no-mundo do estado-limite, do esquizofrênico e do melancólico. A interpretação daseinsanalítica da existência fundada por L. Binswanger e desenvolvida por W. Blankenburg fornecerá um dos dois pontos de apoio nesta nossa tentativa. O segundo ponto será a descrição da situação patogênica do *Lebenswelt* do melancólico feita por H. Tellenbach e A. Kraus. Nosso estudo vai privilegiar a temporalidade própria do ser-no-mundo do estado-limite e, portanto, a sua historicidade, ou, antes, a a-historicidade de seu ser-aí.

Binswanger interpretou o modo de ser-aí do esquizofrênico em termos de alterações do ser-no-mundo segundo diversos modos de se dar o fracasso do ser-aí. Porém, essa interpretação é criticada por M. Boss que afirma que Binswanger não compreendeu os conceitos ontológicos e as existenciárias de Heidegger, tais como o ser-no-mundo ou a transcendência, tomando-os por ônticos e existenciais, e fazendo valer assim, de novo, as antigas dicotomias de sujeito-objeto e imanência-transcendência. A transcendência heideggeriana, segundo Boss, quer dizer: “sempre e somente o ultrapassamento do ser-aí no sentido da sua relação privilegiada com o Ser, isto é, de seu ser-fora do ‘aí’ (*Ausstehen des ‘Da’*), o ser-fora que abre o mundo como a clareira onde tudo o encontra.” Essa transcendência, que constitui de uma maneira completamente originária o si-mesmo (*die Selbstheit*, si-mesmidade) do ser-aí humano, não pode ser compreendida como “uma maneira de se comportar que seria efetivada a partir da imanência primordial e poderia se alterar dependendo deste ou daquele modo de ser-aí.”⁷ Essa crítica de Boss é completamente legítima. Mas consideramos que se trata, de qualquer maneira, no ser-no-mundo esquizofrênico, de um transtorno da transcendência no sentido estrito heideggeriano. Concordamos com Binswanger à medida que, sobre a base da “assimilação do ser-no-mundo e da transcendência”⁸ compreendemos como ele, fenomenologicamente, a patologia do “ser esquizofrênico” como alteração do próprio ser-no-mundo ou de sua condição de possibilidade, e não como simples alteração “deste ou daquele modo”.

Heidegger escreve: “Se, aliás, a marca distintiva do ser-aí é que ele se comporte (*sich verhält*), em face do ente, escutando o Ser, é necessário, então,

7. M. Boss. *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern-Stuttgart, Huber, 1957.

8. L. Binswanger. *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Bd. I. Bern, Francke, 1947, p. 193.

que o poder-diferenciar (*das Unterscheidenkönnen*), no qual a diferença ontológica torna-se efetiva, tenha enraizado sua própria possibilidade até o fundo da essência do ser-aí. Esse fundo da diferença ontológica é designado por nós, por antecipação, como a *transcendência* do ser-aí.” Esse fundo que torna possível a diferença entre o ser como tal e o ente (ou o ser do ente) encontra-se no ser do próprio ser-aí. Nosso ser humano é, na sua essência, o jogo da diferenciação que sem cessar diferencia, pelo fato de que ele é entre seu ser puro e seu ser-ente (*Seiendheit*, entidade). Heidegger chama esse jogo a transcendência ou o ultrapassamento (*Überstieg*). “É no ultrapassamento que o ser-aí vem pela primeira vez a esse ente que ele é, a esse que é como ele mesmo. É a transcendência que constitui o mesmo do si-mesmo.”

Se entendemos por esquizofrenia esse acontecimento que coloca em questão a condição de possibilidade do ser-si-mesmo (*Selbstsein*) ou o mesmo do si-mesmo, é necessário ver aí uma ameaça para a própria transcendência e, ao mesmo tempo, uma ameaça para a própria “diferença ontológica”. No ser-aí do esquizofrênico é a relação de seu ser enquanto tal com seu ser-ente, a relação do puro acontecimento do ser com a faticidade do ser-aí, que é submetido a um exame radical.⁹

Blankenburg formula assim essa situação:

