

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****Depresión y la búsqueda del "Pharmakon" para aplacar el malestar individual y social****Recebido: 30/03/2016****Aprovado: 20/08/2016****Publicado: 15/02/2017****Rosmarie Hajjar¹****Araceli Albino²****Álvaro da Silva Santos³**

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 neurotransmissores. 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*, 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.

Descriptors: Depression; Psychoanalysis; Neurosciences; Psychiatry;

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 neurotransmissores. 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.

Descriptorios: Depresión; Psicoanálisis; Neurociencias; Psiquiatría.

1. Farmacêutica. Psicanalista. MBA em Gestão de Negócios. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Farmacêutica da Pharmakon, Uberaba/Brasil. ORCID - 0000-0002-0703-5076 E-mail: rhajjar@terra.com.br. Brasil.

2. Psicóloga. Psicanalista. Especialista em Psicanálise e Linguagem. Especialista em Psicopatologia Psicanalítica e Contemporânea. Especialista em Psicoterapia. Doutora em Psicologia. Coordenadora do Curso de Psicanálise do Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicanalíticas - NPP, SP/Brasil. ORCID - 0000-0002-1391-8553 E-mail: araceli.albino@uol.com.br. Brasil.

3. Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Especializando em Psicanálise pelo NPP e Faculdade Einstein da Bahia. Mestre em Administração em Serviços de Saúde. Doutor em Ciências Sociais. Pós Doutor em Serviço Social. Professor Adjunto IV no Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde e no Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFTM, Uberba/MG. ORCID - 0000-0002-8698-5650 E-mail: alvaroenf@hotmail.com. Brasil.

INTRODUÇÃO

A depressão apresenta-se como mal-estar social e individual na contemporaneidade com entendimentos diversos quando considerada a partir de uma abordagem psíquica representada pela visão da Psicanálise ou biológica na visão da Neurociência e da Psiquiatria.

A neurociência é uma das áreas do conhecimento biológico que estuda o funcionamento do sistema nervoso¹. Durante o século XX, a neurobiologia e a psicologia uniram seus interesses inaugurando o campo das neurociências, com o objetivo primeiro de avançar na investigação e no tratamento das doenças neurológicas, pela produção de conhecimentos relacionados aos aspectos neuropatológicos das doenças mentais. Por outro lado, as neurociências também buscavam fundir a neurologia e a psiquiatria, indicando ser o cérebro o verdadeiro sujeito das experiências. A partir de interpretações do funcionamento psíquico e do funcionamento cerebral passou-se a considerar que um distúrbio psíquico corresponde a uma disfunção bioquímica e que a atuação sobre a química cerebral seria a solução para a eliminação do sofrimento psíquico².

A psiquiatria, enquanto especialidade médica que se ocupa da saúde mental, mantém a visão biológica no entendimento da doença mental. A partir das classificações das doenças mentais, elaboradas por Kraepelin, que ainda influenciam a psiquiatria moderna³, as doenças se originam e se manifestam no espaço do corpo humano. Em detrimento de todas as discussões e reflexões que surgiram a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, o discurso biomédico ainda rege as intervenções médico-psiquiátricas buscando normalizar as situações, tornando patológicos os indivíduos com condutas socialmente anormais⁴.

A depressão, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V, 2013) é considerada um transtorno afetivo caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável,

acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que impactam na vida funcional do indivíduo⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão é um "transtorno mental", caracterizado pela tristeza, perda de interesse nos afazeres cotidianos, perda do apetite ou sono, e desânimo e, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave⁶.

A Psicanálise, desenvolvida por Sigmund Freud no início do século XX, compreende uma teoria, um método e uma técnica, que aborda os distúrbios psíquicos a partir da investigação do inconsciente. Utiliza-se da interpretação da transferência e da resistência com a análise da livre associação de ideias. Para a psicanálise o adoecimento se dá por impedimento ou obrigatoriedade em se fazer algo, sendo a intervenção dirigida não a um enquadramento aos padrões de normalidade, mas a um processo de resgate da liberdade do sujeito. A psicanálise é um discurso que agencia uma relação com o mundo exterior ao resgatar a singularidade do sujeito permitindo que ele possa emergir⁷.

