

## A fala e o pharmakon\*

Pierre Fédida

*A partir da generalização crescente do uso dos psicotr6picos, o autor se prop6e a pensar o tratamento ps6iquico pelo qu6imico. Sup6e, ent6o, a exist6ncia de um psicotropismo que eliminaria aquilo que do ps6iquico faz sintoma na tentativa de curar-se. Como conseq6cncia, n6o mais seria necess6rio, nestas condi66es, falar de sintoma, n6o apenas pela assintomatiza66o da vida ps6iquica, mas por uma menor necessidade de conceber uma “demanda subjetiva” – transferencial – que leve ao trabalho necess6rio de rearranjo das representa66es e afetos.*

*Enquanto a psicofarmacologia era bastante solid6ria com uma psicopatologia, a neurofarmacologia se tomava por mais cient6fica, a ponto de se emancipar de qualquer conhecimento dos disfuncionamentos psicopatol6gicos do indiv6duo, j6 n6o lhe sendo mais necess6rio regular-se por uma cl6nica dos processos.*

*Como ficariam, ent6o, a semiologia psiqui6trica e o esp6rito nosogr6fico? Como ficaria a psicopatologia? E, em 6ltima an6lise, como ficaria a psican6lise at6 ent6o protegida, de alguma forma, pela psiquiatria?*

*O que se procura ent6o, 6, antes de tudo, esclarecer o enigm6tico “tratamento ps6iquico pelo ps6iquico” e determinar as condi66es segundo as quais a fala, como um pharmakon, propicia ou n6o para si os meios de interiorizar uma a66o medicamentosa.*

\* Tradu66o de Monica Seincman.

Por mais acostumados que os psicanalistas pareçam estar a se escutar predizer, há muito, o esgotamento de sua teoria e prática, eles não deveriam subestimar a amplitude do fenômeno de uma generalização crescente do uso dos psicotrópicos.

Este fenômeno considerado “social” é, certamente, objeto de avaliações tanto epidemiológicas quanto sócio-econômicas muito sérias, mas não é seguro que tenhamos noção de toda a sua extensão – principalmente a extensão de suas implicações – já que se trata destas potentes moléculas que entram na composição da “nova geração dos psicotrópicos”. Sem adentrar logo nos roteiros futuristas de iminente catástrofe do sujeito humano pelo efeito de uma normalização de uma nova ordem mental – a da “droga perfeita” (Alain Ehrenberg) –, o que se impõe primeiramente é um neo-pragmatismo do “tratamento psíquico” que concederia ao *químico* compe-

tências para produzir percepções de si protegidas do sentimento de alteração. Este *tratamento do psíquico pelo químico* ofereceria, de alguma forma, a vantagem de “auto-engendrar” um bem-estar (até mesmo prazer), do qual não se poderia pensar ser uma cura ansiolítica ou antidepressiva, já que o estado mental assim obtido teria toda a aparência de um estado tímico “natural” – a mesma liberdade interior sempre esperada do levantamento de um recalque. Tal vantagem seria ainda mais apreciável se não trouxesse a dependência de uma droga e não fizesse correr riscos de efeitos secundários desfavoráveis tanto no plano físico quanto sob formas de manifestações comportamentais desadaptadas ou psicopáticas.

O *psicotropismo* da molécula equivaleria, então, a um destes artifícios que Descartes imagina para submeter o pensamento ao exercício de sua dúvida. E se, em suma, existisse uma molécula química cuja inteligência neurobiológica fosse tal que ela tomasse emprestado do *psíquico* sua própria natureza perceptiva e se reunisse a uma função primordial de auto-erotismo. Esta molécula seria, incontestavelmente, psicotrópica e o seria a ponto de a condição alucinatória de autopercepção poder, em contrapartida, ser designada como pertencendo à ordem de um processo neuroquímico cujos efeitos subjetivos fossem, até então, inimputáveis apenas ao psíquico isoladamente. Nesta hipótese aqui expressa sob a forma ficcional, é óbvio que o psicotrópico encontraria, assim, o meio de desafiar o *sintoma* e torná-lo obsoleto, não sendo mais o caso de fazer deste seu alvo. O sintoma não interessaria ao psicotrópico.

Se fosse necessário determinar uma qualificação para um psicotrópico serotoninérgico – como, por exemplo, o *Prozac* –, bastaria, sem dúvida, localizá-lo como réplica do sintoma de hipocondria psíquica que é o modelo de um tratamento psíquico autocrático<sup>1</sup> – precisamente aquilo que do psíquico faz sintoma na tentativa de se curar, por assim dizer, de existir “enquanto psíquico”. O psicotropismo de um neuromediador como a serotonina é, para esta nova geração de moléculas, uma *ação tautológica*: o psíquico é anulado a título de sintoma por um meio químico que, ao agir assim, poderia atacar ao mesmo tempo a chave do que chamamos “psíquico”. E se não é mais necessário, nestas condições, falar de sintoma, não é apenas por efeito de assintomatização da vida psíquica, mas em virtude de uma menor necessidade, a partir de então, de conceber uma “demanda subjetiva” – de natureza transferencial – levando ao trabalho necessário de rearranjo das representações e afetos. À medida que a psicologia popular se contenta com uma definição da subjetividade pela

1. P. Fédida. “Un organe psychique hypocondriaque. Traitement psychique autocratique”, in B. Brusset e C. Couvreur. *La névrose obsessionnelle*, Paris, PUF, 1993.

permanência da identidade de si, nada de artificial ocorrendo-lhe, a subjetividade está salva, economizando o sintoma. Adivinha-se com facilidade que esta sofisticada pragmática incorra não somente num requestionamento da semiologia psiquiátrica e do espírito nosográfico, mas num apagamento pura e simplesmente da própria idéia de uma psicopatologia. É sob esta perspectiva que se exerce a mais forte contestação da psicanálise – até então de alguma forma protegida, quer se queira ou não, pela psiquiatria.