Não é fácil determinar a relação do eu natural com o eu transcendental, isto é, do eu projetado com o eu projetante. Os dois são ao mesmo tempo a mesma coisa, mas simultaneamente são diferentes. Num certo sentido, trata-se, nos dois casos, de dois aspectos diferentes da mesma coisa, mas num outro sentido isso não é verdade. No sentido figurado, iremos nos ocupar aqui, segundo as análises fenomenológicas de Husserl, de um escoamento (*Abflieben*) ou de uma “fuga” (*AbsIntern*) da origem “*que jorra*” da vida efetivante (*leistendes*) na formação sedimentária que faz o eu empírico. Não é o eu natural, mas o eu transcendental ou a relação entre esses dois “eus” que está desarranjada (*ver-rückt*) em primeiro lugar nessa doente (uma esquizofrênica).¹⁰

É facilmente compreensível que esse eu natural ou empírico e esse eu transcendental sejam os mesmos, respectivamente, que o eu enquanto ente e o eu enquanto ser. Segue-se, então, que a “relação entre esses dois “eus”, na qual Blankenburg via o lugar de deslocamento ou de desarrançamento primário do esquizofrênico, não é outra coisa que a própria diferença ontológica.

Mas nessa frase é necessário atentar para a conjunção “ou”: “Não é o eu natural, mas o eu transcendental *ou* a relação entre esses dois.” O eu transcendental enquanto ser si-mesmo enquanto tal, é – precisamente no seu

9. Cf. o artigo “Réflexion et soi chez le schizophrène”, p. 117.

10. W. Blankenburg. *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart, 1971.

movimento de “escoamento” ou de “fuga”, cuja formação sedimentária se apresenta como o eu natural ou empírico – *ao mesmo tempo* a relação com o eu empírico e o outro lado dessa relação. É uma relação que se relaciona consigo mesma como “aquém” dela mesma. Trata-se do eu enquanto relação a propósito da qual Kierkegaard escreveu: “O eu é uma relação relacionando-se consigo mesma; dito de outra forma, ele é na relação a orientação interior dessa relação; o eu não é a relação, mas o retorno sobre si-mesmo da relação.”¹¹ É precisamente esse eu enquanto relação, ou seja, o eu transcendental, que está radicalmente ameaçado na esquizofrenia.

Esse tipo de relação que existe no interior do eu aparece também na relação inter-subjetiva, desta vez como relação *entre* o eu e o outro. Isso que Blankenburg, referindo-se a Husserl, nomeia “a origem ‘que jorra’ da vida efetuada” (*urquellendes leistendes Leben*) executa-se originariamente como *aïda*¹² (entre) do espaço inter-subjetivo, antes que ela se determine como eu empírico pela sedimentação do eu transcendental. A diferença *intra*-subjetiva e a diferença *inter*-subjetiva mostram-se homólogas. A diferença ontológica enquanto transcendência funda-se na diferença inter-subjetiva entre o eu e o outro. Para que o ser-aí humano como ser-no-mundo e como transcendência se relacione consigo mesmo é necessário que ele se relacione cada vez como eu único histórico com o outro ser-aí e que ele fundamente constantemente o *aïda* como diferença inter-subjetiva entre ele e outro. Essa é a única base, segundo nossa concepção, para o ser no mundo e para a transcendência do ser-aí. Visamos precisamente isso quando dizemos que a esquizofrenia é o acontecimento patológico por excelência do *aïda* do ser-entre¹³. É justamente essa transcendência na diferença (*aïda*) intra-subjetiva e inter-subjetiva que se apresenta como a identidade ou o mesmo do ser si-mesmo que, na psicose esquizofrênica, é radicalmente colocada em questão. O esquizofrênico se vê então obrigado a fazer esforços incessantes para salvar seu ser-si-mesmo, no *aïda* ou do *aïda*, ameaçado pela alienação ou pela usurpação ameaçadora do outro. Esses esforços incessantes do ser-aí para advir a si-mesmo desdobra a dimensão temporal do futuro. A temporalidade do comportamento

11. S. Kierkegaard. “Die Krankheit zum Tode”, in *Die Krankheit zum Tode und Anderes*, 2. Aufl., Köln-Olten, Hegner, 1956, p. 31.
12. A língua japonesa utiliza a palavra *aïda* para explicar o “entre” das relações interpessoais, o ser-entre. Para os japoneses, o indivíduo não pode primeiro ser considerado uma mônada isolada instaurando depois uma relação com os outros. Ao contrário, eles consideram que o *aïda* interpessoal é primeiro e que somente se atualiza sob a forma do si-mesmo e dos outros. O *aïda* não é uma simples relação que coloca em contato existências separadas, mas ele é o lugar comum originário dessas existências múltiplas. Cada uma delas não pode se constituir em um si individual a não ser sobre o fundamento desse *aïda*. Bin, K. “Entre Onozukara e mizukara”, in *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris, PUF, 1992.
13. Kimura Bin. “Schizophrenie als Geschehen des Zwischenseins”, in *Nervenzarzt*, 46, 434-439, 1975.

ante festum especificamente esquizofrênica, na qual o doente antecipa, seja na aspiração, seja na ansiedade, sobre suas próprias possibilidades futuras e algumas vezes mesmo sobre aquelas que ele deixou passar outrora, essa temporalidade *ante festum* se funda sobre aquela.