Para a psicanálise a depressão está relacionada com a perda e o trabalho psicanalítico envolve a possibilidade de compreensão da singularidade da vivência dessa perda e sua elaboração através de uma significação subjetiva⁸.

Há uma importante diferenciação entre depressão e depressividade, sendo que essa faz parte da vida psíquica e é necessária para o desenvolvimento da criatividade⁹.

A depressão para Freud está vinculada a um afeto, sintoma ou estado que envolve tristeza, desgosto, inibição e angústia⁸.

Este é um ensaio que tem como objetivo abordar o tema depressão a partir dos pressupostos da neurociência, psiquiatria e psicanálise.

MÉTODO

O presente ensaio foi elaborado a partir da exigência de um Programa de Pós-Graduação em Psicanálise fundamentando-se na visão freudiana e privilegiando autores

contemporâneos de destaque em Psicanálise com importantes contribuições na abordagem do tema depressão.

RESULTADOS

Com destaque ao tema depressão na interface com a neurociência, com a psiquiatria e com a psicanálise se elencou algumas temáticas: “depressão e o mal estar social”; “depressão na visão da Psiquiatria e Neurociências”; “depressão na visão psicanalítica”; e, “depressão e a busca do *pharmakon* na atualidade”.

DISCUSSÃO

- *Depressão e o mal estar social*

O "mal-estar" considerado por Freud (1930; 1992) evidenciava as incompatibilidades entre as necessidades individuais e as exigências sociais e culturais. Na atualidade esse mesmo sentimento se reproduz, mas sob circunstâncias específicas características dessa época¹⁰.

A temporalidade foi alterada, a velocidade dos acontecimentos, a multiplicidade de opções, tornam tudo tão intenso e tão efêmero¹¹. A repressão de outrora foi substituída pela falta de limites generalizada, sendo que a aparente liberdade esconde uma grande insegurança, reforçada pela ausência de referenciais consistentes. A infinidade de bens de consumo oferecida leva a tirania do ter, do competir, do viver de aparências, sendo as conquistas tão tênues e passageiras. Não há amadurecimento nem fruição, não há tempo para isso, nem espaço interno, não há possibilidade de subjetivação das experiências produzindo sujeitos vazios de significados.

A depressão, enquanto sintoma social e representante do mal do século surge para evidenciar a incompatibilidade das ideologias e crenças que sustentam a vida social com a realidade do sujeito. Isto remete ao papel da histeria na época vitoriana, também tida como sintoma social a denunciar que os modos tradicionais de simbolizar a diferença sexual já não correspondiam à nova realidade imposta às mulheres após as revoluções do século XVIII e o estabelecimento da ordem burguesa no fim do século XIX.

Assim no contexto atual, irão afetar a constituição do sujeito: a temporalidade acelerada, a predominância do gozo sobre as interdições tradicionais, a falta de referenciais consistentes para a identificação e a desvalorização da experiência, surgindo tanto neuróticos que se deprimem quanto sujeitos com uma estrutura depressiva¹².

Para entender a alteração da temporalidade e sua relação com a depressão, se recorre aqui à origem das representações contemporâneas do tempo que surge na obra de Descartes e inaugura uma ciência que suprime todo o ser para se fundar na física, na matemática e mais exatamente na geometria, (voltando-se para o instantâneo, onde não estão inscritas) as condições de permanência e a busca pelo ser. Torna-se difícil experimentar uma continuidade entre passado e presente quando o que se privilegia é a percepção de uma série descontínua de instantes desconexos entre si. Essa dificuldade é encontrada exatamente nos sujeitos deprimidos, que experimentam uma sensação de inconsistência em seu ser. Essa relação satisfatória da temporalidade (apesar da precária subjetividade) era observada na civilização feudal, onde o tempo medieval era ritmado por festas religiosas e atividades culturais, organizadas pelo simbólico, em oposição ao tempo moderno, abstrato, unificado e reduzido a instantes efêmeros¹³.

