

DEPRESSÃO - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Andréa de Las Casas Moreira

Tenente Psicóloga da PMMG

Maria Cristina Garcia

Tenente Psicóloga da PMMG

Belinda Inês Sabino Cavazza

Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

A constatação de que a tentativa de auto-extermínio e o suicídio consumado estão muitas vezes relacionados aos quadros depressivos nos remete ao estudo mais aprofundado do tema. A partir disto, iremos nortear este trabalho em três vertentes:

1. Aspectos teóricos da depressão.
2. A relação entre a depressão e o suicídio.
3. Reconhecendo e entendendo a depressão... no âmbito das Instituições.

DEPRESSÃO: HISTÓRICO - CONCEITO - SINTOMATOLOGIA

Quando se pensa a respeito de depressão, depara-se com a dúvida acerca da “atualidade” do distúrbio. Seria a depressão um mal do século? Estatisticamente, sabe-se que uma em cada cinco pessoas passa por uma crise depressiva ao longo da vida, e que em uma dentre quinze a depressão é tão grave que necessita internação. É de uso do senso comum dizer que se está deprimido, de certa forma percebe-se uma banalização do uso do termo e, ao mesmo tempo em que cada um tem algo a dizer com propriedade a respeito da depressão, ainda há muito desconhecimento. A mídia tem focado o tema, certos medicamentos antidepressivos estão em voga, mas ainda é incerto aquilo que se sabe a respeito do que é estar deprimido. Confunde-se tristeza ou “baixo-astral” com depressão, confunde-se, também a pessoa do depressivo que não sabe que está doente.

Dentro de um contexto histórico, podemos situar a depressão no século V a.C. quando Hipócrates, com a teoria dos humores, associava a melancolia à “bílis negra”. A tradução de sua obra para o latim fez surgir o termo “de-premere” (pressionar para baixo) como um sinônimo de melancolia. Ao longo de toda história, várias formas de tratamento foram propostas, mesmo as mais bizarras como a sangria e o ópio. Na Idade Média, era condenado à fogueira todo aquele que ria ou chorava demais. Até nas artes a depressão obteve lugar de destaque, como nas obras de Baudelaire e Balzac, sob o nome de “spleen”.

Somente na primeira metade do século XX, com Kraepelin, a depressão veio a ser classificada como uma doença: a psicose maníaco-depressiva. Freud escreveu a respeito do tema procurando estabelecer um diagnóstico diferencial entre a melancolia e o afeto do luto. Muitas controvérsias existiram em torno da nomenclatura: alguns autores falaram de depressões endógenas (melancolia ou PMD) e depressões reativas

(neuróticas). Mais recentemente, com o uso dos códigos internacionais de diagnóstico, tem-se tentado estabelecer critérios mais precisos para o diagnóstico clínico. Mas é notável perceber que nas revisões realizadas, o capítulo que se referia à depressão foi o que mais sofreu alterações, principalmente do CID-9 para o CID-10. Neste último, sob o nome Transtornos do Humor, estão classificadas as depressões obedecendo aos critérios de polaridade (que distingue o distúrbio afetivo bipolar dos outros); gravidade (leve, moderada e grave) e evolutivo (distingue entre episódios isolados e recorrentes). Além desses, ainda se distingue a presença ou não de sintomas psicóticos, a duração dos sintomas que deve ser de no mínimo duas semanas para um episódio depressivo e variações típicas de pelo menos dois anos para as ciclotimias. No DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV também ocorreram adaptações com as depressões sendo agrupadas sob o título de Distúrbios do Humor e classificadas em Distúrbios Bipolares (Distúrbio Bipolar, Ciclotimia e Distúrbio Bipolar SOE) e Distúrbios Depressivos (Depressão Maior, Distímia e Distúrbio Depressivo SOE). Os critérios para diagnóstico de cada quadro se baseiam em uma sintomatologia precisa, tanto para o CID-10, quanto para o DSM-IV.