As discussões polêmicas dos últimos anos sobre “ciências cognitivas e psicanálise” parecerão em breve um pálido exercício de argumentação pseudo-ideológico a partir do momento em que o tratamento (do) psíquico pelo químico tiver, há muito, deslocado o centro de gravidade dos debates. Poderia, no entanto, permanecer uma idéia já bastante difundida por alguns cognitivistas<sup>2</sup> que diz que a maneira pela qual a psicanálise considera o sintoma – justamente em sua relação com a transferência – acarreta no paciente *de facto* um reforço de suas defesas regressivas, onde, justamente, se trataria de fazer com que conhecesse a crença errônea que, como uma convicção, lhe é dada psicopatologicamente.

Ao se querer uma ciência dos disfuncionamentos mentais e comportamentais cujos modelos de inteligibilidade resultariam de inferências puramente conjecturais, a psicopatologia é acusada de promover entidades (a angústia, a depressão, o delírio, a alucinação...) sobre as quais não se tem certeza de corresponder ao que quer que seja. Em outras palavras, enquanto a psicofarmacologia era bastante solidária com uma psicopatologia, inclusive em sua referência aproximativa, a neurofarmacologia – em grande parte promotora da terceira geração dos psicotrópicos – se tomava por mais científica a ponto de se emancipar de qualquer conhecimento dos disfuncionamentos psicopatológicos do indivíduo. Já não há mais necessidade de acrescentar que a eficácia neurofarmacológica não precisa de forma nenhuma regular-se por uma *clínica* dos processos.

É desta maneira que, hoje, uma *nova cartada* pode ser apresentada. Se evitarmos prover a ficção de qualquer anúncio catastrófico, teremos a possibilidade de propor mais fecundamente hipóteses renovadas de pesquisa e reflexão.

Os riscos que acompanham as condições de produção industrial dos psicotrópicos da nova geração assim como sua difusão no “mercado” eram, parcialmente, anunciados desde 1979 no órgão oficial *Relatório sobre ciências da vida e da sociedade*, redigido por François Gros, François Jacob e Pierre Royer:

2. Faço aqui alusão a posições desenvolvidas por J. Prouste nos recentes debates no Centro Beaubourg e no quadro do Grepsy (Lyon).

O consumo de *drogas psicotrópicas* conhece atualmente uma verdadeira explosão nos países ocidentais (...) Os trabalhos atuais sobre os receptores das células do cérebro começaram a enriquecer a farmacopéia de substâncias novas. É provável que disponhamos de drogas capazes de modificar o humor conforme a vontade, de provocar emoções escolhidas, inclusive governar determinados aspectos do funcionamento cerebral sem ter efeitos de dependência, saturação ou validade que atualmente caracterizam os produtos disponíveis como a morfina.<sup>3</sup>

Segundo os autores, dois cenários são, então, imagináveis a partir do momento em que é possível descobrir compostos químicos que permitem agir ainda mais específica e eletivamente sobre os centros de “auto-estimulação” e de “prazer”:

(...) Produtos cuja utilização fosse inofensiva para a integridade física de seus consumidores, mas cujos efeitos fossem potentes sobre o comportamento, sentimentos, capacidade de resistência, assumiriam rapidamente uma grande importância estratégica e política (...).<sup>4</sup>

Este seria o primeiro cenário de ordem político-estratégica “de governo, de conquista ou pressão”. Lembremos que o *Relatório* foi redigido a pedido do presidente da República. Se prestarmos mais atenção ao alcance sociológico destas observações, nelas reconhecemos uma advertência contra uma forma de psicocracia totalitária que viria se impor por si só e em conformidade à evolução em curso das representações coletivas e práticas de consumo. Decorrendo daí o segundo cenário imaginado complementarmente de uma nova ordem mental facilitada não apenas pela circulação generalizada de substâncias eutônicas e auto-hedônicas, mas graças também a uma educação coletiva da saúde trilhando os mesmos caminhos que a luta contra o alcoolismo, o tabagismo, até mesmo a anarquia das relações sexuais e repousando, finalmente, em uma impregnação (mais do que aprendido) das práticas gerais de autoprescrição.

Não nos compete esclarecer aqui os mecanismos psico-sociológicos que levam a uma mudança coletiva nas representações da saúde física e mental, mas o conjunto das análises consagradas ao consumo dos psicotrópicos já tenta integrar este fenômeno em um contexto rapidamente evolutivo mais complexo e variado relativo a outras formas de “consumo” (alimentar, sexual, de imagens...) em que o produto garantido em sua não-nocividade comporta para seu uso regras prescritivas cujo não-respeito, podemos imaginar, leva à anulação do efeito de

3. F. M. Gros, F. M. Jacob e P. Royer. *Sciences de la vie et société*. Paris, La Documentation française, 1979, p. 267.

4. Idem.

pesquisa. O que o *Relatório* das eminentes personalidades citadas não evoca, é que uma transformação considerável está em curso na concepção da prática clínica médica – esta, substituída pela assimilação de novos comportamentos relativos ao corpo, à saúde, à “vida psíquica”, podendo em um futuro próximo dispensar um certo número de atos de observação e cuidados. Pois o que, atualmente, vemos acontecer não poderia se “futurizar” nas formulações por demais fictícias: a “educação coletiva”, aparentemente expressão de um progresso na civilização passa por estratégias inéditas de repressão sob modos fóbicos.

