

Psicofarmacologia e análise existencial*

Roland Kuhn

A psicofarmacologia e a análise existencial utilizam métodos de investigação científica e psiquiátrica diferentes, visando melhorar a prática psiquiátrica.

Supondo que cada um destes métodos seja reconhecido com sua característica própria, eles podem se complementar com sucesso.

A análise existencial permite uma compreensão mais precisa das estruturas psicopatológicas essenciais das indicações terapêuticas das substâncias psicofarmacológicas. Os conhecimentos proporcionados pela análise existencial podem ser confirmados e verificados de forma quase experimental, mediante dados da psicofarmacologia. Conseqüentemente, é conveniente utilizar ambos os métodos simultaneamente e sempre manter os respectivos resultados em uma relação de reciprocidade efetiva.

Palavras-chave: Análise existencial, psicofarmacologia, psiquiatria

* Publicado originalmente em *Revue internationale de Psychopathologie*, Presses Universitaires de France, n. 1/1990, p. 43-67. Tradução de Monica Seincman. Para a tradução de algumas noções filosóficas, remetemos ao glossário em: Ludwig Binswanger. *Introduction à l'Analyse existentielle*, traduzido do alemão por J. Verdeaux e R. Kuhn. Paris: Minuit, 1971.

A psicofarmacologia e a análise existencial são duas noções da psiquiatria de hoje.

O problema de sua relação deve ser explicitado a partir do conhecimento desta pertença, mas, no entanto, é justamente este que nos faz falta.

Com efeito, os psicofarmacologistas e os defensores da análise existencial falam duas línguas diferentes e não se compreendem, advindo daí a impressão de que estes dois domínios teriam se encontrado apenas por acaso no interior da psiquiatria sem mesmo se tocarem nem, ainda menos, se acharem ligados por uma relação interna.

O ser psiquicamente doente é, entretanto, justamente a ligação entre psicofarmacologia e análise existencial, sendo o objeto de observação destas duas disciplinas.

Ambas desejam conhecê-lo no modo essencial de aparecimento de sua doença, a fim de assistir-lhe e, quando possível, curá-lo. Ambas procuram atingir este objetivo por vias diferentes.

A via da *psicofarmacologia* é clara: considera o doente um *organismo* que deve ser compreendido *biologicamente* e explorado por meio dos *métodos das ciências naturais*, utilizando, para tanto, em primeiro lugar, a indução. Entre os fenômenos que ela encontra, estrutura grupos conforme a similitude de seu aparecimento, coordenando isso por acréscimos sucessivos.

É assim que a psiquiatria construiu uma teoria da doença: a *psicopatologia*. Para atingir este objetivo, ela inicialmente pesquisou quadros clínicos claramente delimitados. Ao lado de modos de comportamentos idênticos, estava a evolução que, mais do que qualquer outro elemento, era significativo; assim, antes de tudo, consegue-se compreender as doenças fundadas sobre o psíquico como grupo homogêneo a partir de lesões cerebrais orgânicas objetivas e graves. Em seguida, a partir do grupo restante, ainda muito conseqüente, foram descritas três grandes síndromes designadas com o vocábulo “psicoses endógenas”: maníaco-depressiva, esquizofrênica e epileptóide paroxística.

Esta classificação confere aos esforços sua linha diretora, permitindo atualmente aos medicamentos agir sobre cada uma destas doenças.

As novas substâncias psicofarmacológicas – os antidepressivos, os neurolépticos e os anti-epilépticos – encontram assim suas indicações.

Os hipnóticos clássicos, os sedativos e aquilo que se chama de ansiolíticos podem apenas entrar aqui com restrição.

A *aplicação clínica* dos medicamentos psicofarmacológicos encontra-se assim bem delimitada.

À psicofarmacologia, no entanto, pertence igualmente a *farmacologia propriamente dita* destas substâncias. Ela explora seu modo de ação sobre as estruturas anatômicas e os processos metabólicos por meio da experimentação no animal e dos métodos bioquímicos.

A via da psicofarmacologia a afasta necessariamente do indivíduo doente e sofredor; isso também é constatado nos simpósios e congressos sobre o tema: no anfiteatro escuro somente aparecem na tela de projeção dados, números, curvas, validades e são discutidas apenas relações recíprocas destes “fatos”. O doente, esquecido, desapareceu.

É muito mais difícil descrever o modo de agir da *análise existencial*. Poder-se-ia dizer que, contrariamente aos esforços da ciência natural, ela recupera o doente do esquecimento em que caiu. Isto é correto, mas há outros métodos que também visam este mesmo objetivo, um dos quais a psicanálise, em seus diferentes desenvolvimentos, que se aproxima desta meta em diversos graus.

O caráter específico do modo de agir da análise existencial é muito mais amplo do que qualquer procedimento que se apóia em teorias psicanalíticas. Ela não considera apenas o doente isolado em sua unicidade, mas o “deixa” (em referência ao *sein lassen* de Heidegger) em seu próprio mundo. A este mundo pertencem também outros indivíduos e, igualmente, aquele que se ocupa dele como médico e que, ele próprio, com seu próprio mundo, entra em relação com o paciente. Doente e médico encontram-se assim em um mundo comum, no qual, aliás, cada um dos parceiros se comporta entendendo-se com seu próprio mundo que nunca é totalmente recoberto pelo mundo comum. Toda ação da análise existencial sobre um doente psíquico pode apenas obter uma elaboração em imagem ou em linguagem do próprio doente ou de uma de suas próprias produções. Como modo de observação da análise existencial, pertence qualquer método que nunca inflija um esquema pré-estabelecido no mundo de um indivíduo doente, exceto na linguagem. A ação da análise existencial, pelo contrário, destina-se a *penetrar as condições teóricas* do encontro com um doente em sua significação.

Tais condições podem ser utilizadas de modo *consciente e voluntário* como na psicanálise de Freud ou nos modos de observação “sistêmicos” mais recentes ou, ainda, elas são contidas nas *condições óbvias*, sobre as quais,

conseqüentemente, *não se reflete*. É assim que diversos conceitos diagnósticos e psicopatológicos são atacados, geralmente, por *juízos* de valor *moralizadores*.

Ludwig Binswanger (1933) assinalou isso há mais de cinquenta) anos em seu estudo sobre *A fuga das idéias* (p. 70 da edição alemã).

Alguns esforços da antipsiquiatria para eliminar a terminologia psiquiátrica e o diagnóstico podem encontrar, nesta tendência moralizadora da psiquiatria de desvalorizar o doente, a mais irrefletida, certamente, de suas raízes.

Assim, substituiu-se o conceito moralizador da psicopatia, freqüentemente considerado hoje como um escândalo, pelo de “síndrome *borderline*”.

Conceitos como psicopatia depressiva, ciclotímica, esquizóide, epileptóide dão, no entanto, indicações diagnósticas que abrem, hoje mais do que antes, *possibilidades terapêuticas*. Não se deveriam mais, a partir de agora, evocar as descrições mais recentes, confusas e desprovidas de significação, tais como “caso limite” ou “doença psicossomática”.

O conceito de psicopatia permitiu, recentemente, compreender uma grande parte destes doentes considerados inclassificáveis após terem sido estabelecidos os três grupos de psicoses endógenas que citamos acima. Sempre que se suprimiram os juízos de valor, substituindo-os pela obscuridade ou por sistemas teóricos artificiais, foram registrados fracassos e é preciso dar crédito à teoria das doenças psiquiátricas, válida até hoje, e apesar de suas imperfeições, por ter colocado um pouco de ordem no universo confuso das anomalias e doenças psíquicas. Sua ordem em nada é aleatória; ela repousa muito mais em critérios baseados sobre o essencial do que aqui nos ocupa e, por isso, torna possíveis tratamentos psicofarmacológicos bem “mirados”.