De um modo geral, podemos citar os seguintes sintomas como característicos de um quadro depressivo, conforme descreve Sandra Gasparini:

- Humor deprimido: caracterizado por tristeza, desesperança e infelicidade, podendo variar de uma intensidade leve até o completo desespero contaminando a totalidade da vida psíquica.
- Humor disfórico: caracterizado pela irritabilidade, pelo “mau-humor”, ou seja, o paciente torna-se susceptível e intolerante com relação aos acontecimentos que habitualmente não o perturbariam.
- Humor ansioso: caracterizado por uma sensação subjetiva de temor, receio, apreensão, expectativa ou inquietação, experimentado de maneira mais ou menos persistente.
- Qualidade especial do humor depressivo: o humor depressivo é percebido pelo paciente como qualitativamente diferente do tipo de sentimento que ele experimentou ou experimentaria, após a morte de um ente querido.
- Ausência de reatividade emocional: incapacidade de experimentar prazer ou reatividade limitada a respostas depressivas. O paciente não responde emocionalmente aos estímulos do ambiente ou quando o faz, tudo é experimentado como doloroso.
- Ausência de reatividade aos estímulos habitualmente agradáveis: incapacidade de experimentar prazer com as situações que lhe eram anteriormente agradáveis. Existe diminuição das emoções, dos sentimentos e da capacidade de modulação afetiva.
- Reatividade emocional: caracterizada exclusivamente pelo humor irritável. O paciente torna-se susceptível e reage aos estímulos do ambiente com intolerância.
- Depressão mais acentuada pela manhã: os sintomas depressivos são mais intensos pela manhã e declinam com o avançar do dia.
- Depressão mais acentuada à noite: os sintomas depressivos são mais intensos no final da tarde e durante o período noturno.
- Crises de choro: o paciente irrompe em soluços durante o exame e/ou se refere que chora freqüentemente desde que está doente.

- Ansiedade: sentimento de medo, apreensão, temor mal definido, imotivado e incontrolável geralmente acompanhado de manifestações autonômicas tais como palpitações, falta de ar, tonturas, ondas de calor ou suores frios.

- Sentimento de indignidade, auto-acusação, culpabilidade excessiva: consciência dolorosa por avaliação pejorativa de si próprio; autocensura; vergonha. O paciente se despreza, culpa-se exageradamente por pequenas faltas, podendo sentir-se responsável por tudo que acontece de errado em seu meio ambiente. O sentimento de indignidade varia da inadequação até avaliações pejorativas do próprio valor sem nenhuma base real.

- Culpabilidade excessiva: consciência dolorosa, auto-acusação, vergonha, remorso excessivo concernente a erros, omissões, pecados, ações repreensíveis que o paciente nunca praticou ou cuja importância ele exagera. A culpabilidade pode ser delirante e existir independente de idéias de punição.

- Perda da confiança em si mesmo: diminuição ou perda total da confiança em si mesmo produzindo um sentimento de insuficiência e incapacidade. Há falta de perseverança e uma atitude de submissão, conformismo e procura de apoio e segurança; ou sentimento de incompetência, incapacidade, desajuste, indecisão ou inadaptção, vivido pelo paciente como desagradável e perturbador⁹.

- Pensamentos repetidos de morte, desejo de estar morto, idéias de suicídio: o suicídio apresenta-se ao paciente como a única saída, essa idéia se impõe e pode se acompanhar de ruminações sobre o modo de executá-la. O paciente, no mais das vezes, é reticente ao exprimi-las.

- Diminuição da energia ou fadiga: queixa de cansaço crônico.

- Dificuldade de concentração e de recordar: a memória recente é mais afetada, o paciente torna-se distraído.

- Alteração da atividade psicomotora como agitação ou lentificação.

- Distúrbio do sono: caracterizado por hipersonia, dificuldade inicial para conciliar o sono ou despertar várias vezes durante a noite.

- Alteração do apetite: caracterizado principalmente pela perda do apetite com conseqüente diminuição do peso corporal.

- Negligência das responsabilidades e da aparência física: descuido também da higiene corporal.

- Perda do interesse ou prazer nas atividades sexuais.

- Tendência ao retraimento social: tendência a recusar-se a atividades que envolvam contato social.

- Abuso de álcool e drogas.

Como se pode perceber, a depressão é caracterizada por uma síndrome específica que a distingue da tristeza ou angústia. De todos esses sintomas citados acima, podemos destacar três como sendo mais tipicamente ligados à depressão que são: o rebaixamento do humor, inibição das atividades físicas e mentais e sofrimento moral.

