Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise

A METAPSICOLOGIA DAS DEPRESSÕES E SEU TRATAMENTO POSSÍVEL COM SUBSTÂNCIAS ALUCINÓGENAS (PSICODÉLICOS)

MAURÍCIO LUCCHESI – malucchesi@uol.com.br

Resumo: O advento da psicofarmacologia industrial, voltada para o consumo de massa, selou a ruptura do diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise. De um lado, a abordagem totalizante das intervenções medicamentosas, em consonância com os alicerces da ciência e do modelo econômico correlatos, limitou a compreensão dos efeitos da subjetividade no sofrimento psíquico. De outro, apesar da repercussão nos atendimentos, o embate furtivo no âmbito da clínica cerceou o avanço da teoria freudiana diante dessa mudança. Nesse contexto, o diagnóstico de depressão, com relevância cada vez mais expressiva, foi capturado pelo paradigma da psiquiatria biológica e prevaleceu por décadas – até seu esgotamento. Tal fracasso coincidiu com a alternativa do uso terapêutico de substância alucinógenas (psicodélicos), que resgatou tradições e maneiras diversas na abordagem do processo saúde-doença, valorizando escolhas e a responsabilização dos sujeitos. Sua premissa parte da atuação combinada com estratégias não químicas – como as psicoterapias –, enquanto um tempo crucial na direção do tratamento, reabrindo a perspectiva de interlocução entre os saberes em jogo.

Palavras-chave: Depressão, psicanálise, psicodélicos, pesquisa qualitativa, estudo de casos.

São Paulo
2025

Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise

THE METAPSYCHOLOGY OF DEPRESSIONS AND THEIR POSSIBLE TREATMENT WITH HALLUCINOGENIC SUBSTANCES (PSYCHEDELICS)

MAURÍCIO LUCCHESI – malucchesi@uol.com.br

Abstract: The advent of industrial psychopharmacology, geared toward mass consumption, sealed the rupture in dialogue between psychiatry and psychoanalysis. On the one hand, the totalizing approach of drug interventions, consistent with the foundations of science and the related economic model, restricted the understanding of subjectivity's role in psychic suffering. On the other hand, despite its repercussions on clinical practice, the covert clash within the clinic curtailed the advancement of Freudian theory in the face of this shift. In this context, the diagnosis of depression, increasingly relevant, was captured by the paradigm of biological psychiatry and prevailed for decades—until its exhaustion. This failure coincided with the therapeutic alternative of hallucinogenic (psychedelic) substances, which revived traditions and diverse approaches to the health-disease process, valuing individual choice and accountability. Its premise relies on combined action with non-chemical strategies—such as psychotherapies—as a crucial element in treatment, reopening the perspective for dialogue between the bodies of knowledge at play.

Keywords: Depression, psychoanalysis, psychedelics, qualitative research, case study.

São Paulo
2025

INTRODUÇÃO

A relevância dos quadros de depressão continua sendo propalada pelas agências mundiais de saúde, tendo reflexo na prevalência de diagnósticos e no uso de medicações antidepressivas, cuja presença nos consultórios psicanalíticos é evidente. Nesse contexto, a psiquiatria concorre como expediente de destaque, desde que sua instrumentalização pela farmacologia foi consumada nas últimas décadas.

Na prática, no entanto, apesar do consumo massivo de substâncias assim estabelecidas, os níveis de saúde mental têm frustrado as expectativas de resultados propalados desde a chamada “década do cérebro” (anos 1990). Isso é corroborado inclusive por ensaios clínicos tradicionais e já se admite, por exemplo, a revisão do paradigma psicofarmacológico de desbalanço na neurotransmissão monoaminérgica nas depressões.

Esse fracasso coincide com uma alternativa no campo da psiquiatria, na qual algumas intervenções químicas passaram a ser concebidas como um auxílio para o reconhecimento de novas possibilidades, demandando escolhas e a responsabilização dos sujeitos. Assim, apostando em trajetórias singulares que levam em conta perspectivas para além da imagem de adaptação feliz do indivíduo ao seu meio como uma construção inexorável, abre-se espaço para questionar os fundamentos desse ideal restitutivo.

Com esse objetivo, substâncias com efeitos diversos dos habituais vêm sendo revisitadas nos últimos anos, com destaque para os alucinógenos. Outrora classificados como *perturbadores do sistema nervoso central*, devido aos seus efeitos imediatos de desorganização e de dissociação psíquica, tais substâncias têm causado interesse pelos relatos positivos de pacientes que as utilizam em contextos terapêuticos – sendo notável o ímpeto que tais sujeitos têm para falar sobre as suas vivências, configurando uma *experiência psicodélica* capaz de valorizar a própria história.

Nesse sentido, mesmo que de forma incipiente do ponto de vista da metapsicologia lacaniana, conceitos próximos a psicanálise vêm sendo reeditados como forma de teorizar sobre esses efeitos, como por exemplo: a ressignificação de “complexos traumáticos", a regressão ao funcionamento primário da cadeia associativa e o ultrapassamento de circuitos repetitivos, pela “dissolução do eu". Tais proposições consideram o trabalho de psicoterapia, enquanto cura pela fala, como um

tempo crucial na direção dada ao tratamento, o que é salientado por multos pesquisadores do assunto[28].

Num quadro de depressão, a atitude de dirigir a palavra recoloca a exterioridade que foi deixada de lado pela recusa ao que vem de fora. Em um contexto psicanalítico, sob transferência, pode-se consentir com os efeitos de surpresa causados pelas associações inusitadas de significantes e com o reconhecimento da própria divisão subjetiva.

Essa perspectiva, que toma como referência a constituição da subjetividade desejante na dialética com o Outro[5], relativiza e estende os enfoques do chamado tempo pré-edípico – incluindo a questão da perda do objeto e da sua reparação, presentes nos trabalhos de Karl Abraham[1], Melanie Klein[17,18] e autores "pós-freudianos"[11] – que influenciaram os manuais de psiquiatria até a década de 1980 no estabelecimento do diagnóstico de *depressão neurótica*.

Adotando como referência a organização da neurose que contrasta com a melancolia, concernente à estrutura psicótica, destaca-se a hipótese de uma "posição depressiva" na qual o sujeito se abstém tanto de rivalizar frente a intrusão de um elemento terceiro quanto de se ocupar do objeto do desejo, restringindo seu campo imaginário como uma estratégia para lidar com a falta[15]. Configuraria assim uma desistência antecipada de levar adiante a dialética do desejo, a despeito do sentimento de culpa por essa condescendência, cristalizada numa posição de não ir além[5].

Tal postura de demissão do sujeito é ratificada há décadas pelo viés dominante na psiquiatria. Esse discurso, ao tomar os sintomas de forma unívoca, como expressão de um desequilíbrio no humor, desconsidera as ideias recalcadas ligadas aos afetos e também o hiato entre significante e significado, renegando os conflitos e as manifestações do inconsciente. Insiste-se assim na convicção de um suposto desajuste funcional – passivel de ser conhecido e corrigido –, que faz dos pacientes, identificados a assujeitados a essa narrativa, dependentes da instrumentalização de estratégias de *reposição* química[6].