O evidente inconveniente dos cenários do futuro não seria o aumento das projeções filosóficas – até mesmo paranóicas – privadas da memória dos mitos que, entretanto, contam histórias de metamorfose, desdobramento ou mudança de identidade. A inquietante estranheza não estaria sempre associada ao aparecimento de um *outro* emprestando a forma do *mesmo* – a pessoa se prestando, por assim dizer, por definição a tais substituições assim como o eu testemunha no sonho. Uma das características de nossa época poderia bem ser a familiaridade com o desaparecimento da pessoa que buscaria mais do que nunca pensar a “ética biomédica”, solicitada para controlar as práticas científicas e tecnológicas e para lhes opor critérios de positividade filosófica e jurídica. As angústias primitivas de despossessão da identidade e aniquilamento da *pessoa* há muito são exploradas na psicanálise e sabe-se que – assim como os sonhos, delírios e transferências ajudam a pensar – são relativas à difícil constituição do eu próprio por distinção ao eu estrangeiro. E a prática das psicoterapias com pacientes considerados limites – a respeito dos quais a problemática da pessoa e da identidade é absolutamente fundamental – dá a oportunidade de que se perceba a função extremamente móvel desempenhada pela fala tanto nas angústias de alteração de si quanto nos medos de aniquilamento pela influência do outro. A fecundidade clínica e técnica dos tratamentos analíticos destas personalidades-limite reside, principalmente, em um tipo de amplificação que a experiência da fala assume sob esta relação com a identidade de si.

Este inconveniente dos cenários está longe de ser subestimado pelos que são, entretanto, promotores dos novos psicotrópicos. E é precisamente com uma preocupação de *qualificação clínica* destes psicotrópicos como “*medicamentos*” que, significativa ainda que modestamente, alguns farmacólogos já se preocupam com sua integração terapêutica – *inclusive psicoterapêutica*. Trabalhos recentes publicados sobre o *Prozac*, centrados, todavia, em torno de sua ação neurofarmacológica deixam a porta aberta a questionamentos relativos às condições clínicas de uma prescrição melhor adaptada<sup>5</sup>. E em comunicações recentes, Édouard Zarifian se mostra preocupado com o retorno

5. *Science*, 1994, 5, 34.

a uma psiquiatria clínica melhor informada pelos conhecimentos psicopatológicos que consideram mais rigorosamente a abordagem psicoterápica<sup>6</sup>.

Tudo aconteceria, pois, como se os psicotrópicos desta terceira geração – dos quais dissemos o quanto dispõem de uma reserva heurística e são *psiquicamente inteligentes!* – pudessem, certamente, ser objeto de uma comercialização político-estratégica assim como qualquer produto de consumo: mas eles também solicitam um *novo espírito de pesquisa em psicopatologia* e, assim, uma transformação da prática clínica terapêutica. De tal alternativa depende o futuro científico da psiquiatria.

Pois, paradoxalmente, uma das reviravoltas que pode acontecer consistiria em um aprofundamento futuro do que se deve entender por *terapêutica do psíquico* e, conseqüentemente, por *ação psicoterápica*.

Lembraria que uma *teoria psicoterápica* foi elaborada de maneira bastante decisiva antes de 1900 por Freud e Breuer, e que tal elaboração oferece o notável mérito de considerar as esperanças e os impasses das terapias por sugestão hipnótica praticadas até então. Os desenvolvimentos posteriores do pensamento psicanalítico freudiano, em estreita ligação com a complexidade e a extraordinária riqueza da neurose obsessiva, não abandonarão, com certeza, as aquisições das pesquisas iniciais, mas farão progressivamente com que se conceba a psicoterapia segundo paradigmas técnicos mais complicados do que os da “psicoterapia da histeria”<sup>7</sup>.

Se for verdade que a *questão* de saber como age a psicoterapia está pronta para receber, hoje, respostas bastante sistemáticas (“a fala”, “a transferência”, “a interação psíquica” etc.), não seria necessário alegar a certeza a seu respeito para enfraquecer sua insistência e negligenciar as interrogações que ela comporta sobre *o modo com que age a fala*. Pois a hipótese que nos guia é, antes de tudo, a de esclarecer o enigmático “tratamento psíquico pelo psíquico” e – além disso – o de determinar as *condições segundo as quais a fala propicia ou não para si os meios de interiorizar, de alguma forma, uma ação medicamentosa*.

A referência que faço aqui à expressão “tratamento psíquico” enfatiza a importância que, hoje, convém dar ao artigo publicado por Freud em 1890 e, justamente, intitulado “Tratamento psíquico (tratamento de alma)”<sup>8</sup>. Claro – como

6. E. Zarifian. *Des paradis plein la tête*. Paris, Odile Jacob, 1994. Faça também alusão a uma *Comunicação* recente de E. Zarifian no quadro da *Euroconférence*, “Cerveau et psychisme humains” (Paris, maio de 1995).