AS CAUSAS DA DEPRESSÃO

A tentativa de se buscar uma explicação acerca das causas do transtorno depressivo aponta para diferentes possibilidades. Alguns autores consideram a depressão em duas vertentes: endógena e reativa e assim o entendimento de suas causas também passa por esse percurso; ou seja, o das causas orgânicas e psicológicas. O conhecimento do motivo ou até mesmo da ausência de qualquer razão aparente para o estado depressivo iria direcionar o tratamento, pressupondo-se que haveria depressões puramente psicológicas, orgânicas ou tipo misto. Do mesmo modo como o próprio conceito de depressão vem sofrendo modificações com a busca de um entendimento mais abrangente, os estudos acerca de suas causas também refletem a polêmica sobre o tema. Enquanto o CID-10 sugere que se exclua o consumo crônico de drogas e/ou álcool, distúrbios endócrinos e uso de medicações ao se diagnosticar o transtorno depressivo - que são tratados em outros capítulos - outros autores mantêm estas variáveis para incluí-las também como causa de depressão. O que se sabe é que nada é definitivo ou conclusivo: há vários tipos e graus de depressão, há também várias causas concomitantes.

Recentemente tem-se falado muito no papel dos neurotransmissores (principalmente a dopamina, noradrenalina e serotonina) nos distúrbios do humor. A medicação antidepressiva viria com o objetivo de corrigir os níveis destas substâncias no cérebro e assim restabelecer um retorno ao estado anterior à depressão. Não se sabe com certeza quais fatores levariam a esta alteração da química, pressupõe-se que o fator genético seja determinante. No entanto, outras causas biológicas são apontadas:

- doenças físicas como a Diabetes, Gripe, Anemia, Câncer e outras degenerativas;
- uso de medicação como os anti-hipertensivos, anti-parksonianos;
- distúrbios endócrinos como o hipotireoidismo;
- alterações hormonais no pós-parto, menopausa ou síndrome pré-menstrual, que viriam corroborar para a explicação da incidência duas vezes maior de depressão nas mulheres do que nos homens;
- consumo crônico de drogas/álcool que é visto como sintoma e também causa;
- existe, ainda, acreditam alguns autores, um tipo especial de depressão - a doença afetiva sazonal - que estaria associada à baixa incidência de luz solar nos meses de inverno.

As causas psicológicas estariam associadas às depressões reativas, ou seja, a fatores desencadeantes associados a traumas ou a exposição a estresse prolongado. Os principais acontecimentos citados como causadores de depressão dizem respeito a perdas sofridas pelos indivíduos, seja por morte de pessoas próximas, seja por separação. Apesar destas serem consideradas como de maior sofrimento, outras perdas também poderiam ser citadas como significativas: perda do emprego, de status, de um objetivo desejado e que leve à frustração, mudanças que causem alterações importantes na vida do sujeito, isolamento social, falta de satisfação com a vida. Tais fatores, isoladamente, não levariam ao desenvolvimento de um quadro depressivo a não ser que viessem de encontro a uma personalidade neurótica de base, a um ego fragilizado, carente de recursos para elaborar tais perdas e que, exposto a situações de conflito, regredisse a estágios anteriores de desenvolvimento.

Tentar pensar sobre o determinismo psicológico ou biológico ou até mesmo social acerca da depressão nos remeteria a uma discussão teórica muito mais ampla, que foge ao contexto. É na escuta da história do indivíduo que poderemos buscar uma resposta que muitas vezes não será única, nem excludente a respeito do motivo. É que a depressão intriga, suscita dúvidas ou, nas palavras de Louis Bertagna, “a depressão não é uma doença como as outras; mas, como as outras, é uma doença⁴.”

A DEPRESSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Sabe-se que o suicídio é um fenômeno multi-causal que implica, na tentativa de sua elucidação, o entendimento das várias vertentes que possibilitam apontar suas causas. No momento, não nos cabe a tarefa de compreender todas elas, mas dirigir o olhar para a estreita relação que há entre a depressão e o suicídio.