A temporalidade acelerada do cotidiano afeta a constituição do sujeito, podendo originar um processo depressivo, em virtude da alteração do comportamento materno agora marcado pela rapidez e eficiência, pela preocupação excessiva, pela angústia do pouco tempo disponível, o que impossibilita o *tempo vazio* necessário para o trabalho psíquico investido na representação do objeto. Assim a aceleração do tempo é transmitida pelo discurso materno, sendo que a alternância de sua presença e ausência, ou sua presença excessiva introduzem no bebê o tempo do *Outro*. Além disso, a experiência materna é afetada pelas transformações sociais que levam a mudanças de costumes, causando insegurança às jovens mães¹².

O enfraquecimento do poder patriarcal nos países do Ocidente tem relação com a inconsistência das formações imaginárias que deveriam constituir o lugar simbólico do pai enquanto representante da lei. Desta forma o pai não sustenta sua posição de autoridade na transmissão de valores e na imposição de limites aos filhos, constituindo um pai fraco, ou um pai violento. Assim, observa-se na clínica cada vez mais famílias onde os filhos representam o único ideal dos pais, que ainda se dizem incapazes de impor limites a seus filhos satisfazendo a todas as suas demandas. O "transmitir valores" transforma-se em "dar tudo que pedem", o "valor da conquista associado ao mérito" é substituído pelo "direito prévio de tudo possuir". Frequentemente esses mesmos pais encontram-se destituídos de seus próprios ideais ou fracassados frente às expectativas de suas famílias de origem buscando o reconhecimento no desempenho especial dos filhos. A posição do pai tem estreita ligação com a depressão¹².

Seguindo a visão de Lacan, as patologias subjetivas estão atreladas à história das sociedades. Freud embora já tivesse ligado o individual ao social, ainda não havia relacionado às estruturas clínicas às mutações históricas. Neste contexto a depressão pode ser compreendida como uma neurose contemporânea, onde uma mutação histórica e social produziu no coletivo os efeitos neuróticos. Essa mutação refere-se à transformação do lugar do pai e a mutação do *Outro*, enquanto determinante do sujeito e composto pelo discurso coletivo¹³.

- Depressão na visão da Psiquiatria e Neurociências

Antônio Damásio¹⁴, eminente neurocientista da atualidade, propõe-se a estudar como o cérebro constrói a mente e como o cérebro torna essa mente consciente fundamentando-se em pesquisas sobre as bases neurais, envolvendo o conhecimento da neuroanatomia e da neurofisiologia. Embora reconheça que muito ainda está por ser descoberto, a sua visão materialista torna-se evidente.

Essa visão puramente biológica é compartilhada pela psiquiatria que considera a depressão como resultado de um desequilíbrio neuronal passível de ser corrigido por medicação.

A depressão é diagnosticada pela medicina alopática tomando por base uma série de critérios estabelecidos por instituições internacionais (DSM-IV e CID-10)⁶.

Padrões de comportamento anormais – afetivos, cognitivos e somatosensoriais – poderiam ser causados por problemas na transcrição gênica como resposta a um estímulo interno (neuro-humoral ou endócrino) e externo, que tornariam o indivíduo vulnerável a transtornos psiquiátricos¹⁵.

Sob este aspecto a vulnerabilidade genética e o estresse seriam fatores-chave para etiopatogenia da depressão. A neuroregulação da depressão fica evidenciada, pois a desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal envolvido no estresse reduz o volume do hipocampo e a atividade do córtex pré-frontal em pacientes deprimidos. Os medicamentos antidepressivos além de atuar sobre os neurotransmissores aumentam o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), restaurando a atividade e o crescimento neuronal, bem como, as interações entre as estruturas anatômicas cerebrais¹⁶.

Atualmente há evidência de que a inflamação exerce um papel importante na fisiopatologia da depressão, uma vez que múltiplos biomarcadores inflamatórios têm sido detectados em indivíduos com depressão. Assim a teoria das citocinas inflamatórias na depressão estabelece a hipótese¹⁷ de que:

- a. A depressão resulta do aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, que pode ser desencadeado por estressores internos ou externos;
- b. A Inflamação pode induzir sintomas depressivos através de diferentes vias, tais como neuroinflamação central, degradação de triptofano e aumento da síntese de neurotoxinas TRYCATs (toxinas resultantes do catabolismo do triptofano);

c. O aumento do estresse oxidativo e nitrosativo pode alterar os componentes lipídicos das membranas e modificar proteínas estruturais desencadeando uma resposta imune além de interferir na função dessas proteínas;

d. A eficácia clínica dos antidepressivos, pelo menos em parte, é decorrente de sua atividade anti-inflamatória;

e. Compostos anti-inflamatórios incluindo substâncias naturais antioxidantes e antinitrosantes podem aumentar a eficácia dos antidepressivos ou podem ter eficácia antidepressiva.

