

Depresión y la búsqueda del "Pharmakon" para aplacar el malestar individual y social**Depressão e a busca do "Pharmakon" para aplacar o mal estar individual e social****Depression and the search for a "Pharmakon" to alleviate individual and social discomfort****Recibido: 30/03/2016****Aprobado: 20/08/2016****Publicado: 15/02/2017****Rosmarie Hajjar¹****Araceli Albino²****Álvaro da Silva Santos³**

Este es un ensayo que tiene como objetivo abordar el tema depresión a partir de los presupuestos de la neurociencia, la psiquiatría y el psicoanálisis. La neurociencia y la psiquiatría privilegian el aspecto estrictamente biológico, considerándose como resultado de un desequilibrio de los neurotransmisores. El psicoanálisis considera la depresión como manifestación de un individuo enajenado de la vía de deseo, cuya causa está en la propia constitución de este sujeto en las relaciones establecidas desde la primera infancia. En la actualidad la búsqueda del *pharmakon*, referencia al término que Platón utilizó para designar tanto la medicina como el veneno, que puede perpetuar este malestar en lugar de disolverlo.

Descriptor: Depresión; Psicoanálisis; Neurociencias; Psiquiatría.

Este é um ensaio que tem como objetivo abordar o tema depressão a partir dos pressupostos da neurociência, psiquiatria e psicanálise. A neurociência e a psiquiatria privilegiam o aspecto estritamente biológico, considerando-a como resultado de um desequilíbrio de neurotransmisores. A psicanálise vê a depressão enquanto manifestação de um sujeito alienado da via desejante, cuja causa está na própria constituição desse sujeito, nas relações estabelecidas desde a primeira infância. Na atualidade a busca pelo *pharmakon*, referência ao termo que Platão utilizou para designar tanto o medicamento quanto o veneno, pode perpetuar esse mal-estar ao invés de dissolvê-lo.

Descritores: Depressão; Psicanálise; Neurociências; Psiquiatria.

This essay aims at approaching the theme of depression from the points of view of neuroscience, psychiatry and psychoanalysis. Neuroscience and Psychiatry favor the biological aspect, considering the disease as a result of an imbalance of neurotransmitters. Psychoanalysis sees depression as the manifestation of an alienation of the pathways of desire, caused by the very constitution of its subject, established by relationships created since early childhood. Today, the search for a *pharmakon*, term used by Plato to indicate both medicine and poison, can perpetuate this ill-being instead of dissolving it.

Descriptor: Depression; Psychoanalysis; Neurosciences; Psychiatry;

1. Farmacéutica. Psicoanalista. MBA en Gestión de Negocios. Maestranda del Programa de Pos Graduación en Psicología de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Farmacéutica de la Pharmakon, MG/Brasil. ORCID - 0000-0002-0703-5076 E-mail: rhajjar@terra.com.br. Brasil.

2. Psicóloga. Psicoanalista. Especialista en Psicoanálisis y Lenguaje. Especialista en Psicopatología Psicoanalítica y Contemporánea. Especialista en Psicoterapia. Doctora en Psicología. Coordinadora de la Carrera de Psicoanálisis del Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicoanalíticas - NPP, SP/Brasil. ORCID - 0000-0002-1391-8553 E-mail: araceli.albino@uol.com.br. Brasil.

3. Enfermero. Especialista en Salud Pública. Especialista en Enfermería Médica Quirúrgica. Especializando en Psicoanálisis por el NPP y Facultad Einstein da Bahia. Magister en Administración en Servicios de Salud. Doctor en Ciencias Sociales. Pos Doctor en Servicio Social. Profesor Adjunto IV en el Programa de Pos Graduación en Atención a la Salud y el Programa de Pos Graduación en Psicología de la UFTM, MG/Brasil. ORCID - 0000-0002-8698-5650 E-mail: alvaroenf@hotmail.com. Brasil.

INTRODUCCIÓN

La depresión se presenta como malestar social e individual en la contemporaneidad con entendimientos diversos cuando es considerada a partir de un abordaje psíquico representado por la visión del Psicoanálisis o biológico en la visión de la Neurociencia y de la Psiquiatría.

La neurociencia es una de las áreas del conocimiento biológico que estudia el funcionamiento del sistema nervioso¹. Durante el siglo XX, la neurobiología y la psicología unieron sus intereses inaugurando el campo de las neurociencias, con el objetivo primero de avanzar en la investigación y en el tratamiento de las enfermedades neurológicas, por la producción de conocimientos relacionados a los aspectos neuropatológicos de las enfermedades mentales. Por otro lado, las neurociencias, también buscaban fundir la neurología y la psiquiatría, indicando ser el cerebro el verdadero sujeto de las experiencias. A partir de interpretaciones del funcionamiento psíquico y del funcionamiento cerebral se pasó a considerar que un disturbo psíquico corresponde a una disfunción bioquímica y que la actuación sobre la química cerebral sería la solución para la eliminación del sufrimiento psíquico².

