



Débora Naomi de Souza

PSICANÁLISE

Qual o lugar da psicofarmacologia na psicanálise?

Blucher

**QUAL O LUGAR DA
PSICOFARMACOLOGIA
NA PSICANÁLISE?**

Débora Naomi de Souza

Qual o lugar da psicofarmacologia na psicanálise?

© 2024 Débora Naomi de Souza

Editora Edgard Blücher Ltda.

Publisher Edgar Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Rafael Fulanetti

Coordenação de produção Andressa Lira

Produção editorial Kedma Marques

Preparação de texto Samira Panini

Diagramação Thaís Pereira

Revisão de texto Regiane da Silva Miyashiro

Capa Laércio Flenic

Imagem da capa

Blucher

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico,
conforme 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico*
da Língua Portuguesa, Academia Brasileira
de Letras, julho de 2021.

200 p.

ISBN

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios sem autorização
escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela
Editora Edgard Blücher Ltda.

Conteúdo

Prólogo	15
Introdução	19
1. Apresentação da psicofarmacologia e da psiquiatria	33
2. Psicanálise e neurociências	81
3. A psicofarmacologia na psicanálise	105
Conclusão	183
Referências	187

Introdução

Desde o início dos tempos, sabe-se que substâncias químicas podem modificar os estados psíquicos. Tais substâncias são chamadas de psicotrópicas, pois modificam o psiquismo agindo sobre o cérebro.

Conforme as circunstâncias e os lugares, essas substâncias foram utilizadas em diversos contextos: para evocar os deuses em rituais religiosos, para esquecer a fome e a fadiga, para a simples obtenção de prazer e para aliviar o sofrimento físico ou moral. Contudo, foi oficialmente a partir da década de 1950 que teve início a história da moderna psicofarmacologia, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com o objetivo de tratar as doenças psiquiátricas. Desde então, as pesquisas em neurociências e os esforços para sintetizar novos fármacos avançaram consideravelmente, sendo que, atualmente, a psicofarmacologia se consolidou como o principal arsenal terapêutico utilizado na prática psiquiátrica contemporânea.

Freud, em seu *Compêndio de Psicanálise*, escrito em 1938 e publicado postumamente em 1940 – seu testamento, segundo André Green –, já indicava novos caminhos para um importante impasse na clínica psicanalítica: *a reflexão quanto à possibilidade do uso de substâncias químicas para aliviar o sofrimento psíquico*.

No capítulo VI, em seu resumo sobre a técnica da psicanálise, Freud alega que o desfecho final do tratamento psicanalítico depende de relações quantitativas da cota de energia que nós, psicanalistas, podemos mobilizar no paciente em nosso favor, comparada à “soma de energia das forças que trabalham contra nós”.¹ Nesse sentido, ele admite que nem sempre conseguiremos ganhar, mas poderemos ao menos identificar os motivos pelos quais não conseguimos vencer. Por fim, ele conclui:

Quem acompanhou nossas explicações apenas por interesse terapêutico talvez se afaste com desdém após tal confissão. Porém, aqui nos ocupamos da terapia apenas na medida em que ela trabalha com recursos psicológicos; não temos outros por enquanto. O futuro talvez nos ensine a influenciar diretamente com substâncias químicas especiais as quantidades de energia e suas distribuições no aparelho psíquico. Talvez ainda existam outras possibilidades insuspeitadas de terapia; por ora não temos nada melhor à nossa disposição que a técnica psicanalítica, e por isso, apesar de suas limitações, não se deveria desprezá-la. (p. 35, grifo nosso)

Nesse futuro enunciado por Freud, diante dos desdobramentos das pesquisas em neurociências e da síntese sucessiva de novos psicofármacos, observamos atualmente o fato inegável de que cada vez mais aparecem em nossos divãs pacientes que utilizam alguma medicação psicotrópica. Também é cada vez mais comum que, durante a análise de algum paciente, pensemos na possibilidade da administração de alguma medicação que alivie sua angústia pois, quando intensa, pode paralisar qualquer possibilidade de pensamento. Para isso,

1 Freud, S. (1940 [1938] 2014). *Compêndio da psicanálise*, p. 35.

entendemos ser necessário um melhor diálogo entre a psiquiatria e seu arsenal terapêutico – a psicofarmacologia – e a psicanálise.