O primeiro momento em que se pode perceber esta proximidade é quando se mostra a idéia ou comportamento suicida como um dos sintomas de depressão. Na vivência dolorosa de um transtorno depressivo, quando o sujeito é invadido por sentimentos de vazio, tristeza, nulidade e desesperança, a possibilidade do desejo de escapar ao sofrimento buscando o auto-extermínio se apresenta como um risco a ser considerado. Freud já alertava para o fato de que “não se pode esquecer que o suicídio não é nada mais que uma saída, uma ação, um término de conflitos psíquicos”. As estatísticas revelam que para a faixa etária de 25 a 34 anos, o suicídio é a primeira causa de mortalidade... para a de 20 a 24 anos, é a segunda, vindo logo após os acidentes. Cerca de 80% das pessoas que apresentam um quadro depressivo tentam o suicídio pelo menos uma vez e 17% dos pacientes não tratados conseguem se matar⁹. Durante a vivência de um estado depressivo, no qual o sujeito se encontra totalmente imerso na dor, a desmotivação para a vida e a descrença no futuro podem levá-lo a, movido por um ato de desespero, tentar pôr fim à própria existência, num gesto impulsivo. Nem mesmo os indícios de uma melhora asseguram o abandono da idéia de morrer, pelo contrário, o risco apresenta-se novamente quando, mais consciente do estado de vazio que o cerca, do ego fragilizado e das relações objetais abaladas, ele tem a energia necessária para a passagem ao ato. O suicídio apareceria não apenas como um sintoma, mas, ao mesmo tempo, ele seria uma consequência, uma “seqüela” da depressão.

Porém, o que poderia diferenciar, se é possível responder a tão complexa questão, um transtorno depressivo que termine em morte, de um outro que não culmine num auto-extermínio? Sejam quais forem as causas - objetivas ou subjetivas - que precipitam a depressão, um fator se apresenta: a perda. Trata-se de buscar entender, então, o que ocorre com o ego do indivíduo que, não suportando a ausência do que lhe supria o vazio interno, desestabiliza-se e parte então para o ato suicida. Tal questão é colocada por Freud que também se pergunta: “como seria possível subjugar-se o extraordinariamente poderoso instinto de vida, se isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida ou se o ego pode renunciar à sua auto-preservação, por seus próprios motivos egoístas. Podemos tomar como ponto de partida a condição da melancolia e uma comparação entre ela e o afeto do luto”⁵.

ASPECTOS PSICANALÍTICOS SOBRE A DEPRESSÃO

A Psicanálise Freudiana não conceitualiza a depressão como o faz a Psiquiatria e algumas correntes da Psicologia. Buscaremos indícios pertinentes ao tema em alguns textos freudianos, dentre eles “Inibições, Sintoma e Ansiedade” e “Luto e Melancolia”, para tentarmos contextualizar a depressão à luz de nossos conhecimentos.

Freud, em seu texto “Luto e Melancolia”, estabelece correlação entre estas duas condições: as causas excitantes devidas a influências ambientais são as mesmas para ambas. O luto é a reação à perda de um ente querido ou de alguma abstração, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém. “Estas mesmas influências podem produzir a melancolia desde que esta pessoa possua uma disposição patológica.”⁶

A melancolia se apresenta com os seguintes traços mentais: “desânimo profundamente penoso, cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima, a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição”. Estes mesmos traços

podem estar presentes no luto, com uma única exceção: a perturbação da auto-estima⁶. Na melancolia, a perda de um objeto amado pode também estar presente, mas esta perda se refere mais a uma perda de natureza ideal. O sujeito “sabe quem ele perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém”⁶. A melancolia está assim relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, no luto, ao contrário, nada existe de inconsciente a respeito desta perda.

A perturbação da auto-estima somente presente na melancolia está relacionada a um empobrecimento do ego. Se no luto é o mundo externo que se apresenta pobre, vazio, desprovido de valor, na melancolia é o próprio ego. A pessoa melancólica degrada-se diante de todos, sem constrangimento ou vergonha, sente comisseração por seus parentes estarem ligados a ela, pessoa tão desprezível. Este quadro é denominado por Freud como delírio de inferioridade, sendo completado pela insônia e pela recusa a se alimentar. Diante deste quadro, Freud se indaga sobre o que aconteceu ao instinto que compele todo ser humano a se apegar à vida. Constata que devemos buscar o entendimento no processo de constituição do ego e no que ocorre na melancolia. “Uma parte do ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente e toma-a como seu objeto”⁵. Conclui que o ego adoece por sua própria causa. Se no luto temos a perda de objeto, na melancolia temos uma perda relativa a seu ego. Freud reconstruiu este processo da seguinte forma: “existe, num dado momento, a escolha objetual, uma ligação da libido a uma pessoa particular; então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetual foi destruída. O resultado não foi normal - uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo objeto - mas a catexia objetual passou a ter pouco poder de resistência e foi liquidada. A libido livre, que não foi deslocada para outro objeto, foi retirada para o próprio ego, empregada então de maneira específica, serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto amado”⁶.