O modo de ser do melancólico é de uma natureza totalmente diferente. Como afirmou Tellenbach, e mais recentemente Kraus, a compreensão do si-mesmo do melancólico fica inteiramente restrita à ordem dos papéis sociais e não é capaz de se transcender nem para fora de si nem para adiante de si. Tellenbach chamou essa impossibilidade de transcendência de “includência” e “remanência”. Estamos, aqui, longe da existência autêntica no sentido heideggeriano. Pois nela não emerge nem a diferença entre o eu transcendental e o eu empírico, nem aquela entre a existência própria e a do outro, como problema fundamental da vida cotidiana e da patologia mental. Kraus compreende essa situação como resultado de uma superidentificação com as identidades de papel ou então como perda da distância na relação com o papel no quadro da teoria sociológica de papel. Certamente não podemos dizer que não haja problemas existenciais para o melancólico, à medida que ele é também um ser-aí ou um ser-no-mundo. Mas esses problemas permanecem para ele num esquecimento estrutural e não se atualizam como tais. É exatamente aqui que reside a dificuldade de princípio para interpretar fenomenologicamente o fenômeno da melancolia. Blankenburg chama a atenção para o fato de que há um paralelismo estrutural entre a alienação esquizofrênica da relação consigo mesmo e da relação com o mundo de um lado, e a *epochè* fenomenológica husserliana de outro. Também poderíamos dizer que devido à natureza do mundo melancólico, a possibilidade de uma *epochè* fenomenológica encontra-se excluída. Aliás, Blankenburg sublinha também “a *epochè* da atitude natural” (*epochè* II) de A. Schütz, que se encontra em um de seus momentos “diametralmente oposta” à *epochè* fenomenológica husserliana (*epochè* I)¹⁴. Essa *epochè* II “não exclui a fé no mundo exterior e nos seus objetos, mas, ao contrário, a dúvida sobre a existência desse mundo.” Ela se apresenta assim com “resistência específica” testemunhando o aprisionamento do homem no seu mundo. Se podemos falar como Blankenburg de uma fraqueza específica da *epochè* II na perda esquizofrênica da evidência natural, talvez sejamos justificados a falar de um “vigor” específico no melancólico.

O vigor da *epochè* II é a razão direta da solidez das experiências cotidianas que fizemos até agora. Podemos falar também de uma regularização do projeto existencial por retorno à facticidade ou ao ser-lançado (*Geworfenheit*). Trata-se

14. W. Blankenburg. “Phänomenologische Epoche und Psychopathologie”, in W. M. Sprondel u. R. Grathoff (Hrsg.). *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*. Stuttgart, Enke, 1979.

da dimensão temporal do ser-sido (*Gewesenheit*). O melancólico teme constantemente a perda da ordem, perda que lhe parece irreparável. Assim, ele cai numa maneira especificamente melancólica de “permanecer-atrás-de-si-mesmo” (Tellenbach). Cada falha na manutenção da ordem é vivida como dívida ou como “algo que não foi ainda quitado”. Já nomeamos essa maneira de se comportar de *post festum*.¹⁵ A língua japonesa atesta essa ligação: *sumanai* que quer dizer literalmente “ainda não terminado”, servindo tanto para pedir desculpas quanto para expressar gratidão, cada vez que nos sentimos devedores em relação a alguém.

Comparando com essas duas patologias, perguntamos: como se caracteriza a maneira de viver e de se comportar típica do doente estado-limite, em particular na sua temporalidade completamente específica?