Desse modo, o objetivo do presente livro é demonstrar que a psicanálise e a psicofarmacologia podem ser compatíveis, realizando um percurso pela psicopatologia freudiana por intermédio de fragmentos clínicos de análises de pacientes que receberam concomitantemente medicações psicotrópicas. O ponto de vista escolhido nesta relação – a psicofarmacologia e a psicanálise – será *do* lugar da psicofarmacologia *na* psicanálise.

Algumas estruturas psicanalíticas foram escolhidas – dois casos de psicose e dois casos de neurose – para ampliar o entendimento do impacto favorável do uso de medicações psicofarmacológicas no contexto psicanalítico; trata-se, portanto, de um aprofundamento teórico de situações que emergem da prática clínica, realizado com base em anotações da analista. Para esse fim, o foco de observação nos fragmentos clínicos de análises de pacientes apresentados será na atuação dos psicofármacos nos sintomas retratados. A base teórica psicanalítica é Freud; também com a inclusão de textos extraídos das pesquisas nas áreas de psiquiatria e psicofarmacologia.

No presente livro estão contidas basicamente duas suposições:

- As teorias neurobiológicas que sustentam a utilização dos psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais atualmente e as teorias psicanalíticas não são necessariamente excludentes, se considerarmos que ambas possuem finalidades, métodos diagnósticos e de investigação diferentes.
- A relação entre a psicofarmacologia e a psicanálise pode ser de colaboração mútua, na medida em que a utilização de medicações psicotrópicas no contexto psicanalítico demonstrou reduzir os sintomas que poderiam dificultar ou até mesmo impossibilitar o trabalho da análise.

Entendemos que, no intuito de alcançarmos nosso objetivo, algumas considerações e reflexões prévias são necessárias. Assim, no primeiro capítulo do presente livro, apresentaremos a história da psicofarmacologia moderna – notadamente a história que levou à descoberta dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina em 1952 – e a psiquiatria contemporânea. Considerando que o desenvolvimento das teorias neurobiológicas dos transtornos mentais tem íntima relação com o uso das substâncias psicotrópicas, no segundo capítulo abordaremos a relação entre a psicanálise e as neurociências.

Segundo Daniel Widlöcher, no artigo intitulado “O cérebro e a vida mental”, com a descoberta dos antipsicóticos, dos antidepressivos e dos ansiolíticos a partir de 1952, a questão da relação entre o cérebro e o pensamento – que até então tinha permanecido no campo da filosofia – entrou finalmente no domínio das ciências neurobiológicas, trazendo as seguintes questões: “como a ação química de uma molécula sobre as estruturas neuronais pode modificar de maneira precisa e seletiva a atividade mental de um indivíduo? Como uma ação química pode modificar o pensamento?”²

Notadamente a descoberta acidental dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina por Laborit, Delay e Deniker, além de possibilitar a utilização de outras medicações psicotrópicas no tratamento dos distúrbios mentais, como a imipramina e o clordiazepóxido, propiciou também o desenvolvimento do conceito neurobiológico da esquizofrenia e de outras psicoses. As diversas pesquisas neurocientíficas sobre os efeitos antipsicóticos da clorpromazina permitiram a identificação de seu mecanismo de ação: a ligação a um receptor

2 Publicado originalmente em *La recherche 280* em outubro de 1995. O texto em português foi publicado no *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional* Redação: Manoel Tosta Berlinck. Escuta, ano X, n. 99, jul. 1997, p. 41. Diversos artigos dessa edição da revista, escritos por diversos autores que abordam as relações entre a psicanálise e a psiquiatria, serão utilizados como referência bibliográfica ao longo desta obra.

pós-sináptico de dopamina, bloqueando a ação da dopamina liberada na fenda sináptica. A partir dessa constatação, foi possível estabelecer finalmente a etiologia da esquizofrenia, a “hipótese da dopamina”: o transtorno resulta do excesso de atividade dopaminérgica.

Nesse cenário, Widlöcher ressalta que os defensores das teorias biológicas para as causas das doenças mentais puderam confirmar sua tese de que os transtornos mentais seriam secundários a alterações na atividade dos neurotransmissores, à medida que a administração de substâncias químicas que inibem ou estimulam tais neurotransmissores nas fendas sinápticas poderia compensar esse distúrbio.

A psiquiatria, por sua vez, que até então não possuía um arcabouço teórico estabelecido na anatomia e na fisiologia como as outras especialidades médicas, acabou se voltando para as neurociências.