A psicopatologia tal qual foi criada por um paciente trabalho de gerações, década por década, detém um enorme tesouro de experiência que deve superar julgamentos irrefletidos e influências de idéias banais que, freqüentemente, provêm de uma necessidade de causalidade prematura. Mesmo entre os psiquiatras, por exemplo, acha-se difundida a opinião ingênua de que um sintoma como a angústia, encontrado em tantos doentes psíquicos e físicos, assim como naqueles que se sentem bem, poderia ser tratado por um ansiolítico.

Os resultados são, aliás, correspondentes quando não são, considerados em um lapso de tempo bastante longo, francamente maus. Não é raro ver doentes tornarem-se dependentes de medicamentos e reaparecerem os sintomas, apesar da persistência do tratamento. Vêm se somar outros fenômenos patológicos, às vezes neurológicos, que não provêm da doença, mas da medicação.

Quanto à análise existencial, ela permite – outra questão central – esclarecer não apenas a psicopatologia, mas também a psicofarmacologia.

Pensamos aqui na *distinção* fundamental entre transtornos *endógenos* e *exógenos* ou *reativos* da saúde. O médico especialista em psicofarmacologia vive

sempre a experiência de que os antidepressivos agem favoravelmente sobre as depressões reativas. Permitimo-nos insistir particularmente neste ponto.

Outros transtornos, também eles evidentemente “reativos”, as “neuroses” com manifestações históricas paroxísticas, ataques de pânico, outras manifestações de ansiedade e de neurose obsessiva obtêm grandes benefícios, em diversos casos, dos medicamentos psicofarmacológicos.

Sem dúvida, não é fácil escolher os medicamentos adequados para um caso específico e prescrevê-los convenientemente. Quando se é bem-sucedido, as substâncias psicofarmacológicas diminuem muito os esforços psicoterapêuticos e reforçam sua eficácia.

O médico especialista em psicoterapia, em sua atitude crítica em face de sua atividade, sempre observa modificações particulares no estado de um paciente; estas, por meio da evolução das entrevistas, assim como do desvelamento dos conteúdos psíquicos e de experiências vividas traumáticas recalçadas, não conseguiam ser compreendidas de modo suficientemente amplo e no doente ao longo do tratamento, de repente constatava-se uma melhora ou uma regressão sem que, pela *observação não preconcebida de toda a situação, fosse possível saber o porquê*.

Estes dois modos de apreensão vão no mesmo sentido. Quando se está atento para se fazer determinadas perguntas precisas e suficientemente instruído pelas imagens psicopatológicas, descobre-se nos transtornos reativos, referentes à saúde e ao comportamento *no domínio da “disposição afetiva”*, desajustes que se produzem por fases e que trazem transtornos do humor fundamental depressivos e maníacos. Assim também se dá na *disposição para acumular as emoções* que conduzem a descargas paroxísticas, mas esta disposição nem sempre é tão marcada. Experiências sentimentais podem, também elas, ser influenciadas por acontecimentos externos. Quanto mais importante é o papel destes acontecimentos externos, mais leves são as conseqüências, tanto nos doentes psíquicos quanto nos que estão saudáveis. À exceção de acontecimentos extremamente traumatizantes, qualquer transtorno do humor fundamental que se prolonga ou estagna, qualquer humor anormalmente descoordenado, deve levar o médico a considerar processos endógenos. Estes se produzem *espontaneamente* e não são seqüências fortuitas, a tonalidade do humor fundamental podendo ser também influenciada por processos externos.

Modificações do estado do humor que podem aparecer como reativas repousam freqüentemente sobre um acontecimento que não pode depender nem da vontade própria, nem de incidentes externos. Estas modificações desenrolam-se em um *segundo plano do humor espontaneamente surgido* que, verdadeiramente, as comanda e a partir do qual elas podem ser também *influenciadas pelo tratamento medicamentoso*.

Quem observar a vida sentimental do doente com precisão verificará o quanto os diferentes sintomas aparecem e desaparecem conforme a tonalidade do humor sem que o paciente – ou o médico – possa controlá-los. Ocasionalmente, poder-se-á observar igualmente sintomas patológicos efêmeros que permitem um olhar um pouco mais penetrante sobre o acontecimento.

Muito provavelmente, eles acontecem com muito maior freqüência do que os médicos têm a oportunidade de vê-los e isso principalmente em virtude de sua inconstância, que torna difícil sua observação.

Para esclarecer concreta e metodologicamente os dados teóricos que acabamos de desenvolver, escolhemos dois doentes em sua história e terapia.

Um enfermeiro de 58 anos, cuja inteligência conhecemos, vem nos pedir conselho, pois ele próprio diagnostica em si uma idéia delirante depressiva de ruína total, que acontece há algum tempo, sempre pela manhã, com duração de aproximadamente uma hora, às vezes menos. Neste momento, ele está convencido de que nunca terá dinheiro suficiente. Ele tem, no entanto, três filhos que estudam na universidade e sabe muito bem que sua situação financeira é bastante segura e que sua idéia delirante é ridícula, mas nada pode contra ela e fica angustiado a partir do momento em que ela se apresenta, enquanto, ao mesmo tempo, se anunciam um vago sentimento de culpa assim como idéias suicidas. Ele começa, então, a tremer e a sentir uma fraqueza geral, particularmente nas pernas. Sozinhos, os sintomas e os sinais físicos desaparecem no mais tardar pela hora do almoço. É evidente que se trata aí de uma hipoglicemia matinal que se corrige rapidamente após a ingestão de glicose.

Nem toda hipoglicemia, no entanto, provoca um delírio depressivo, nem todo delírio depressivo provém de uma hipoglicemia. Trata-se, pelo contrário, de algo muito raro, mas há visivelmente uma dependência unívoca dos dois fenômenos; provavelmente age aqui um componente constitucional que se traduz por uma tendência a se manifestar pela manhã.

Relataremos ainda aqui um outro caso, pouco freqüente, de delírio de empobrecimento. Uma mulher de 73 anos, que sofre de hipertensão arterial compensada e de diabetes tratado e que reage bem à terapêutica, apresentou, há aproximadamente seis meses, repentinamente, uma depressão grave com uma sintomatologia psicótica que pode ser designada de melancolia. Ela se queixava de uma angústia terrível e externava sentimentos de culpa intensos, pensando que, desde a morte de seu marido acontecida há mais de 15 anos, ela tinha, por negligência sua, dilapidado a herança de seus filhos. Não havia sobrado nada e ela era a única culpada. Ela freqüentemente diz aos que a cercam que deveria sumir, morrer queimada. Ao lado disso, existem os sinais típicos de uma depressão vital com sentimento de peso, de desconforto, de opressão, seus pensamentos giram apenas no espaço do delírio, seu negócio está comprometido, ela se torna incapaz

de cuidar de sua casa. À noite, constatam-se melhoras em seu humor, mas ela não quer dar o braço a torcer. Esta doente foi hospitalizada por quatro meses em uma clínica psiquiátrica, tratada sem sucesso com diversos medicamentos. Sem ouvir o conselho dos que a cercam, permite-se que ela saia, mas os médicos desse estabelecimento não haviam observado que ela não havia de forma alguma se curado, dissimulando muito habilmente sua doença; disso era totalmente capaz, já que, cinquenta anos antes, estudara enfermagem psiquiátrica, o que podia lhe ser útil aqui. No entanto, diante de seus familiares, ela não escondia nada de seu verdadeiro estado, mas dizia que não tinha confiança alguma nos jovens médicos da clínica e que os considerava incapazes de ajudá-la.