A regra geral é “absorção na imediaticidade”. O doente estado-limite é absorvido na presença imediata dos objetos e não procura instaurar entre ele e seus objetos nenhuma relação, nenhum *aïda* ligando as entidades independentes. Ele não procura ultrapassar essa imediaticidade e ver além uma outra pessoa ou uma outra coisa como o outro lado da diferença (*aïda*), como algo diferente de-le-mesmo, ou, o que dá no mesmo, a isso opor-se ele mesmo como entidade independente subjetiva. Essa imediaticidade na qual ele se encontra é por assim dizer um espaço indiferente, vazio de qualquer momento de negação; negação que lhe seria necessária para que ele pudesse se transcender como Si-mesmo e se individualizar. Tal espaço não seria ainda um verdadeiro *aïda*, mas uma espécie de seu predecessor que poderíamos nomear o “pré-*aïda*”. Para que ele se torne o *aïda* inter-subjetivo do eu e do outro, e para que uma diferença inter-subjetiva aí seja constituída, é necessário que o eu e o outro se determinem negando um ao outro, ambos como independentes, e que sua imediaticidade originária seja também suprimida. A diferença é, então, a condição de possibilidade da individuação e da identidade do si-mesmo ao mesmo tempo que é seu resultado. Assim, a diferença e a identidade encontram-se numa relação de determinação recíproca, que seria impossível numa pura imediaticidade sem nenhum momento de negação.

Embora Akiko mantivesse relações com dois homens casados e tivesse que controlar suas visitas para que eles não se encontrassem, não apresenta nenhum conflito de culpabilidade moral. Enquanto está com um dos dois homens, a imediaticidade de sua relação com ele constitui para ela seu mundo inteiro, onde não permanece nenhum espaço livre nem para o outro, nem para a ética, nem para a moralidade do “a Gente” (*das Man*). Cada um dos dois amantes é para ela uma única totalidade, que é ao mesmo tempo a totalidade de seu ser-aí a

15. Kimura Bin. “Zeit und Psychose”, in W. Janzarik (Hrsg.). *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart*. Stuttgart, Enke, 1982.

cada instante. Isso, todavia, não significa que ela seja imoral, mas, antes, que ela não pode se apropriar de uma identidade do eu suficientemente substancial nem de uma identidade de papel; somente essas identidades possibilitariam uma reflexão moral, seja no sentido autêntico, seja no sentido do “a Gente”. Essa reflexão¹⁶ supõe sempre tanto uma identidade do eu independente quanto uma inter-subjetividade bem diferenciada.

Podemos dizer o mesmo em relação a Masuko. Esta se mostra bem superior a Akiko no que diz respeito à sua capacidade introspectiva, mas sente, frente a quase todos os outros, a ilusão curiosa de que eles são ela mesma, ou então um medo insuportável de ser retalhada e de que a unidade de sua pessoa seja transformada em pedaços por eles. Mas numa escuta atenciosa essas experiências revelam-se essencialmente diferentes daquelas de um esquizofrênico. Este último experimenta, em cada encontro com o outro, sempre o momento negativo da apropriação do si-mesmo do *aïda*, seu próprio jogo de transcendência tornando-se inteiramente estranho e caindo nas mãos do outro. Ao contrário, Masuko sente cada “outro” como totalidade imediata única integral, o que torna impossível toda constituição da diferença inter-subjetiva e intra-subjetiva. Assim, a estrutura de diferença de seu ser-aí como fundamento da sua identidade, que ela mantém sempre com muito esforço, é destruída em seu fundo. Esse perigo para a diferença-transcendência é experimentado precisamente como ameaça de perda do seu eu-sujeito. O mesmo processo subentende o medo terrível que ela sente não somente face aos homens, mas também a todas as outras coisas, particularmente às belas coisas que ela encontra, não na alienação (*Ent-fremdung*) ou na colocação para fora (*Ent-äuBerung*) da apropriação do si-mesmo do *aïda*, como é freqüentemente o caso no que diz respeito ao esquizofrênico, mas na supressão do fundo do *aïda* pela imediaticidade e, conseqüentemente, na dissolução de cada diferença na sua existência. Sua queixa de ser destroçada e de se encontrar em lugar nenhum e em todos os lugares se refere, então, à sua experiência dolorosa da imediaticidade preponderante suscitada por inumeráveis objetos que sempre ameaçam destruir sua estrutura de diferença já originalmente frágil.