Assim, “a sombra do objeto caiu sobre o ego e este pode ser julgado como se fosse um objeto, o objeto abandonado”⁶. “Desta forma, a perda objetual se transformou na perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação”. As pré-condições e os efeitos desse processo são que, por um lado, existe uma forte fixação no objeto amado e, por outro, em contradição a isso, a catexia objetual deve ter tido pouco poder de resistência. Segundo Otto Rank, a escolha objetual é efetuada numa base narcísica, de modo que a catexia objetual ao se defrontar com obstáculos pode retroceder para o narcisismo. “A identificação narcísica com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica e, em consequência, apesar de conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa. A tendência a adoecer na melancolia reside na predominância do tipo narcísica da escolha objetual”⁶.

Nos quadros de melancolia, as situações que podem dar origem a doença são, em sua maior parte, reações a perdas reais por morte, desconsideração, desprezo e desapontamento, que trazem para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçam uma ambivalência já existente. Esses conflitos, devido a ambivalência, que surgem de experiências reais, ou fatores constitucionais, não podem ser desprezados. entre as pré-condições da melancolia. “Se o amor pelo objeto - um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja - se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substituto, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento”⁶.

A auto-tortura muitas vezes agradável ao melancólico, na realidade, é uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio, relacionadas ao objeto que retornou ao próprio eu do indivíduo. Pelo caminho indireto da auto-punição, o melancólico vinga-se da pessoa que ocasionou a sua desordem emocional, pois certamente esta pessoa encontra-se em seu ambiente imediato. Sabemos, na neurose, que os pensamentos de suicídio são na realidade impulsos assassinos contra os outros que voltam contra si. O sujeito se mata para tentar punir, “matar” a outra pessoa.

Na análise da melancolia, verifica-se que o ego só pode se matar se, devido ao retomo da catexia objetual, puder tratar-se como um objeto, se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, “o que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo”. Assim, se na regressão à escolha objetual narcisista, nos livramos do objeto, ele, entretanto, se revela mais poderoso do que o próprio ego. Tanto no suicídio quanto na paixão intensa, o ego é dominado pelo objeto, embora de maneiras diferentes.

Freud apontará para uma outra característica da melancolia, que é sua tendência em se transformar em mania - estado oposto a ela em seus sintomas. Isto não acontece a toda melancolia. Alguns casos seguem seu curso com recaídas periódicas e, entre seus intervalos, sinais de mania talvez estejam inteiramente ausentes ou sejam apenas muito leves. Outros revelam alterações regulares de fases melancólicas e maníacas que levam à hipótese de uma insanidade regular.

No texto “Inibições, Sintoma e Ansiedade” (1926), posterior a “Luto e Melancolia” (1917), Freud coloca como ponto de partida dos estados de depressão a inibição.

As inibições são definidas como restrições das funções do ego. São elas, segundo Freud: a função sexual, de nutrição, de locomoção e do trabalho profissional. O ego renuncia a essas funções como medida de precaução, a fim de evitar conflito com o superego e com o id. Quando o ego se vê envolvido com uma tarefa psíquica particularmente difícil, como no caso do luto, ou quando se verifica uma considerável supressão de afetos, ou a necessidade de conter um fluxo contínuo de fantasias sexuais, ocorre aí também a restrição das suas funções. O ego conhece um tal empobrecimento da energia de que dispõe, que se vê obrigado a reduzir o dispêndio destas, em muitos pontos ao mesmo tempo.

A depressão, cujo ponto de partida são as inibições, encontra-se presente nas patologias mentais, sejam elas mais ou menos graves. Nos estados mais graves como na melancolia, por exemplo, verificamos um total empobrecimento do ego, chegando muitas vezes à renúncia da própria vida.

Tendo como premissa os conceitos freudianos na vertente da Psicanálise, verificamos que a depressão não é tomada como uma estrutura clínica. Tem sido estudado o seu caráter transestrutural, como fenômeno presente perpassando tanto pelas neuroses quanto pela psicose.

Assim, ao propor o estudo da depressão atualmente denominada de “mal do século”, e tentar identificar as causas da dor psíquica, o que se tem em mente é que o sujeito encontre saídas menos drásticas, tal como a morte voluntária para os seus conflitos.

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E OUTRAS PATOLOGIAS

Há casos em que a depressão é desencadeada ou aparece concomitante a outras patologias, abuso de drogas ou álcool.

Estar atento a tal situação é conceber o indivíduo como “um todo”, levando em consideração não só a sintomatologia aparente, como também as causas subjacentes de determinado problema. No dia-a-dia da clínica psicológica e psiquiátrica, este quadro é cada vez mais freqüente.

DEPRESSÃO E FATORES BIOLÓGICOS

Algumas patologias clínicas podem ser confundidas com quadros de depressão maior. Na realidade, porém, são quadros ligados etiologicamente às doenças físicas. Exemplos do citado anteriormente são doenças como: Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, Artrite Reumatóide, AVC, Demência, entre outras. Nelas os

sintomas são descritos como depressivos, mas têm ligação direta com a manifestação ou cronificação do quadro clínico. Nesses casos, a depressão tem papel secundário ao mesmo.

Há quadros nos quais a depressão facilita ou agrava o surgimento da doença física (depressão primária) ou situações nas quais ambos os fatores coexistem de forma mais ou menos independentes.

Quadros de depressão na terceira idade são exemplos típicos da descrição, na qual um sintoma ligado ao agravamento da doença clínica é confundido com quadros de depressão ou certas características típicas do envelhecer são confundidas com quadros psiquiátricos. Casos de depressão podem, também, ser negligenciados em detrimento de se abordar unicamente a doença física.

ÁLCOOL E ABUSO DE DROGAS

Em muitos casos, o consumo de drogas ou álcool é uma tentativa de atenuar o sofrimento provocado pela depressão e, por outro lado, o uso abusivo pode por si só provocá-la. É fundamental estar atento ao se lidar com casos de depressão-alcoolismo para tentar elucidar se a depressão em determinado caso passará a possuir um caráter primário ou secundário.

Se o indivíduo utiliza o álcool como ponto para seu contato com o mundo, tornando-se mais extrovertido ou expansivo, a fim de amenizar seus conflitos internos e se, após algum tempo da supressão do uso do álcool/droga, os sintomas ainda persistirem, está-se diante de um transtorno afetivo de caráter primário e o uso da droga como fator associado.

Contudo, se após algumas semanas sem o uso de álcool (passada a fase de abstinência) houver a supressão dos sintomas depressivos, está-se diante de uma depressão secundária à questão do alcoolismo.

Ao se tentar elucidar diagnósticos nos quais fatores orgânicos fundem-se a problemas psiquiátricos, é importante estar atento para a associação temporal entre o início do transtorno depressivo e a doença orgânica. Nesses casos, o tratamento do problema orgânico também melhora o quadro depressivo. Além disso, o curso da doença costuma ser atípico e os achados clínicos de depressão desproporcionalmente mais graves que o esperado.

RECONHECENDO E ENTENDENDO A DEPRESSÃO

Diante de um quadro de depressão, torna-se fundamental falar não só do trabalho de equipe de saúde, no cuidado com o indivíduo deprimido, como na percepção daqueles que o rodeiam - quer no âmbito familiar, quer no seu ambiente de trabalho. Serão, muitas vezes, seus companheiros de trabalho, superiores e/ou chefes diretos que, talvez, percebam os sintomas como descritos anteriormente, nos quadros de depressão. Sintomas estes que a um observador desavisado podem soar como preguiça ou desleixo, quando na verdade podem ser a manifestação de uma crise cuja não observância e tratamento adequado podem levar a condutas extremadas por parte do sujeito, como uma crise aguda ou até atos de auto-extermínio.

Não se tentam justificar condutas pouco profissionais de algumas pessoas, mas chamar a atenção de “perdas reais ou ideais”, mudanças acentuadas de comportamento às quais todos podem estar vulneráveis. Assim, em determinado sujeito que até então desenvolvia suas atividades dentro de um padrão próprio, observa-se uma decadência progressiva em termos de convivência, dinamismo e atividade rotineira.