La psiquiatría, como especialidad médica que se ocupa de la salud mental, mantiene la visión biológica, en el entendimiento de la enfermedad mental. A partir de las clasificaciones de las enfermedades mentales, elaboradas por Kraepelin, que aún influyen la psiquiatría moderna³, las enfermedades se originan y se manifiestan en el espacio del cuerpo humano. En detrimento de todas las discusiones y reflexiones que surgieron a partir del movimiento de la Reforma Psiquiátrica, el discurso biomédico aún regula intervenciones médico-psiquiátricas buscando normalizar las situaciones, tornando patológicos los individuos con conductas socialmente anormales⁴.

La depresión, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM V, 2013), es considerada un trastorno afectivo caracterizado por la

presencia de humor triste, vacío o irritable, acompañado de alteraciones somáticas y cognitivas que impactan en la vida funcional del individuo⁵.

Según la Organización Mundial de Salud la depresión es un "trastorno mental", caracterizado por la tristeza, pérdida de interés en los quehaceres cotidianos, pérdida del apetito o sueño, y desánimo y, con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la depresión puede ser clasificada en leve, moderada y grave⁶.

El Psicoanálisis, desarrollado por Sigmund Freud en el inicio del siglo XX, comprende una teoría, un método y una técnica, que aborda los disturbios psíquicos a partir de la investigación del inconsciente. Se utiliza la interpretación de la transferencia y de la resistencia con el análisis de la libre asociación de ideas. Para el psicoanálisis la enfermedad se da por impedimento u obligatoriedad en hacerse algo, siendo la intervención dirigida no a un encuadramiento a los estándares de normalidad, y sí a un proceso de rescate de la libertad del sujeto. El psicoanálisis es un discurso que intermedia una relación con el mundo exterior al rescatar la singularidad del sujeto permitiendo que este pueda emerger⁷.

Para el psicoanálisis la depresión está relacionada a la pérdida y el trabajo psicoanalítico envuelve la posibilidad de comprensión de la singularidad de la vivencia de esta pérdida y su elaboración a través de una significación subjetiva⁸.

Hay una importante diferenciación entre depresión y depresible, siendo que esta forma parte de la vida psíquica y es necesaria para el desarrollo de la creatividad⁹.

La depresión para Freud está vinculada a un afecto, síntoma o estado que envuelve tristeza, congoja, inhibición y angustia⁸.

Este es un ensayo que tiene como objetivo abordar el tema depresión a partir de los presupuestos de la neurociencia, psiquiatría y psicoanálisis.

MÉTODO

El presente ensayo fue elaborado a partir de la exigencia de un Programa de Pos-

Graduación en Psicoanálisis fundamentándose en la visión freudiana y privilegiando autores contemporáneos destacados en Psicoanálisis con importantes contribuciones en el abordaje del tema depresión.

RESULTADOS

Destacando el tema de depresión en la interfaz con la neurociencia, con la psiquiatría y con el psicoanálisis se enumeraron algunas temáticas: "depresión y el malestar social"; "depresión en la visión de la Psiquiatría y Neurociencias"; "depresión en la visión psicoanalítica"; y, "depresión y la búsqueda del *pharmakon* en la actualidad".

DISCUSIÓN

- Depresión y el malestar social

El "malestar" considerado por Freud (1930; 1992) evidenciaba las incompatibilidades entre las necesidades individuales y las exigencias sociales y culturales. En la actualidad este mismo sentimiento se reproduce, pero bajo circunstancias específicas características de esta época¹⁰.

La temporalidad fue alterada, la velocidad de los acontecimientos, la multiplicidad de opciones, tornan todo intenso y efímero¹¹. La represión de otrora fue sustituida por la falta de límites generalizada, siendo que la aparente libertad esconde una gran inseguridad, reforzada por la ausencia de referencias consistentes. La infinidad de bienes de consumo ofrecida lleva a la tiranía del 'tener', del competir, de vivir de apariencias, siendo las conquistas tenues y pasajeras. No hay maduración ni fruición, no hay tiempo para esto, ni espacio interno, no hay posibilidad de subjetivación de las experiencias produciendo sujetos vacíos de significado.

La depresión, como síntoma social y representante del mal del siglo surge para evidenciar la incompatibilidad de las ideologías y creencias que sustentan la vida social con la realidad del sujeto. Esto remite al papel de la histeria en la época victoriana, también tenida como síntoma social a denunciar que los modos tradicionales de simbolizar la diferencia sexual ya no

correspondían a la nueva realidad impuesta a las mujeres después de las revoluciones del siglo XVIII y el establecimiento del orden burgués en el fin del siglo XIX.