Mário Eduardo Costa Pereira ressalta que nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria enfrentava grande desprestígio social, sendo atacada por diversos setores. Por um lado, a antipsiquiatria a denunciava como uma “polícia médica”³ de comportamentos e emoções socialmente indesejados e não aceitáveis, acusando-a de funcionar como um dispositivo de poder responsável pela manutenção da ordem e pela normalização social.

Por outro lado, continua o autor, dentro da própria medicina, a psiquiatria era condenada por não conseguir estabelecer uma nosologia e prática clínica assentada nas ciências naturais e uniformemente compartilhada entre os especialistas, ao contrário do que acontecia com as demais especialidades médicas. Até o final dos anos 1950, seus métodos terapêuticos eram extremamente restritos e pouco eficazes, permitindo a influência de outras áreas no campo da saúde mental – campo até então dominado pelo conhecimento psiquiátrico – abrindo espaço significativo para profissionais não médicos, o que a

3 No capítulo Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da psiquiatria, publicado na coletânea *Por que Freud hoje?*, p. 169.

afastava cada vez mais da possibilidade de se estabelecer como uma “disciplina médica de pleno direito”⁴

Além disso, encontrava-se o mais completo cenário de desordem e incompatibilidade entre os próprios psiquiatras com relação a uma delimitação diagnóstica de classificação dos transtornos mentais, mesmo as classicamente mais conhecidas – como a esquizofrenia e os transtornos afetivos –, cada qual baseando-se em sistemas classificatórios arbitrários para a definição de uma doença.

Entretanto, a partir dos anos 1980, com o desenvolvimento da psicofarmacologia, das neurociências aplicadas e dos estudos epidemiológicos em transtornos mentais, a psiquiatria passou a se aproximar das outras especialidades médicas ao recorrer às ciências naturais de maneira mais efetiva.

Os sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria, assim, visavam cada vez mais delimitar quadros clínicos semelhantes, baseados em pressupostos neurofisiológicos, *com o objetivo de direcionar a prescrição de um psicofármaco*. Os quadros clínicos seriam um conjunto de sintomas e sinais que teriam uma certa evolução no tempo e resposta terapêutica a uma determinada substância, obtidos também a partir da ocorrência estatística dos fenômenos observados, por exemplo, por meio de escalas padronizadas capazes de quantificar cada evento. Esse modo de funcionar, principalmente a partir do DSM-III, visava então “clarificar” alvos específicos para a ação psicofarmacológica, mais do que a sua matriz neurobiológica em si, o que acabou resultando em uma proliferação das categorias diagnósticas. Como exemplo, vemos a escalada do número de categorias diagnósticas do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM): a primeira edição do DSM, publicada em 1918, descrevia 106 transtornos mentais; no DSM-II, já foram descritos 186; o DSM-III, por sua vez, contava com não menos de 265 transtornos; o DSM-IV com

4 *Ibid.*, p. 169.

297 e, finalmente, o DSM-V, publicado em 2013, alcançou a marca de mais de 300 transtornos apresentados.

Ariel Bogochvol reforça a ideia de que essa proliferação nosográfica pode ser atribuída principalmente ao resultado de um empobrecimento da análise clínica, que passou a se organizar em um elemento fisiopatológico inicial hipotético, assim como nas manifestações sintomáticas e estatísticas em si, “sem ocupar-se da lógica que as organiza ou da estrutura que as articula”.⁵ Nos quadros de transtornos do humor, como exemplo, estão agrupados o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar, além da hipomania, da ciclotimia e da distímia. Cada categoria diagnóstica é descrita de acordo com o tempo de evolução dos sintomas – a duração do humor deprimido ou de euforia. Outras manifestações clínicas são levadas em consideração, como capacidade cognitiva, fala e funções vegetativas (como sono e apetite). O fato de que muitos pacientes que receberam o diagnóstico de transtorno depressivo maior pudessem ter apresentado anteriormente episódios não detectados de comportamento maníaco ou hipomaniaco fez com que os pesquisadores reconsiderassem a possibilidade de que o transtorno bipolar fosse uma expressão mais grave de depressão – nos últimos vinte anos, o campo da psiquiatria considerava até então os dois transtornos separados. A depressão maior e o transtorno bipolar também compartilhariam os mesmos fatores biológicos implicados em sua etiologia – uma desregulação dos neurotransmissores monoaminérgicos, como a noradrenalina, a dopamina, a serotonina e a histamina. Conclui o autor:

Assim, os elementos que direcionavam anteriormente os diagnósticos dos transtornos afetivos, como a divisão estrutural, sua natureza neurótica ou psicótica, foram colocados em terceiro plano, substituídos pela evolução no

5 Bogochvol, A. (1997). Algumas reflexões sobre a psiquiatria biológica, p. 16.

*tempo dos sintomas e por sua suposta anormalidade neurológica como fator etiológico.*⁶

Essa abordagem dos transtornos mentais assentada em teorias neurobiológicas encontra, por sua vez, inúmeras dificuldades. Pereira assinala que uma delas se refere à incompletude dos conhecimentos biológicos para explicar todos os fenômenos observados na prática clínica psiquiátrica; essa dificuldade, entretanto, poderia ser contornada baseando-se na expectativa de que um dia os dados e modelos biológicos que ainda faltavam pudessem ser completamente elucidados.

Entretanto, uma outra dificuldade, de natureza epistemológica, interroga as próprias condições de se fazer uma descrição psicopatológica das doenças mentais por meio de um pressuposto estritamente biológico, reduzindo-as a uma doença predominantemente biomédica. No campo da psiquiatria, isso implicaria um conceito de transtorno mental de viés exclusivamente biológico, sem levar em consideração os aspectos subjetivos do indivíduo, nem sua contextualização linguística e histórico-cultural nas manifestações clínicas, o que por si só poderia colocar justamente o plano psicopatológico do adoecimento psíquico em dúvida, como observa Pereira:

*O avanço da psiquiatria contemporânea pelas vias da biomedicina conduziu à impressão de que a psicopatologia, enquanto ciência do adoecimento humano em suas diferentes dimensões, teria se tornado obsoleta. Uma nosologia psiquiátrica construída em bases exclusivamente biológicas e experimentais tomaria seu lugar, fundando definitivamente a psiquiatria como especialidade médica de direito.*⁷

6 *Ibid.*

7 Pereira, M. E. C. (2014). A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise, p. 1041.

A partir desse caminho percorrido pela psiquiatria contemporânea – se aproximando quase que exclusivamente das teorias biológicas e se distanciando de outras áreas que se ocupam de estudar e abordar as causas do sofrimento humano –, entendemos existir a necessidade prévia de uma discussão sobre as relações entre as neurociências e a psicanálise para atingirmos o objetivo deste estudo: estabelecer uma relação entre a psicofarmacologia e a psicanálise.

André Green⁸ aborda principalmente dois pontos relevantes na relação entre a neurobiologia e a psicanálise: a suposta ausência do biológico na teoria psicanalítica e as diferenças entre conceito biológico e conceito psicanalítico da *consciência*.

Segundo Green, o pensamento biológico nunca abandonou Freud e, na realidade, seria um equívoco considerar sua abordagem em uma perspectiva biológica apenas durante sua trajetória neurológica. Em seu *Compêndio de Psicanálise*, como vimos, seu testamento, Freud afirma claramente que não afastava a influência do biológico sobre o psíquico: “Daquilo que chamamos de nossa psique (vida psíquica), conhecemos duas coisas: em primeiro lugar, o órgão físico e cenário dela, o cérebro (sistema nervoso); por outro lado, nossos atos de consciência, que são dados imediatamente e não nos podem ser esclarecidos por nenhuma descrição”⁹.

Green também afirma, como exemplo, que não se pode negar que os pressupostos básicos de Freud sobre a sexualidade se sustentavam

8 Para quem se interessar em estudar mais profundamente o tema, uma outra coletânea indispensável foi publicada em 1995, intitulada *Corpo-mente: uma fronteira móvel*. Luiz Carlos Uchôa Junqueira Filho (org.). São Paulo, Casa do Psicólogo. Trata-se de uma compilação dos trabalhos apresentados no II Encontro Bional da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, realizada em São Paulo, em agosto de 1994. A Conferência proferida por André Green, intitulada *Neurobiologia e psicanálise (1995)*, inaugura a coletânea e será amplamente utilizada no segundo capítulo deste livro.