Ultrapassar esse cenário, que faz cúmplices vítimas e criminosos, é o interesse desse trabalho, que resgata uma possível interlocução entre a psiquiatria e a psicanálise.

A METAPSICOLOGIA DAS DEPRESSÕES

Quando Freud publicou Luto e Melancolia em 1917 a relevância da clínica das depressões era incomparavelmente menor que hoje em dia. Foi assim até meados da década de 1990, a "década do cérebro", que coroou o *prozac* como a "pílula da felicidade" e tornou o uso de antidepressivos mundialmente endêmico. Nessa época, o diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria, que teve seu ápice em meados do século XX, já não existia – e essa cisão limitou o avanço da teoria freudiana nesse novo contexto.

Tiveram destaque as críticas à farmacologia voltada para o consumo em massa e à consequente medicalização da vida, que não se restringem à saúde mental, e foi dada uma menor ênfase à disposição subjetiva por trás dessa identidade diagnóstica. A constatação de que alguns modos de expressão do sofrimento correspondem a demandas socialmente privilegiadas deu destaque ao viés narcísico das depressões[7,8] que, pela cultura do individualismo e pelo progressivo rompimento com as tradições, corrobora essa visão.

Freud contribuiu para a disseminação desse paradigma reafirmando a ideia de uma fixação narcísica vigente nos quadros melancólicos, com base nas etapas da evolução da libido, cujos pressupostos foram desenvolvidos por Karl Abraham[1]. Isso se deu pelo entendimento, a partir da experiência do luto patológico, que há na melancolia uma dificuldade para lidar com as perdas, devido à separação problemática com o objeto de amor primordial (mãe), da qual ficariam marcas traumáticas numa fase precoce do desenvolvimento[12]. Esse modelo, bastante influente, acabou sendo transposto para os fenômenos depressivos em geral, ainda que corriqueiros e não incapacitantes.

Melanie Klein consolidou a importância de elaborar a separação da mãe relacionando-a a uma fase central do desenvolvimento, na qual se destacam sentimentos de *anseio* e de *pesar*, que chamou de *posição depressiva* – que não configura, apesar da fenomenologia análoga, um quadro clínico de depressão. Nela, destacou mecanismos primitivos de defesa para preservar a integridade do objeto primordial, através da modulação dos sentimentos ambivalentes dirigidos à mãe, culminando com a sua reparação. Essa seria a chave para a superação dessa etapa crucial, como condição para lidar com perdas futuras. Ainda assim, segundo a autora, essa fase poderia retornar transitoriamente em momentos desafiadores e, além disso – em conformidade com a ideia de fixação da primeira geração de analistas –, alguns

pacientes poderiam permanecer nessa etapa, sem a perspectiva de consolidarem novos investimentos objetais[17,18].

Lacan criticou a configuração desse modelo por dar exclusividade aos aspectos da relação dual com a mãe, relegando a referência a outros elementos como secundária e concernentes a ela. Para ele, a saída para uma posição desejante não se resolveria com a equalização das fantasias no âmbito da dupla, sem a intervenção de um elemento propriamente terceiro – ainda que conflitos com objetos aludidos ao corpo da mãe pudessem ser remetidos posteriormente ao pai. Tal observação reafirmou a concretude dos complexos de castração e de édipo, por meio dos quais, no jogo imaginário de ataques e de culpa, a agressividade pode transcender a relação com a mãe, indicando o deslocamento para a conquista de novos interesses e de espaços inéditos[24].

Ainda segundo Lacan, o suporte de um elemento terceiro pressupõe a existência de um outro registro, que ele denominou de simbólico, que modula as vivências fantasísticas. Tal registro, referido à linguagem, impõe limites aos seres falantes e transmite a incompletude de sua condição, na qual a perda é dada de saída e a satisfação plena é um mito. O reconhecimento desse fato, potencialmente traumático, que a criança antevê na época do desmame, pode se dar de maneiras distintas, conforme a perspectiva de reparar ou contornar essa falta, definindo a posição do sujeito no campo das relações e da realidade. Assim, a perspectiva de realizar novos investimentos – ou de *desejar outra coisa* – pode variar conforme a estrutura psíquica assim estabelecida, quer se trate de uma neurose, de uma psicose ou de uma perversão[25].

Tais concepções, no entanto, não impactaram de forma significativa o estudo psicanalítico das várias formas de depressão, que se manteve na referência ao luto patológico e à melancolia[27] – temática que não foi abordada diretamente por Lacan. A homologação desse ponto de vista pela psicanálise pós-freudiana – predominantemente de língua inglesa –, de um lado, e pela psiquiatria psicodinâmica – fortemente influenciada pela primeira –, de outro, equiparou a causalidade psíquica das depressões. Estas passaram a ser diferenciadas pelo grau de vulnerabilidade às *reações vivenciais* – geralmente ligadas à perda –, conforme as marcas deixadas pelos acidentes no percurso do desenvolvimento, o que deu margem à concepção da existência de um déficit, ainda que latente.

Esse modelo contribuiu para a instituição do diagnóstico de *depressão neurótica* nos manuais de psiquiatria[9], que perdurou por décadas, enfatizando a capacidade do indivíduo de se reatualizar frente às circunstâncias, ao subsumir o peso da predisposição traumática para a dinâmica do inconsciente. Baseada na concepção do eu enquanto instância mediadora – capaz de modificar as vias ditadas historicamente pelo princípio do prazer –, essa visão colocava em jogo a atitude subjetiva frente a um conflito que se esboçaria intrapsiquicamente.

Na outra ponta da gradação diagnóstica – a das "depressões endógenas", consideradas mais grave em virtude da persistência e da severidade dos sintomas – subsistiu a ênfase nos fatores predisponentes. Seu peso tendia a ser referido a representações orgânicas, que se apropriavam por vezes de noções provenientes da psicanálise, como a magnitude das pulsões destrutivas e a extensão da sua introversão, particularmente nos quadros melancólicos. Não se ignorava, entretanto, os determinantes psicossociais, bem como a participação da subjetividade na sua evolução clínica, que, dependendo da escola doutrinária e do panorama cultural da época, expandiam ou limitavam a compreensão psicodinâmica dos quadros.

A partir da década de 1970, com o arrefecimento da guerra fria e a exaltação de consensos nas esferas política e econômica, que valorizavam a ideia de uma tendência evolutiva da sociedade – em detrimento da perspectiva dialética e dos paradoxos –, o contrapeso das abordagens se aferrou ao determinismo. A ruptura dessa balança teve como fator decisivo o advento de novas tecnologias na área da saúde, em particular a apropriação de substâncias químicas pela indústria médica, impactando de forma expressiva a psiquiatria, agora ditada por concepções neurobiológicas do sofrimento.