Así en el contexto actual, irán a afectar la constitución del sujeto: la temporalidad acelerada, la predominancia del gozo sobre las interdicciones tradicionales, la falta de referencias consistentes para la identificación y la desvalorización de la experiencia, surgiendo tanto neuróticos que se deprimen como sujetos con una estructura depresiva¹².

Para entender la alteración de la temporalidad y su relación con la depresión, se recurre aquí al origen de las representaciones contemporáneas del tiempo que surge en la obra de Descartes e inaugura una ciencia que suprime todo el ser para fundarse en la física, en la matemática y más exactamente en la geometría, (volviéndose para lo instantáneo, donde no están inscriptas) las condiciones de permanencia y la búsqueda por el ser. Se torna difícil experimentar una continuidad entre pasado y presente cuando lo que se privilegia es la percepción de una serie discontinua de instantes inconexos entre sí. Esta dificultad es encontrada exactamente en los sujetos deprimidos, que experimentan una sensación de inconsistencia en su ser. Esta relación satisfactoria de la temporalidad (a pesar de la precaria subjetividad) era observada en la civilización feudal, donde el tiempo medieval era acompasado por fiestas religiosas y actividades culturales, organizadas por lo simbólico, en oposición al tiempo moderno, abstracto, unificado y reducido a instantes efímeros¹³.

La temporalidad acelerada de lo cotidiano afecta la constitución del sujeto, pudiendo originar un proceso depresivo, en virtud de la alteración del comportamiento materno ahora marcado por la rapidez y eficiencia, por la preocupación excesiva, por la angustia del poco tiempo disponible, lo que imposibilita el *tiempo vacío* necesario para el trabajo psíquico invertido en la representación del objeto. Así la aceleración del tiempo es transmitida por el discurso materno, siendo que la alternancia de su

presencia y ausencia, o su presencia excesiva introducen al bebé el tiempo del *Otro*. Además de esto, la experiencia materna es afectada por las transformaciones sociales que llevan a cambios de costumbres, causando inseguridad a las jóvenes madres¹².

El debilitamiento del poder patriarcal en los países del Occidente tiene relación con la inconsistencia de las formaciones imaginarias que deberían constituir el lugar simbólico del padre como representante de la ley. De esta forma el padre no sustenta su posición de autoridad en la transmisión de valores y en la imposición de límites a los hijos, constituyendo un padre débil o un padre violento. Así, se observa en la práctica clínica cada vez más familias donde los hijos representan el único ideal de los padres, que aún se reconocen incapaces de imponer límites a sus hijos satisfaciendo a todas sus demandas. El "transmitir valores" se transforma en "dar todo lo que piden", el "valor de la conquista asociado al mérito" es sustituido por el "derecho previo de todo poseer". Frecuentemente estos mismos padres se encuentran destituidos de sus propios ideales o fracasados frente a las expectativas de sus familias de origen buscando el reconocimiento en el desempeño especial de los hijos. La posición del padre tiene una ligación estrecha con la depresión¹².

Siguiendo la visión de Lacan, las patologías subjetivas están vinculadas a la historia de las sociedades. Freud aunque ya hubiese ligado lo individual a lo social, aún no había relacionado las estructuras clínicas a las mutaciones históricas. En este contexto la depresión puede ser comprendida como una neurosis contemporánea, donde una mutación histórica y social produjo en el colectivo los efectos neuróticos. Esta mutación se refiere a la transformación del lugar del padre y la mutación del *Otro*, como determinante del sujeto y compuesto por el discurso colectivo¹³.

- Depresión en la visión de la Psiquiatría y Neurociencias

Antônio Damásio¹⁴, eminente neurocientífico de la actualidad, se

propone a estudiar cómo el cerebro construye la mente y cómo el cerebro torna esta mente consciente fundamentándose en investigaciones sobre las bases neurales, envolviendo el conocimiento de la neuroanatomía y de la neurofisiología. Aunque reconozca que mucho aún está por ser descubierto, su visión materialista se torna evidente.

Esta visión puramente biológica es compartida por la psiquiatría que considera la depresión como resultado de un desequilibrio neuronal pasible de ser corregido por medicación.

La depresión es diagnosticada por la medicina alopática tomando por base una serie de criterios establecidos por instituciones internacionales (DSM-IV y CIE-10)⁶.

Estándares de comportamiento anormales – afectivos, cognitivos y somato sensoriales – podrían ser causados por problemas en la transcripción génica como respuesta a un estímulo interno (neurohumoral o endócrino) y externo, que tornarían el individuo vulnerable a trastornos psiquiátricos¹⁵.