Sob uma perspectiva neuroimune, evidências sugerem que a atividade física exerce efeitos benéficos sobre o cérebro na depressão e em comportamentos depressivos, quer pelo aumento de algumas citocinas anti-inflamatórias como IL-10, quer pela redução substâncias nocivas como citocinas pró-inflamatórias, proteína-C reativa, dentre outras¹⁸.

Pacientes deprimidos com história de trauma de infância apresentam uma neurobiologia característica e respondem de forma distinta às estratégias de tratamento quando comparados a pacientes deprimidos que não sofreram adversidades na infância¹⁹.

Com base nos resultados atuais as estratégias de tratamento devem ser multimodais incluindo¹⁹:

1. Psicoterapia num ambiente terapêutico seguro e confiável abordando uma série de aspectos, tais como a regulação emocional, reenquadramento cognitivo, exploração cuidadosa de eventos traumáticos passados, dependências e relações interpessoais;

2. Farmacoterapia que será eficaz em conter a cascata de reações corporais ao estresse e reverter modificações epigenéticas induzidas por trauma e estresse;

3. Intervenções ambientais que fornecem uma rede de apoio para atenuar o impacto do abuso sexual na infância que compreende cuidados maternos, um ambiente familiar positivo e o apoio de um amigo próximo. Além disso, há um grande potencial na identificação de biomarcadores genômicos úteis para a identificação de indivíduos suscetíveis à depressão em eventos

traumáticos e intervenção de tratamento preventivo.

Estudos demonstram que a depressão é a expressão clínica da inflamação, da indução do estresse oxidativo e nitrosativo, da ativação da microglia, da diminuição da neurogênese e aumento da apoptose, manifestando-se por sintomas melancólicos, de ansiedade e sintomas somáticos e de fadiga. Esses mecanismos permitem explicar a associação da depressão com múltiplas comorbidades²⁰:

a) distúrbios cerebrais relacionados com a neurodegeneração, por exemplo, doença de Alzheimer, de Parkinson e doença de Huntington, esclerose múltipla e acidente vascular cerebral;

b) problemas de saúde, como doença cardiovascular, síndrome da fadiga crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite reumatóide, psoríase, lúpus eritematoso sistêmico, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável, intestino solto, diabetes tipo 1 e 2, obesidade e síndrome metabólica, e infecção por HIV; e,

c) condições, tais como: hemodiálise, imunoterapia com interferon- α , o período pós-natal e estressores psicossociais. O denominador comum de todos esses distúrbios/condições é a ativação da microglia e/ou ativação das vias periféricas de estresse oxidativo e nitrosativo. A presença de depressão com outras doenças está fortemente associada a uma menor qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade em transtornos médicos. Isto pode ser explicado, pois a depressão aumenta a carga neuroinflamatória e pode, portanto, conduzir à progressão inflamatória e degenerativa. Isto mostra que a depressão pertence ao conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas.

Estudos neuroanatômicos e neurofuncionais têm contribuído para um maior entendimento dos mecanismos envolvidos na depressão. Todas as hipóteses levantadas para explicar a fisiopatologia da depressão (monoaminérgica, neuroendócrina, neurotrófica, da neuroplasticidade, glutamatérgica, inflamatória, do stress oxidativo e

nitrosativo) ampliam as possibilidades de se buscar tratamentos mais eficazes quanto ao período de latência para início dos efeitos antidepressivos (em torno de 7 a 15 dias), diminuição de recaídas, diminuição dos casos refratários, assim como a diminuição dos efeitos adversos e da redução da mortalidade quer por suicídios quer por comorbidades.