9 Freud, S. (1940 [1938]/1996). *Esboço de psicanálise*, p. 157.

no terreno biológico, mas também seria ingênuo pressupor que se tratava de uma mera aplicação de conceitos tomados de sua formação em biologia: “Ao contrário, Freud, na verdade, inventou a psicosssexualidade”.¹⁰ O fato de que, na espécie humana, a sexualidade – uma função natural, ligada à perpetuação da vida – esteja submetida a influências culturais ou variações em seus objetivos e possa se tornar tão “antinatural” é de grande importância, mas não muda o fundamento biológico básico.

Freud, na verdade, nunca hesitou em considerar a influência do biológico sobre o psíquico, mas, em contrapartida, nunca se submeteu a essa ciência. Ao perceber que as teorias neurobiológicas de sua época não poderiam esclarecer os fenômenos observados em sua prática clínica, Freud se viu obrigado a formular uma nova teoria que pudesse contemplar todos esses fenômenos.

Dessa maneira, sua teoria sobre o inconsciente trouxe para o campo das relações entre neurociências e psicanálise um desacordo entre o conceito biológico e o conceito psicanalítico da consciência. Para os neurobiologistas, o inconsciente existe, mas é no sentido daquilo que não é consciente para a biologia. Essa dificuldade de conciliar as duas concepções é decorrente da dificuldade de ajustar o procedimento objetivista das neurociências com aquilo que poderia ser definido como uma “ciência da subjetividade”, ao que se refere a psicanálise. Nesse sentido, Green coloca a seguinte questão: “O que existe entre o cérebro e a consciência cuja descrição possa satisfazer ao mesmo tempo aos critérios do psiquismo e, por outro lado, esclarecer as relações com o sistema nervoso?”¹¹

Considerando esse impasse entre as neurociências e a psicanálise – a questão da *consciência* – e tendo como objetivo estabelecer uma relação entre a psicofarmacologia e a psicanálise –, entendemos

10 Green, A. (1995). *Sexualidade tem algo a ver com psicanálise?*, p. 221.

11 Green, *op. cit.*, p. 17.

que um campo no qual as duas áreas inevitavelmente se entrecruzam seria a *clínica*.

Roland Khun, ao estabelecer uma relação entre a psicofarmacologia e a análise existencial – uma área que se dedica ao estudo do sofrimento humano, levando em consideração seus aspectos subjetivos, como a psicanálise –, ressalta que o elo de ligação entre elas é exatamente *o ser psiquicamente doente*,¹² sendo o objeto de observação das duas disciplinas: “Ambas desejam conhecê-lo no modo como se desenvolve e se estrutura sua doença a fim de assisti-lo”.¹³

Nesse sentido, Renato Mezan alega que, sendo o inconsciente o objeto da psicanálise, as condições favoráveis de observação das manifestações inconscientes podem ser, em suma, materializadas na situação clínica que, por sua vez, envolve duas pessoas únicas:

*O procedimento de investigação consiste na fala de um – o paciente – e na escuta do outro – o analista – que, periodicamente, toma a palavra e interpreta, comenta ou questiona o que disse o primeiro. Este falará do que quiser, do que lhe vier à cabeça, suspendendo a censura moral e lógica que habitualmente exerce sobre seus enunciados.*¹⁴

Entretanto, se a experiência de cada sessão é única, a reiteração delas poderá produzir elementos constantes, considerando que são sempre as mesmas pessoas envolvidas no processo. Essa reiteração, prossegue Mezan, fará surgir os padrões característicos desse

12 Khun, R. (2005). Psicofarmacologia e análise existencial, p. 222. Psiquiatra suíço, Roland Khun descobriu os efeitos antidepressivos da imipramina em 1957. Esse assunto será mais bem abordado no terceiro capítulo, assim como o artigo de Khun citado.

13 *Ibid.*

14 Mezan, R. (1995). Psicanálise e neurociências: uma questão mal colocada, p. 270.

indivíduo, seu funcionamento psíquico: a forma pela qual ele estabelece relações, as angústias predominantes, os modos habituais de defesa. A singularidade é mantida, porém, agora não mais apenas no plano de cada sessão e sim no plano desse indivíduo que – sem ser necessariamente sempre “homogêneo” em si – é, no entanto, “um conjunto articulado de fantasias, desejos e reações”,¹⁵ surgindo, assim, a configuração desse inconsciente na sua lógica e no seu tipo de funcionamento.