7. M. Wolf. *Théorie de l'action psychothérapique*. Paris, PUF, 1995.

8. S. Freud. “Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)”, artigo publicado em uma obra de divulgação médica de uso familiar, *Die Gesundheit: Ihre Erhaltung, ihre Störung, ihre Wiederstellung*, tr. fr. in *Résultats, idées, problèmes*, vol. I. Paris, PUF, 1984.

o observam os autores da tradução – “o tratamento aqui não é *da* alma (ou do psíquico), mas *pela* alma (ou psíquico)”. Desde o primeiro parágrafo de seu artigo, Freud escreve:

*Tratamento psíquico* significa antes: tratamento que se origina na alma (*Behandlung von der Seele aus*), tratamento – de distúrbios psíquicos ou corporais – com o auxílio de meios que agem primeira e imediatamente sobre a alma do homem.<sup>9</sup>

A voluntária ambigüidade da expressão é o pano de fundo de todo o artigo. Se “as palavras são o instrumento essencial do tratamento psíquico”, a *magia* dos meios que constitui a fala deve ser pesquisada nesta capacidade de ação física do psíquico do mesmo modo que a hipnose começou, então, a prová-lo, mostrando amplamente “a influência da vida psíquica sobre o corpo” e suprimindo no doente “este *autocratismo* da vida psíquica no qual reconhecemos o obstáculo caprichoso que se opõe à manifestação de influências psíquicas sobre o corpo”. A tradição do *tratamento psíquico* exercido primeiramente pelos padres, de quem os médicos são, neste sentido, os continuadores, pertence àqueles que – nos diz Freud – souberam reconhecer muito cedo que a “ação das poções” para ter sua eficácia aumentada, deveriam ser reforçadas pela prática das palavras cuja magia provém da penetração dos sonhos. Como se fosse justamente o sonho – o que é o mais intimamente psíquico – quem dispusesse do verdadeiro poder de ser terapeuta – contanto que *qualquer um* assim dotado do prestígio derivado da potência divina estivesse *presente em pessoa* para recolher do sonho a fala de suas imagens. A arte de curar cujo paradigma é o *alucinatório do sonho* é, na verdade, uma *arte de fala* e sua “eficácia simbólica” (Lévi-Strauss) supõe que as palavras pronunciadas sejam, até na voz que as pronuncia, uma metáfora gestual das imagens internas. A continuidade da intuição freudiana é aqui exemplar: é *do interior* do doente – que se denomina “psíquico” – que se forma a interpretação na fala do terapeuta e a magia das palavras pertence a este *movimento* da ressonância que também é o da des-fascinação das imagens. O que supõe, acima de tudo, que a “presença em pessoa” não seja nem um obstáculo a esta ressonância (a pessoa será “transparente como o ar”, diz Freud), nem um tipo de associação sugestiva externa que assim vem recobrir o sintoma. De certa forma, qualquer descoberta psicanalítica e sua exploração desde Freud não desmentirão esta idéia de que é o sonho que faz as vezes de psicoterapeuta e que a transferência é a condição de apropriação da memória do sonho. A autoctonia da identidade não poderia ser entendida senão por esta via da regrediência em que os afetos são reconhecidos pela ressonância nas palavras da fala.

9. Idem, pp. 1-2.



Em suas contribuições de 1927 (“Psychotherapie als Beruf”), de 1930 (“O sonho e a existência”) e de 1935 (“Da psicoterapia”), Ludwig Binswanger trilha de maneira diferente o mesmo caminho. A resposta à questão: “Como a psicoterapia pode agir?” passa por esta idéia de uma *animação (Besselung)* do interior e por esta consideração fenomenológica de que sua vocação é contribuir para reconstituir com o paciente uma intersubjetividade fundadora de uma subjetividade. O interesse dedicado, portanto, ao autismo não poderia ser retirado nem da compreensão (“heraclitiana”) do sonho (inclusive sob sua qualificação auto-erótica), nem da prática psicoterápica com os pacientes psicóticos cujo delírio escutado é “caminho de cura”. E o mérito de Ludwig Binswanger – será necessário lembrar? – é ter interrogado o sentido da ação psicoterápica, restituindo à sua prática as bases antropológicas de uma compreensão desta corporeidade do psíquico tal como se descobre *a-dois* na psiquiatria.

A leitura de *Fedra* de Platão feita por Derrida e publicada em 1968 sob o título “A farmácia de Platão”<sup>10</sup> viria aqui contribuir mais uma vez e com muita pertinência para o avanço de nossa questão. Sabe-se que é preciso atribuir ao *pharmakon* esta bivalência de remédio e veneno. O *pharmakon* de Platão dispõe, por assim dizer, desta afinidade tão estranha com o *psíquico*, de onde todo o seu poder de ilusão é tirado. A operação platônica, assim como a destaca Derrida, consiste nesta des-qualificação do *pharmakon* como substância (é uma substância, mas também uma não-substância) e em sua re-qualificação pela fala se esta é formada do interior e atribui a si uma memória que não poderia repousar no artifício de uma exterioridade. Se, como no mito de Teuth, tratar-se de um relato da origem da escrita, o *pharmakon* está, na verdade, nesta “posição” de poder ser o paradigma da memória retida pela escrita, encorajando o esquecimento de si ou, ainda, ser o modelo de uma ação que para se tornar benéfica deve se aliar intimamente com o que vem do interior. A ambigüidade do *pharmakon*, muito cuidadosamente destacada por Derrida em toda a sua complexidade baseada em *Fedra*, mas também no *Timeu* e outros textos maiores de Platão, o designa não simplesmente pelos pólos opostos de remédio e veneno, mas dá-lhe uma sutil variação de valor conforme as condições nas quais se impõe. É assim que o uso do remédio, em *Timeu*, sob a forma de drogas depurativas é, com justiça, solicitado por estados do corpo cansado ou sobrecarregado. Mas preferir estas drogas por facilidade ou preguiça e sem respeitar a “composição da doença” que “parece (...) de natureza viva”, não seria correr o risco de que a droga irrite o vivo interrompendo a doença antes de seu fim natural?