Bajo este aspecto la vulnerabilidad genética y el estrés serían factores-clave para la etiopatogenia de la depresión. La neuroregulación de la depresión se torna evidente, pues la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal envuelto en el estrés reduce el volumen del hipocampo y la actividad del córtex pre-frontal en pacientes deprimidos. Los medicamentos antidepressivos además de actuar sobre los neurotransmisores aumentan el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), restaurando la actividad y el crecimiento neuronal, así como, las interacciones entre las estructuras anatómicas cerebrales¹⁶.

Actualmente hay evidencia de que la inflamación ejerce un papel importante en la fisiopatología de la depresión, ya que múltiples biomarcadores inflamatorios han sido detectados en individuos con depresión. Así la teoría de las citocinas inflamatorias en la depresión establece la hipótesis¹⁷ de que:

- a. La depresión resulta del aumento de la producción de citocinas pro-inflamatorias,

hecho que puede ser desencadenado por estresores internos o externos;

b. La Inflamación puede inducir a síntomas depresivos a través de diferentes vías, tales como neuroinflamación central, degradación de triptófano y aumento de la síntesis de neurotoxinas TRYCATs (toxinas resultantes del catabolismo del triptófano);

c. El aumento del estrés oxidativo y nitrosativo puede alterar los componentes lipídicos de las membranas y modificar proteínas estructurales desencadenando una respuesta inmune además de interferir en la función de estas proteínas;

d. La eficacia clínica de los antidepresivos, por lo menos en parte, es decurrente de su actividad anti-inflamatoria;

e. Compuestos anti-inflamatorios incluyendo sustancias naturales antioxidantes y antinitrosantes pueden aumentar la eficacia de los antidepresivos o pueden tener eficacia antidepresiva.

Bajo una perspectiva neuroinmune, evidencias sugieren que la actividad física ejerce efectos benéficos sobre el cerebro en la depresión y en comportamientos depresivos, sea por el aumento de algunas citocinas anti-inflamatorias como IL-10 o por la reducción de sustancias nocivas como citocinas pro-inflamatorias, proteína-C reactiva, entre otras¹⁸.

Pacientes deprimidos con historia de trauma de infancia presentan una neurobiología característica y responden de forma distinta a las estrategias de tratamiento cuando son comparados a pacientes deprimidos que no sufrieron adversidades en la infancia¹⁹.

Con base en los resultados actuales las estrategias de tratamiento deben ser multimodales incluyendo¹⁹:

1. Psicoterapia en un ambiente terapéutico seguro y confiable abordando una serie de aspectos, tales como la regulación emocional, reencuadre cognitivo, exploración cuidadosa de eventos traumáticos pasados, dependencias y relaciones interpersonales;

2. Farmacoterapia que será eficaz en contener la cascada de reacciones corporales al estrés y revertir modificaciones epigenéticas inducidas por trauma y estrés;

3. Intervenciones ambientales que ofrecen una red de apoyo para atenuar el impacto del abuso sexual en la infancia que comprende cuidados maternos, un ambiente familiar positivo y el apoyo de un amigo cercano. Además de esto, hay un gran potencial en la identificación de biomarcadores genómicos útiles para la identificación de individuos susceptibles a la depresión en eventos traumáticos e intervención de tratamiento preventivo.

Estudios demuestran que la depresión es la expresión clínica de la inflamación, de la inducción del estrés oxidativo y nitrosativo, de la activación de la microglia, de la disminución de la neurogénesis y aumento de la apoptosis, manifestándose por síntomas melancólicos, de ansiedad y síntomas somáticos y de fatiga. Estos mecanismos permiten explicar la asociación de la depresión con múltiples comorbidades²⁰:

a) disturbios cerebrales relacionados con la neurodegeneración, por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, de Parkinson y enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y accidente vascular cerebral;

b) problemas de salud, como enfermedad cardiovascular, síndrome de la fatiga crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, psoriasis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del intestino irritable, intestino suelto, diabetes tipo 1 y 2, obesidad y síndrome metabólico, e infección por HIV; y,

c) condiciones, tales como: hemodiálisis, inmunoterapia con interferón- α , el período pos-natal y estresores psicosociales. El denominador común de todos estos disturbios/condiciones es la activación de la microglia y/o activación de las vías periféricas de estrés oxidativo y nitrosativo. La presencia de depresión con otras enfermedades está fuertemente asociada a una menor calidad de vida y aumento de la morbilidad y mortalidad en trastornos médicos. Esto puede ser explicado, pues la depresión aumenta la carga neuroinflamatoria y puede, por tanto, conducir a la progresión inflamatoria y

degenerativa. Esto muestra que la depresión pertenece al conjunto de enfermedades inflamatorias y degenerativas.