- Depressão na visão psicanalítica

A Psicanálise entende a depressão enquanto manifestação de um sujeito alienado da via desejante e vai buscar as causas na própria constituição desse sujeito, ou seja, nas relações estabelecidas desde a primeira infância.

Mario Fleig, no prefácio da obra "Depressão, a grande neurose contemporânea", de Roland Chemama, introduz o tema ressaltando que embora a depressão não constitua uma estrutura clínica, pode estar presente em cada estrutura, quer neurótica, perversa ou psicótica e coloca que "o sujeito deprimido é aquele que está mal dentro de sua estrutura"¹³.

De acordo com sua prática clínica, Maria Rita Kehl entende que o que designamos como *depressão* aproxima-se mais a clinica das neuroses do que das psicoses, enquanto que a referência a uma *depressão psicótica* ou "endógena" provavelmente se enquadraria numa melancolia e não numa depressão¹².

No clássico texto "Luto e Melancolia", Freud estabelece uma comparação entre luto e melancolia. No luto o sujeito enfrenta a perda real de um objeto, consistindo-se num processo natural que leva à aceitação da perda. Na melancolia a perda se refere a um objeto ideal que remete à dimensão do narcisismo, estando presente uma perturbação da autoestima, evidenciado por autoacusações, sentimento de desvalia, culpa e vergonha, cujo processo patológico é atestado pela perpetuação do mal-estar, sendo o indivíduo incapaz de elaborar a perda²¹.

A depressão, à semelhança do luto, pode se constituir num processo criativo do ponto de vista metapsicológico, uma vez que

após a simbolização da perda, novas representações simbólicas tornam-se possíveis, a partir do momento que a ausência, a falta, o vazio são nomeados e significados. A depressividade relaciona-se à noção freudiana de desamparo enquanto capacidade do sujeito de suportar o desamparo original, condição para a estruturação do psiquismo e conduz à noção de que a depressão pode ser entendida com um "tempo de subjetivação" que se faz necessário para a organização psíquica¹¹.

A depressão pode produzir um comprometimento da estrutura, quer na histeria ou na neurose obsessiva, tanto em relação à posição do sujeito na estrutura quanto aos mecanismos de defesa característicos de cada neurose. E o que levaria o pequeno sujeito a tornar-se um depressivo ao invés de se constituir como um histérico ou obsessivo? No momento em que o pai imaginário se apresenta como rival da criança, no atravessamento do complexo de Édipo, a escolha do futuro depressivo seria a de se retirar do campo da rivalidade fálica, permanecendo sob o abrigo da proteção materna¹².

Ao evitar o enfrentamento com o pai na tentativa de reverter à perda que já ocorreu (castração), o depressivo prefere permanecer na condição de castrado, para não admitir o risco de uma derrota ou a possibilidade de um segundo lugar. Esta escolha provocará no sujeito impotência, abatimento e inapetência frente aos desafios que surgirão em sua vida. Além disso, essa posição de recuo não permite ao depressivo criar recursos para enfrentar a ameaça de se tornar objeto de satisfação de sua mãe. "Esse lugar de objeto passivo dos cuidados maternos, não equivale ao lugar do pai como aquele que faz a lei para o desejo da mãe no plano erótico", mas sim de sujeito castrado¹².

Essa fragilidade na estrutura propiciada pela "escolha" da depressão faz com que o sujeito se desvie de seu desejo utilizando o comportamento depressivo como escudo e ao mesmo tempo o torna mais próximo de seu recalque quanto à castração. Mas ao insistir nesta negação, que sempre

vem à tona através do sonho, do ato falho, do sintoma, o sujeito destrói sua subjetividade.

"A depressão é um afeto cuja característica seria a alteração do tempo, a perda da comunicação intersubjetiva e, correlativamente, um extraordinário empobrecimento da subjetividade" ⁹. O afeto preponderante no "estado deprimido" seria o aniquilamento psíquico e embora a tristeza acompanhe este estado, já corresponderia a um movimento de reanimação da vida.

O "estado depressivo", é aquele que traz consigo uma capacidade depressiva, ou seja, de criação em todos os sentidos. As passagens depressivas todos conhecem ao longo de sua vida cotidiana, fruto de contrariedades, decepções e lutos⁹.