10. J. Derrida. “La pharmacie de Platon”, texto retomado no volume da nova tradução de *Fedra*, feita por Luc Brisson. Paris, PUF, 1984.

Ora, a composição do ser vivo comporta, para cada espécie, certos prazos de vida definidos. Cada ser vivo nasce, tendo em si uma certa duração de existência assinalada pelo destino, excluindo-se os acidentes devidos à necessidade... O mesmo para a composição das doenças. Se pela ação das drogas (*pharmakeias*), acaba-se com a doença antes do fim fixado, das doenças leves nascem, então, comumente, doenças mais graves, e, das doenças em pequeno número, doenças mais numerosas (...) mas não é preciso, ao se drogar, irritar um mal caprichoso.<sup>11</sup>

O privilégio dado ao *endon* tem, por assim dizer, valor de regra de método clínico: se o movimento mais favorável à evolução de um indivíduo é o que *vem do interior* e que “nele nasce por ação própria”, a arte terapêutica não consiste em reconhecer a cada vez, de modo singular, esta *necessidade* da doença em sua definição *alérgica*, ou seja, como defesa em relação aos fatores estranhos, não fazendo intervir a substância farmacêutica senão em íntima aliança com a fala que é esta animação endógena da vida quando pode, *do interior*, reconhecer a substância e, por assim dizer, interiorizar sua ação. Derrida escreve:

Assim como a saúde é auto-noma e autômata, a doença “normal” manifesta sua autarcia, opondo-se às agressões farmacêuticas das reações *metastásicas* que deslocam o lugar do mal, eventualmente para reforçar e multiplicar seus pontos de resistência. A doença “normal” se defende. Ao escapar assim às restrições suplementares, à patogenia sobreposta do *pharmakon*, a doença segue seu curso.<sup>12</sup>

E Derrida acrescenta logo adiante:

O *pharmakon* é aquele que vindo sempre do exterior, agindo como o próprio exterior, nunca terá virtude própria e definível.

Mas quanto ao *pharmakon*, não é preciso hesitar em complicar ainda mais o pensamento sobre ele. Pois se está claro que a doença pertence, em seus movimentos e sintomas, às lógicas singulares de um ser vivo e se, diferentemente de Deus, este ser vivo exposto ao exterior é necessariamente alérgico (“Deus não tem alergia”), inscrevendo assim sua mortalidade como um tempo no qual o *terapeuta* observa e compreende *o que acontece* a um humano, convém, principalmente, evitar opor um exterior mau (necessariamente *pharmakon*) a um interior absolutamente bom que, por si só, poderia de maneira catártica e depurativa se livrar metabolicamente dos elementos estrangeiros que o ameaçam em sua vida. Não seria, na verdade, o próprio sujeito que – *conforme a maneira*

11. Citado por Derrida. *Timeu*, 89 ad.

12. J. Derrida. Op. cit., p. 302.

com que se dispõe em sua doença e no recurso às suas próprias fontes internas – vem, às vezes, usar a si mesmo como um *pharmakon*? Em outras palavras, a fala pode mentir ou trapacear e se equivaler a uma substância irritativa equiparada a um corpo estranho. Ou ainda a pessoa do médico se qualifica como *pharmakon* pelo excesso de sua potência sobre o doente e produzirá um tipo de logro acompanhado no doente de um desvio ou esquecimento de si. A verdadeira ciência é a *anamnese* no sentido em que a *questão* que é dirigida ao doente traz esta lembrança que, em si, conduz a fala ao falar. A questão se forma por interiorização empática *do terapeuta*. Com o médico Erixímaco, sabe-se que a atribuição de um benefício pela arte terapêutica consiste, como com a música, nesta prática da *medida* e da *proporção* entre vazio e cheio. Seria necessário dizer que o *pharmakon* se torna substância alterante por des-mesura e desconhecimento da *proporção* justa ou ainda por desregramento desta proporção quando o terapeuta negligencia fazer vir ao seu pensamento a composição da droga de acordo com a composição e o desenvolvimento temporal da doença de seu paciente.