Seu temor extraordinário da beleza é impressionante. Desde há muito ela não pode visitar o Jardim Botânico, e quando por acaso passa em frente a uma floricultura precisa fechar os olhos e fugir o mais depressa possível. Não somente as flores, mas também o céu, as montanhas, as árvores, os pássaros, enfim, todas as coisas belas assustam-na. A beleza é para ela literalmente, como nos versos de Rilke “o primeiro grau do terrível”. Antes de adoecer, ela era dotada de uma sensibilidade artística que ultrapassava de longe a média. Isso fala do

16. Cf. o artigo “Réflexion et soi chez le schizophrène”.

seu dom particular para a empatia intuitiva e de sua capacidade para sentir-se unida aos dados imediatos, mas ela corre também o grande risco de aí se perder. Para responder sem nenhuma reserva à fortíssima exigência da beleza, deveria renunciar ao fato de ela própria ser um ente. A facticidade de ser si-mesmo enquanto ente e a absorção na imediaticidade são duas exigências mutuamente excludentes. Para que possamos, enquanto ente intra-mundano, dar conta da beleza suprema, é necessário uma estrutura de diferença excepcionalmente sólida. É precisamente tal diferença que ela não é capaz de assegurar.

Em contraste com o esquizofrênico que procura, face à ameaça para sua transcendência, referir-se à possibilidade futura ilusória à vista do advir a si-mesmo, o doente estado-limite tende primeiro a escapar disso dissolvendo sua individualidade de ordem ôntica e, conseqüentemente, anulando sempre a própria postulação da sua transcendência. Assim, para esses doentes a aspiração da morte constitui um sintoma que acompanha necessariamente o estado-limite. Akiko tentou várias vezes o suicídio. Masuko tampouco jamais renunciou ao seu desejo de morrer, embora nunca tenha tentado suicidar-se. A única razão pela qual ela não o fez foi por não ser verdadeiramente capaz de entrar no nada por sua morte, temendo permanecer ainda um ente enquanto “falecida”. Esse tipo de aspiração pela morte diferencia-se radicalmente do suicídio do esquizofrênico, que aí vê a última possibilidade de realização de sua existência própria. Os doentes estados-limites não procuram o futuro possível, mas a união imediata com a pura *presença*. Essa *presença* não deve ser compreendida como o agora pontual que corre incessantemente ao longo do eixo do tempo, ou como um ponto virtual que podemos representar como fronteira do futuro e do passado sem poder experimentá-lo como tal. Mas a *presença* vivida pelo estado-limite é de fato uma infinitude antes de toda determinação de cada agora como presente, porque o nascimento do presente temporal é contemporâneo daquele do eu individualizado. Essa *presença* é uma realidade aquém de toda individuação, uma fonte originária a partir da qual cada eu individual se atualiza como si-mesmo na sua transcendência ou na sua diferença ontológica.¹⁷

Por essa absorção no presente, a maneira de ser de um doente estado-limite distingue-se não somente da maneira de ser de um esquizofrênico, mas também

17. H. Maldiney formula sua concepção do presente da seguinte forma: “... o presente é fundamentalmente paradoxal: ele tem um duplo estatuto extático... Ele é uma êxtase do tempo inicial no sentido de que sua concordância com si-mesmo repousa no seu acordo com um fora de si. Não há presente senão articulado com o passado e o futuro. Isso não significa que vamos colocá-los em relação num julgamento. Mas a articulação do presente – no seu ser-aí – como também a de não importa qual êxtase com as duas outras, é a própria constituição do tempo. As êxtases do tempo (presente, futuro, passado) não são simples negações. O “daqui a pouco” (quer seja retrospectivo ou prospectivo) não é a simples negação do agora. Sua inclusão e exclusão mútuas,

da do melancólico. Como já mencionamos, o modo de existência do melancólico caracteriza-se por sua fixação pronunciada sobre suas experiências já adquiridas, isto é, por sua atitude *post festum*. Ele entende tudo em função de um “como é que isso foi”, sob o horizonte do tendo-sido. A impossibilidade da transcendência num tal modo de existência já foi estudado em detalhe por Tellenbach e por Kraus, a cujas apresentações nada temos a acrescentar. O *Typus melancholicus* de Tellenbach corresponde a um tipo de vida que articula um mundo onde ninguém precisa se interrogar sobre a transcendência ou sobre a diferença ontológica. Esse tipo de pessoa apropria-se da ordem dos papéis mundanos, diluindo completamente a identidade de seu eu nas diversas identidades de papéis, o que o impede de escapar dessa ordem de papéis para ascender à transcendência. Qualquer divertimento ou *hobby*, uma embriaguez ou mesmo um jogo de azar que poderiam salvá-lo de seu mundo sufocante de trabalho e banalidade cotidiana, todas essas distrações – que representam de fato a grande satisfação da maioria dos doentes estado-limite – são recusados pelo tipo melancólico. Para um melancólico, não haveria nada de mais estranho do que uma tal imediaticidade fora da vida cotidiana.