Esta mulher veio de uma família hereditariamente comprometida – seu filho sofre diversas hospitalizações psiquiátricas em virtude de várias depressões graves. Há dois anos, tendo sido por esse motivo novamente hospitalizado, por meio de dissimulação, conseguiu permissão para passar o domingo em família e se enforcou.

Após quatro anos de atividade profissional em clínica psiquiátrica, a doente desposou um agricultor, cuja propriedade era vizinha da cidade, que dela exigiu uma parcela importante para seu desenvolvimento urbanístico. Uma outra parte de sua propriedade foi inclusa em uma zona de construção, o que aumentou muito o valor e a herança do marido tornou-se, pois, considerável. Seis meses antes da irrupção da doença de sua mãe, o conjunto dos herdeiros vendeu o terreno por mais de um milhão de francos suíços. Alguns dias antes da consulta com um novo psiquiatra, os herdeiros dividiram o dinheiro conscienciosamente, o que elevou a fortuna já existente da doente a 500 mil francos (suíços).

À objeção do médico à sua crença de haver dissipado todo o dinheiro dos herdeiros, ela disse: “Mas foi assim! Está tudo muito claro!”.

Os dois doentes têm em comum terem sido atingidos em uma idade já avançada; seu delírio de empobrecimento não tem fundamento algum na realidade de sua situação financeira. Na doente, a desproporção entre o estado real de sua fortuna e a idéia de ruína é simplesmente extrema. Ambos tiveram uma formação psiquiátrica e, em seu trabalho, conheceram doentes depressivos. Todos os dois têm origem camponesa e não tiveram uma infância fácil nem confortável e isso poderia desempenhar um papel na *patoplástica* de suas idéias mórbidas. Experiências na história de sua vida impregnam o *conteúdo* psicopatológico do quadro clínico e confirmam provavelmente, pelo menos em parte, que os dois doentes sofrem de um delírio de empobrecimento e não de algum delírio hipocondríaco. O surgimento do delírio tem, no entanto, causas bem diferentes e isso se refere à *patogênese*.

Os dois doentes, em um ponto essencial, são muito semelhantes, apesar de diferirem fortemente em seu quadro clínico externo. O homem se mantém no

centro de uma atividade profissional irrepreensível e mostra uma perfeita discrição, enquanto a mulher está gravemente atingida e, desde o primeiro olhar, é possível ver seu sofrimento em seu rosto com uma expressão tipicamente depressiva.

No homem, trata-se de um acontecimento episódico que surge aqui e ali por um breve lapso de tempo, uma hora ou menos, enquanto na mulher a modificação de todo o modo de existência vai se prolongar pelo menos por meses. Assim, vemos imediatamente, de modo coerente, que o homem tem uma consciência de seu estado e reconhece a idéia delirante como tal, as fases de saúde normal se restabelecem rapidamente. A mulher, quando experimentar uma melhora, conseguirá a mesma compreensão de sua doença. A cura bioquímica visivelmente leve não é possível neste estado grave e durável.

O delírio, também neste caso, é completamente independente tanto da alimentação quanto do estado diabético. Considerando as coisas sob o ângulo da psicopatologia, é no momento da manifestação do sintoma que nossos dois doentes mais se parecem.

O sintoma que em primeiro lugar os afeta é o *delírio* sob a forma de *ruína* e de *culpa*.

Não é apenas na psicopatologia, mas também na via cotidiana, assim como na literatura, que se julga o delírio como o sinal mais evidente de uma *doença psíquica*; pensamos aqui em *Aurélia* de Gerard de Nerval (s/d.), por exemplo.

Para o nosso tema de “Psicofarmacologia e análise existencial” é ainda o *delírio* que surge como ponto de partida. Convém acrescentar, no entanto, que “fenômeno puramente psíquico” é, propriamente falando, inacessível a qualquer consideração ou pesquisa em termos de ciência natural. É, por exemplo, o que descreveu Gruhle (1932) em 1928 no *Compêndio de doenças mentais* de Bumke: “É evidente que ninguém, até hoje, conseguiu mostrar em que consiste a natureza do delírio; por mais banal que o próprio vocábulo possa parecer, todas as tentativas de uma definição foram, até hoje, infrutíferas” (p. 70).

Hoje, a psicofarmacologia está totalmente ligada ao modo de observação da psicopatologia e das ciências naturais.

Manifestações psicopatológicas representam, no entanto, os pontos de partida de pesquisas para a análise existencial. Em um certo sentido, elas podem ser apreendidas como uma *ponte* entre a psicopatologia e a análise existencial.

A psicopatologia deve evidenciar as estruturas psíquicas que são sensíveis a uma medicação psicofarmacológica. Trata-se justamente das estruturas do delírio que, como mostrou Hans Kuhz em um estudo publicado em 1931 (“A fronteira das interpretações delirantes psicopatológicas”), não podem ser apreendidas em seu caráter mais íntimo. Chocar-se com esta barreira obriga o psiquiatra a sair da psicopatologia. Após o que dissemos acima sobre o método

psicopatológico pelas vias das ciências naturais, isto significa novamente um abandono das estruturas comuns em prol das estruturas individuais. Para este fim, um exame pelo método da análise existencial beneficiar-se-á de pegar como ponto de partida os quadros clínicos de um indivíduo doente e alguns fenômenos mórbidos como, por exemplo, um delírio.

Hans Kunz (1931) mostrou, antes de tudo, que o delírio não pode ser compreendido como um fenômeno em si. É impossível chegar aí caso se considere somente o conteúdo das idéias delirantes. É, sim, uma inversão fundamental de toda a existência que está na base do “delírio primário”, tal como o apreciaram Kunz e Jaspers (1945) como patognômico da esquizofrenia.

Ludwig Binswanger (1958), depois de Kunz (1931), evidenciou claramente em 1958 que isso era também válido para o delírio depressivo e mais um passo foi dado por Wolfgang Blankenburg em um trabalho de 1967 (*A visão do delírio à luz da antropologia e da análise existencial*). Ele diz: “O interesse particular da pesquisa sobre o delírio deve dirigir a atenção em primeiro lugar para uma relação com o mundo pré-intencional, utilizando o termo *Dasein* no sentido de ‘ser-no-mundo’.” Assim, conseguimos expressar que apenas o método da análise existencial pode bastar às exigências aqui levantadas, pois qualquer modo de abordagem de fenômenos psicopatológicos por meio da psicopatologia e das ciências naturais continua do domínio do intencional. Este também não deve ser abandonado quando se fala de uma “necessidade delirante” ou de um “humor delirante”, pois a relação com o mundo pré-intencional deve expressar em termos pré-intencionais a experiência pré-verbal, o “sentir” (*Empfinden* no sentido de Erwin Straus tal qual empregado por Henri Maldiney, 1973, 1975) da “disposição afetiva” e da “pulsão”.

A este fenômeno também pertence o inconsciente da psicanálise e o que pode ser compreendido deste sempre difícil conceito. Também para a análise existencial, uma expressão adequada reserva aqui grandes dificuldades.

A *passagem* do modo de observação da *psicopatologia* ao da *análise existencial* pode ser visualizado pela sintomatologia da evolução em direção à cura de uma doença delirante. Daremos como exemplo disso a doente anteriormente descrita que sofria de melancolia.