A incorporação dos psicofármacos possibilitou a instituição de coordenadas clínicas e terapêuticas, que passaram a ser manejadas como medidas de equivalência objetivas e generalizáveis, consoante com os alicerces da ciência e do modelo econômico a ela vinculado. O marketing em larga escala da promessa de solução à problemática assim concebida, superestimando seus efeitos e a expectativa de cura – não obstante sua efetividade relativa –, tiveram um impacto avassalador, restringindo os espaços de diálogo e as reinvenções possíveis pela subjetividade.

Por suas caraterísticas altamente prevalentes, o caso das depressões foi emblemático nesse sentido. Suas várias formas clínicas, desde a melancolia até as experiências depressivas comuns, foram niveladas pelo enfoque operacional do

sofrimento, ganhando expressão nos manuais diagnósticos – que, por sua vez, excluíram a denominação neurose da terminologia psiquiátrica. A presunção falaciosa de serem guias "ateóricos" e não ideológicos[2], foi oportunamente explorada pela cadeia de produção na saúde, contribuindo para consolidar a psiquiatria hegemônica como referida, em última instância, a um suposto organicismo passível de correção.

Como contrapartida, na esfera individual, esse modelo atendeu ao apelo presente na própria vivência depressiva, representada pelo abatimento e pelo congelamento do desejo frente às limitações percebidas como insuperáveis e alheias ao sujeito, reforçando o semblante de fatalidade. A demanda por se manter inerte, na dependência de ter seu sofrimento atenuado, encontrou um aliado complacente na nomenclatura diagnóstica à qual o sujeito poderia se submeter. Assim, a *identidade depressiva*[6] funcionaria muitas vezes como um avatar que autoriza a circulação num campo de possibilidades restrito – como as congregações, os ativismos e o consumismo sectários –, se mostrando, porém, ineficaz para a superação de cenários recorrentes e para o advento de aspirações genuinamente próprias. Desse modo, os efeitos reais da medicação no alívio dos sintomas, podem corroborar o peso dado às contingências, reiterando a crença de que as dissonâncias estão fora do âmbito da responsabilidade do sujeito.

A psicanálise, inversamente, se propôs desde o início a trazer à tona a singularidade psíquica, apostando na sua relação com o mal estar, ao buscar a superação das resistências fundadas no recalque para a elaboração de conflitos. Esse paradigma constituiu o grupo das chamadas *neuroses de transferência*. Em contrapartida, os demais quadros neuróticos que não revelavam prontamente essa dinâmica, mostrando-se refratários à análise, foram designados como *neuroses atuais* ou como *neuroses narcísicas,* que incluíam a melancolia. Assim como nas psicoses, os últimos não primariam por investimentos na relação terapêutica, enquanto possibilidade de ressignificar as experiências passadas (por meio do "teste de realidade"), em virtude da interrupção numa das fases do desenvolvimento, dentre as chamadas "pré-genitais". Aqui, a repetição dos sintomas se daria por uma regressão automática ao narcisismo primário, com uma perspectiva limitada para dialetizar os ideais, desafiando o engajamento na relação terapêutica.

A atualização desse modelo para as depressões[29], no entanto, mesmo com o estabelecimento da segunda tópica freudiana, que ampliou o entendimento sobre a *reação terapêutica negativa*, dando destaque às investidas do supereu, ao gozo

masoquista e a outros mecanismos que operam para além do princípio do prazer, se mostrou incapaz de sustentar a visão psicodinâmica junto à psiquiatria nas últimas décadas. Mesmo considerando a capacidade de decisão do sujeito frente aos impasses – que envolveriam ou não eventos vitais, como uma perda –, a suposição de uma predisposição latente causada por traumas vivenciais não superados – expressos pela *inibição* depressiva –, foi capturada modelo neurobiológico reducionista. A facilidade para a testagem empírica, por meio de hipóteses verificáveis, contrapôs e rejeitou os pressupostos psicanalíticos com base no domínio da "realidade dos fatos" – ideologia preponderante na sociedade, que é refratária à contestação.

A reação da psicanálise, reiterando a concepção do desejo desvanecido pelo peso da "consciência moral", que submete o sujeito aos seus ideais – tal qual Freud observou na melancolia[12] –, transpôs o nível da clínica e entrou em sintonia com o contexto social por meio do conceito de "sociedade narcísica"[8,9], vigente desde o fim do século passado. Sua ênfase na performance e no júbilo instantâneo, que não questiona os fins assim estabelecidos, ditando seu parecer sobre o indivíduo, reforçaria, frente às dissonâncias inevitáveis, o sentimento de inadequação pessoal nas depressões. Levada às últimas consequências, a submissão a essa imagem de auto-fracasso inabalável poderia levar – pela insistência em não reconhecer os equívocos e os espaços de divisão subjetiva – a um nível de cegueira que se assemelharia a episódios de loucura[20]. Nesse caso, qualquer presságio de conflito seria transposto para a realidade que, por sua vez, entraria *ela* em choque com o indivíduo. Porém, diferentemente do que afirmou Freud sobre as psicoses[13], num caso de depressão o sujeito não inventa outra realidade, mas insiste na autenticidade da mesma, tendendo a reagir de maneira agressiva à queda desse cenário[19].

Assim, é importante discriminar o embate que se travou no campo político das escolhas subjetivas que operam nessa perspectiva fechada, sob o risco de equiparar o conflito inconsciente com os ideais narcísicos enaltecidos pela sociedade. O enfrentamento, por vezes reativo, ao modelo hegemônico, não deveria se confundir com as restrições manejadas no âmbito da clínica, ou ainda vislumbrar o empoderamento dos pacientes para enfrentarem os reflexos de uma ideologia injusta. Dessa forma, corre-se o risco de reforçar a imagem de fraqueza e submissão, que não dá destaque à nuance, nas depressões, de uma identidade que se assujeita à manipulação. Não se trata, portanto, de buscar a tomada de uma "outra" consciência,

estabelecida a priori, como se viu na época dos movimentos civis pelos direitos dos portadores de transtornos mentais e da antipsiquiatria. No sentido de fomentar a transferência e a ética do lado do analista, vale lembrar que o cerne desse tipo de alienação se encontra no viés totalizante e historicamente restrito dos cenários imaginados – cuja solução, ao buscar a consumação mítica de um encaixe (ou o reencontro com o objeto perdido), esbarra no limite a partir do qual pode se supor o saber e a responsabilidade do lado do sujeito[26].