Mezan ressalta que “é desse ponto que parte a teorização em psicanálise” pois, deixando de lado os conteúdos específicos dessa história única e singular, poderemos evidenciar os traços do *universal imanente*, isto é, daquilo que esse indivíduo compartilha com outros – alguns ou todos – seres humanos. Essa seria uma contradição da psicanálise, pois, como teoria, ela pode visar o não individual – o universal presente em todos os indivíduos – mas como prática, não se pode deduzir apenas da teoria o que se observa em cada paciente sem se levar em consideração em qual contexto uma dada manifestação se revela:

Este é o paradoxo da psicanálise: como teoria, ela só pode visar o não-individual (por exemplo, as leis do processo primário, às quais obedecem a todos os sonhos “sonháveis”, todos os lapsos capazes de serem cometidos, todos os sintomas possíveis). Mas, como prática, não pode deduzir, a priori, das correlações estabelecidas pela teoria, qual é o caso agora. Será “x” uma manifestação delirante? Será “y” um sintoma obsessivo? Será “z” o início de uma transferência psicótica? A teoria define classes infinitas de possíveis (Castoriadis), estabelece esquemas de correlacionamento dos dados, mas não pode predeterminar a interpretação adequada de coisa alguma. E isso

15 *Ibid.*

*porque o sentido dessa manifestação depende do contexto no qual ela se inscreve, e este contexto não está dado; precisa ser inferido a cada vez, com base naquilo que deve ser nele incluído.*¹⁶

Dessa maneira, julgamos indispensável incluir neste trabalho elementos da clínica psicanalítica, cujo registro, estudo e divulgação entre pares constitui um dos mais importantes métodos de ampliação dos conhecimentos na psicanálise.

Nas *Conferências introdutórias de 1916-17*, Freud tenta estabelecer a relação entre a psiquiatria e a psicanálise a partir de um caso clínico de uma senhora que sofria de um quadro de delírios de ciúmes. Ele coloca, a partir da descrição da história, as teorias psiquiátricas de sua época ao lado das teorias psicanalíticas a fim de compará-las. Freud demonstra, assim, que elas não são necessariamente contraditórias: “Mas existe uma contradição, uma oposição nisso? Não é o caso de uma complementar a outra? O fator hereditário contradiz a importância da experiência? Ambas as coisas não se combinam de maneira mais efetiva?”¹⁷

Da mesma maneira, na apresentação dos fragmentos de análise descritos no terceiro capítulo, tentamos estabelecer o entendimento dos fenômenos observados a partir da perspectiva psiquiátrica por um lado – trata-se de casos atendidos concomitantemente por colegas psiquiatras que introduziram medicações psicotrópicas – e pela perspectiva psicanalítica de outro.¹⁸ Partindo da proposta de estabelecer o

¹⁶ *Ibid.*, p. 271, grifos do original.

¹⁷ Freud, S. (1916-1917/1996). Conferências introdutórias sobre psicanálise, p. 261.

¹⁸ Esse livro está restrito à demonstração de uma possível relação entre a psicanálise e a psicofarmacologia. Não pretendemos um maior aprofundamento teórico de cada entidade psicopatológica psicanalítica, apenas o suficiente para estabelecer essa relação. Também não pretendemos abordar a polêmica questão em torno da possibilidade ou não de um campo psicopatológico psicanalítico e psiquiátrico comum. Os diagnósticos psiquiátricos foram descritos apenas para fornecer um

lugar *da* psicofarmacologia *na* psicanálise, e entendendo que outros pontos de vista poderiam ser abordados nesta relação, optamos por iniciar com as descrições feitas no ambiente psicanalítico.

Ressaltamos que a teoria elaborada por Freud, até o fim de sua obra, certamente nunca menosprezou a função que um dia poderia ser atribuída ao químico. Freud inicialmente questiona a função de uma substância endógena e sexual e, mais tarde, sobre a natureza da pulsão, concebida como um representante psíquico dos estímulos somáticos. Nesse mesmo sentido, conforme declara Pierre Fédida, a separação mantida por Freud entre o plano da consciência e o cérebro deixa um hiato para o inconsciente psíquico, que poderia apenas ser deduzido: “a manutenção da palavra ‘alma’ após ter sido transposta da metafísica para a metapsicologia não poderia afastar de maneira alguma a função do químico”.¹⁹

Em seu artigo intitulado “O químico e o psíquico: um desafio para a psicanálise”, Fédida pontua que a psicanálise, assim, está confrontada com novos dados e descobertas que não podem ser ignorados: “*A pesquisa psicanalítica ganha mais, sem ceder em suas próprias exigências, em considerar esta incidência dos novos psicotrópicos e em contribuir para a compreensão das mudanças que eles induzem, se não nos próprios processos, pelo menos em suas manifestações*”.²⁰

melhor entendimento da prescrição medicamentosa instituída, considerando que a escolha do psicofármaco administrado, na prática psiquiátrica, é direcionada a partir do estabelecimento prévio de um diagnóstico clínico.