Muitos pacientes estado-limite procuram um médico num tal estado de abatimento desesperado ou de humor depressivo que freqüentemente é impossível distingui-los da depressão melancólica endógena. Apenas as situações iniciais, qualitativamente diferentes, sem exceção, fornecem um critério de discernimento indiscutível. A depressão estado-limite não mostra jamais a situação pré-mórbida

como o do aqui e do lá, do próximo e do distante etc., são articulações de um mundo, não de alguma coisa em geral, e não de um mundo representado, mas de um mundo habitado, quer dizer, aberto a uma presença cujo ser para ... tem o espaço e o tempo como formas ontológicas-existenciais. A relação próximo-distante não tem nada a ver com colocar retrospectivamente em relação duas zonas do espaço e do tempo objetivos, separados por uma distância previamente instituída. Ela é, na origem da espacialidade e da temporalidade do sentir, a própria tensão do despertar junto às coisas, do ser-aí. Para ser na origem é preciso partir. A cada impressão *presente* nós despertamos para o mundo; nela somos com as coisas e com os outros originariamente, quer dizer, num mesmo surgimento ou salto primordial (*Ursprung*) que abre um lugar de presença. O presente é abertura do próximo no distanciamento do longínquo. Nele a presença está adiante de si porque ela é sua própria partida, o poder-ser de seu ser aqui. É o tempo ele-mesmo em sua articulação única que nele-mesmo separa o que ele une e une o que ele separa.” (p. 539). H. Maldiney. “Psychose et présence”, *Rev. Métaph. Moral.*, 81, 513, 1976. O presente deve essa característica extática paradoxal somente à diferença ontológica entre ente e ser, quer dizer, entre o eu-existente e o ser eu-mesmo, em consequência do surgimento do eu individualizado. Poderíamos também dizer que se deve à “hipostase” no sentido de Levinas, enquanto acontecimento do aparecimento de “algo que é”, o acontecimento “pelo qual o existente contrata seu existir” (p. 22 e sg.). “O acontecimento da hipostase”, diz Levinas, “é o presente, o presente parte de si, melhor ainda, ele é a partida de si. Na trama infinita, sem começo nem fim, do existir, ele é dilacerante. O presente rompe e renova; ele começa; ele é o próprio começo”. (E. Levinas. *Totaité et infini*. La Haye, Martinus Nijoff, 1980, 0. 32)

que Tellenbach descreveu com seus conceitos “de includência” e “remanência”. Aqui não aparece nenhum traço do *crescendo* característico que conduz da vida habitual através da constelação patogênica à aparição definitiva de uma psicose melancólica. Na maior parte dos casos uma depressão profunda segue, bruscamente, uma experiência de abandono ou de separação de uma pessoa íntima fortemente investida. Nossas doentes são destruídas após a ruptura com um amante. Apenas aparentemente esse momento inicial lembra o de uma melancolia, que se manifesta também muito freqüentemente após a perda de uma pessoa íntima. Enquanto essa perda é sempre vivida pelo tipo melancólico como supressão de um parceiro de seu papel interpessoal, que o desenraíza do seu ser-sido que é a sua única razão de ser, pelo contrário a ausência de um objeto de amor significa para a personalidade estado-limite uma suspensão imediata ou mesmo uma aniquilação de seu ser-aí atual ou de sua presença como tal.

A ausência de culpabilidade na depressão estado-limite constitui um outra diferença característica em relação à melancolia. Embora Akiko experimente desde a repugnância até a aversão por ela mesma, devido às suas relações múltiplas com homens e à sua dependência toxicomaniaca dos narcóticos, ela não demonstra nenhum sentimento de culpabilidade. Masuko tende a pensar sua própria existência como pecado ou como alguma coisa inadmissível, mas isso em relação à sua aspiração pelo “além”, o que indica uma problemática diferente da temática propriamente melancólica de culpabilidade. Essa diferença em relação ao fenômeno de culpabilidade tem ligação estreita com a diferença de temporalidade já mencionada. Segundo Tellenbach: “Não é justo dizer que a melancolia só faz ‘trabalhar’ sobre o tema da falta. Ao contrário, é o tema da falta que ‘fabrica’ por seu ‘trabalho’, de alguma maneira, a melancolia”¹⁸. No tipo melancólico é o humor depressivo que constitui o lugar onde ele expressa – quando alguma coisa vai contra a sua demanda de *status quo ante a* e deixa um acontecimento irremediável atrás de si – aquilo que não-pode-ser-terminado (*sumanai*) tanto no plano físico quanto psíquico. O doente estado-limite, por outro lado, não conhece nenhuma demanda de retorno ao estado anterior, nenhum arrepender-se face ao irremediável, por exemplo, não tem nenhuma consciência *post festum*.