Após tentativas terapêuticas fracassadas, um tratamento mais adequado à gravidade do quadro clínico na escolha, na dosagem e no modo de aplicação dos medicamentos foi instaurado. Este trouxe a melhora constante que se previa. A maneira como se elaborou fornecerá as bases necessárias à seqüência de nossa apresentação.

Esta mulher que não parou por meses de girar em falso, gemendo e se queixando, começou logo a se acalmar objetivamente. Ela se ocupava novamente de seu lar. Sua mímica congelada começou a se relaxar um pouco, aqui e ali

aparecendo um sorriso. Durante semanas ainda, ela continuou a negar a melhora confirmada pela família. Ela exteriorizava ainda idéias de empobrecimento e de culpa, mas não mais afirmava que a catástrofe já chegara ou era iminente, ela admitia que talvez se produzisse apenas em uma semana e, em seguida, esta eventualidade foi sempre se protelando no tempo. Ela começou a se levantar cedo, preparar o café da manhã para uma de suas filhas que morava junto com ela e tornou-se cada vez mais ativa, recomeçando a sair só.

Um dia, ela foi encontrar sua nora, para lhe perguntar o que esta havia gasto com ela. Desde que ficara doente, sempre afirmara não mais ter dinheiro em casa e não poder pagar nada. Pouco tempo depois, seus netos relataram que a avó lhes havia dado dinheiro para a feira anual à qual contavam comparecer. Ela era então da opinião de que o dinheiro devia também servir para o futuro. “Eu vou muito melhor”, dizia ela, “não mais tenho necessidade de ir ver o médico”. É óbvio que o tratamento devia ainda ser seguido regularmente.

Tal evolução é típica. O tratamento psicofarmacológico coloca em andamento um processo que, provavelmente, teria sido acionado espontaneamente, mas em essência mais lentamente, em algum momento, à condição de proteger a doente contra o risco de um suicídio sempre presente e de, em uma idade mais avançada, impedir uma cronificação, sempre possível.

O psicopatologista descreve assim o processo de cura: “a inibição psicomotora” regrediu e “o transtorno depressivo do humor” melhorou.

Assim, teriam também desaparecido as idéias delirantes, os impulsos suicidas e a angústia. Isto sem dúvida não é falso, mas não expressa praticamente nada do que verdadeiramente se passava ao se “cair doente”, durante a patogênese e durante o processo de cura no próprio doente, em seu próprio mundo e em seu ambiente. Antes de tudo, jamais torna compreensível como os ditos “inibição psicomotora” e “transtorno depressivo do humor” fizeram aparecer o fenômeno particular que consistia na catástrofe hipotética de uma ruína total, apesar de a presença do dinheiro ter sido objetivamente constatável e de este estar à completa disposição dos doentes. Continua igualmente misterioso como, no processo de cura, se intercala um intervalo de tempo mais longo entre o momento presente e o advento da catástrofe esperada. Isto aparece como se, no que está se libertando, uma atividade pudesse novamente se pôr em jogo para a qual se amplia, então, um espaço de liberdade para uma ação “liberada”.

Com esta última frase, já deixamos o domínio da psicopatologia clássica. *Interrogamo-nos* principalmente sobre *as condições da “ação”* e assim fomos levados aos *problemas de tempo e espaço*.

Cada ação tem, com efeito, necessidade de um espaço que podemos concretamente denominar de “espaço de jogo” para agir e de tempo para se desenvolver, estas duas eventualidades faltavam na doença gravemente depressiva.

É inclusive evidente que os medicamentos psicofarmacológicos intervêm nestas funções perturbadas, *ampliando o espaço de jogo e alongando o tempo disponível*, o que torna novamente possível uma ação plenamente razoável.

É evidente que não é o movimento em si que é perturbado, o depressivo inibido não fica paralisado como após uma lesão nervosa ou uma hemorragia cerebral. Ele pode se mover. Ele não tem *déficit neurológico da motricidade* algum no sentido usual do termo. São as *condições da ação razoável e apropriada* que são alteradas ao extremo. No entanto, as condições da ação razoável e apropriada não estão ausentes apenas nos depressivos puros, mas também nos pacientes psíquicos cujo transtorno depressivo do humor se encontra misturado com outros sintomas psicopáticos mais importantes e que se apresentam na linha de frente.

Até hoje o problema foi apenas esboçado sem delimitação clara. É, pois, interessante aproximarmo-nos mais dele.

Para isto, é indispensável que, ao lado do delírio, evoque-se um outro fenômeno central do qual se queixam os depressivos e que ocupa aqui um lugar importante no quadro clínico dos dois doentes apresentados: *a angústia*.

O doente depressivo sofre de angústia no sentido mais verdadeiro do termo. Ele não teme uma infelicidade que se aproximaria dele, isso não tem nada a ver, como se poderia erroneamente pensar, com os conteúdos das idéias delirantes, anunciando-lhe uma infelicidade que, ameaçando, se aproxima. O que o depressivo descreve como angústia é algo totalmente diferente sobre o qual não pode fornecer maiores informações.

Heidegger (1977) em *Sein und Zeit* discriminou claramente a angústia e o medo que, em uma linguagem popular, são freqüentemente empregados como sinônimos.

Para Heidegger, a angústia é uma disposição afetiva fundamental da presença (*Dasein*) (p. 184). O medo, o terror, o horror, o pavor significam experiências psíquicas nas quais o “ameaçador” – preciso ou impreciso – aproxima-se, lenta ou rapidamente. Na angústia, pelo contrário, o ameaçador não está em parte alguma. “A angústia não sabe de onde ele vem, diante do que ela se angustia.” O ameaçador não pode vir de uma dada direção, aproximar-se no interior da proximidade, ele já está “aí” e, no entanto, em parte alguma, está tão próximo que sufoca e corta a respiração e, no entanto, não está em parte alguma (p. 186).

A *angústia*, no sentido de Heidegger, não é algo que vem, mas “que já está aí”.

Na depressão melancólica psicótica, a angústia, a perda do dinheiro, a culpa também já estão “aí”. O que a doente diz corresponde exatamente à experiência por que passa. Quando ela confessa estar diante de uma oposição externa que não teria acontecido, isto nada muda de sua experiência originária. Esta, no entanto, é a experiência de uma privação, *de uma perda de algo que não é mais*. A catástrofe já chegou!

O que se perdeu, o que não é mais? Para a doente é o dinheiro, ou seja, algo “sendo” no sentido de Heidegger. Como o dinheiro, as coisas também perderam sua familiaridade, ela não mais pode fazer uso delas. Ela não mais pode dar dinheiro. Ela também não pode mais fazer uso de outras coisas. Diversos doentes não podem mais fazer uso da comida, ou seja, não se alimentam mais. Não se vestem mais, ficam na cama, abandonam o cuidado do corpo e, inclusive, se tornam incontinentes.

Ocasionalmente, os melancólicos gemem, dizendo que sua maior infelicidade é nem mesmo mais poder morrer. Tal idéia pode parecer bastante estranha, mas considerando a forma existencial da angústia, esta representa a conseqüência última, à medida que morrer pode também ser compreendido como finalizar uma tarefa e, assim, supor uma atividade. O impulso ao suicídio está ligado a isso.

Heidegger (1977) deduz, então, do fenômeno de angústia a temporalidade da disposição afetiva e, assim, da harmonia afetiva (p. 346). Ele apreende, a partir do “tempo explícito”, do indicativo, ou seja, que a articulação em presente, passado, futuro, participa de cada forma existencial e, portanto, também do medo e da angústia.

A angústia e a harmonia afetiva serão principalmente determinados pelo passado.

Quando medicamentos psicofarmacológicos adequadamente administrados influenciam os fenômenos da disposição afetiva, torna-se, então, premente explorar e observar estes fenômenos com o auxílio da análise existencial. Poder-se-ia objetar que é totalmente possível conduzir um tratamento psicofarmacológico sem empregar estas vias; para isto temos necessidade apenas de um simples saber psiquiátrico e de um “deixe-agir-o-senso-comum”. Isto é incontestável e acontece, inclusive, de diversos psiquiatras fazerem apenas isso e não experimentarem a necessidade de compreender mais profundamente o que se passa com seu doente.

Aquele que pensa e age ao acaso não se preocupa com o que faz.

Ele diz apoiar-se naquilo que se chama “experiência”, mas não reflete de forma alguma sobre a concepção desta palavra ambígua e freqüentemente tão mal compreendida quanto utilizada.

Na realidade, são, no mais das vezes, apenas as informações vindas da indústria farmacêutica que o dirigem. Estas são, às vezes, utilizáveis, mas com freqüência podem ser desastrosas e de forma alguma é simples se orientar por elas.

Uma depressão psicótica tal qual apresentava nossa doente necessitou de um tratamento pesado com antidepressivos que, no início, foi feito por perfusão intravenosa, e em seguida por via oral.

Aquele que apóia suas observações clínicas sobre a análise existencial, que sempre verifica as ações medicamentosas e não pára de se perguntar o que significa cada observação particular no quadro do ser doente em geral verá, então,

como, no estado clínico desta mulher doente, ao lado dos sinais depressivos, outras particularidades da harmonia afetiva entram também em jogo. São estas tensões que levam a doente, para se descarregar, a se queixar e gemer. A pulsão suicida também se liga aí, de onde vem a indicação de associação à terapia antidepressiva dos antiepiléticos, a qual se procedeu neste caso. A partir de critérios cuja discussão aqui seria demasiado longa, a Carbamazepina (Tegretol[®]) foi escolhida.

É verdade que este medicamento traz para nossos doentes uma notável melhora destes sintomas que não respondem ou respondem insuficientemente aos antidepressivos, em particular a tendência à explosão afetiva com gemidos e queixas e a pulsão suicida.

A *paroxismalidade*, ou seja, a tendência a reter os afetos, depois deixá-los explodir em ações motoras ou verbais, convoca verdadeiramente uma interpretação pela análise existencial na perspectiva de descobrir as estruturas temporais e espaciais destes comportamentos.

A retenção dos afetos deve ser relacionada com uma forte opressão que, cada vez, brutalmente leva a uma explosão. É então que surge uma extensão do eu, explosiva, *diastólica* sob a forma de uma descarga psicomotora. Assim se quebra uma continuidade. Em lugar de um desenvolvimento tranquilo de si, de um progresso e de uma continuidade, de ação e de recolhimento em si, sob a guarda de relações razoáveis, aparece um quanto-a-si crispado, um estoque centrípeto *sistólico* de forças que impulsionam e não conseguem se liberar.

Segue-se brutalmente uma explosão incontrolada dos bloqueios, uma *explosão dos afetos*. É evidente que estes fenômenos estão em relação com a inibição depressiva. O tempo desta modificação existencial está indicado por uma ruptura durável e contínuo do fio da continuidade temporal.

Assim, surgem *relações internas* entre as *estruturas paroxísticas e depressivas* que, de repente, deixam entrever sob uma nova luz os tratamentos por eletrochoque, hoje praticamente abandonados, dos estados depressivos. Somos incitados a ir mais longe na hipótese de que não se trata talvez de um simples acaso, quando se sabe que os antidepressivos eficazes abaixam o limiar das manifestações epiléticas. A Carbamazepina (Tegretol[®]) é aqui uma exceção: é certo agora que ela é ao mesmo tempo um antidepressivo e um antiepilético.

A estrutura temporal dos desenvolvimentos paroxísticos não se deixa simplesmente compreender pela temporalidade da disposição afetiva, mas a *lingüística* de Gustave Guillaume (1969) nos fornece um fio condutor que permite à análise temporal dos fenômenos paroxísticos se orientar. (Seguimos Henri Maldiney (1976) que se serviu da lingüística de Gustave Guillaume em seu artigo “Psicose e presença”.) Não se trata aqui de um tempo em progressão contínua com sua articulação em passado, presente futuro, mas de uma troca

continuamente renovada de tensões e de resolução destas tensões. Isto pode se exprimir concretamente pelo *aspecto*. Há diferentes formas da expressão do aspecto, a forma “léxica” repousa sobre a *palavra*. “Procurar”, por exemplo, expressa um estado durável, “encontrar”, pelo contrário, finaliza este estado durável.

O aspecto pode também ser compreendido de forma “gramatical”, graças a certas formas do verbo. Tal forma corresponde aproximadamente ao infinitivo que sempre expressa um acontecimento durável e, além disso, impessoal. Na língua francesa, os participípios pertencem igualmente a esta forma. Outras línguas utilizam recursos tradutivos diferentes. O alemão utiliza um prefixo: por exemplo *trinken* e *austrinken* – beber e esvaziar. “Tensionar” e “destensionar” são em português* expressões que se correspondem léxica e aspectualmente.

A experiência mostra ainda que o delírio de empobrecimento e de culpa *não podem ser hoje completamente tratados* com os antidepressivos de que dispomos, sendo preferível a eles acrescentar um *neuroléptico*. No caso de que aqui nos ocupamos, foi escolhido o Zuclopentixol em doses muito pequenas.

É preciso se perguntar por que é assim e não é fácil responder. Na verdade, não é tão inesperado de um ponto de vista psicológico em geral e, principalmente, daquele da análise existencial que os antidepressivos, ou seja, as substâncias materiais, tenham um efeito sobre as *modificações patológicas do humor*. Pense também na ação euforizante do álcool ou de outras drogas inebriantes. Parece muito mais misterioso compreender como *idéias mórbidas*, portanto fenômenos puramente intelectuais, podem ser normalizadas por substâncias materiais.

O pensamento humano é sempre afetivamente colorido e é por isso que os pensamentos se deixam influenciar facilmente pela harmonia afetiva.

Mas justamente as experiências feitas com os antidepressivos sobre o delírio melancólico mostram que esta alteração do humor não basta para elaborar o delírio, é preciso que algo diferente se acrescente.

Está claro que o doente delirante abandonou o mundo da comunidade.

Ludwig Binswanger (1965) mostrou que o “estilo presuntivo” do procedimento do doente em relação à pessoa saudável é modificado na experiência delirante. Outras “relações de destinação” (ver o conceito de mundo em Walter Biemel, 1950, p. 47) tornam-se, então, ativas. Estas, de saída, são determinadas pela incapacidade de agir de modo sensato, o que já descrevemos acima.

As coisas perderam sua significação, não mais podem ser utilizadas e, apesar de estarem “aí” para as pessoas saudáveis, para os doentes elas não estão “aí”. (Por exemplo, o dinheiro para nossa doente melancólica.) Quando dizemos que, para o doente melancólico, alguma coisa não está “aí”, ao passo que está aí para a pessoa saudável, esta declaração nos remete para o Eu do doente, para sua

* No original em francês os vocábulos utilizados como exemplos são: *tendre* e *détendre*.

relação com o outro e com o mundo comunitário. O Eu saudável é atividade dirigida para o exterior conforme um modo centrífugo *egodiastólico*. Aí, ele se choca com obstáculos de ordens diversas que o bloqueiam, o repelem. Assim, volta a si mesmo, é “refletido”, ou seja, a atividade será dirigida de modo centrípeto, *egosistólico*. Nesta “reflexão”, o Eu então se encontra. O que acontece para o doente melancólico que aprendemos a conhecer? Em que atividade de seu Eu distingue-se da pessoa saudável?

A resposta a esta pergunta não é fácil e, sem dúvida, existem diversas possibilidades de resolução. Podemos partir do resultado desta constituição do Eu próprio.

Quando o Eu da melancólica é rejeitado em si mesmo, ele encontra, então, uma falta em si, um erro que cometeu anteriormente, ou seja, ter gasto muito dinheiro, tanto dinheiro que nada mais resta agora.

Quando a pessoa saudável retorna de sua atividade centrífuga a si mesma, é o contrário que entra em jogo, pois ela ganhou algo e o que a havia inibido foi por ela apropriada.

Acontece diferentemente para a doente melancólica: ela perdeu, perdeu tudo. Este é o “estilo da perda” da existência do melancólico que Binswanger (1960) tão bem descreveu (p. 47).

A perda é descrita pelo Eu do próprio doente, atribuindo-se a perda do dinheiro como consequência de sua ação culpada. (É o contrário do que acontece no delírio do esquizofrênico que culpa mais os outros em um delírio de perseguição.)

O que a doente *perdeu* é a *familiaridade com o mundo comum, com seus congêneres e consigo mesma*. É a perda que é idêntica à perda das relações na angústia.

A observação da evolução para a cura pode esclarecer mais de perto o que acontece, com efeito, com a *temporalização do delírio melancólico*. Quando o delírio se manifesta plenamente, existe uma estranha “perda da temporalidade”.

Tudo aconteceu, tudo acabou.

Vimos que isto está em relação com um tempo aspectual em que a decisão já está sempre tomada, em que o movimento parou.

De que tipo de movimento se trata? Não é uma aproximação de... nem um afastamento, uma recusa para longe de...

Isso não mais é possível no delírio, porque nenhuma *distância* está dada. Temporal e espacialmente, tudo já está “aí”!

Após tudo o que foi dito até agora, é evidente, para que uma melhora aconteça, que um espaço de jogo possa ser conseguido novamente e isto no quadro de um tempo aspectual.

Não é aparentemente um tempo histórico que se instala, não é um tempo com passado, presente e futuro, mas um tempo que, propriamente falando, não é o tempo em que acontece algo, mas simplesmente um tempo em vista de um fim!

Um tempo sem antes nem depois explícitos e, principalmente, sem nenhuma personalização. É este tempo “infinitivo” que Freud encontrou em seu estudo dos sonhos. O homem só é saudável quando conquistou uma via para se deslocar do tempo aspectual para o tempo histórico “explícito” e pode se mover livremente de uma para a outra destas duas formas de temporalização.

Segundo a lingüística de Guillaume (1969), há entre o tempo aspectual – ou implícito – e o tempo explícito do indicativo com passado, presente e futuro, esta forma que expressa a “virtualidade”, em francês: o “subjuntivo”. Quando o doente diz: “O dinheiro vem” não é a mesma coisa que se ela diz espontaneamente: “Estou novamente saudável e eu tinha idéias mórbidas” ou ainda se diz: “Realmente temos muito dinheiro e a idéia de pobreza era completamente absurda!”.

Quando se escuta isso, tem-se a impressão de que ela ainda não está completamente segura do que diz, que não voltou completamente à realidade. Tudo ainda lhe causa impressões flutuantes, é a virtualidade a partir da qual a plena realidade pode ser reconquistada.

É preciso se perguntar se a doença melancólica pode repousar apenas sobre um bloqueio psicomotor e sobre o transtorno depressivo do humor, pois estes dois fenômenos encontram-se também nas depressões simples, muito mais freqüentes e que não apresentam nem delírio nem perigo para si mesmo e que, com freqüência, são desprovidas de angústia.

Estas depressões reagem a antidepressivos específicos.

A melancolia, ou como também é dito, a “depressão psicótica”, apresenta, além disso, a mesma sintomatologia com o delírio depressivo. São estes os doentes que não podem se curar completamente apenas com antidepressivos. A diferença consiste nisso em que o Eu dos doentes delirantes participa de um modo diferente, mais forte, poder-se-ia dizer também, mais próximo.

É este também o traço essencial que aproxima a melancolia do processo esquizofrênico, apesar das diferenças já descritas acima e, por isso mesmo, não é surpreendente constatar que os medicamentos específicos da esquizofrenia, os neurolépticos, sejam ativos sobre as formas delirantes da depressão. É, sem dúvida, nisso que consiste o caráter desta ação que ainda não foi melhor explicitada. A ação dos neurolépticos sobre a sintomatologia esquizofrênica mostra, por outro lado, traços semelhantes. Chegamos ao que se nomeia, em psicopatologia clínica, o “distanciamento” do doente em relação às suas experiências vividas patológicas. As vozes que escuta em suas alucinações começam a se afastar, ao passo que, estando tão próximas antes do tratamento, tornavam impossível qualquer atividade sensata. O mesmo acontece em relação

às idéias delirantes de uma força imperiosa antes da terapia e que, sob o efeito dos medicamentos, não mais incomodam o doente, deixando-o, mesmo depois de um certo tempo, completamente indiferente. Aqui também existem analogias de ação dos neurolépticos sobre a melancolia e a esquizofrenia e constatamos assim uma ação que pode ser descrita como específica dos neurolépticos.

A psicopatologia reconheceu um caráter específico psicótico nos depressivos (assim como, por outro lado, nos maníacos, entretanto com algumas restrições) e nos esquizofrênicos, porque, nas depressões simples, o bloqueio traz apenas uma *modificação quantitativa* do pensamento e da ação, um empobrecimento dos conteúdos, uma simplificação das relações apreensíveis no pensamento.

Nas formas psicóticas, chega-se a uma *modificação qualitativa*, representadas pelas idéias de ruína e culpa. Trata-se aqui de *problemas de significação ou de sentido* que jamais se deixam reduzir a simples *modificações quantitativas*.

A observação e a interpretação que apelam à psicopatologia, à psicofarmacologia e à análise existencial *completar-se-ão uma à outra* de modo cada vez mais claro e se uma destas análises progride mais, os *problemas colocados se afinarão mais na diferenciação*.

Chegamos bastante longe agora para também podermos nos colocar questões sobre a ação específica dos neurolépticos no delírio melancólico. Elas devem ser colocadas a respeito *das condições de significação*.

A elaboração do sentido, também ela, está ligada à atividade e à motricidade, podendo ser apreendida como pontes que permitem compreender por que é também possível agir pela via biológica. Esta ação deve, no entanto, ser totalmente diferente da que se refere ao desenvolvimento dos atos cognitivos e voluntários. Trata-se aí de funções essencialmente superiores que se desenrolam em estruturas formais mais importantes. A significação produz-se continuamente no interior de uma situação global e no quadro de uma realização existencial total. Parece apropriado esclarecer este problema por um exemplo simples.

Cortamos no café da manhã, com uma faca, um pedaço de pão e um pedaço de manteiga e, com esta mesma faca, espalhamos a manteiga no pão. Depois da refeição, a dona da casa lava a faca e a enxuga com um pano, tomando cuidado para que a faca não a corte; virando-a em sua mão, ela a utiliza para cortar. É sempre a mesma faca, mas esta tem diversas funções: em um determinado momento deve cortar; em um outro não deve. Este exemplo pode ainda se desenvolver: a dona de casa comprou a faca em uma loja de artigos domésticos. Primeiramente, ela a viu na vitrina da loja, depois pediu que a vendedora lhe mostrasse, e finalmente a comprou, dando para isso dinheiro para a vendedora que o pegou, dando-lhe a faca. Em todas estas situações, a faca tem diversas funções que nada têm a ver com sua destinação adequada: um utensílio para

cortar. Em uma descrição desta situação, a significação da palavra se modifica com a função que a faca assume no momento. Devemos apenas refletir sobre a diferença que há se um cliente dá dinheiro para pagar a faca ou se o vendedor embolsa por isso o dinheiro; de um lado a faca custa, do outro fornece. É o mesmo objeto, mas se reveste de diversas significações conforme a situação do momento em que aparece como termo essencial. A significação vem da relação ativa com o objeto em uma situação que compreende todos os termos que lhe pertencem e em que o homem que utiliza o objeto se encontra implicado. É assim que um indivíduo que age deve se libertar de um objeto cada vez que há outras relações diferentes daquelas com que ele se encontrava confrontado anteriormente.

É desta maneira que se encontram ligadas uma à outra a “utilização ativa dos objetos” e sua “significação”.

É evidente que aqui, para nossa doente melancólica, é preciso descobrir os lugares em que reside o transtorno. Ela libera um objeto, como o dinheiro na relação que trava com ele, mas não pode se decidir por uma nova relação conforme as circunstâncias. Já que sua significação de objeto “ao alcance da mão”, como o diz Heidegger, escapa-lhe, ela não mais pode se servir dele. Pode-se dizer que, para ela, ele “desaparece”, por esta razão vinda de sua situação. Ele reveste ainda a situação de algo perdido, que não mais está “ao alcance da mão”. É substituído por “nada”. Isso poderia bem ser, relacionado com a estrutura particular do dinheiro, que este “instrumento”, como muito corretamente disse Goethe (1950), seja um conteúdo privilegiado do delírio depressivo, mas não podemos aqui ir mais adiante nesta discussão. É agora essencial mostrar em que consiste o transtorno do desenvolvimento da ação no melancólico, a saber *a ação em uma situação* dada em que as coisas conquistam significações por ação. Assim, a ação não mais tem necessidade de ser executada. É também o fundamento do que, por outro lado, descreve-se como “pensar”. Não se trata aí de *estruturas formais* do tempo do pensamento, de uma experiência subjetiva, de uma pesadez ou de um alívio do ato de pensamento como é o caso nos transtornos simples do humor, depressivos ou maníacos. Trata-se muito mais aqui da *significação das coisas em jogo*, como ela se constitui pela *relação de ação* com as coisas. É uma espécie de “agir em associação” que aqui está perturbada. Já que foi mostrado que as coisas devem ser liberadas de uma certa situação antes de poder ir em direção a uma nova significação, o “agir em associação” deve imediatamente substituir tanto o abolir uma situação quanto criar uma nova. Assim, a “construção criadora” e a “negação” estão necessariamente em estreita ligação com a significação.

Isto nos oferece a ocasião de citar um pensamento essencial de Gustave Guillaume (1969) quando diz:

As diferenciações de aspecto inscritas no tempo implicado e as diferenciações de tempo inscritas no tempo explicado têm uma origem comum. É a diferença qualitativa do tempo que *vai* e do tempo que *vem*. Esta diferença tem sua raiz nos mais profundo do espírito humano: o tempo aparece para o homem, por um lado, como o substrato de tudo o que se destrói, do que passa e, por outro, como o substrato de tudo o que se cria, de tudo o que se produz.

Como nota de rodapé, o autor acrescentou: “objetiva e subjetivamente” (p. 49, III).

É pouco possível superestimar a significação destas frases para a compreensão dos fenômenos psicopatológicos! Considerá-los e interpretá-los mais de perto, levar-nos-ia longe demais e nós ficaríamos lá.

É preciso voltar à psicofarmacologia. Esperamos ter mostrado como é possível sobrepor ao mesmo tempo os modos de abordagem da *psicopatologia*, da *psicofarmacologia* e da *análise existencial* para aí encontrar *indicações* adequadas para fazer *progredir* a análise, cada uma em sua diretiva específica e recíproca.

Antes de tudo, a observação das modificações que se realizam sob a influência do tratamento psicofarmacológico, seja um antidepressivo, um neuroléptico ou um antiepiléptico, provocou justamente uma reflexão pela análise existencial. Os resultados fornecidos por esta última levaram a acrescentar fenômenos conhecidos pela *psicopatologia clássica*, permitindo-nos assim conservar as *novas significações*. Estas, por sua vez, serviram a *novas indicações* para tomar certas *decisões de ordem psicofarmacológica*. Este passo, como vimos, é, até onde conhecemos, completamente novo.

Ludwig Binswanger (1957), como se sabe, sempre mostrou, ao longo de suas grandes explorações dos casos individuais de esquizofrenia com o auxílio da análise existencial, que sempre era necessário *discriminar* a observação psicopatológica daquela da análise existencial e isto inclusive em alguns capítulos de seu trabalho.

Quando encontramos-nos dirigidos para um outro modo de progressão, isso é devido à *psicofarmacologia* que, a seu modo, exige imediatamente uma aproximação dos dois modos de observação.

Se nos perguntamos ainda por que é assim, a resposta somente pode ser porque a *ação dos medicamentos psicofarmacológicos impulsiona os estados psicopatológicos*. Esta motilidade faz pressentir de longe, por assim dizer, as analogias com estes fenômenos que aparecem em uma observação psicanalítica como uma “dinâmica”. Mas esta “dinâmica” afirma-se insuficiente para atingir fenômenos tais como se revelam sob o tratamento psicofarmacológico.

Pode-se deduzir, então, diversas perspectivas:

1. Os conhecimentos e as experiências trazidas pela análise existencial confirmaram-se importantes na pesquisa psicofarmacológica clínica. Achados significativos neste domínio, como a descoberta das particularidades dos antidepressivos tais como a Imipramina (Tofranil^R) e da Maprotilina (Ludiomil^R) somente foram possíveis graças a ela (1970, 1977, s/d.). Métodos totalmente estranhos a este tipo de progressão, como o modo de investigação amplamente utilizado atualmente sob o nome de sistêmicas na psicopatologia e os métodos “estatísticos” da pesquisa clínica psicofarmacológica, não levaram a resultados positivos para a clínica, nem científica nem praticamente.

2. Quase não é necessário repetir que uma progressão, tal qual foi aqui realizada, é de grande importância significativa tanto para o trabalho psicofarmacológico quanto psicoterapêutico do médico no indivíduo doente. A manipulação dos medicamentos psicofarmacológicos pode, neste caminho, assumir linhas mestras que tanto lhe faltaram até então.

Os esforços psicoterapêuticos em relação ao doente conquistaram antes de tudo indicações para colocar para este as questões adequadas. Questões correspondentes abrem perspectivas relativas a isso que, para o próprio doente e para o médico cuidador, era, até o momento, ainda obscuro. Entre outros, será necessário que se desenvolvam os domínios que determinam a relação do doente com o médico e do médico com o doente, ou seja, no sentido psicanalítico, a transferência. Uma progressão conduzida pelo método de análise existencial e de psicofarmacologia cria condições ideais para uma terapia às vezes possivelmente ótima dos doentes psíquicos.

Assim, os resultados serão ainda mais rapidamente adquiridos, mais duráveis e, tanto para o doente quanto para o médico, bem menos pesados do que sem estes meios.

3. É preciso agora operar uma restrição essencial a estas declarações, talvez otimistas demais. Nossos conhecimentos e experiências neste domínio são ainda incipientes.