O paradigma do *pharmakon* é colocado a serviço da apreciação clínico-terapêutica da *distância* que desregula o *endon*. Ele, em si, não significa o remédio ou o veneno, mas sua bi-valência, sempre móvel, também exige uma qualificação do que faz com que seja assim no uso, por sua *semelhança com o psíquico*. Em outras palavras, é perfeitamente concebível pensar o psíquico por meio do paradigma do *pharmakon* e vice-versa. E se a fala – diferentemente da escrita materializada sobre as tábuas – garante mais certamente a *anamnesis* de si e a autoctonia dos afetos próprios, nada poderia impedir que em um determinado momento esta fala se faça esquecedora desta *Erinnerung* (que apropria o interior), em benefício de uma exterioridade auto-sugestiva da própria fala, tornando-se, então, falsamente terapêutica e desencadeando, *a posteriori*, o caos interior. Seria necessário, pois, pretender-se que, à maneira do Rei, o terapeuta fosse aquele que recusa a seu paciente o acesso a esta memória preguiçosa da escrita – da fala como se ela já estivesse escrita – e que não poderia ceder à exigência de *dizer* e não somente de *se contar*? Ou ainda, o que se nomeia *escuta analítica* não consistiria na produção de uma escritura não materializada que nada mais seria do que a inscrição de uma fala na linguagem – nesta *situação* de “aqui em dois” do sonho gerador de figurabilidade?

A regra e o princípio da *abstinência* na psicanálise ganhariam aqui ao serem reformulados em função do *pharmakon*. Pois se assim se encontra recomendado que se evite – por parte do paciente assim como do analista – toda produção de satisfação substitutiva que vem apagar o sintoma por recobrimento ou que vem obstaculizar o “trabalho psíquico”, o que é claramente objetivado é a produção de um *pharmakon*, qualquer que seja sua forma (compensação alimentar, passagens ao ato sexual, fala ou gesto de apaziguamento e, logicamente, absorção

de medicamento). Pois o *pharmakon* é não apenas esta substância *acrescentada*, mas, sobretudo a intervenção de um terceiro – podendo ser inclusive a própria pessoa do analista. Se é fato que os analistas estão hoje pouco inclinados a discutir a regra de abstinência – talvez em virtude de sua estreita integração com a prática da regra fundamental – é, no entanto, graças a uma teoria do neutro e do silêncio que a questão continua a se colocar. E esta questão é *principal* no sentido em que toda a reflexão que traz concerne à função do sintoma e, em relação a esta, a distinção entre psicoterapia e análise. Digamos que o interesse de voltar ao *princípio de abstinência* seria o de se interrogar sobre as *condições em que a fala em psicoterapia pode ou não qualificar o medicamento*. A teoria psicanalítica da *ação da fala* parece ainda longe de poder assegurar a racionalidade esperada por Freud para a psicoterapia (cf. carta de Freud a Binswanger) a partir do momento em que continua a desconhecer amplamente o que chamamos “inteligência química do psíquico”. E a hipótese de nossa reflexão é, paradoxalmente, esta: *é o conhecimento da ação terapêutica pelo psíquico* (inspiradora do princípio de abstinência) *que é própria para determinar segundo quais incidências intervém uma ação farmacológica*. Talvez fosse necessário ousar a observação de que os analistas estão ainda mais prontos a conferir uma função favorável aos medicamentos prescritos a seus pacientes do que conferir à fala o poder que detém nos tratamentos pelos quais são responsáveis!

Certamente, afirmaremos – e eu afirmarei pessoalmente – que o trabalho analítico no tratamento exige que a *observação clínica* acompanhe a *atividade* de construção, não podendo substituí-la. Nestas condições, é verdade, o analista talvez seja o mais mal localizado para conferir uma função qualquer ao medicamento e *a fortiori* para prescrever. E não seria ao psiquiatra clínico que caberia esta tarefa na atenção que pode destinar à evolução de um trabalho analítico e graças ao conhecimento dos efeitos de uma substância na vida cotidiana do doente de que pode dispor. O que temos é que a bi-focalidade terapêutica é, para alguns casos, bastante discutível e, para aqueles em que ela é possível, não poderia justificar no psicoterapeuta uma denegação da incidência do medicamento. O debate não poderia ser aqui re-aberto, mas apostamos que os psicanalistas se privam de todo um campo de elaboração *psicanalítica* fazendo da crença na onipotência do psíquico uma posição de ignorância – não sem risco – da ação de uma substância. Pois, a despeito deles, tal crença equivale à do *pharmakon* – em um sentido este *pharmakon* autocrático do hipocondríaco ou do obsessivo sobre o qual se disse fazer do psíquico o remédio imaginado por seus sofrimentos.

Em um artigo publicado em 1986 sobre “Clínica e experimentação em psicofarmacologia”<sup>13</sup>, Roland Kuhn retraçava as condições históricas e

13. R. Kuhn. In *Psychanalyse à l'Université*, t. 11, nº 41, 1986.

metodológicas de uma pesquisa paciente – e, portanto, muito audaciosa – que conduziria à descoberta dos efeitos antidepressivos da *Imipramina*. As primeiras intuições desta descoberta remontam a 1952, quando o tratamento dos estados confusionais e delirantes feito pelos neurolépticos não estavam ainda aperfeiçoados (1954) e, em 1957, foi produzida a primeira publicação que abre o caminho a tantos trabalhos psiquiátricos e psicofarmacológicos sobre o tratamento com a *Imipramina*, testemunhando as reviravoltas produzidas pela descoberta dos efeitos antidepressivos.

Não é desprovido de interesse voltar hoje à abordagem adotada ao longo dos anos por Roland Kuhn. Ela é, e permanece, a nosso ver, exemplar, sendo que não apenas nada perdeu de sua atualidade, mas – em relação ao problema que colocamos aqui – tem valor de exposição de método.