No caso da depressão enquanto uma posição, a criança foi excessivamente atendida por uma mãe extremamente cuidadosa, uma vez que a mãe compareceu antes mesmo que a criança pudesse perceber a falta, o que dificultou a vivência da ausência. Neste caso, a criança abriu mão do seu desejo em função do desejo do Outro. Daí a pobreza imaginária desses indivíduos, a incapacidade de sonhar, de acreditar num futuro melhor, de fazer planos¹². Assim a depressão seria caracterizada por uma falha na simbolização da ausência⁹.

A depressão poderia ser considerada uma patologia narcísica quando se considera a ligação da depressão a uma perturbação da relação do sujeito com o Ideal do eu¹³.

Há um tempo em que a libido está normalmente investida no eu, ou seja, na imagem narcísica, uma etapa necessária. Mas na impossibilidade de instalar uma identificação narcísica satisfatória, não será permitido ao sujeito introduzir-se na problemática edipiana que o levaria às relações de amor genital e de desejo. Esses questionamentos nascem da observação clínica de pacientes deprimidos que parecem não conseguir introduzir nada no plano da sexualidade, e segundo Bergeret, o que faz falta é "a posse de um falo indispensável à completude narcísica natural permitindo o acesso ao Édipo (e seus próprios conflitos)"¹³

Os pacientes que se encontram em total estado de dependência da relação

analítica (uma vez que sua vida afetiva e social pobre e desinvestida os levam a buscar um refúgio nas sessões) encontram-se tão fragilizados que a elaboração do próprio desejo encontra-se impossibilitada. Neste caso considera que o que está em jogo não são os conflitos interiores à situação edipiana, mas sim as carências ou complicações do registro relacional narcísico¹³.

A depressão se constitui em torno de uma perda narcísica importante que impedirá o reconhecimento e a manifestação do desejo⁹.

A depressão se apresenta sob duas formas, a depressão pura que seria uma depressão saudável e característica do desenvolvimento emocional do ser e uma depressão impura que corresponderia a uma depressão patológica²².

A forma de depressão esta relacionada à possibilidade de integração das experiências de agressão e crueldade que o bebê vivencia no período de dependência relativa. Quando o ambiente familiar propicia essa integração o bebê adquire a capacidade de se preocupar com o outro, ou seja, de reconhecer a alteridade. Esta condição levaria a depressão saudável, que estaria vinculada a uma capacidade para deprimir, caracterizado pela tristeza, mas por outro lado, propiciando a recuperação psíquica, intimamente ligada ao conceito de força do ego e à descoberta de uma identidade pessoal. Entretanto, quando essa integração da agressividade não ocorre, surge a destrutividade, impedindo a capacidade de perceber e se preocupar com o outro, e o processo de depressão será patológico²².

Neste caso se observa várias situações: organização do eu deficiente em função da ameaça de desintegração; estrutura do eu que possibilita a depressão, mas com a presença de delírios persecutórios, com o uso de fatores externos ou memórias dos traumas para obter alívio das perseguições internas, encobertas pelo humor depressivo; hipocondria ou doenças somáticas, como meio de aliviar suas tensões internas; processo de negação da depressão pela defesa maníaca; oscilação maníaco-

depressiva; medo esquizóide e melancolia e mau humor²².

- Depressão e a busca do *pharmakon* na atualidade

A depressão, ansiedade, medo, pânico e fobias, ou o sentimento de "mal estar" evidencia que há algo no sujeito que anseia por uma elaboração subjetiva e compreensão interna¹².

Entretanto, a orientação consumista e mercadológica da sociedade capitalista permite uma infinidade de soluções instantâneas e superficiais, como a aquisição compulsiva de bens de consumo, a busca do corpo perfeito, a prática de esportes radicais, a competição profissional exacerbada, os prazeres do sexo e das drogas, e outras, que apenas encobrem os conteúdos subjacentes, que irão se manifestar impreterivelmente de alguma forma quer psíquica, quer fisicamente.