Este trabalho é mais para servir como uma espécie de instrumento do que como uma obra acabada. Ele se deixa guiar pelo que Ludwig Binswanger (1965) um dia descreveu como “a lógica dos acontecimentos” (p. 140). Em cada ponto da progressão anuncia-se, de alguma forma, uma hesitação que convida a se deter, refletir e dar ao médico a ocasião de elucidar mais. Adiante, o que acabamos de apresentar aqui mostra dificuldades consideráveis. Conhecimentos e experiências não devem ser consideradas pelo psiquiatra como óbvias.

4. É o método da análise existencial, quanto às reflexões apresentadas aqui que foi o fio condutor e o elemento primordial de ligação. Graças a ele, pôde ser esclarecido o caráter essencial da psicopatologia e da psicofarmacologia.

As possibilidades e os limites destes métodos para a pesquisa científica e para a psiquiatria prática podem hoje já ser assim reconhecidos de modo mais aprofundado e são portadoras de esperança de ir mais à frente no futuro.

5. O que resulta da análise existencial nesta exposição é que ela leva a resultados que podem fazer admitir a função de modelos que se podem imitar. Por exemplo, um formulário deste tipo é aproximadamente a principal combinação de diferentes medicamentos psicofarmacológicos com a indicação própria para cada doente.

As diferentes formas de temporalização que foram descritas podem se transferir a outros doentes. Há também diretivas que podem ser aplicadas a alguns doentes sem que seja necessário para isso sustentá-los com conhecimentos teóricos.

Há também muitos psiquiatras que não têm estes conhecimentos e que, há décadas, manejam com sucesso a psiquiatria, a psicofarmacologia e a psicoterapia. Eles têm total razão de estarem satisfeitos com o nível atual de seus conhecimentos e de seu modo de operar.

Inversamente, o saber e o poder da análise existencial não poupam de decepções e de fracassos bem difíceis de serem suportados.

Nesta progressão, de que foi aqui falada, sempre é possível haver um sucesso nos casos de progresso de liberação de sintomas ou mesmo de cura onde a ação psiquiátrica falhou. Antes de tudo, a progressão da análise existencial promete sucessos mais amplos, enquanto a ação e o tratamento da psiquiatria clínica habitual movem-se em um círculo que exclui há muito tempo qualquer ponto de vista novo. Estamos convencidos de que os progressos que acompanham a análise existencial suscitarão novas opções científicas e melhorarão a sorte do doente psiquiátrico e das pessoas que o cercam.

Referências

BIEMEL, W. *Le concept de monde chez Heidegger*. Louvain: Mauwelaerts; Paris: Vrin, 1950. p. 47.

BINSWANGER, L. *Über Ideenflucht*. Zürich: Orel Füssli, 1933.

_____. *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske, 1957.

_____. *Psychiatrisches Denken der Gegenwart in der Schweiz*. In: *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*. Freiburg: Ed. Karl Alber, 1958. v. 6.

_____. *Melancholie und Manie*. Pfullingen: Neske, 1960.

_____. *Wahn*. Pfullingen: Neske, 1965.

BLANKENBURG, W. *Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns*. Studium Generale. Berlin: Springer-Verlag, 1967. p. 639-50.

GOETHE, J.W. *Briefwechsel mit Friedrich Schiller*. Frankfurt: Artemis-Verlag, 1950 (Brief vom 25 Dezember 1794).

GRUHLE, H.W. Psychopathologie der Schizophrenie. In: BUMKE, O. (ed.). *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Berlin: Springer, 1932. v. 9, p. 170.

GUILLAUME, G. *Langage et science du langage*. Paris: A.G. Nizet, 1969.

HEIDEGGER, M. *Sein un Zeit*. 14. ed. Tübingen: Niemeyer, 1977. p. 184, 295, 298 segs. (ver también *Holzwege, Was heisst Denken, Unterwegs zur Sprache*).

JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. 4. ed. Berlin: Springer, 1945.

KUHN, R. Die Grenze der psychopathologischen Wahninterpretation. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, v. 135, p. 671-715, 1931.

_____. The Imipramine Story. In: AYD, F.J, et BLACKWELL, Barry (eds.). *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, 1970.

_____. *Psychiatrie in Selbstdarstellungen*. Ed. PONGRATZ, L.J. Bern: Ed. Huber, 1977. p. 219-57.

_____. Geschichte der medikamentösen Depressionsbehandlung. Vom Opium zum Imipramin und seinen Derivativen. In: LINDE, O.K. (ed.). *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit*. Klingenmünster: Tilia-Verlag, s/d. p. 10-27.

MALDINEY, H. *Regard, Parole, Espace*. Lausanne: L'Age d'Homme, 1973.

_____. *Aîtres de la langue et demeures de la pensée*. Lausanne: L'Age d'Homme, 1975.

_____. Psychose et présence. *Revue de métaphysique et de morale*, v. 81, p. 513-65, 1976.

_____. *Art et existence*. 2. ed. Paris: Klincksiech, 1986.

NERVAL, G. Aurelia. In: *Oeuvres*. Paris: Gallimard, s/d.

STRAUS, E. *Vom Sinn der Sinne*. 2. ed. Berlin: Springer, 1956.

_____. *Du sens des sens*. Trad. G. Thines et J.-P. Legrand. Grenoble: Jérôme Millon, 1989.

Resumos

La psicofarmacología y el análisis existencial utilizan métodos de investigación científica y psiquiátrica diferentes, visando mejorar la práctica psiquiátrica.

Dando por supuesto que cada uno de estos métodos sean reconocidos con su carácter propio, ellos pueden complementarse con éxito.

El análisis existencial permite una comprensión más precisa de las estructuras psicopatológicas esenciales de las indicaciones terapéuticas de las sustancias

psicofarmacológicas. Los conocimientos aportados por el análisis existencial pueden confirmarse y verificarse de forma casi experimental, a través de los datos de la psicofarmacología. En consecuencia, conviene utilizar ambos métodos simultáneamente y siempre mantener los respectivos resultados en una relación de reciprocidad efectiva.

Palabras claves: Análisis existencial, psiquiatría, psicofarmacología

La psychopharmacologie et l'analyse existentielle utilisent des méthodes de recherche scientifique et psychiatrique différentes en vue d'un meilleur travail de pratique psychiatrique.

A supposer que chacune de ces méthodes soit reconnue dans son caractère propre, elles peuvent se compléter réciproquement avec fruit.

L'analyse existentielle permet une saisie plus affinée des structures psychopathologiques essentielles concernant les indications thérapeutiques des substances psychopharmacologiques. Les connaissances déjà apportées par l'analyse existentielle peuvent être confirmées et vérifiées de façon quasi expérimentale par les données de la psychopharmacologie.

Il convient ainsi d'utiliser ces deux méthodes de façon concomitante et de toujours retenir leurs résultats respectifs dans un rapport de réciprocity acutel.

Mots clés: Analyse existentielle, psychiatrie, psychopharmacologie

Psychopharmacology and existencial analysis are using differentes methodes of scientific and psychiatric research in order top improve psychiatric practice.

Assuming that each of these methods is recognised as a specific entity, they may fruitfully complete each other.

Existential analysis allows for a sharper comprehension of essential psychoipathological structures, hence for a better therapeutical indication of psychopharmacological substances. Knowledge already accumulated throught existencial analysis may be confirmed and checked in a quasi experimental way throught data abtaining from psychopharmacology.

Thus, the two methods have to be used concomitantly and their respective results checked up in a constant interrelationship.

ly words: Existential analysis, psychiatry, psychopharmacology