Nesse sentido, Mauro Mendes Dias (2003), ao resgatar o entendimento das depressões sob a óptica das neuroses, destacou a postura afirmativa dos sujeitos nessas condições, considerando a economia de gozo e a posição do sujeito em relação ao Outro não como um déficit, mas um modo de se relacionar. Diferente de um sintoma histérico ou obsessivo, porém, o autor – recorrendo ao Seminário 4 de Lacan –, entende que o sujeito, ao se deparar com o prenúncio de uma falta incontornável (que advém do reconhecimento do desejo do Outro), se abate de tal maneira que não promove a fantasia como forma de rivalizar com o Outro simbólico. Desse modo, evitando se deparar com a castração “o sujeito cai antes da queda”. Nessa montagem, há uma recusa ao que vem de fora dela e um assujeitamento ao Outro, ainda que se vislumbre a existência de um elemento terceiro – estranho e familiar – que está para além[5].

Recorrendo aos modos de representação da falta e aos tempos lógicos do complexo de édipo, desenvolvidos por Lacan nos seminário 4 e 5, respectivamente, Dias entende que nesses casos o sujeito recua ao se deparar com o pai, enquanto aquele que encarna a interdição da mãe. Essa evitação faz com que o sujeito permaneça estagnado na passagem do primeiro para o segundo tempo do édipo[10], limitando as oportunidades para dialetizar seus ideais, assentir com a castração e se identificar simbolicamente com sua condição desejante. Segundo o autor, um retrocesso assim também pode ocorrer nos demais quadros neuróticos quando, ao se deparar com a queda da fantasia estruturada junto ao Outro simbólico, o sujeito não estabelece saídas para se reerguer e se fecha num episódio depressivo. Em ambos os casos, vale notar que, tal qual destacou Melanie Klein, há um caráter de transitoriedade nessa posição, como um *tempo de espera* que pode ser superado por movimentos de restauração, desde que se considerem as perdas em jogo.

Há uma diferença a se marcar, no entanto, quando Dias discorre sobre o sujeito propriamente depressivo, com características e modos de funcionamento particulares.

Nesse sentido o autor esboçou a hipótese de um *fantasma depressivo*, operando numa economia de gozo que simularia um Outro não castrado e que, portanto, nada desejaria do sujeito. Essa crença que foraclui o vazio e o entrejogo da demanda e do desejo, supõe um indivíduo ao qual só restaria ver atendida uma necessidade funcional. Porém, vale destacar que o sujeito em questão já anteviu a castração, e, ainda que a mãe – e não o pai – seja tomada como suporte simbólico, trata-se aqui de uma construção que já transcendeu o narcisismo primário e alcançou sua representação no estádio do espelho. De forma ilustrativa, Lacan faz uma menção à anorexia no seminário 4, diferenciando a vontade de não comer nada do querer *comer nada* – proposição da qual pode-se inferir a diferença entre não desejar nada e desejar nada[24].

Ainda nessa passagem do seminário 4, Lacan se referiu ao jogo de poder que se instituiria entre o Outro onipotente e o sujeito impotente – este no lugar da vítima que enxergaria qualquer esforço como inútil. Como compensação, a outra parte ficaria constrangida a esse arranjo, que imporia inversamente o dever de corresponder às exigências, cuja impraticabilidade seria tomada menos como um capricho a ser denunciado – como numa relação histérica –, mas como uma negligência ou um descaso do outro, insistindo na exclusão do conflito para fora da responsabilidade do sujeito. Da mesma forma, o sentimento de culpa por esse arranjo – advindo da *covardia moral* por ter cedido do seu desejo (ao consentir com uma de forma de relação desimplicada e deserotizada) – se externalizaria no ódio por tudo que remete à sua inaptidão. A partir disso prevaleceriam os sentimentos baixa autoestima e de injustiça por aquilo que supostamente foi subtraído, inibindo os investimentos nas relações, afetadas por nuances de auto-ironia e de agressividade. Essa persistência no modo de submissão, e ao mesmo tempo descrença, acabaria esbarrando em questões transferenciais, orbitando sobre os ideais de felicidade à disposição e as objeções às perspectivas terapêuticas. Ainda que passíveis de interpretação, a simples desconstrução da crença nas soluções mágicas, tende a reforçar a posição do sujeito que se aferra a essa lógica de forma ambígua – no limite, sofrendo como um cético e gozando como um cínico –, e não ecoa com a *formação de compromisso* que há nesse sintoma[33].

O enrijecimento dessa montagem, que é desprovida de alternativas imaginárias quando se vê abalada, também foi destacada por Maria Rita Kehl (2015), que tomou o trabalho de Dias como referência. A autora propôs que a posição de recuo do sujeito

nas depressões decorreria da carência de recursos criativos, configurando uma predisposição para as depressões neuróticas. Esta se daria em virtude da *pressa do Outro*, revelada pela obsessão em atender as demandas e recobrir qualquer iminência de falta, durante as experiências primordiais da fase pré-edípica. Essa hipótese, na prática, ressoa com questões concretas da atualidade, que restringe os espaços implicados com as divergências e com o acolhimento, ainda que conflitante, das diferenças, de um lado, e oferece infinitas opções para referendar quaisquer ganas ou falas vazias, de outro. Nesse contexto, a autora se preocupa menos com o manejo da demanda de reconhecimento por parte paciente, e mais com o ultrapassamento dessa fantasia precária, positivando caminhos e deslocamentos inexplorados, mesmo que sugiram especulações provisórias e que não enderecem propriamente uma questão de análise. Tanto quanto Dias, ela valorizou o resgate da história do sujeito, apostando no surgimento de significantes alternativos que, por sua natureza equívoca, poderiam romper com a alienação, criando espaços de transição, como propôs Winnicott, e de mediação, incluindo terceiros, cuja alteridade – contraposta à recusa de um laço pela diferença que ameaça – poderia instigar uma manifestação inédita[16].

O USO TERAPÊUTICO DE SUBSTÂNCIAS ALUCINÓGENAS

A psiquiatria hegemônica nas últimas décadas, amparada por ensaios clínicos financiados pela indústria farmacêutica, cujo marketing se apropriou do cartaz da “medicina baseada em evidências”, também viu seus preceitos se desgastarem por respostas insatisfatórias. Muitos estudos epidemiológicos, divulgados inclusive pela mídia, atestam, sob vários aspectos, que os níveis de saúde mental da população seguem desfavoráveis, ainda mais quando são considerados os elevados gastos envolvidos em pesquisas e produtos que continuam sem entregar o que prometem.

Foi nesse contexto que, na década de 2000, teve início o chamado “renascimento psicodélico” que, sem renegar o uso – e o abuso – de substâncias, resgatou tradições e maneiras diversas na abordagem do processo saúde-doença, como uma alternativa para lidar com as situações de sofrimento da atualidade. Dentre essas, destacam-se os quadros de dependência química, os transtornos de estresse pós-traumático (em geral decorrentes de guerras) e as depressões que, cada qual ao seu modo, representam desafios ao fetiche dos métodos e soluções simplistas[28].