Em diversas ocasiões – e principalmente em uma contribuição de 1990 sobre “Psicofarmacologia e análise existencial”<sup>14</sup> – Roland Kuhn tomou o cuidado de especificar a dimensão psicofarmacológica da clínica psicoterápica bem como do lugar que deve ser concedido à reflexão filosófica na abordagem do pesquisador clínico em psicofarmacologia, se este quiser ir além da descoberta dos efeitos de uma molécula e tomar, de alguma forma, posse do poder heurístico desta com fins de *criação* em psicopatologia. O pesquisador deve fazer de modo que se conjugue o conhecimento neuroquímico de uma substância no seio dos processos vitais de um organismo humano e esta investigação fenomenológica dos sinais e sintomas psíquicos sempre deslocados ou escondidos que são produzidos na história pessoal de uma existência singular. Desta maneira, o pesquisador clínico deve, por esta conjunção, “*inventar* a entidade mórbida para a qual uma substância pode ser um medicamento específico”<sup>15</sup>. Pois é justamente de tal prática de invenção que deveria proceder uma psicopatologia rigorosa (e não formalmente alusiva): o medicamento, ou seja, a substância química qualificada pela clínica terapêutica é, assim como o sintoma, uma extraordinária fonte de compreensão dos processos psíquicos<sup>16</sup> e seria bastante lamentável que uma atividade de teorização apoiando-se sobre a prática terapêutica ignorasse a imaginação criadora que um e outro comportam.

Além disso, não é banal enfatizar a incontornável necessidade para a psicofarmacologia de estar refletida em uma abordagem filosófica e antropológica. Convém sublinhar o alcance de uma crítica bastante decisiva desenvolvida e argumentada contra os procedimentos experimentais quando estes impedem e

14. In *Revue Internationale de Psychopathologie*, 1990, nº 1.

15. “Clinique et expérimentation...”. Op. cit., p. 115.

16. D. Widlöcher. *Les psychotropes. Une manière de penser le psychisme?* Paris, Delagrangé, 1990.

ignoram a abordagem clínica. Em suma, estes procedimentos se interessam apenas pelos efeitos dos produtos e negligenciam deliberadamente a reserva terapêutica do produto quando é utilizado clinicamente como medicamento. Ora, esta reserva terapêutica de uma substância é ainda maior quando a psicoterapia sabe recebê-lo e guiar seu uso. O que é, portanto, esperado da farmacologia é que, ao se tornar mais psicoterápica, ela adquira uma eficácia melhor adaptada. *E se precisasse aqui ser mais audacioso no espírito da pesquisa clínica, ousar-se-ia a hipótese de que a molécula química não adquire a plena capacidade de sua inteligência senão graças à magia psíquica das palavras!* Os procedimentos experimentais por questionários e escalas validam um produto por seus efeitos-padrão segundo o princípio do placebo contraverificador; eles repousam sobre uma semiologia sumária e pseudomédica; eles visam principalmente uma a-clinicidade da prescrição, ou seja, a administração do medicamento sobre uma base comodamente característica que reduz a queixa a uma demanda de resposta automática. A respeito desta *intuição* que deve orientar a prática do clínico – inevitavelmente pesquisador em psicopatologia –, Roland Kuhn claramente escreve:

42

Mas não é uma intuição qualquer, da qual se faz uma representação mais ou menos nebulosa. É uma intuição fundada sobre as estruturas elementares e originais da existência humana. Não se conhece tal estrutura praticando a farmacologia e também não a aprendemos pela psicopatologia generalizante que faz uso da indução para encontrar as regras que levam a descrever e compreender a existência de pessoas psiquicamente doentes. Somente uma formação filosófica permite conhecer as direções fundamentais de reflexões que conduzem a uma experiência autêntica tanto da existência humana normal quanto patológica.<sup>17</sup>

Ao ilustrar concretamente esta *intuição*, Kuhn desenvolve em “Psicofarmacologia e análise existencial” o parentesco clínico que vem tomar um aspecto da depressão melancólica com um processo esquizofrênico. A abordagem clínica deste parentesco – que nada ignora das diferenças entre melancolia e esquizofrenia – repousa sobre uma apreciação da temporalidade da fala sob sua distinção entre o *aspectual* (implícito) e o *explícito indicativo* tendo, entre os dois, esta subjuntividade do virtual que recobre as potencialidades da existência.

O homem só está bem – escreve Kuhn – se conquistou um caminho para transitar do tempo aspectual para um tempo histórico “explícito” e poder se mover livremente entre uma e outra destas duas formas de temporalização.

17. “Clinique et expérimentation...”. Op. cit., p. 115.

Algumas depressões se expressam nos pacientes por uma temporalidade melancólica de sua fala que nem por isso é explicitamente delirante. E estas depressões não poderiam ser curadas unicamente com antidepressivos. O reconhecimento da forma psicótica de uma depressão é, por assim, dizer, impossível sem esta percepção clínica do tempo da fala do doente. Advindo daí a consideração de Roland Kuhn:

A psicopatologia reconheceu um caráter específico psicótico nos depressivos (assim como, aliás, nos maníacos, com restrições, todavia) e nos equizofrênicos, pois, nas depressões simples, o bloqueio traz apenas uma *modificação quantitativa* do pensamento e da ação, um empobrecimento dos conteúdos, uma simplificação das relações apreensíveis do pensamento.