No entanto, seria também incorreto concluirmos que os doentes estado-limite vivem inteiramente segundo o princípio da satisfação. É verdade que a maioria deles vive sempre seu desejo de prazeres momentâneos nos domínios da sexualidade, da toxicomania, dos jogos a dinheiro ou de qualquer outro divertimento, mas sempre com o objetivo de esconder o vazio e o desespero na sua existência e jamais pelo divertimento em si. Nossa segunda paciente, dotada

18. H. Tellenbach. *Melancholie*, 4. Aufl., Berlin-Heidelberg-Nova York, Tóquio, Springer, 1983, (p. 148); *A mélancolie*, PUF, 1979.

de uma grande sensibilidade estética antes de adoecer, desenvolveu durante sua depressão um sentimento de dor intolerável em relação a todo tipo de beleza, como se esta aniquilasse inteiramente sua existência. Pode-se falar, aqui, de uma dependência de alguma forma “toxicomaníaca” em relação à beleza. Para ela a beleza, ou melhor, a imediaticidade em geral tem o mesmo valor de atração destrutiva tão típico da droga para os toxicômanos. Isso é ilustrado pelo comportamento paradoxal da doente que se esforça penosamente seja para não se perder na imediaticidade tão potente, seja para ser ela-mesma um existente substancial no mundo.

V. Gebattel viu claramente que o momento da repetição é primordial para a temporalidade da toxicomania. Ele escreve:

Tendo perdido a continuidade de sua história interior, o toxicômano só existe de ponto em ponto no instante de uma satisfação aparente, em descontinuidade. Mal consegue cobrir o vazio de seu presente pela satisfação, pela sensação, pelo entorpecimento, pela embriaguez, pelo jogo, pelo sucesso etc., ele já se encontra capturado pela irrealidade de sua experiência sob a forma de frustração e de “ressaca”, o que o forçará seguidamente a repetir suas condutas impulsivas. O toxicômano faz sempre a mesma coisa, experimenta sempre a mesma coisa e não avança jamais no meio do tempo imanente à vida.¹⁹

Isso vale literalmente para os nossos doentes estado-limite.

Absorver-se na imediaticidade correndo o risco de perder-se a si-mesmo, recobrir o vazio da existência pelo êxtase momentâneo entusiástico, realizar os princípios de vida e de morte – aqui estão todos os traços essenciais de uma orgia e, de forma atenuada, de todas as festas, que é necessário constantemente repetir para enganar o vazio e o tédio da banalidade da vida cotidiana. É a presença imediatamente presente que constitui precisamente sua dimensão temporal típica. Poderíamos dizer que o doente estado-limite se encontra no meio desse mundo da festa. Assim, seu modo de existir pode ser explicitado em termos *intra festum*.

Pela referência ao êxtase fora da vida cotidiana e pela introdução do conceito *intra festum*, encontramos de repente muito próximos do estado da existência dos doentes paroxismais, em particular dos comitosos cujo modo de existir em crise estudamos num outro trabalho²⁰. Não é por acaso que a maioria dos doentes estado-limite têm traços de personalidade comuns com os epiléticos do despertar (*Aufwachepileptiker*) de D. Janz, assim como com uma parte dos maníaco-depressivos bipolares notadamente seu caráter caprichoso, imprudente, inconsistente, sugestionável, sua atitude toxicômana, sua paixão pelo jogo, e, em