Nesse sentido, vale notar que o uso milenar das substâncias em questão, posteriormente classificadas como alucinógenos pela farmacologia[32], ocorre na

maioria das vezes em contextos com forte significação coletiva, com enfoque notadamente espiritual, de onde surgiu o nome psicodélicos, cunhado pelo psiquiatra Humprey Osmond. Mesmo seu uso recreativo, que ficou em voga na segunda metade do século passado, pressupõe uma conotação em grupo – por vezes com aspirações compartilhadas, como no caso da contracultura nos anos 1960 –, diferente de outras substâncias, como o álcool, a cocaína e a maconha, cujo uso individual é relativamente mais frequente.

Isso não quer dizer que, na atualidade, interesses diversos – com finalidades comerciais e corporativas legalizadas (historicamente alheias a essas manifestações), por exemplo – não procurem fazer valer a oportunidade para se verem atendidos, uniformizando os processos no manejo de tais substâncias, tal qual um medicamento tradicional ou uma simples mercadoria. Se, por um lado, essa disposição pode favorecer o lobby para a autorização do uso dessas substâncias, colaborando com as pesquisas sobre o tema e tirando os usuários da ilegalidade – e servindo até como subterfúgio para o uso recreativo –; por outro, pode enviesar seu consumo a uma lógica determinada, desconsiderando as possibilidades experimentadas pelas diversas tradições. Nesse ponto, guardadas as especificidades, pode-se pensar em analogias com o uso da cannabis medicinal, bem como da legalização do seu uso recreativo, conforme políticas regulatórias mais ou menos autônomas, para associações, empresas e pessoas físicas.

O conjunto dessas visões impacta diretamente as representações sociais e subjetivas das substâncias alucinógenas e de outros psicotrópicos, influenciando de maneira significativa seus efeitos, sejam quais forem as particularidades químicas envolvidas. Thimothy Leary, pesquisador norte-americano da primeira geração que estudou o uso terapêutico de alucinógenos, se notabilizou por estabelecer a correlação de fatores alheios às propriedades intrinsecamente farmacológicas – como o contexto social e a disposição subjetiva – para uma experiência psicodélica[15], já antevendo os limites do que seria estabelecido como o “padrão ouro” da psicofarmacologia: os ensaios clínicos duplo cegos randomizados.

A sistematização multifacetada estabelecida por Leary foi, além disso, decisiva para aproximar a psicanálise do uso de substâncias, ao viabilizar o manejo de conceitos entre vários campos do saber, com destaque para aqueles que concernem à prática clínica – e sobretudo à relação terapêutica –, como as concepções de *transferência* e de *sugestão*. É comum que se atribua a essa última, por seus efeitos

limitados, o abandono pela psicanálise do método catártico e da hipnose em prol da associação livre[3], quando já não bastava romper as defesas por uma evocação ao "soro da verdade". Com o decorrer do tempo, porém, a valorização por si só da disposição do paciente para falar de maneira implicada, sem censura, também se mostrou insuficiente para suspender o recalque e dar espaço para uma fala plena, prenhe de criações significantes. A *posição do analista* – para além da escuta, do respeito ao tempo de elaboração e do não atendimento às demandas endereçadas – passou a exigir interpretações apropriadas; e pode-se atribuir a essa nova condição a superação da ideia de sugestão rumo à elaboração do conceito de transferência.

Inicialmente, sua concepção foi a de uma repetição de cenários, por meio dos quais as relações com figuras significativas da infância se encarnavam na pessoa do analista, operando muitas vezes como uma resistência para o estabelecimento de vínculos mais condizentes com a atualidade. Lacan transcendeu esse entendimento, discriminando, num primeiro momento, aquilo que se repete na transferência imaginária do que ocorre na transferência simbólica; e, retomando posteriormente a questão no seu seminário sobre a transferência[26], indicou a possibilidade de renovação, pelo deslocamento em direção ao objeto de desejo, a partir da própria transferência.

Também nesse seminário Lacan introduziu o conceito de *desejo do analista*, que configura uma chave essencial para balizar a interlocução sobre o papel do analista entre as várias modalidades psicoterapêuticas e com as práticas que, genericamente, podem ser denominadas como rituais ou métodos de desenvolvimento espiritual. Esse conceito, além de refinar o entendimento do espaço analítico – do que se destacou como transferência, sugestão e interpretação –, trouxe à tona questões doutrinárias mais amplas, incluindo a renúncia aos ideais por parte do analista. Para além do que poderia ter um viés terapêutico – como considerações sobre a felicidade e a cura –, mereceriam atenção as idiossincrasias individuais, não se tratando de eliminá-las do *setting* mas de estar advertido quanto a elas – considerando o próprio percurso numa análise –, buscando tanto quanto o vazio e o deslocamento dos significantes.

Ao mesmo tempo, a sintonia com questões da sua própria época requer do analista disposição para arcar, por exemplo, no caso de pacientes depressivos, com a cativação por imagens de degradação e de progresso desenfreado ou com a nostalgia por um passado que talvez nunca tenha existido. Enfim, trata-se de procurar

livrar-se – “drop out”, nas palavras de Leary – daquilo que não corresponderia à ética do desejo. Tal entendimento pode orientar as considerações sobre as circunstâncias mais abrangentes que influenciam inexoravelmente o *setting* e que concorrem para a causação e para a interpretação dos efeitos da experiência psicodélica, para além da farmacodinâmica dos alucinógenos.

Fica claro, portanto, que a disciplina psicofarmacológica, enquanto uma das bases da prática psiquiátrica, tanto quanto as demais, não dá conta, na maioria das vezes, de antever a repercussão do uso de tais substâncias. Insistir no contrário disso – com os psicotrópicos de maneira geral –, como já se viu, resultou no empobrecimento da clínica psiquiátrica, particularmente pela degradação da tradição fenomenológica dessa especialidade. Atualmente, os sintomas são tomados como sinais, que prontamente são remetidos a parâmetros fármaco-clínicos ou a conjecturas neurobiológicas.

É importante não incorrer nesse engano, por vezes convidativo e conveniente, tendo em conta que, nas ciências que estudam as manifestações do sujeito, o universal provém do particular (e não o contrário) e o sentido dos sintomas relatados não é unívoco. Esse é um cuidado a se considerar mesmo quando se utilizam concepções fenomenológicas mais abrangentes, fundamentadas na clínica, e que eventualmente integrem conceitos da psicanálise – como foi o caso das pesquisas com alucinógenos que tiveram início na segunda metade do século passado nos Estados Unidos, e que servem como referência para as atuais.

A premissa mais relevante de tais iniciativas salientava a alteração do campo da consciência promovida pelos alucinógenos, em particular na relação com o “si próprio”, ou, como se habitou nomear, com a *integridade do eu*. Essa noção foi construída através de relatos diretos da percepção de ultrapassamento dos próprios limites e também intuída a partir da descrição do fluxo desconexo, por vezes inusitado, de pensamentos, imagens e sensações, que afrontariam a unidade e a capacidade de síntese dessa função psíquica. A abertura assim decorrente, por sua vez, possibilitaria a percepção, e o eventual manejo, de representações outrora estranhas, desafiando o sujeito a se situar numa outra cena – inconsciente, no caso.