Nas formas psicóticas, chega-se a uma *modificação qualitativa*: as idéias de ruína e culpa representam tais modificações qualitativas. Trata-se aqui de *problemas de significação ou sentido* que nunca se deixarão reduzir a simples *modificações quantitativas*.

A observação e a interpretação que apelam para a psicopatologia, a psicofarmacologia e a análise existencial *completar-se-ão entre si* cada vez mais claramente e, se uma destas análises faz com que progridam mais os *problemas colocados, se conformarão ainda mais na diferenciação*.

Fomos bastante longe agora para poder nos colocar tantas questões sobre a ação específica dos neurolépticos no delírio melancólico. Agora elas devem ser colocadas sobre as *condições de significação*.<sup>18</sup>

Como conclusão deste artigo, Kuhn considera que a descoberta das particularidades dos antidepressivos como a *Imipramina* e a *Maprotilina* só foram possíveis graças às pesquisas psicopatológicas clínicas fundadas sobre a análise da existência. E afirma também esta idéia de que o esclarecimento das estruturas existenciais da vida psíquica para a psicofarmacologia clínica cria novas condições para a psicoterapia e para a compreensão psicodinâmica da relação entre o terapeuta e o paciente.

Logicamente, trata-se aqui de análise existencial (*Daseinanalyse* segundo Binswanger) e não de psicanálise: a corajosa reflexão de Roland Kuhn induz indubitavelmente a uma compreensão da psicoterapia e da ação farmacológica que lhe está integrada, em conformidade com outras determinações metodológicas, técnicas e teóricas que as que orientam o tratamento psicanalítico. Mas de nada serviria debater aqui uma oposição já argumentada na *Correspondência* entre Freud e Binswanger<sup>19</sup>. É, sem dúvida, no seio da prática psicoterápica que esta

18. Op. cit., p. 61.

19. Freud-Binswanger. *Correspondance*. Paris, Calmann-Lévy, 1995.

oposição é superada e é justamente aí que se forma hoje a problemática renovada da fala e do *pharmakon*.

Mas estaríamos ainda longe de conseguir destacar todas as implicações teóricas desta problemática se não privilegiássemos a exigência de uma formação para a prática psicoterápica que deve ser psicanalítica, mas que não se restringe a isto. Afinal, a ambição da análise existencial de Ludwig Binswanger voltada para a psiquiatria clínica e a psicoterapia nunca contestou o lugar destinado à análise pessoal e à formação psicanalítica. Esta ambição permaneceu sendo a de reforçar a clínica psicoterápica por esta reflexão filosófica e antropológica sem a qual a *therapeia* não poderia realizar, a cada vez e com cada um, seu projeto interno de restituir ao psíquico todo o seu poder de agir – inclusive por uma justa aliança com o *pharmakon* que lhe é semelhante.

## Resumos

*Partiendo de la creciente generalización del uso de psicotrópicos, el autor se propone pensar el tratamiento psíquico a través de lo químico. Supone, pues, la existencia de un psicotropismo que eliminaría aquello que de lo psíquico produce síntoma como intento de cura.*

*Como consecuencia de estas condiciones, no sería más necesario hablar de síntomas, no solamente por causa de la asintomatización de la vida psíquica, pero también por una menor necesidad de concebir una “demanda subjetiva” – transferencial – que conduzca al trabajo necesario de reordenamiento de las representaciones y afectos.*

*Mientras que la psicofarmacología era bastante solidaria con una psicopatología, la neurofarmacología se consideraba más científica, a punto de emanciparse de cualquier conocimiento de las disfunciones psicopatológicas del individuo, dejando así de serle necesario regularse por una clínica de los procesos.*

*Cómo quedarían, entonces, la semiología psiquiátrica y el espíritu nosográfico? Cómo quedaría la psicopatología? Y, en último análisis, cómo quedaría el psicoanálisis hasta entonces protegido, de alguna manera, por la psiquiatria?*

*Aquello que se busca, entonces, es antes de más nada, esclarecer el enigmático “tratamiento de lo psíquico por lo psíquico” y determinar las condiciones según las cuales la palabra, como un *pharmakon*, proporciona o no para si los medios de interiorizar una acción con medicamentos.*

*Using as a starting point the growing generalization in the use of psychotropic substances, the author proposes to ponder about psychic treatment by chemical means. He then supposes the existence of a psychotropism which would eliminate that which from the psychic realm produces symptoms as a healing attempt.*



---

## ARTIGOS

---

*Given these conditions and as a consequence of this supposition, it would be no longer necessary to talk about symptoms not only because of the asymptomatization of psychic life, but also due to a decreasing need of envisioning a “subjective demand” —transferencial— which could lead to the work required for the rearrangement of representations and affects.*

*While psychofarmacology was quite solidarious to a certain psychopathology, neurofarmacology considered itself as being more scientific, to the point of emancipating itself from any knowledge regarding individual psychopathological disfunctions; becoming thus no longer necessary to regulate itself through a clinic involved with processes.*

*What would then happen to psychiatric semiology and the nosographical spirit? What would happen to psychopathology? And in the final analysis, what would become of psycho-analysis until then somehow protected by psychiatry?*

*That which is then sought is, above all, to elucidate the enigmatic “psychic treatment by psychic means” and determine the conditions by which words —like a pharmakon— allow or not the means to interiorize medicating activities.*