Estudios neuroanatómicos y neurofuncionales han contribuido a un mayor entendimiento de los mecanismos envueltos en la depresión. Todas las hipótesis levantadas para explicar la fisiopatología de la depresión (monoaminérgica, neuroendocrina, neurotrófica, de la neuroplasticidad, glutamatérgica, inflamatoria, del estrés oxidativo y nitrosativo) amplían las posibilidades de buscarse tratamientos más eficaces en cuanto al período de latencia para inicio de los efectos antidepresivos (en torno de 7 a 15 días), disminución de recaídas, disminución de los casos refractarios, así como, la disminución de los efectos adversos y, de la reducción de la mortalidad por suicidios o comorbilidades.

- Depresión en la visión psicoanalítica

El Psicoanálisis entiende la depresión como manifestación de un sujeto alienado de la vía de deseo y va a buscar las causas en la propia constitución de este sujeto, es decir, en las relaciones establecidas desde la primera infancia.

Mario Fleig, en el prefacio de la obra de Roland Chemama - *Depresión, la gran neurosis contemporánea*, introduce el tema resaltando que aunque la depresión no constituya una estructura clínica, puede estar presente en cada estructura, como neurótica, perversa o psicótica y coloca que "el sujeto deprimido es aquel que está mal dentro de su estructura"¹³.

De acuerdo con su práctica clínica, Maria Rita Kehl, entiende que lo que designamos como *depresión* se aproxima más a la clínica de las neurosis que de las psicosis, en cuanto que la referencia a una *depresión psicótica* o "endógena" probablemente se encuadraría en una melancolía y no en una depresión¹².

En el clásico texto "Luto y Melancolía", Freud establece una comparación entre luto y melancolía. En el luto el sujeto enfrenta la pérdida real de un objeto constituyéndose en un proceso natural que lleva a la aceptación

de la pérdida. En la melancolía la pérdida se refiere a un objeto ideal que remite a la dimensión del narcisismo, estando presente una perturbación de la autoestima, evidenciada por autoacusaciones, sentimiento de inutilidad, culpa y vergüenza, cuyo proceso patológico es atestado por la perpetuación del malestar, siendo el individuo incapaz de elaborar la pérdida²¹.

La depresión, a semejanza del luto, puede constituirse en un proceso creativo del punto de vista metapsicológico, ya que después de la simbolización de la pérdida, nuevas representaciones simbólicas se tornan posibles, a partir del momento que la ausencia, la falta, el vacío son nominados y significados. La depresión se relaciona a la noción freudiana de desamparo como capacidad del sujeto de soportar el desamparo original, condición para la estructuración del psiquismo y conduce a la noción de que la depresión puede ser entendida con un "tiempo de subjetivación" que se hace necesario para la organización psíquica¹¹.

La depresión puede producir un comprometimiento de la estructura, en la histeria o en la neurosis obsesiva, tanto en relación a la posición del sujeto, en la estructura como en los mecanismos de defensa característicos de cada neurosis. ¿Y qué llevaría el pequeño sujeto a tornarse un depresivo en vez de constituirse como un histérico u obsesivo? En el momento en que el padre imaginario se presenta como rival del niño, en el atravesamiento del complejo de Edipo, la elección del futuro depresivo sería la de retirarse del campo de la rivalidad fálica, permaneciendo bajo el abrigo de la protección materna¹².

Al evitar el enfrentamiento con el padre en el intento de revertir a la pérdida que ya ocurrió (castración), el depresivo prefiere permanecer en la condición de castrado, para no admitir el riesgo de una derrota o la posibilidad de un segundo lugar. Esta elección provocará en el sujeto impotencia, abatimiento e inapetencia frente a los desafíos que surgirán en su vida. Además de eso, esta posición de retiro no permite al depresivo crear recursos para

enfrentar la amenaza de tornarse objeto de satisfacción de su madre. *"Este lugar de objeto pasivo de los cuidados maternos, no equivale al lugar del padre como aquel que hace la ley para el deseo de la madre en el plano erótico"*, pero sí de sujeto castrado¹².

Esta fragilidad en la estructura propiciada por la "elección" de la depresión hace que el sujeto se desvíe de su deseo utilizando el comportamiento depresivo como escudo y al mismo tiempo lo torna más cercano de su represión en cuanto a la castración. Pero al insistir en esta negación, que siempre se desvela a través del sueño, del acto fallido, del síntoma, el sujeto destruye su subjetividad.

"La depresión es un afecto cuya característica sería la alteración del tiempo, la pérdida de la comunicación intersubjetiva y, correlativamente, un extraordinario empobrecimiento de la subjetividad"⁹. El afecto preponderante en el "estado deprimido" sería el aniquilamiento psíquico y aunque la tristeza acompañe este estado, ya correspondería a un movimiento de reanimación de la vida.

El "estado depresivo", es aquel que trae consigo una capacidad depresiva, es decir, de creación en todos los sentidos. Los pasajes depresivos todos los conocen a lo largo de su vida cotidiana, fruto de contrariedades, decepciones y lutos⁹.