Apresentada de forma resumida, essa concepção fundamentou as orientações psicanalíticas quanto aos efeitos dessas substâncias, incluindo seu potencial terapêutico, e influenciou ainda uma destacada hipótese neurobiológica sobre o seu mecanismo de ação, que versa sobre o enfraquecimento de circuitos cerebrais

dirigidos operacionalmente (chamados “Default Mode Network”) em prol de interconexões heterogêneas, potencialmente criativas. Do ponto de vista psicodinâmico, a flexibilização do eu, se valendo dos fragmentos significantes assim revelados, possibilitaria o atravessamento das limitações identitárias, indicando formas mais autênticas frente aos impasses subjetivos[14].

Dentre os poucos trabalhos com orientação lacaniana sobre o assunto, Timmy Davis (2021) fez uma referência original à teoria das psicoses elaborada na década de 1950 que, de saída, permite resgatar a questão do abandono do termo alucinógeno (que aqui optou-se por manter) em prol da significação psicodélica. A justificativa para essa mudança, na época em que se procurava estudar as manifestações propriamente psicóticas a partir do uso dessas substâncias, foi a *capacidade de crítica* do indivíduo que as utilizava. Por esse parâmetro, as alterações de percepção vivenciadas, que eram interpretadas como tendo relação com o experimento, e não com a realidade em si, descartariam a presença de uma psicose clássica. Esse critério psicopatológico, no entanto, não era admitido por Lacan, que discorreu sobre a designação imaginária do campo da realidade, a partir do que Freud já havia proposto acerca da tentativa de cura pelo sujeito após uma crise psicótica[23,25].

Conforme esse entendimento, o destaque era dado ao processo de desencadeamento dos sintomas psicóticos, cujas manifestações exuberantes traduziriam não sua essência, mas tentativas secundárias de elaboração e de reconstrução da realidade. Lacan estabeleceu que o estopim de uma crise recairia sobre o fato do sujeito ter sido convocado a dar uma resposta frente a um evento significante que configurasse como uma injunção desafiadora. Numa estrutura psicótica, decorreria disso um abalo radical do registro imaginário, cujo remanejamento – e posterior estabilização – se daria pelo tamponamento proporcionado por uma suplência que ele designou de “metáfora delirante”[23].

Já no caso de uma neurose, frente ao colapso iminente de uma visão de mundo que recobriria a existência da falta, Lacan concebeu um significante específico para lidar com esse revés, chamado *nome do pai*[25]. Em condições favoráveis, como numa análise, esse operador possibilitaria uma saída não disruptiva, resultando numa metáfora que seria sancionada pelo Outro simbólico. Com base nessa ideia, Davis propôs que as percepções aberrantes que emergem na fase aguda do uso de um alucinógeno, ao desvendarem o “furo no Outro”, reproduziriam uma situação

desafiadora, confrontando e instigando o sujeito a posteriormente reordenar suas coordenadas simbólicas e imaginárias[4].

Por essa proposição, pode-se aventar que o significante nome do pai – então ausente, ou "foracluído", numa psicose –, também estaria suspenso durante a vivência com tais substâncias, mesmo numa estrutura neurótica. Mas, diferentemente de resultar numa suplência delirante, a acomodação das significações decorrentes da experiência na cadeia significante, caracterizaria a ocorrência de uma "pseudo-alucinação". A tentativa de equiparação desse modelo com as neuroses – considerando que a terapêutica com alucinógenos é controversa, e pouco estudada, nas psicoses –, poderia aproximar, ainda, as alterações de percepção assim induzidas com os desdobramentos que Lacan deu, a partir de Clerambault, para os chamados "fenômenos elementares" – com a diferença de haver a expectativa de que as invasões perceptivas abririam possibilidades de remanejamento e de religação entre os registros psíquicos, supondo uma direção terapêutica. Seria como se esse "tempo de ver" (literalmente falando) – ainda que a intencionalidade do sujeito esteja quimicamente modificada, considerando a força inaudita das percepções vivenciadas – pudesse promover o senso de urgência para uma resposta por parte do sujeito que, constituindo uma experiência através da fala, ampliaria os espaços de mediação, dando espaço para a formulação do desejo.

Alternativamente à ideia de uma expressão bruta do inconsciente a céu aberto (sem mediação), Rodolfo Olivieri (2025) propôs que as manifestações psíquicas com lugar de destaque nas cerimônias com Ayahuasca, chamadas de "mirações", estariam submetidas às leis da linguagem, como a metáfora e a metonímia, que estruturam as formações do inconsciente. Assim como nos sonhos, o autor entende que os conteúdos imediatos das mirações, por vezes sem conexão aparente com a história do indivíduo, podem ser decifrados numa situação analítica, levando em conta o trabalho de *elaboração secundária* – ainda que a manifestação em questão ocorra num estado de vigília[30]. Ao mesmo tempo, mesmo que a figurabilidade perceptiva seja um atributo dos sonhos, a proximidade fenomenológica com as alucinações visuais, que são frequentes nas psicoses orgânicas, e a existência de sonhos traumáticos complexificam o sentido da realização de um desejo. Para Lacan, o enlace entre os significantes, pode variar com a disposição dos registros – consoante com as manifestações de retorno pela via do real ou pelo recalcado simbólico –, cujos efeitos impactam diferentemente a análise[25].

Há que se observar, porém, que a perspectiva de se haver com o que restou daquilo que outrora foi suprimido ou não admitido na cadeia simbólica, pode não bastar para o que se viu (ou se percebeu) não seja reintegrado pelo sintoma original, ou recalcado de variadas formas – inclusive com a anuência do terapeuta, do grupo ou da instituição, levando em conta a implicação de cada enfoque no "momento de compreender", conforme a temporalidade lógica de Lacan[21].

Com isso, não se trata de minimizar os efeitos reais, que ultrapassam os indivíduos, e as propriedades singulares dessas substâncias em relação aos demais psicotrópicos, particularmente os denominados alucinógenos clássicos, como a psilocibina, o DMT e o ácido lisérgico (ao menos no seu estágio agudo de ação e desde que não sejam utilizados em microdoses). Afinal, ao abalarem os sensos de existência e de realidade – dando abertura para manifestações da psique –, elas tendem a não corresponder com o sugestionamento, promovendo a queda do sentido neurótico prévio. Além disso, por seu potencial egodistônico, que transcenderia o princípio do prazer adentrando o campo do gozo, podem também fomentar a angústia. Assim, seus efeitos podem surpreender, conotando caminhos diversos – sejam eles de cunho psicodélico, místico ou divino (ou simplesmente desagradável e embaraçoso) –, e instigar o interesse renovado pelas possibilidades subjetivas no encontro com as substâncias químicas em contextos variados.

DISCUSSÃO

As intervenções terapêuticas com alucinógenos, que pressupõem a ação combinada com estratégias não químicas, podem propiciar a interlocução com outros campos do saber, em particular o das psicoterapias. Dentre essas, a psicanálise ocupa um lugar de destaque por ter influenciado a visão fenomenológica das primeiras experiências clínicas com essas sustâncias; com a vantagem que, naquele tempo, a psicopatologia não era restrita à vulgaridade das escalas diagnósticas. Por outro lado, tal qual a abordagem pragmática da psiquiatria contemporânea, o enfoque na substância foi estabelecendo demandas clínicas a partir dos efeitos subjetivos observados – resvalando o paradigma que foi subvertido e levado ao extremo pela pesquisa psicofarmacológica em geral[31]. Nesse sentido, vale frisar que a nomenclatura psicodélica deriva de uma concepção e de uma abordagem com o propósito de valorizar as chamadas "manifestações da mente".

Assim, a ponderação frente aos mecanismos químicos de ação – ao contrário da abordagem totalizante que refuta outros campos do saber e procura enquadrar a psicopatologia como um epifenômeno (mero reflexo do funcionamento cerebral)[2] – se encarregou de dar um significado instigante para o uso de tais substâncias, anteriormente estabelecidas na classe dos perturbadores do sistema nervoso central. Segundo essa visão mais recente, a desorganização psíquica traria à tona a participação da instância inconsciente e, com ela, a perspectiva de lidar com novos conteúdos ao alcance da percepção. Fica evidente, portanto, a presença da intuição freudiana na fundamentação desse campo terapêutico – ainda que de modo mais ou menos puro, conforme o referencial adotado.

Dessa forma, pode se apresentar como uma decorrência lógica, se for esse o intuito, ampliar o entendimento dos efeitos clínicos dessas substâncias com os avanços da psicanálise nas últimas décadas – desde que submeta a consistência das reflexões ao parecer de outros[21]. A pesquisa teórica nessa área, porém, além de correr o risco de fomentar elaborações que giram em torno de si mesmas, pode comprometer o diálogo interdisciplinar, ao preterir um importante canal de comunicação com a ciência médica – de natureza eminentemente empírica –, limitando-se a confrontar o material clínico de segunda mão que deriva dos experimentos dirigidos pela psiquiatria, cujos objetivos terapêuticos nem sempre são partilhados e o contexto transferencial não é levado em consideração.

Na prática, porém, como já se viu, conceber um desenho metodológico nesse sentido abrangente é complexo; e vale para quaisquer intervenções que envolvam o uso de substâncias – com a diferença que a “medicina psicodélica” se dispôs a expandir seus limites, ainda que procure preservar a identidade epistemológica. Isso significa que a chamada validade externa de um ensaio clínico, ou seja, sua capacidade de generalização estatística, segue buscando algum nível de previsibilidade que seja independente de outras variáveis – deixando claro, no entanto, que as dimensões que foram artificialmente subtraídas do experimento (o sujeito inclusive) restarão por serem incluídas mais adiante, dada sua efetiva participação no processo. Caso contrário, a apologia à *confiabilidade* dos indicadores, extensíveis ao maior de número possível de beneficiários (e consumidores), seguirá confinada à operacionalidade dos mercados, das burocracias e dos algoritmos.

Numa situação analítica, por sua vez, onde prevalece a fala do paciente, tal impasse toma outra perspectiva, já que não se trata de testar uma hipótese a priori

por meio de uma intervenção padronizada. O desvelamento do saber é construído na relação transferencial, podendo indicar repercussões na direção do tratamento, como oscilações no discurso e na posição do sujeito junto ao Outro – relacionadas, por exemplo, com a hipótese de *demissão subjetiva* no caso das depressões. Tal como nas descrições clínicas da psicanálise e da psicopatologia clássicas, que correspondem ao desenho metodológico do *estudo de casos* – frequente também nas abordagens feitas pelas ciências humanas –, trata-se de recorrer à consistência e ao rigor dos argumentos, sem a obrigatoriedade de definições unívocas, reduzidas numericamente por pretensões universais que mascaram lacunas potencialmente férteis.

Pode-se ressaltar, assim, a importância de muitos indivíduos terem o ímpeto de colocar em palavras as vivências com substâncias alucinógenas, endereçando a fala para além de uma cientificidade dura, sem desejo ou humanidade; e, no encontro com esse Outro encarnado, estaria dado o material imprescindível para a intervenção psicanalítica. Consentir com os efeitos da palavra, entretanto, não garante a validade de qualquer narrativa, já que a existência de falas vazias denotam uma implicação limitada com os desdobramentos significantes e seus remanejamentos possíveis[22]. Essa ressalva, inclusive, pode deslindar aspectos do *efeito placebo*[31] – que hoje constrange as pesquisas psicofarmacológicas[28] –, considerando que a adesão estereotipada às expectativas, eventualmente reforçada pela *sugestão* na relação terapêutica, expressaria a recusa de abandonar posições e idealizações que lhes correspondem.

Ao mesmo tempo, o efeito real das sustâncias alucinógenas, revelado na profusão de material significante estranho à situação analítica (vivenciado como de origem extrínseca), pode contribuir para confrontar pressupostos metapsicológicos da própria doutrina psicanalítica. Mas, apesar da força considerável que têm para convocar outros saberes a título de mediação, pode ser contraproducente estabelecer como eixo central da comunicação interdisciplinar – especialmente entre as pesquisas psiquiátricas e psicanalíticas – as propriedades dessas substâncias em si. Por mais que seja primordial o entusiasmo de usuários e pesquisadores sobre os seus efeitos, eventualmente na busca por novas estéticas ou arquiteturas psíquicas, podem ser infinitos os desdobramentos assim dados, ainda que submetidos aos critérios de validação próprios de cada campo. Pode ocorrer que, ao invés de um contraponto, sem que faltem explicações de ambos os lados, acabe-se superpondo em demasia

os conceitos, unificando, por exemplo, o constructo egóico da psicodinâmica ao circuito “DNM”, registrado por neuroimagem[14], e, talvez futuramente, a regressão ao estádio do espelho[4] à ativação dos “neurônios-espelho”.