19. V. E. von Gebattel. *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1954, p. 134.

20. Kimura Bin. “Epilepsie in anthropologischer Sicht”, in *Daseinsanalyse I*, 192-202, 1984.

particular, sua proximidade com a morte. Mas aqui podemos apenas fazer alusão a esse problema do parentesco essencial entre o estado-limite, a epilepsia e a psicose maníaco-depressiva, parentesco que é objeto de um outro estudo²¹.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., 1980.
- BENEDETTI, G. “Das Borderline-Syndrom. Ein Kritischer Überblick zu neuen psychiatrischen und psychoanalytischen Auffassungen”, *Nervenarzt*, 48, 641-650, 1977.
- BINSWANGER, L. *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Bd. I, Bern, Francke, 1947.
- _____. *Schizophrenie*. Pfulligen, Neske, 1857.
- BLANKENBURG, W. *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart, Enke, 1971.
- _____. “Phänomelogische Epoche und Psychopathologie”, in W. M. SPRONDEL u. R. GRATHOFF (Hrsg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*. Stuttgart, Enke, 1979.
- BOSS, M. *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern-Stuttgart, Huber, 1957.
- GEBSATTEL, V. E. v. *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1954.
- HEIDEGGER, M. *Wegmarken*, 2. Aufl. Frankfurt, Klostermann, 1978.
- HOCH, P. & POLATIN, R. “Pseudoneurotic forms of schizophrenia”, *Psychiatr. Q.* 23, 248-276, 1949.
- KERNBERG, O. F. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Aronson, 1975.
- KERNBERG, O. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse, Privat, 1979.
- KIERKEGAARD, S. “Die Krankheit zum Tode”, in *Die Krankheit zum Tode und Anderes*, 2. Aufl., Köln/Olden, Hegner, 1956.
- KIMURA, B. “Schizophrenie als Geschehen des Zwischenseins”, in *Neuropsychiatrie*, 46, 434-439, 1975.
- _____. “Zeit und Psychose”, in W. JANZARIK (Hrsg.), *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart*, Stuttgart, Enke, 1982.
- _____. “Epilepsie in anthropologischer Sicht”, in *Daseinsanalyse, I*, 192-202, 1984.
- KOEHLER, “Borderline-Syndrome; Grensgebiet oder Niemandland?”, in *Nervenarzt* 54, 221-230, 1983.
- KRAUS, A. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*. Stuttgart, Enke, 1977.
- LEVINAS, E. *Le temps et l'autre*. Paris, PUF, 1979.

21. “Pathologie de la immédiateté”, p. 129.

MALDINEY, H. "Psychose et présence", in *Rev. Metaph. Mora.*, 81, 513, 1976.
WYSS, D. "Biographie als Sinngebung des Sinnlosen?", in *Z. Psych. Psychopath. Psychother.*, 32, 100-111, 1984.

Resumos

Después que el concepto de borderline o de "estado-limite" fue constituido, su empleo se generalizó rápidamente en la psiquiatría contemporánea.

Ese concepto está edificado inicialmente en la frontera entre las psicosis esquizofrénicas y las neurosis. En psicoanálisis, la psicogénesis del estado-limite fue principalmente formulada en términos de teoría de la relación de objeto. Se supone que los enfermos estado-limite fracasaron, en su primera infancia, en integrar suficientemente, en las relaciones, su imagen de yo a la imagen primordial del objeto materno.

En este trabajo, postulando el clivaje como un trastorno generador, se ofrece un fundamento teórico para el parentesco, primeramente supuesto desde el punto de vista puramente clínico, entre el estado-limite y la esquizofrenia.

Une fois établi, le concept de borderline ou état limite s'est rapidement disséminé dans la psychiatrie contemporaine.

Au départ, ce concept a été bâti à la frontière entre les névroses et les psychoses schizo-phréniques. En psychanalyse, la psychogenèse de l'état limite a été principalement formulée en termes de théorie de la relation d'objet. On suppose que les patients borderline ont échoué, dans leur première enfance, à intégrer de manière suffisante, dans leurs relations, leur image du moi à l'image primordiale de l'objet maternel.

Ce travail, ou le clivage est considéré comme cause de ce trouble, propose un fondement théorique à la parenté, d'abord supposée du point de vue purement clinique, entre l'état limite et la schizophrénie

Once the concept of "borderline" or "limit state" was constituted, its use quickly widespread around the contemporary psychiatry.

Such concept was primarily built on the edge of neurosis and schizophrenic psychosis. In psychoanalysis, the psychogenesis of this limit state has mainly been formulated in terms of the object relationship theory. Borderline patients are supposed to have failed, in their primary childhood, to integrate in a sufficient way, into their relationships, their image of the Ego to their primordial motherly object image.

This paper, after assuming cleavage as the disturbance generator, proposes a theoretical base, first supposed from a purely clinical point of view, for the kinship between limit state and schizophrenia.