A ideologia neurocientífica, que considera a preponderância do biológico sobre o psíquico, endossa a medicalização exacerbada ao ignorar o sofrimento humano como um tempo de introspecção e reflexão na busca do saber-de-si, transformando o sofrimento inerente à condição humana em dor passível de tratamento farmacológico.

Desta forma, quaisquer problemas próprios da vida humana são apenas problemas de saúde. A tristeza após a perda de um familiar se transforma em "depressão", e a pessoa em um "paciente deprimido" sujeito a medicalização, que satisfaz tanto o sistema capitalista quanto o indivíduo, que se exime de qualquer responsabilidade ou ação¹².

Para Férida (p.123), "toda cura por sugestão de substância equivale ao *pharmakon* de Platão, cujo efeito terapêutico é provisório por não ter sido engendrado a partir do interior." O fenômeno da dependência aditiva, na clínica da toxicomania, revela um estado de depressão primordial, onde a busca de uma substância que possa alterar seu estado corresponde à esperança de cura do paciente gravemente deprimido⁹.

A mesma orientação que leva o depressivo a se afastar de seu desejo, o aproxima de tratamentos medicamentosos e abordagens estritamente psiquiátricas como forma de aplacar sua dor, seu abatimento, seu vazio enquanto o enfrentamento de suas questões subjetivas é preterido. Essa situação é reforçada pela cultura científico-mercadológica que não admite os estados de tristeza e dor do viver, como algo que pode levar a um saber e fortalecimento psíquicos do sujeito¹¹.

Entretanto, os avanços da Neurociência e da Farmacologia, poderiam ser utilizados em sinergia ao tratamento psíquico, nos casos em que o início e a continuidade do tratamento analítico ficam impossibilitados sem o uso da medicação.

No sistema médico atual, apesar da identificação dos sintomas da depressão, o significado dos signos que se apresentam não pode ser identificado, quer pela falta de formação do médico, quer pela falta de tempo para se dedicar à observação e à escuta do paciente. Há uma menor propensão dos médicos de diferenciar vários tipos de depressão (reacionais, neuróticas, evolutivas, endógenas, de exaustão, e outras), uma vez que a depressão é reduzida a presença ou diminuição de substâncias neuroquímicas, normalizadas pelo uso de antidepressivos⁹.

Considerando o aspecto do tratamento médico, Freud já trazia:

*"A partir do momento que os médicos reconheceram claramente a importância do estado psíquico na cura, tiveram a ideia de não mais deixar ao doente o cuidado de decidir sobre o grau de sua disponibilidade psíquica, mas, ao contrário, de arrancar-lhe deliberadamente o estado psíquico favorável graças a meios apropriados. É com essa tentativa que se inicia o tratamento psíquico moderno" Assim a cura pode ocorrer pelos "afetos, o recurso à vontade, o desvio da atenção, a expectativa crédula"*⁹.

Essas forças que podem levar ao sucesso, entretanto, fracassam em pacientes cuja disposição afasta o analista ao assumir

uma formação psíquica "autossuficiente", como ocorre na neurose obsessiva, onde um isolamento psíquico autossuficiente é imposto na tentativa desesperada de curar-se a si mesmo deparando-se com uma repetição compulsiva que conduzirá a uma exaustão⁹.

A psicanálise constituirá um meio pelo qual o sujeito psíquico possa reencontrar a temporalidade perdida e será buscada pelo depressivo quando este se deparar com o empobrecimento da vida interior provocado pelo uso prolongado de antidepressivos, quando perceber que esse tratamento não está fazendo efeito ou deixou de fazer efeito após determinado período, ou quando ainda tiver capacidade de buscar uma escuta para sua expressão, mesmo com a diminuição de alguns sintomas¹¹.

O desvio de atenção do "psíquico", provocado pela atuação exclusiva sobre sintomas hipocondríacos, que geram inicialmente a queixa no doente, levará ao fracasso da intervenção terapêutica⁹.