Quem observa tal indivíduo durante um período de tempo sabe que ele mudou, está diferente, mais triste e arremido do que sua conduta habitual. Deve-se tentar, então, uma abordagem amigável e o encaminhamento, se necessário, a um profissional de saúde.

Destaca-se, aqui, o trabalho de uma equipe multidisciplinar de saúde no cuidado com o indivíduo deprimido. Cada profissional deve estar cômico da importância de tomar o paciente como “um todo”. Portanto, é eficaz e benéfico ao tratamento do sujeito (quer neurótico ou psicótico) a comunicação entre vários profissionais - médico clínico, psiquiatra e psicólogo - para que o tratamento possa fluir de forma harmoniosa. Pois não basta tratar os sintomas sem entender a dinâmica interna do sujeito ou tentar, somente à luz de um conhecimento subjetivo, ser capaz de tratar e superar qualquer tipo de problema.

É fundamental conscientizar o sujeito de que o lazer e os momentos de descanso fazem parte de sua vida tanto quanto o aprimoramento intelectual e a dedicação ao trabalho. Os momentos de descontração, bem como a manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios são o contraponto necessário às situações de estresse e tensão que a vida apresenta a todos. A presença de estresse, fadiga e descontrole emocional mesmo após tais cuidados, torna de suma importância a procura por um profissional de saúde mental.

O estudo e a atenção dos profissionais da área de saúde mental devem estar voltados aos indícios da patologia. O tratamento multi-profissional propicia estabelecimento de diagnóstico, tratamento adequado e orientação ao indivíduo e a seus familiares num momento muitas vezes difícil e obscuro.

CONCLUSÃO

“O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser chega a um fim espontâneo... quando o luto tiver terminado, verificar-se-á que o alto conceito em que tínhamos as riquezas da civilização nada perdeu com a descoberta de sua fragilidade, reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura do que antes.”⁷ Se fizermos uma analogia entre a depressão e a guerra da qual Freud está falando, veremos que a vivência de um estado depressivo acarreta no indivíduo uma sensação de vazio e de que algo foi destruído dentro de si. O tratamento seria semelhante a um trabalho de reconstrução que busca não apenas sanar os sintomas que causam a dor, mas rever na história do sujeito os motivos que poderiam tê-lo levado à depressão. Verificar-se á que tal como numa guerra, nem tudo é totalmente destruído, algo permanece de pé. É preciso enxergar, neste ego fragilizado, a possibilidade de se erguer novamente e recomeçar a viver, recriando para si um terreno mais firme’ onde possa pisar.

REFERÊNCIAS

1. BATISTA, Dayse (trad). **DSM-IV** - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
2. CAETANO, Dorgival (trad). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. COTTET, Serge. A bela inércia. **Revista Papéis do Simpósio**. Belo Horizonte: SCF, n.18, 1990.
4. CUCHE, Henry, GÉRARD. Alain. **Não aguento mais** - um guia para compreender e combater a depressão. Rio de Janeiro: Papirus, 1988.
5. FREUD, Sigmund. **Cinco lições de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 217- 218: Contribuição para uma discussão acerca do suicídio. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 11.
6. _____. **A história do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 275-292: Luto e Melancolia. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 14.
7. _____. **A história do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 345 - 350: Sobre a Transitoriedade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 14.
8. _____. **Um estudo autobiográfico**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 107-198: Inibições, Sintoma e Ansiedade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 20.
9. GASPARINI, Sandra. **Depressão**. Saúde e Vida On Line. Internet.
10. MARTUSCELLO, Carmine. **Suicídio**: Percepção e prevenção. Folha Carioca. Rio de Janeiro.
11. NASIO, Juan David. **Nos Limites da Transferência**. Campinas: Papirus, 1987.
12. PRESTON, John. **Vença a Depressão** - um guia para a recuperação. Rio de Janeiro: Record, 1989.
13. QUINET, Antônio. **O que os Clássicos nos ensinam sobre a melancolia?** Texto Inédito.
14. ROOSEVELT, M. S. Cassorla (coordenador). **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.
15. STOPPE, Alberto J., NETO LOUZÃ, Mário Rodrigues. **Depressão na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Lemos, 1996.
16. Revista Papéis do Simpósio. PMD. A bela inércia. s.n.t.