En el caso de la depresión como una posición, el niño fue excesivamente atendido por una madre extremadamente cuidadosa, ya que la madre asistió antes que el niño pudiese percibir la falta, lo que dificultó la vivencia de la ausencia. En este caso, el niño dejó de lado su deseo en función del deseo del Otro. De ahí la pobreza imaginaria de estos individuos, la incapacidad de soñar, de creer en un futuro mejor, de hacer planes¹². Así la depresión sería caracterizada por una falla en la simbolización de la ausencia⁹.

La depresión podría ser considerada una patología narcisista cuando se considera la ligación de la depresión a una perturbación de la relación del sujeto con el Ideal del yo¹³.

Hay un tiempo en que la libido está normalmente invertida en el 'yo', es decir, en la imagen narcisista, una etapa necesaria.

Pero en la imposibilidad de instalar una identificación narcisista satisfactoria, no será permitido al sujeto introducirse en la problemática edipiana que lo llevaría a las relaciones de amor genital y de deseo. Estos cuestionamientos nacen de la observación clínica de pacientes deprimidos que parecen no conseguir introducir nada en el plano de la sexualidad, y según Bergeret, lo que hace falta es "la posesión de un falo indispensable a la completud narcisista natural permitiendo el acceso al Edipo (y sus propios conflictos)"¹³

Los pacientes que se encuentran en total estado de dependencia de la relación analítica (ya que su vida afectiva y social pobre es desinvertida y los llevan a buscar un refugio en las sesiones) se encuentran tan fragilizados que la elaboración del propio deseo se encuentra imposibilitada. En este caso considera que lo que está en juego no son los conflictos interiores a la situación edipiana, y sí las carencias o complicaciones del registro relacional narcísico¹³.

La depresión se constituye en torno de una pérdida narcísica importante que impedirá el reconocimiento y la manifestación del deseo⁹.

La depresión se presenta bajo dos formas, la depresión pura que sería una depresión saludable y característica del desarrollo emocional del ser y una depresión impura que correspondería a una depresión patológica²².

La forma de depresión está relacionada a la posibilidad de integración de las experiencias de agresión y crueldad que el bebé vive en el período de dependencia relativa. Cuando el ambiente familiar propicia esta integración el bebé adquiere la capacidad de preocuparse por el otro, es decir, de reconocer la alteridad. Esta condición llevaría a depresión saludable, que estaría vinculada a una capacidad para deprimir, caracterizada por la tristeza, pero por otro lado, propiciando la recuperación psíquica, íntimamente ligada al concepto de fuerza del ego y el descubrimiento de una identidad personal. Sin embargo, cuando esta integración de la agresividad no ocurre, surge la destructividad, impidiendo la

capacidad de percibir y preocuparse por el otro, y el proceso de depresión será patológico²².

En este caso se observan varias situaciones: organización del 'yo' deficiente en función de la amenaza de desintegración; estructura del 'yo' que posibilita la depresión, pero con la presencia de delirios persecutorios, con el uso de factores externos o memorias de los traumas para obtener alivio de las persecuciones internas, encubiertas por el humor depresivo; hipocondría o enfermedades somáticas, como medio de aliviar sus tensiones internas; proceso de negación de la depresión por la defensa maníaca; oscilación maníaco-depresiva; miedo esquizoide y melancolía y malhumor²².

- Depresión y la búsqueda del *pharmakon* en la actualidad

La depresión, ansiedad, miedo, pánico y fobias, o el sentimental de "malestar" evidencia que hay algo en el sujeto que ansía por una elaboración subjetiva y comprensión interna¹².

Sin embargo, la orientación consumista y mercadológica de la sociedad capitalista permite una infinidad de soluciones instantáneas y superficiales, como la adquisición compulsiva de bienes de consumo, la búsqueda del cuerpo perfecto, la práctica de deportes radicales, la competición profesional exacerbada, los placeres del sexo y de las drogas, y otras, que solo encubren los contenidos subyacentes, que irán a manifestarse de alguna forma, sea psíquica, sea físicamente.

La ideología neurocientífica, que considera la preponderancia de lo biológico sobre lo psíquico, endosa la medicalización exacerbada al ignorar el sufrimiento humano como un tiempo de introspección y reflexión en la búsqueda del saber-de-sí, transformando el sufrimiento inherente a la condición humana en dolor pasible de tratamiento farmacológico.

De esta forma, cualquier problema propio de la vida humana es solo problema de salud. La tristeza después de la pérdida de un familiar se transforma en "depresión", y la

persona en un "paciente deprimido" sujeto a medicalización, que satisface tanto el sistema capitalista como el individuo, que se exime de cualquier responsabilidad o acción¹².

Para Fédida (p.123), "toda cura por sugestión de sustancia equivale al *pharmakon* de Platón, cuyo efecto terapéutico es provisorio por no haber sido engendrado a partir del interior." El fenómeno de la dependencia adictiva, en la clínica de la toxicomanía, revela un estado de depresión primordial, donde la búsqueda de una sustancia que pueda alterar su estado corresponde a la esperanza de cura del paciente gravemente deprimido⁹.