Uma pesquisa clínica realizada na rede pública de saúde de uma cidade do interior de São Paulo, no período de 2005 a 2010, mostrou que a maioria dos pacientes que obteve alívio dos sintomas da depressão através da medicação, interrompeu o trabalho terapêutico precocemente, mesmo nas entrevistas preliminares, evidenciando que o afastamento do mal-estar impossibilita ou dificulta a construção de uma demanda analítica. Os pacientes que apresentaram condições para enfrentar uma psicoterapia psicanalítica foram os que se mostraram insatisfeitos quanto ao uso continuado de medicação já na entrevista inicial. Esses dados podem indicar que a medicação consiste no *pharmakon* que a maioria da população procura para aplacar seu mal-estar, uma vez que não dispõe de recursos para manter um processo analítico, e não necessariamente que a medicação seja a causa do distanciamento da análise¹².

Alguns fragmentos de análise dos pacientes depressivos atendidos nessa pesquisa como *sentir moleza e nada mais; sentir-se melhor, porém não completamente; medo de viciar-se; desejar permanecer dopada e mais nada; sentir-se como se estivesse*

vegetando e como se não vivesse, ilustram o efeito do tratamento farmacológico, enquanto suspensão do mal-estar ou produção de outros efeitos sem a resolução do conflito subjacente.

CONCLUSÃO

A visão da neurociência considera o cérebro como gerador da consciência e dos comportamentos e, desta forma, a correção das vias metabólicas através de medicamentos seria justificável e resolveria os males do indivíduo.

Apesar de esta posição ser convenientemente defendida e propagada pela indústria farmacêutica, não condiz com a realidade. Os indivíduos com depressão em tratamento apenas farmacológico, muitas vezes não tem seus sintomas eliminados e outras vezes permanecem sem os sintomas iniciais, mas num estado de apatia perante a vida, não recuperando a alegria de viver, a capacidade de sonhar, de realizar seus projetos, sentir os afetos e estabelecer relações saudáveis.

A psicanálise entende as alterações biológicas como um reflexo das dificuldades do sujeito e que os sintomas serão definitivamente eliminados após um trabalho psíquico e de elaboração das representações envolvidas. O trabalho analítico também possibilitará ao sujeito recursos para questionar e se posicionar frente às demandas do social, ao diminuir sua dependência do outro.

O questionamento da ideia de cura na prática psicanalítica refere-se à eliminação dos sintomas em detrimento da capacidade de trabalho psíquico a ser desenvolvido ao longo do processo de análise, o que não impede de assumir os benefícios experimentados pelo paciente quanto ao alívio e melhora dos sintomas obtidos nesse percurso.

Deve-se, entretanto, destacar a importância dos avanços da neurociência e da psiquiatria, nos casos em que há um acometimento psíquico grave e a análise não seria possível sem a utilização de medicação, ou quando a medicação poderia diminuir o sofrimento do sujeito durante o trabalho

analítico, uma vez que a eliminação de alguns sintomas não necessariamente irá desencorajar os sujeitos conscientes da importância da análise a buscarem recuperar sua qualidade de vida, conceito que aqui é compreendido no sentido freudiano, como capacidade de amar e produzir.

REFERÊNCIAS

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 medicalização 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):167-94.
4. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos normais. *Physis.* 2009; 19(2):529-49.
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. Férida 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):52-9.

CONTRIBUIÇÕES

Rosmarie Hajjar foi responsável pelo levantamento bibliográfico e redação final. **Araceli Albino** realizou orientação e revisão. **Álvaro da Silva Santos** desenvolveu a revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Hajjar R, Albino A, Santos AS. Depressão e a busca do “*pharmakon*” para aplacar o mal estar individual e social, *REFACS* [Internet]. 2017 [citado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 5(Supl. 1):165-174. Disponível em: *link de acesso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2004>

Como citar este artigo (ABNT)

HAIJAR, R.; ALBINO, A.; SANTOS, A. S. Depressão e a busca do “*pharmakon*” para aplacar o mal estar individual e social, *REFACS*, Uberaba, MG, v. 5, p. 165-174, 2017. Supl. 1. Disponível em: *link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2004>

Como citar este artigo (APA)

Hajjar, R, Albino, A & Santos, A.S. (2017). Depressão e a busca do “*pharmakon*” para aplacar o mal estar individual e social. *REFACS*, 5(Supl. 1), 165-174. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. *Inserir link de acesso*. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2004>