19 Fédida, P. (1997). O químico e o psíquico: um desafio para a psicanálise, p. 53.

20 *Ibid.*



Qual o profissional *psi* que nunca viu chegar ao seu consultório alguém que toma medicamentos psiquiátricos? A situação é cada vez mais frequente, e, muitas vezes o lança no embaraço: Por que o possível paciente está tomando tal remédio? Como ele age no organismo, que efeitos psíquicos se podem esperar do seu uso? Este livro aborda essas questões por um viés inovador, por meio de quatro fragmentos clínicos, mostra por que foi necessário recorrer a tal ou qual psicotrópico e como sua atuação no corpo contribuiu para o progresso do trabalho analítico.

Sem ceder ao tribalismo terapêutico, segundo o qual psiquiatria e psicanálise são campos tão afastados que seria impossível cooperarem para um mesmo objetivo, a autora – psiquiatra e psicanalista, que se move em ambos os campos com a facilidade de quem fala duas línguas maternas – nos brinda com uma sólida defesa da complementaridade entre eles. E com muito mais, como descobrirá quem se dispuser a acompanhá-la nas páginas a seguir.

Bem-vinda estreia na arena dos debates da nossa área, e de grande interesse para o público em geral!

Renato Mezan

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2453-2

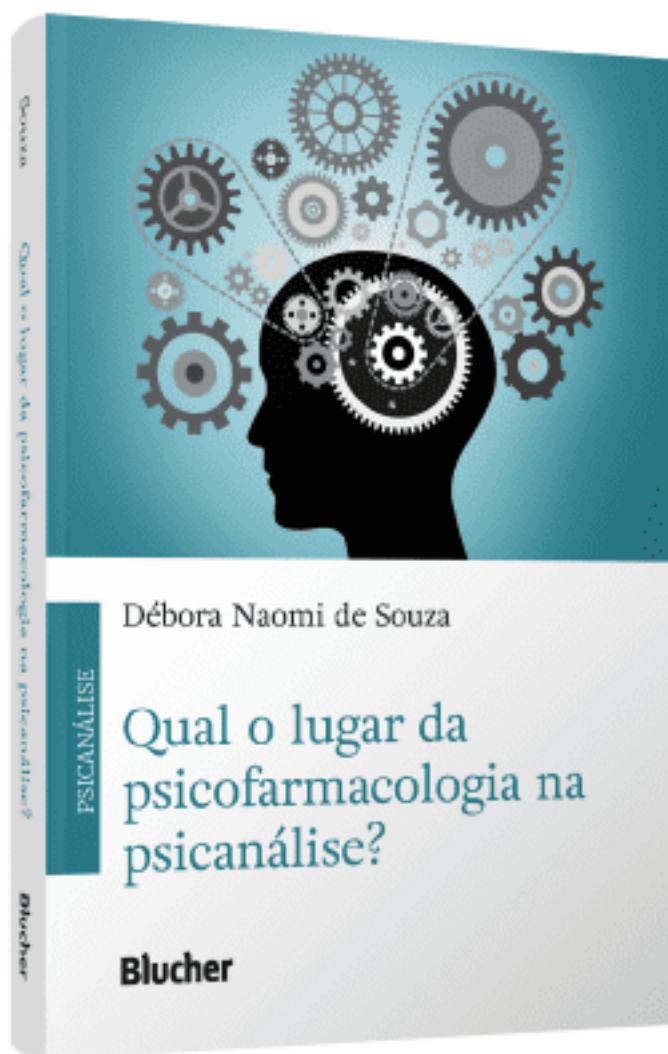


9 788521 224532



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

Qual o lugar da psicofarmacologia na psicanálise?

Débora Naomi de Souza

ISBN: 9788521224532

Páginas: 195

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2024