La misma orientación que lleva el depresivo a alejarse de su deseo, lo aproxima de tratamientos medicamentosos y abordajes estrictamente psiquiátricos como forma de aplacar su dolor, su abatimiento, su vacío en cuanto el enfrentamiento de sus cuestiones subjetivas es preterido. Esta situación es reforzada por la cultura científico-mercado que no admite los estados de tristeza y dolor de vivir, como algo que puede llevar a un saber y fortalecimiento psíquicos del sujeto¹¹.

No obstante, los avances de la Neurociencia y de la Farmacología, podrían ser utilizados en sinergia al tratamiento psíquico, en los casos en que el inicio y la continuidad del tratamiento analítico quedan imposibilitados sin el uso de la medicación.

En el sistema médico actual, a pesar de la identificación de los síntomas de la depresión, el significado de los signos que se presentan no puede ser identificado, sea por la falta de formación del médico, sea por la falta de tiempo para dedicarse a la observación y a la escucha del paciente. Hay una menor propensión de los médicos de diferenciar varios tipos de depresión (reaccionales, neuróticas, evolutivas, endógenas, de agotamiento, y otras), dado que la depresión es reducida a la presencia o disminución de sustancias neuroquímicas, normalizadas por el uso de antidepresivos⁹.

Considerando el aspecto del tratamiento médico, ya decía Freud que:

"A partir del momento que los médicos reconocieron claramente la

importancia del estado psíquico en la cura, tuvieron la idea de no dejar más al enfermo el cuidado de decidir sobre el grado de su disponibilidad psíquica, sino, al contrario, de arrancarle deliberadamente el estado psíquico favorable gracias a medios apropiados. Es con este intento que se inicia el tratamiento psíquico moderno" Así, la cura puede ocurrir por los "afectos, el recurso a la voluntad, el desvío de la atención, la expectativa crédula"⁹.

Estas fuerzas que pueden llevar al éxito, sin embargo, fracasan en pacientes cuya disposición aleja el analista al asumir una formación psíquica "autosuficiente", como ocurre en la neurosis obsesiva, donde un aislamiento psíquico autosuficiente es impuesto en el intento desesperado de curarse a sí mismo deparándose con una repetición compulsiva que conducirá a un agotamiento⁹.

El psicoanálisis constituirá un medio por el cual el sujeto psíquico pueda reencontrar la temporalidad perdida y será buscada por el depresivo cuando este se depare con el empobrecimiento de la vida interior provocado por el uso prolongado de antidepresivos, cuando percibir que este tratamiento no está haciendo efecto o dejó de hacer efecto después de determinado período, o cuando aún tuviera capacidad de buscar una escucha para su expresión, incluso con la disminución de algunos síntomas¹¹.

El desvío de atención de lo "psíquico", provocado por la actuación exclusiva sobre síntomas hipocondríacos, que generan inicialmente la queja en el enfermo, llevará al fracaso de la intervención terapéutica⁹.

Una investigación clínica realizada en la red pública de salud de una ciudad del interior de São Paulo, en el período de 2005 a 2010, mostró que la mayoría de los pacientes que obtuvieron alivio de los síntomas de la depresión a través de la medicación, interrumpió el trabajo terapéutico precozmente, inclusive en las entrevistas preliminares, evidenciando que el alejamiento del malestar imposibilita o

dificulta la construcción de una demanda analítica. Los pacientes que presentaron condiciones para enfrentar una psicoterapia psicoanalítica fueron los que se mostraron insatisfechos en cuanto al uso continuado de medicación ya en la entrevista inicial. Estos datos pueden indicar que la medicación consiste en el *pharmakon* que la mayoría de la población busca para aplacar su malestar, dado que no dispone de recursos para mantener un proceso analítico, y no necesariamente que la medicación sea la causa del distanciamiento del análisis¹².

Algunos fragmentos de análisis de los pacientes depresivos atendidos en esta investigación como *sentir pereza y nada más; sentirse mejor, pero no completamente; miedo de enviarse; desear permanecer dopada y nada más; sentirse como si estuviese vegetando y como si no viviese*, ilustran el efecto del tratamiento farmacológico, en cuanto suspensión del malestar o producción de otros efectos sin la resolución del conflicto subyacente.

CONCLUSIÓN

La visión de la neurociencia considera el cerebro como generador de la consciencia y de los comportamientos y de esta forma, la corrección de las vías metabólicas a través de medicamentos sería justificable y resolvería los males del individuo.