O lastro mais condizente para estabelecer essa interface apontaria então para o resgate da tradição clínica, por meio da qual o encontro com o paciente faria barreira à instrumentalização do cuidado. Ainda que, nesse último século, tanto a psicanálise quanto a psiquiatria tenham se enveredado para a esfera política, é legítimo que se pergunte dos benefícios concretos aos indivíduos que padecem da saúde mental, seja pela falta ou pelo excesso remédios. Antes de decretar que os alucinógenos terminarão profanados pela indústria farmacêutica – empreitada difícil mas não impossível –, abre-se a oportunidade para a psicanálise travar um diálogo potente com a prescrição de substâncias, que é indissociável dos seus atendimentos. Para a psiquiatria, trata-se de reinventar a escuta para além do preenchimento de escalas e testes disponíveis na internet (pois é disso que se alimentam os palestrantes de congressos e propagandistas de laboratórios), resgatando a riqueza da herança fenomenológica, tanto quanto a dinâmica da personalidade frente às reações vivenciais, cujas *relações de compreensão*, como dizia Jaspers, só depois encerram-se em explicações. O diagnóstico clínico, que expressa o sofrimento e traz as questões do sujeito à tona – seja ele feito sob transferência ou pelo exame das funções psíquicas –, parece ser a chave dessa interlocução, até para que os efeitos subjetivos e terapêuticos dos alucinógenos possam ser melhor refinados. Foi esse o sentido do destaque dado ao tratamento das depressões, amparado por sua relevância social e por ter se tornado o paradigma da psiquiatria biológica (que a refratariedade da condição humana fez fracassar) – mesmo que essa nomenclatura diagnóstica não seja unívoca ou facilmente equiparável pelos saberes em jogo, incluindo o ponto de vista de quem sofre e o imaginário social que lhe transcende.

Finalmente, a proposição ética da pesquisa que aqui se firmou toca no ambiente destinado ao uso dos alucinógenos. A tradição dos rituais xamânicos e religiosos recorre a espaços altamente estruturados, inclusive culturalmente, indicando uma importância nesse sentido, que não foi o objetivo discorrer aqui. Numa intervenção terapêutica, que não deve excluir necessariamente a dimensão de busca espiritual – já que o termo psicodélico a comporta –, há que se pensar, tal qual faz um *termo de consentimento informado*, em interrogar a palavra do médico que, num sentido mais amplo, pode estar a serviço de uma transformação ou de um

tamponamento[31]. Ainda que seja ingênua a ideia de apreender diretamente os fenômenos da mente, a expressiva abertura que ocorre nessas vivências, nas quais as percepções ultrapassam a intencionalidade do sujeito, coloca o paciente num estado de vulnerabilidade. Nunca é demais lembrar – já levando em conta o imponderável até mesmo para os indivíduos verdadeiramente implicados e advertidos –, das tentativas explícitas de manipulação em casos de espionagem (em tempos de guerra)[28]; e, de forma mais sutil, do assédio de pulsões variadas no *setting* que, sem a devida supervisão, questionam o lugar de cientistas, guias e monitores durante o *uso assistido*. Parece ser mais interessante do ponto de vista psicanalítico focar nas chamadas "sessões de integração" subsequentes, ao longo das quais, por meio da sua fala, o sujeito poderá ressurgir do paraíso artificial a que teve acesso, tecendo os fios que orientam a análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) ABRAHAM, K. **Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais** (1924). In: ABRAHAM, K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 81-160.
2) BOGOCHVOL, A. **Algumas reflexões sobre a psiquiatria biológica.** Boletim de novidades Pulsional: psicanálise e psiquiatria hoje, reflexões. São Paulo, ano 10, número 99, julho 1997. p.9-21.
3) CAREZZATO, F. **Comentários sobre o uso de psicodélicos na clínica.** Revista Quimera ABRMD. São Paulo, volume 1, número 2, outubro 2021.
4) DAVIS, T. **New, strange, odd and weird perceptions: a lacanian account of psychedelic experience.** Lacunae: international journal for lacaninan psychoanalysis. Irlanda, Ano 11, número 21, dezembro 2021. p. 64-105.
5) DIAS, MM. **Caderno do seminário: Neuroses e Depressão.** Campinas: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2003.
6) DIAS, MM. **O problema da identificação na posição depressiva.** In: FINGERMANN, D.; Dias, MM. Por causa do pior. São Paulo: Iluminuras, 2005. p. 119-135.
7) DUNKER, C. **A irmã do meio.** In: DUNKER, C. Uma biografia da depressão. São Paulo: Planeta, 2021. p. 37-46.

8) DUNKER, C. **A hipótese depressiva.** In: DUNKER, C.; SILVA JR, N.; SAFATLE, W. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. São Paulo: Autêntica, 2022. p.168-205.
9) EY, H. **Estados depressivos e crises de Melancolia.** In: Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil, 1981. p. 249-285.
10) FARIA, MR. **Constituição do sujeito e estrutura familiar.** Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2014.
11) FENICHEL, O. **Depressão e mania.** In: FENICHEL, O. Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. p.361-385.
12) FREUD, S. **Luto e melancolia** (1917). In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Vol 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006
13) FREUD, S. **Neurose e psicose** (1924). In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Vol 3. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
14) GUSS, J. **A psychoanalytic perspective on psychedelic experience.** Psychoanalityc dialogues. Nova Iorque, volume 2, número 5, 2022. p. 452-468.
15) KAZAHAIA, D.; OLIVIERI, R.; TÓFOLI, LF. **Teonanácatl: pode um cogumelo interessar ao psicanalista?** Lacuna, uma revista de psicanálise. São Paulo, número 14, junho 2023.
16) KEHL, MR. **O tempo e o Cão:** a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.
17) KLEIN, M. **Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos depressivos** (1935). In: KLEIN, M. Amor culpa e reparação. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.
18) KLEIN, M. **O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos** (1940). In: KLEIN, M. Amor culpa e reparação. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329. p. 385-412.
19) LACAN, J. **A agressividade em psicanálise.** In: LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 152-194.
20) LACAN, J. **Formulações sobre a causalidade psíquica.** In: LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 104-126.
21) LACAN, J. **O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada.** In: LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.
22) LACAN. J. **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.** In: LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

23) LACAN. J. **De uma questão preliminar a todo tratamento possível de uma psicose.** In: LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 537-590.

24) LACAN, J. **O Seminário, livro 4:** a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

25) LACAN, J. **O Seminário, livro 5:** as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

26) LACAN, J. **O Seminário, livro 8:** a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

27) LEADER, D. **Além da depressão:** novas maneiras de lidar com o luto e a melancolia. Rio de Janeiro: Best seller, 2011.

28) LEITE, M. **Psiconautas:** viagens com a ciência psicodélica brasileira. São Paulo: Editora Fósforo, 2021.

29) NASIO, JD. **A depressão é a perda de uma ilusão.** Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

30) OLIVIERI, R. **Forças Estranhas: uma colaboração psicanalítica ao efeito visual da ayahuasca.** Campinas: Editora Saber Criativo, 2025.

31) PEREIRA, ME. **Psicanálise e psicofarmacologia:** novas questões e um debate atual. Boletim de novidades Pulsional: psicanálise e psiquiatria hoje, reflexões. São Paulo, ano 10, número 99, julho 1997. p.23-32.

32) STAHL, SM. **Psicofarmacologia:** bases neurocientíficas e aplicações práticas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

33) ZIZEK, S. **Ideal do eu e supereu:** Lacan como espectador de Casablanca. In: Zizek, S. Como ler Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. p. 99-112.