A pesar de esta posición ser convenientemente defendida y propagada por la industria farmacéutica, no coincide con la realidad. Los individuos con depresión en tratamiento solamente farmacológico, muchas veces no tienen sus síntomas eliminados y otras veces permanecen sin los síntomas iniciales, pero en un estado de apatía frente a la vida, no recuperando la alegría de vivir, la capacidad de soñar, de realizar sus proyectos, sentir los afectos y establecer relaciones saludables.

El psicoanálisis entiende las alteraciones biológicas como un reflejo de las dificultades del sujeto y que, el síntoma solo serán definitivamente eliminado después de un trabajo psíquico y de elaboración de las representaciones envueltas. El trabajo analítico también posibilitará al sujeto

recursos para cuestionar y posicionarse frente a las demandas de lo social, al disminuir su dependencia con el otro.

El cuestionamiento de la idea de cura en la práctica psicoanalítica se refiere a la eliminación de los síntomas en detrimento de la capacidad de trabajo psíquico a ser desarrollado a lo largo del proceso de análisis, lo que no impide de asumir los beneficios experimentados por el paciente en cuanto al alivio y mejoría de los síntomas obtenidos en este recorrido.

Se debe, no obstante, destacar la importancia de los avances de la neurociencia y psiquiatría, en los casos en que hay un acometimiento psíquico grave y el análisis no sería posible sin la utilización de medicación, o cuando la medicación podría disminuir el sufrimiento del sujeto durante el trabajo analítico, dado que la eliminación de algunos síntomas no necesariamente irá desalentar a los sujetos conscientes de la importancia del análisis en la recuperación de su calidad de vida, entendida en el sentido freudiano, como capacidad de amar y producir.

REFERENCIAS

1. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências. São Paulo: Atheneu; 2001
2. Rosa BPGD, Monah W. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol Soc.* 2011; 23(esp):37-44.
3. Kraepelin E. As formas de manifestação da insanidade. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2009; 12(1):167-194.
4. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos normais. *Physis.* 2009; 19(2):529-549.
5. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
6. Organização Mundial de Saúde. Classificação e transtornos mentais e de comportamento CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. Fantin AD, Douglas FK. Saúde mental e psicanálise

Cad Bras Saúde Ment. 2014; 6(13 Supl esp):144-5.

8. Mendes ED, Viana TC, Bara O. Melancholy and depression: a psychoanalytic study. *Psicol Teor Pesqui.* 2014; 30(4):423-31.
9. Fédida P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta; 2009.
10. Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. vol 21. O mal estar da civilização. p. 73-148.
11. Tavares LAT. A depressão como mal estar contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010
12. Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.
13. Chemama R. Depressão, a grande neurose contemporânea. Porto Alegre: Ed. CMC; 2007.
14. Damásio AR. E o cérebro criou o homem. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
15. Kalia M. Neurobiological basis of depression: an update. *Metab.* 2005; 54(5 Suppl 1):24-7.
16. Palazidou E. The neurobiology of depression. *Br Med Bull.* 2012; 101:127-45.
17. Maes M. The cytokine hypothesis of depression: inflammation, oxidative & nitrosative stress (IO&NS) and leaky gut as new targets for adjunctive treatments in depression. *Neuroendocrinol Lett.* 2008; 29(3):1-5.
18. Eyre HA, Papps E, Baune BT. Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. *Front Psychiatry* 2013; 4(3):1-27.
19. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am.* 2012; 35(1):51-71.
20. Maes M, Kubera M, Obuchowiczwa E, Goehler L, Brzeszcz J. Depression's multiple comorbidities explained by (neuro) inflammatory and oxidative & nitrosative stress pathways. *NeuroEndocrinol Lett.* 2011; 32(1):7-24.
21. Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 14. Luto e melancolia. p. 249-263.
22. Vidal M, Lowenkron T. Sobre a depressão pura. *Rev Bras Psicanál.* 2008; 42(1):52-59.

CONTRIBUCIONES

Rosmarie Hajjar fue responsable por el levantamiento bibliográfico y redacción final. **Araceli Albino** realizó orientación y revisión. **Álvaro da Silva Santos** desarrolló la revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Hajjar R, Albino A, Santos AS. Depresión y la búsqueda del "Pharmakon" para aplacar el malestar individual y social, REFACS [Internet]. 2017 [citado en: *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(Supl. 1):165-174. Disponible en: *link de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (ABNT)

HAJJAR, R.; ALBINO, A.; SANTOS, A. S. Depresión y la búsqueda del "Pharmakon" para aplacar el malestar individual y social, REFACS, Uberaba, MG, v. 5, p. 165-174, 2017. Supl. 1. Disponible en: *link de acceso*. Consultado en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (APA)

Hajjar, R, Albino, A & Santos, A.S. (2017). Depresión y la búsqueda del "Pharmakon" para aplacar el malestar individual y social. REFACS, 5(Supl. 1), 165-174. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*. *Agregar link de acceso*. DOI: