

## RESUMO

Embasado nos pressupostos da teoria psicanalítica, o presente trabalho faz um levantamento conceitual sobre a técnica da Psicoterapia Breve de base psicodinâmica, juntamente com as diferentes fases da depressão, visões tanto psicológicas quanto médicas da questão e, possibilidades de tratamento. A partir disso, faz uma reflexão do que diferentes autores falam sobre o assunto, bem como diferentes áreas da saúde, apresenta um pouco da história da depressão, aborda a posição depressiva, a qual se distancia da doença, passando a discutir uma fase saudável do desenvolvimento. Em seguida, discute sobre o trabalho da Psicoterapia Breve nesses pacientes, analisa a interferência e o alcance da técnica. Conclui-se que, a Psicoterapia Breve tem muito a acrescentar no tratamento de pacientes depressivos, pois ela fornece um acolhimento chave para o fortalecimento da vida do paciente, além da forte aliança terapêutica que é de extrema importância para o paciente e que a Psicoterapia Breve nos contempla através do acolhimento e da focalização de assuntos centrais na vida do paciente. Entende-se, portanto que a Psicoterapia Breve mostra-se uma técnica adequada e eficaz no tratamento de pacientes depressivos.

## Introdução

Quando resolvi escrever algo sobre o motivo da escolha do tema Depressão, pude me incomodar com o que descreverei a seguir: Para chegar ao meu tema, tenho que pensar que, de um modo geral, já pertence ao próprio Psicólogo se incomodar com o sofrimento do outro, fazendo esforço para que esse sofrimento seja amenizado. A partir do momento que escolhemos esta profissão, sabemos que iremos lidar quase que totalmente com o sofrimento e com os sentimentos das pessoas que nos procuram. Acredito que esse impulso de lidar com essas pessoas e ajudá-las de alguma forma já faz parte da natureza do Psicólogo. Foi baseada neste impulso e nessa vontade de fazer algo significativo pelo outro que escolhi um tema que vai diretamente ao encontro do sofrimento.

Eu sempre me interessei pelo sentimento do outro, talvez, a princípio, tenha sido de uma forma bem geral, sendo paciente ao ouvir as pessoas, dando alguns conselhos, ou seja, amenizando um sofrimento mesmo que momentâneo. Mas, conforme o tempo foi passando, comecei a me interessar pela Psicologia. Os trabalhos da graduação foram se concretizando e pude perceber que sempre tive um grande interesse em estudar os caminhos, talvez ocultos, da chamada Depressão, palavra esta que é pronunciada por

pessoas comuns e interpretada das mais diferentes formas. Digo isso, porque a Depressão já não é mais um termo de Psicologia, mas ela é utilizada nas famílias, empresas e relações sociais em geral. As pessoas também usam essa palavra para traduzir seus sentimentos e atitudes que, talvez, não condizem com o que realmente a Depressão significa.

Cheguei a atender pacientes com sintomas de Depressão e esses pacientes me intrigavam e me mobilizavam de uma forma muito positiva, ou seja, passei a me interessar e querer saber mais sobre esse chamado transtorno afetivo.

Acredito que seja importante ressaltar que vivemos num mundo extremamente propício a doenças depressivas, angústias, medos; um mundo ameaçador, exigente e muito competitivo. Essas inseguranças do dia-a-dia podem dar lugar a sintomas depressivos. Creio que seja importante dizer que no mundo em que vivemos e para o qual caminhamos, a depressão parece estar muito presente e, dessa forma, se torna mais necessário e urgente o estudo dessa questão. Com a realização do curso de especialização em Psicoterapia Breve, pensei em quão bom seria poder pesquisar sobre as diferentes fases da Depressão juntamente com o tratamento em PB.

Pessoalmente, acredito que poderei me realizar, no sentido de estar trabalhando com o que realmente me interessa. Afinal, quando fazemos aquilo que gostamos, o resultado com certeza sairá de uma forma muito mais satisfatória, não só para quem irá usufruir deste trabalho, mas também para quem o realizou.

Socialmente falando, penso que poderei contribuir não só a título de pesquisa científica, onde qualquer pessoa terá acesso ao trabalho, podendo tirar coisas boas e ruins deste, mas também continuo contribuindo com meus próprios pacientes da atualidade e do futuro que porventura venham a sofrer de Depressão, em que poderei realizar um trabalho muito mais satisfatório com cada um deles. Afinal, terei pesquisado muito para isso e esse tema será mais claro e transparente para mim. Quando sabemos bastante sobre algo, temos mais tempo para olharmos para a pessoa que está na nossa frente de uma forma mais intensa do que se estivéssemos preocupados com a aquisição da teoria em nossas mentes. Aliás, é dessa forma que devemos olhar para os pacientes, ou seja, onde o respeito ao ser humano fale mais alto que qualquer preocupação com o resultado ou a teoria a ser pensada sobre aquele caso.

Cientificamente falando, será um trabalho de pesquisa: tratará de um assunto polêmico e de grande interesse da sociedade. Por ser de interesse social, cabe à ciência proporcionar à população caminhos para que as informações cheguem aos leigos de maneira

satisfatória, traduzida em forma de intervenções consistentes e conscientes.

Antes de qualquer coisa gostaria de deixar claro que abordarei neste trabalho diversas visões e também citarei outros transtornos. Porém, é importante enfatizar que primeiramente apresentarei um pouco da história da depressão, em seguida discutirei o assunto Depressão do ponto de vista médico (sintomas, causas, etc.), na sequência veremos a Depressão como uma doença de acordo com autores que falam de um ponto psicológico e emocional, num outro momento, abordarei a Posição Depressiva, a qual se distancia da doença, passando a discutir uma fase saudável do desenvolvimento e, por último, veremos a visão da Psicoterapia Breve e as contribuições desta para a depressão. Num segundo momento, apresentarei o método utilizado para a realização da pesquisa, os resultados, a discussão destes, bem como, a conclusão do trabalho.

Como já mencionei anteriormente, a Depressão pode ser interpretada de diversas maneiras. Veremos, a seguir, as formas como diversos autores vêem a Depressão e também veremos como a Depressão pode estar presente em vários outros transtornos e pode se manifestar em muitas situações.

## **Um Pouco de História**

Verztman (1995) pesquisou a história da depressão e descobriu que havia muito pouco sobre a história do conceito da depressão na psiquiatria; havia apenas uma historiografia linear com poucas referências e constituída em sua maioria de trabalhos do séc. XIX e início do séc. XX, quando ainda eram confundidos conceitos de depressão, melancolia, dentre outros. O autor fala um pouco de como o assunto vem sendo tratado ao longo do tempo e coloca a passagem de Hamilton (1988): “tanto mania quanto depressão era conhecida dos antigos gregos, embora eles tenham usado estas palavras com significados diferentes do uso atual. De acordo com suas teorias humorais de doença, eles nomearam estes estados depressivos de melancolia, significando bile negra”. Segundo Verztman (1995) é muito pouco provável que os antigos gregos usassem o termo depressão, esse vocábulo e seus conceitos aparecem com força nos escritos psiquiátricos da metade do séc. XIX, depois de Pinel e Esquirol.

Verztman diz que (p.62): “a palavra depressão implica numa mudança de olhar sobre os antigos melancólicos e produz novas formas de aproximação deste objeto”.

Para Pinel (1976), a melancolia deveria ser incluída no campo das alienações mentais. A

fundamental distinção de Pinel era entre a melancolia como idéia fixa, restrita a faculdades psíquicas isoladas, e a mania ou delírio geral, a qual se estendia a um conjunto do entendimento. Já com Esquirol (1876) surge o termo “lipomania”. Com isso ele especificou mais a particularidade da melancolia, e fez com que fosse ainda mais aceita pela tradição médica, ao mesmo tempo em que a colocava, definitivamente, no campo das alienações mentais. Esse autor faz uma crítica à utilização da palavra melancolia entre os médicos, dizendo que essa palavra poderia ser conservada no temperamento daqueles em que predomina o sistema hepático e que no restante seriam os poetas e moralistas que usariam a palavra. Ele utiliza os termos monomania e lipomania. Essas denominações foram aceitas no dicionário da Academia Francesa, em 1835, e tiveram longa aceitação no meio médico. Esta aceitação se deu até o momento em que Baillarger, em 1843, publicou um artigo polêmico que veio a ter repercussão 10 anos depois.

Falando do ensaio “De l'état designé chez les aliénés sous le nom de stupidité”, ele defende a idéia de que o quadro clínico proposto por Georget que levou o nome de estupidez, não passava de uma forma extrema de melancolia com esturpor. Georget faleceu em 1928 e era um dos mais brilhantes discípulos de Esquirol. Por isso as posições de Baillarger conseguiram grande aceitação. Alguns autores, como Masselon (1906), dizem que foi nesse ensaio que se começou a conceituar a melancolia como depressão.

A década de 50, no séc. XIX marcou um determinado rumo na conceituação da melancolia. Em 1853, Baillarger propôs um novo esquema de classificação das loucuras, manteve a divisão dos delírios em “delírios com lesão parcial da inteligência” e “delírios com lesão geral” de Esquirol e colocou a melancolia no segundo grupo junto com a mania.

Griesinger (1865) também contribuiu com sua obra, pois desvinculou a depressão como apresentação sindrômica das funções cerebrais e também começou a utilizar de forma sistemática a palavra “humor” para caracterizar o estado depressivo. No final do séc. XIX houve um aprofundamento clínico na análise da depressão mental. Na Alemanha, fazia sucesso a noção de “degenerescência psíquica” postulada por Morel e utilizada por Krafft-Ebing (1897), o qual divide as doenças mentais em psicose e degenerescências. Com Seglós (1895), a sistematização do olhar clínico se desenvolveu, ganhou clareza e coerência. Com Kraepelin (1896) é organizado um campo onde o adoecer psíquico pode ser decodificado em suas diversas formas de acontecimento. Isso abre caminho para novas explicações através de diferentes modelos, buscando a hegemonia no campo psiquiátrico, de várias correntes da fenomenologia, da psicanálise e da “psiquiatria biológica”; tudo isso resultando nas classificações psiquiátricas. O final da década de 50 foi o período em que se inicia uma nova era da psicofarmacologia, quando surgiram os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoaminoxidase.

Segundo João (1987), desde o antigo testamento são relatados situações com sintomas depressivos. Hipócrates, o pai da medicina (séc. IV a.C.), reconhecia quatro tipos de temperamento, um deles seria o melancólico que mais tarde receberia o nome de depressão. Para ele, o que definia o humor melancólico seria a conduta química da bÍlis negra, como já mencionado por Verztman (1995). Já na idade média, a depressão aparece como resultado de uma força mística de alguma entidade misteriosa; mas, somente no final do séc. XVIII iniciaram-se estudos sobre esse tema.

João (1987) coloca a depressão classificada como endógena (gerada internamente no indivíduo), reativa (reação a causas externas que normalmente produzem tristeza) e neurótica (seria um grupo das depressões reativas, é o resultado da falta de adaptação da personalidade).

João (1987) diz também que a depressão pode ser vista sob três aspectos: intensidade (leve, moderada ou grave), duração (aguda, recorrente ou crônica) e qualidade (retardada ou agitada). No aspecto da qualidade, o autor entende a depressão retardada e agitada da mesma forma que Holmes (1997) a descreve. De acordo com Delouya (2001), a depressão, a dor e a angústia denotam um estado afetivo que priva o sujeito das qualidades e figuras singulares que animam o afeto de sua especificidade. Pode-se tratar de uma patologia se entendermos essa palavra não como doença, mas como atributo da impossibilidade, por mais passageira que seja, de exercer algo fundamental para o ser humano viver. Delouya (2001) concebe as manifestações depressivas como estados ou fenômenos, excluindo-as das “patologias psicanalíticas”. A depressão, apesar de tomar grande parte das ocupações de Freud no período inicial da Psicanálise, nunca chegou a fincar seus pés no campo Psicanalítico, pois Freud se desinteressa pela depressão quando descobre que é acometido por ela e também com o avanço de sua auto-análise e no decorrer da redação de “A interpretação dos sonhos”.

A depressão apresenta-se como um queixa a uma impotência no plano da ação no sonhar e no pensar; a pessoa fica em seu estado de ânimo “pressionado para baixo”.

No território psicanalítico, a depressão começou com um embaraço: destitui-se à depressão o estatuto de patologia, preferindo examinar suas manifestações sob o olhar de sua unicidade fenomênica. Quando Freud tenta estabelecer as diferentes classes de depressão, ele cai em deslizes e freqüentemente se confunde com o quadro de melancolia.

Segundo Delouya (2001) o pensamento na medicina sobre melancolia inicia-se com Hipócrates quatro séculos antes de Cristo; o qual refere-se ao humor (fluido e estado de ânimo), que provém dos fluidos da bÍlis negra. Já o termo depressão, original do latim de (para baixo) e premere (pressionar), pressionado para baixo, é introduzido na medicina no século XVIII, para designar um estado ligado à melancolia, mas que se estende para um estado geral da mente.

No século XIX, esse termo é ampliado e introduzido na escola Alemã por Wilhelm Greissinger e Emil Kraepelin . Adolph Meyer (1893), psiquiatra que tentou excluir o termo melancolia, assimilando-o às patologias de depressão; a psiquiatria moderna fixou este ato definitivamente, onde nos manuais oficiais a depressão responde por nomes modernos de doenças afetivas ou distúrbios de humor. A psiquiatria tem enfrentado mudanças na medicina, acabando por introduzir metas diagnósticas baseadas na visibilidade de signos e do comportamento e na determinação de grau de intensidade. Pergunta-se sobre a dificuldade, na depressão, de se enumerar os parâmetros observáveis de tristeza, inibição motora, fadiga, esgotamento, diminuição na ideação, na atividade sexual, nas palavras, nos movimentos, etc., podendo avaliar cada um de acordo com uma escala preestabelecida.

De um lado, essa fórmula adequou receitas medicinais e controle dos antidepressivos, de outro lado, fica complicado o acesso à dimensão psíquica. Essas “confusões” iniciaram-se com a introdução de neuropléticos, em 1953.

## **A Depressão numa visão médica**

De acordo com a Classificação de transtornos mentais de comportamento da CID-10: “F32 - Episódio depressivo: Em episódios depressivos típicos, de todas as três variedades descritas (leve-F32.0, moderado-F32.1, e grave-F32.2 e F32.3), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas comuns são:

- (a) concentração e atenção reduzidas;
- (b) auto-estima e autoconfiança reduzidas;
- (c) idéias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- (d) visões desoladas e pessimistas do futuro;

- |     |        |    |         |             |    |             |
|-----|--------|----|---------|-------------|----|-------------|
| (e) | idéias | ou | atos    | autolesivos | ou | suicídio;   |
| (f) |        |    | sono    |             |    | perturbado; |
| (g) |        |    | apetite |             |    | diminuído.” |

Segundo Guariente (2002), os sintomas e sinais psíquicos da depressão são: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, inércia, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, auto-estima depreciada, sentimento de culpa excessivo e inadequado, sentimento de impotência e idéias de suicídio. Os sintomas e sinais orgânicos da depressão são: insônia e/ou hipersonia, alteração do apetite, ganho ou perda de peso, diminuição do desejo sexual, falta de energia e fadiga e lentidão ou agitação psicomotora. E, por último, os sinais e sintomas sociais são: retraimento social, perda ou diminuição da produtividade e desinteresse na área de lazer.

De acordo com Holmes (1997), o transtorno de humor mais comum é a depressão que ocorre com tanta frequência que foi chamada de “o resfriado dos transtornos psicológicos”. Existe a possibilidade, diz ele, de estarmos saindo da “era da ansiedade” e entrando na “década da depressão”.

Os transtornos de humor podem ser subdivididos em transtornos depressivos (unipolar) e transtornos bipolares (sintomas se alternam entre depressão e mania). Ainda, dentro dos transtornos depressivos pode haver o transtorno distímico (uma forma menos severa do transtorno depressivo) e dentro dos transtornos bipolares pode haver o transtorno ciclotímico (uma forma menos severa do transtorno bipolar).

Holmes (1997) destaca dois padrões diferentes de sintomas da depressão; diz que existe a depressão com retardo, que envolve um aumento no nível de energia de modo que a menor tarefa pode parecer difícil ou impossível de realizar, apresentando movimentos corporais reduzidos e lentos, fala arrastada e monótona; e também a depressão agitada, onde o indivíduo sente-se incapaz de ficar parado, caminhando de um lado para outro. A depressão agitada pode ser confundida com a mania, no entanto, o depressivo agitado é triste, enquanto o maniaco geralmente parece feliz. Como a depressão com retardo é a mais comum de se encontrar, falaremos agora sobre as considerações de Holmes apenas para esse tipo de depressão.

Dentro dos sintomas cognitivos do indivíduo depressivo, podemos encontrar, assim como já vimos com Guariente (2002), a auto-estima muito rebaixada, o pessimismo, a redução de motivação, e também a generalização de atitudes negativas (tendência de generalizar os problemas para todas as áreas de sua vida), o exagero da seriedade dos problemas (indivíduo pode desenvolver um delírio, ou seja, a crença errônea e bizarra de algo muito

grave acontecendo com ele) e os processos de pensamento e raciocínio ficam mais lentos.

Também como Guariente (2002) já disse, o indivíduo com depressão apresenta um retardo psicomotor o qual pode afetar os padrões da fala. Essas pessoas geralmente sentam-se com uma postura encurvada e um olhar parado e inexpressivo. Por fim, com relação aos sintomas somáticos apresentados pelo indivíduo com depressão, percebe-se um padrão de sono perturbado, padrões alimentares perturbados (alguns perdendo o interesse em comer e não sentindo sabor nos alimentos) e redução do interesse ou impulso sexual. Além desses problemas associados ao sono, apetite e sexo, essas pessoas ficam mais suscetíveis a diversas doenças, aparentemente devido a um prejuízo do funcionamento do sistema imunológico.

Como Holmes (1997) mencionou anteriormente a depressão é o transtorno de humor mais comum e tem aumentado bastante a porcentagem desse transtorno na população. Segundo Boyd & Weissman (1982) e Robins et al. (1984), mais de 5% da população sofrerá de uma depressão maior em algum momento de suas vidas e 3% terá depressões menos severas, porém problemáticas. Esse transtorno tende a ser diagnosticado mais em mulheres do que em homens, sendo a taxa aproximada de 2:1. A idade também é observada, pois a depressão, apesar de ser encontrada ao longo da vida, tende a atingir um pico por volta da década dos 40 (Post,1982).

De um modo geral, independentemente de sexo e idade, a depressão é mais alta em pessoas com renda baixa, menor educação, desempregados, divorciados ou separados (Langner & Michael, 1963; Levitt & Lubin, 1975; Murphy et al, 1991; Radloff, 1977). Talvez porque a depressão atinge tantas pessoas, ela atrai a atenção para diversas teorias que procuram explicá-la. Freud (1911), por exemplo, aceita a teoria de que a depressão gira em torno das consequências da perda. Para Freud, o fator chave da depressão é a raiva internalizada por ter perdido aquele objeto de amor.

Embora perdas freqüentemente precedem as depressões, muitos indivíduos deprimidos não passaram pela perda, ou seja, esse conceito de perda para explicar a depressão é limitado, segundo Holmes (1997).

Outra questão bastante ligada à depressão é o estresse. O estresse foi considerado um melhor preditor da depressão do que a perda (Billings et al., 1983; Paykel & Tanner, 1976). Num estudo feito por Brown & Harris (1978), verificou-se que fatores estressantes da vida como perda de emprego, doença, separação, etc., estão ligados à depressão.



Por outro lado, é possível que, ao invés do estresse causar a depressão, em alguns casos, efeitos iniciais de depressão podem causar o estresse, ou seja, tornando-se deprimido, o indivíduo perde o emprego, por exemplo. O estresse está relacionado à depressão, no entanto, nem todos os indivíduos expostos a situações estressantes tornam-se deprimidos. É importante considerarmos alguns fatores que moderam o relacionamento estresse-depressão:

- o apoio social que a pessoa recebe ao deparar-se com o estresse. Indivíduos que têm um grupo de verdadeiros amigos tendem a tornar-se menos deprimidos frente a uma situação de estresse. O apoio social nos defende da depressão no sentido que os eventos estressantes são menos estressantes quando a carga pode ser dividida com outros.

- as diferenças individuais também podem moderar o relacionamento estresse-depressão. O fator das estratégias de enfrentamento que o indivíduo usa quando exposto a uma situação estressante é importante, ou seja, a forma como a pessoa reage a essa situação. As pessoas deprimidas tendem a utilizar técnicas passivas de enfrentamento como a evitação, a aceitação, comer, fumar, etc. Os indivíduos não deprimidos tendem a buscar técnicas ativas para resolver e superar problemas.

Outro fator individual importante é o condicionamento aeróbico, ou seja, é a eficácia com a qual a pessoa pode processar oxigênio. Essa eficácia pode melhorar com exercícios como andar, correr, nadar, etc. Pessoas que estão em boa condição física respondem melhor ao estresse e conseqüentemente pode servir para reduzir a possibilidade de depressão.

Embora o estresse tenha sido ligado à depressão, existem algumas limitações para esse relacionamento, são elas: nem todos os indivíduos expostos ao estresse tornam-se deprimidos; nem todos os indivíduos que se tornam deprimidos foram expostos ao estresse; o estresse pode levar a transtornos diferentes da depressão; a hipótese estresse-depressão não especifica o processo pelo qual o estresse resulta em depressão.

De um ponto de vista fisiológico, a depressão é resultado de um baixo nível de atividade neurológica nas áreas do cérebro responsáveis pelo prazer. Esse baixo nível de atividade neurológica origina-se de quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses, (Bunney & Davis ,1965; Mass , 1975; Schildkraut , 1965; Schildkraut & Kety , 1967). É importante observar que um nível excessivamente baixo de um neurotransmissor pode resultar em depressão, no entanto um nível excessivamente alto pode resultar em mania.

Não seria interessante simplesmente saber desse fato, se não pensarmos em qual fator contribui e faz com que esses níveis de neurotransmissores abaxem. Os fatores genéticos

contribuem para essa baixa. Segundo Nurnberger & Gershon (1982), existem evidências de que a depressão pode ser herdada: indivíduos deprimidos tendem a ter mais parentes em primeiro grau que sofrem de depressão do que os não deprimidos, no entanto devemos considerar que o contato social com esses parentes pode resultar na depressão ao invés dos genes.

Estudos feitos em gêmeos do sexo feminino indicaram que a hereditariedade da depressão estava entre 33 e 45% e o restante estava relacionado com experiências singulares de cada pessoa ao invés de características familiares (Kendler et al./ 1992). Evidências também apareceram em estudos feitos com crianças adotadas, onde 38% da prole biológica adotada de pais depressivos apresentava depressão, enquanto apenas 0,7% da prole biológica adotada de pais não deprimidos apresentava a depressão. (Cadoret, 1978).

Contudo, de acordo com esses resultados, parece seguro concluir que o fator genético tem um papel importante na depressão, no entanto, nem todos os parentes de deprimidos tornam-se deprimidos, e muitas pessoas que se tornam deprimidas não parecem ter um histórico familiar de depressão. Embora os fatores genéticos sejam importantes, eles não explicam todas as depressões e ainda não se entende o mecanismo pelo qual os genes provocam seus efeitos (Faraone et al., 1990).

## **A Depressão numa visão Psicológica**

Segundo Gabbard (1994), o que provoca a Depressão é a consciência do ego de ser incapaz realmente ou imaginariamente de cumprir com um ideal. Em casos secundários, essa consciência pode voltar a agressão para dentro. Alguns pacientes exploram sua doença para justificar seus impulsos destrutivos e sádicos em relação aos outros, fazendo todas as pessoas à sua volta sentirem-se culpadas, a ponto dessas pessoas até se afastarem do depressivo. Pessoas com Depressão são pessoas que vivem não para si próprias, mas para outra pessoa; seria usada a expressão “outro dominante”, que não precisa ser necessariamente uma pessoa, mas um ideal. Dessa forma, essa pessoa sente-se desamparada ao perceber que tem um objetivo inalcançável, ou descobrir que não funciona viver enquanto o desejo de uma outra pessoa.

Geralmente, o paciente depressivo resiste a implicações interpessoais como, por exemplo, força para a mudança, preferindo assumir a culpa de tudo e continuar caindo. O desenvolvimento da transferência e contratransferência pode levar a rupturas com essas

resistências; a transferência aparece também como um veículo para auxiliar no processo de mudança. O terapeuta deve utilizar os sentimentos do paciente de forma construtiva na relação, escutando seu paciente para depois tirar conclusões.

Pensando numa intervenção Psicodinâmica, segundo Fráguas e Figueiró (2001), podemos dizer que a Psicoterapia abrange desde os tipos suportivos até os expressivos. A Psicoterapia Psicodinâmica tem sua base nos conceitos de Freud. São intervenções que visam o alívio e a mudança na reação do indivíduo frente a situações de dor, dificuldade e às manifestações depressivas.

A Psicoterapia Psicodinâmica é indicada quando surge a Depressão clínica associada à doença médica, ou seja, a depressão clínica é quando afetos depressivos não podem ser tolerados ou integrados pelo paciente e a doença médica seria decorrente de fatores orgânicos associados. A proposta em primeiro lugar é ajudar o paciente a compreender o impacto da doença médica em termos de seus conflitos e suas vulnerabilidades.

O psicoterapeuta orientado dinamicamente deve estar atento para o conteúdo concreto da doença física, mas também para o significado que está por trás deste conteúdo, ou seja, desejos, medos e defesas. Deve-se tomar cuidado para que o sentimento de desamparo não se torne apenas decorrência da doença física, mas que seja visto como uma experiência pessoal e individual.

Podemos distinguir três fases do tratamento Psicodinâmico da Depressão segundo Rodin, Craven e Littlefield (1991): o primeiro é a facilitação dos sentimentos de dor e luto; o segundo é a apreensão do sentimento da doença e o terceiro é a conquista do sentido de domínio desses sentimentos ligados à doença. Com relação à Psicoterapia Breve, Bellak (1981) sugere de uma forma geral, ou seja, não só em relação à depressão, a exploração de alguns aspectos, sendo eles: a história de vida do paciente, ver a área de vida do paciente ligada à elevação da auto-estima, lidar com a agressão contra o self, examinar a profundidade das defesas, dentre outras. Ele fala que Freud (1914) faz uma comparação com o luto, dizendo que em ocasiões de doença ou morte dos pais há a manifestação de um luto por recriminar a si próprio pela morte deles. Na melancolia, o objeto perdido não precisa necessariamente ter morrido, mas apenas perdido enquanto objeto de amor: uma moça deixada no altar, por exemplo, porém, em outros casos não podemos nem ver claramente essa perda. Podemos supor que nem o paciente sabe conscientemente o que perdeu, ou sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu. O paciente pode punir-se de uma maneira histérica, passando a viver os mesmos estados de “doença” que os pais. Neste caso seria a idéia de retribuição que estaria acontecendo.

A Melancolia assume várias formas, sendo que estas sugerem um fenômeno antes somático do que psicogênico. Há uma característica importante na melancolia que é a tendência de se transformar em mania, a qual não acontece todas as vezes, pois em alguns casos, seguem as recaídas normais, ausentes os sinais de mania. Essas duas desordens (melancolia e mania) lutam com um mesmo “complexo”, porém a diferença reside no fato de que na melancolia o ego sucumbe ao complexo, e na mania o ego domina o complexo ou o põe de lado.

Freud faz a ligação com o luto e diz que as causas são, dentro do possível, quase as mesmas para Melancolia e Luto. De um modo geral “é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como os pais, a liberdade, ou o ideal de alguém” (Freud, 1915, p.275). A Melancolia traz consigo um desânimo profundamente penoso, desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de qualquer atividade e diminuição da auto-estima. O próprio ego se torna vazio e pobre: é como se uma parte do ego se colocasse contra a outra, julgando-a com críticas e tomando-a como seu objeto. A insatisfação com o ego é uma das características mais marcantes da Melancolia. Essas auto-recriminações, são recriminações feitas a esse objeto amado, que se deslocaram desse objeto para o ego do paciente.

Segundo Bibring (1953), depressão é um estado afetivo primário que não está ligado à agressão voltada para dentro (diferente de Freud). Para ele, depressão surge da tensão entre ideais e realidade. Essa tensão surge no próprio ego e não dá um papel chave para o superego. Quando falamos em Depressão, segundo Bibring (1953), logo vem à mente a utilização de medicamentos no tratamento desta. A Depressão pode ser tratada com a combinação de medicamentos e Psicoterapia, a qual é essencial para pacientes que não aceitam tomar a medicação necessária e também essencial para pacientes que não podem tomar tal medicação, muitas vezes por complicações físicas. É inegável a eficácia da associação da farmacoterapia com a Psicoterapia, pois, enquanto os remédios atuam em sintomas como, por exemplo: sinais vegetativos e retardo psicomotor, a Psicoterapia responde a sintomas como: baixa auto-estima, sentimentos de culpa inadequada, falta de motivação, problemas interpessoais, sentimentos de desesperança e isolamento social.

Também relacionado ao tratamento da Depressão, podemos ressaltar que o primeiro passo nesse tratamento seria o estabelecimento de uma aliança terapêutica, transmitindo, assim, a segurança de que compreendemos o que se passa e que existe uma razão para tais sentimentos. Algumas vezes, é necessário que o terapeuta corresponda a algumas expectativas do paciente, para que o paciente possa repetir sua patologia também na

relação terapêutica. Num segundo momento, quando essa aliança estiver bem reforçada, o terapeuta deve passar para uma fase mais expressiva, ajudando o paciente a ver quem é o outro dominante em sua vida, o qual provocou tanta dificuldade. Por último, a tarefa do terapeuta é ajudar o paciente a conceber novas formas de vida.

Podemos também observar sintomas de Depressão em indivíduos que consomem abusivamente drogas, pois muitos lutam com sentimentos de desvalia, culpa, autocrítica e vergonha, assim como percebemos no alcoolismo traços de depressão, como fragilidade do ego e dificuldade de manter a auto-estima. Quando estão sóbrios, vem a Depressão ao perceberem o que perderam, as pessoas que machucaram e decepcionaram, etc.

Em pacientes com Personalidade Obsessiva Compulsiva observamos a racionalidade em todos seus atos, insegurança, ambivalência e riqueza em detalhes. Quando todas essas exigências são satisfeitas por muito tempo, pode vir a Depressão, principalmente na meia idade, quando sonhos idealizados na juventude são desfeitos pela realidade do tempo.

Podemos também abordar aqui a Depressão em pacientes de Personalidade Borderline, a qual pode ser bem diferente do que nos demais transtornos. Esse tipo de paciente pode utilizar o termo Depressão para sentimentos crônicos de enfado, vazio e solidão, mas ausentam-se sinais vegetativos de Depressão maior. Para encerrar a abordagem de outros transtornos co-relacionados com a Depressão, podemos falar do Transtorno de Personalidade Anti-Social, a qual se apresenta concomitante com a Depressão. Contudo, a presença desta pode ser um bom sinal no tratamento e de acessibilidade à Psicoterapia.

<b>A</b>	<b>Posição</b>	<b>Depressiva</b>
----------	----------------	-------------------

Melanie Klein (1966) define posição depressiva como sendo a fase de desenvolvimento em que a criança reconhece um objeto inteiro e se relaciona com esse objeto. Por exemplo, a criança começa reconhecendo a mãe como um objeto inteiro para depois começar a perceber os outros. Dessa forma, a criança começa a perceber que se relaciona com um objeto (mãe) que pode ser tanto boa em algumas situações como má em outras; e também percebe que ela pode tanto amá-la como odiá-la, podendo se deparar com conflitos relacionados a essa ambivalência de sentimentos direcionados a uma só pessoa (mãe). Este reconhecimento abre um mundo de experiências novas para a criança, reconhecendo a mãe como um objeto inteiro e, portanto, separado dele, a criança reconhece sua profunda dependência da mãe.

Na posição depressiva, as angústias vêm dessa ambivalência de sentimentos mencionados acima e a criança se angustia principalmente com seus impulsos destrutivos, pois tem medo que esses impulsos possam realmente ter destruído o objeto que ela ama tanto e do qual depende totalmente. A culpa também aparece por conta dessa crença da destruição do objeto bom.

Com essa experiência, a criança se mobiliza a reparar o “estrago” que fez e, assim como teve poder para destruir com seu ódio, também terá poder para reparar com seu amor. A resolução dessas angústias pode vir através dessa reparação tanto de objetos externos como internos. O ego se torna mais integrado e a criança, através dessa vivência vai descobrindo sua própria realidade psíquica, podendo estabelecer-se aí uma relação da criança com a realidade. Essa nova capacidade de se preocupar com os objetos ajuda a criança a aprender aos poucos a controlar seus impulsos. Por exemplo, a criança começa reconhecendo a mãe como um objeto inteiro para depois começar a perceber os outros. Dessa forma, a criança começa a perceber que se relaciona com um objeto (mãe) que pode ser tanto boa em algumas situações como má em outras; e também percebe que ela pode tanto amá-la como odiá-la, podendo se deparar com conflitos relacionados a essa ambivalência de sentimentos direcionados a uma só pessoa (mãe). Este reconhecimento abre um mundo de experiências novas para a criança, reconhecendo a mãe como um objeto inteiro e, portanto, separado dele, a criança reconhece sua profunda dependência da mãe.

Na posição depressiva, as angústias vêm dessa ambivalência de sentimentos mencionados acima e a criança se angustia principalmente com seus impulsos destrutivos, pois tem medo que esses impulsos possam realmente ter destruído o objeto que ela ama tanto e do qual depende totalmente. A culpa também aparece por conta dessa crença da destruição do objeto bom.

Com essa experiência, a criança se mobiliza a reparar o “estrago” que fez e, assim como teve poder para destruir com seu ódio, também terá poder para reparar com seu amor. A resolução dessas angústias pode vir através dessa reparação tanto de objetos externos como internos. O ego se torna mais integrado e a criança, através dessa vivência vai descobrindo sua própria realidade psíquica, podendo estabelecer-se aí uma relação da criança com a realidade. Essa nova capacidade de se preocupar com os objetos ajuda a criança a aprender aos poucos a controlar seus impulsos.

A dor do luto experimentada na posição depressiva e essas tendências reparadoras desenvolvidas para reparar os objetos amados são à base da sublimação e da

criatividade. Desenvolvem-se a capacidade de fazer ligações e de abstrair.

A posição depressiva nunca é elaborada totalmente, sempre estão presentes as angústias relacionadas à culpa e ambivalência e situação de perda que despertam novamente experiências depressivas. Os objetos externos bons na vida adulta sempre simbolizam o objeto bom primário e, portanto, qualquer perda na vida pode voltar a angústia de perder o objeto bom e as angústias que foram experienciadas no início. A criança que foi capaz de estabelecer na posição depressiva um bom objeto interno e seguro poderá lidar com as situações de angústia de modo que não a leve à doença e sim a uma elaboração frutífera e maior criatividade. Já na posição depressiva que não foi suficientemente elaborada, toda essa parte do desenvolvimento é muito menos favorável, a relação com a realidade fica de certo modo fraca e há um terror inacabável, podendo algumas vezes ser uma ameaça de regressão à psicose.

Winnicott (1958), escolheu a palavra depressão para indicar uma forma de humor ou estado mental. Dessa forma, surgem algumas contradições na expressão usada, pois a mesma pode ter um sentido de desordem e um sentido de algo saudável. Por esse motivo, Winnicott (1958) critica a expressão “posição depressiva” empregada por Melanie Klein. O autor usa a palavra concernimento, o que significa um compadecimento pelo outro, uma compaixão do outro, seria um indivíduo que consegue ver o outro como uma pessoa diferente dele, com suas próprias vontades, defeitos e sentimentos.

Podemos diferenciar alguns tipos de depressão na obra de Winnicott: aquela entendida como uma capacidade do indivíduo, que faz parte do desenvolvimento normal da pessoa, capacidade de se preocupar; a depressão como uma desordem afetiva, acontece devido à interrupção do desenvolvimento devido a uma falha do ambiente precoce; e, por último, podem aparecer defesas para evitar a dor decorrente da depressão, como por exemplo, a mania, hipomania e psicose.

O autor coloca na depressão saudável a capacidade de sentir-se deprimido, como um bom sinal, pois a pessoa tem consciência de uma perda ou uma culpa, a qual leva o indivíduo a aceitar suas responsabilidades e o motiva a agir e colaborar. Essa pessoa atinge uma capacidade de preocupação, ou seja, ela se pré-ocupa do outro, procura não machucar o outro, percebe que existem outros no mundo. São pessoas que se sentem tristes e, através desse sentimento, se motivam a agir de forma positiva em direção à mudança: elas entram em contato com seus limites. Na posição depressiva, a pessoa sente solidão, tédio, vazio, raiva consciente, é verbalizável e nomeável. Nesse momento que se tem consciência, existe a possibilidade de refletir sobre o assunto e entrar em contato com os defeitos. Essa pessoa se permite

sentir

culpa

e

luto.

Winnicott (1958) diz que o conceito de depressão é muito próximo ao conceito de vigor egóico, auto-afirmação e descoberta de uma identidade pessoal, por isso é muito discutível a idéia de que a depressão possui valor. Segundo o autor, uma importante e saudável depressão é parte do processo que o bebê atravessa no momento em que pode perceber a mãe como diferente dele mesmo, ou seja, ele percebe que é um ser separado de sua mãe na medida em que tem vontades e necessidades e precisa esperar talvez um pequeno tempo para que seja satisfeito seu desejo, caracterizando o não-eu. Essa tristeza se constitui na elaboração psicológica do sentimento de perda que ocorre no final desse período. É quando o bebê passa por uma desilusão e percebe que não é o centro do universo.

Por fim, Winnicott (1958) previne quanto à tendência de querer “curar” esse estado depressivo, e diz que na verdade é preciso o tempo necessário de cada um para que esse estágio seja superado, e o melhor que temos a fazer é tolerar, esperar e aceitar, sem que haja urgência na cura.

## **A**

## **Psicoterapia**

## **Breve**

Rogawski , (apud Yoshida, 1990) coloca diferentes modalidades de intervenções breves: o atendimento de emergência, a intervenção na crise e as psicoterapias de curta duração ou psicoterapias breves. Esse conceito de intervenção na crise foi iniciado por Klein e Lindeman (1961) e Caplan (1964) e depois foi desenvolvido por Jacobson e colaboradores (1968), Sifneos (1972), dentre outros. Sifneos aperfeiçoou a noção de crise proposta por Caplan tornando-a operacionalizável, como podemos ver na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), proposta por Ryad Simon , onde são pesquisados alguns setores da vida da pessoa.

Os autores, como Malan (1963), Marmor (1979), Braier (1984), Sifneos (1984), Gilliéron (1983), que se preocuparam com as origens da Psicoterapia psicodinâmica breve, referem-se a Freud como um de seus precursores, pois, os primeiros casos atendidos por Freud variaram de uma sessão até onze meses. Essas intervenções podem ser consideradas breves hoje em dia. Eram tratamentos com fins específicos de ambas as partes e a interrupção se dava quando se alcançava este fim.

À medida que Freud foi mudando sua técnica de trabalho, partindo da hipnose até chegar à associação livre, os processos ficaram cada vez mais longos. Freud enfrentou muitos



ataques e dissidências, principalmente de Sandor Ferenczi e Otto Rank e, depois deles, outros vieram a contestá-lo, resultando no movimento que deu origem às psicoterapias breves psicodinâmicas.

Chamou muito a atenção de Ferenczi (1926) a prática de estipular previamente uma data para o fim da análise, para poder acelerá-la. Foi Otto Rank (1947) que deu essa sugestão e acreditaram nessa técnica baseando-se em poucos casos de sucesso. Essa proposta dos dois autores foi rejeitada por Freud e só foi retomada alguns anos depois por Franz Alexander e Thomas M. French (1946).

Muitos estudos foram desenvolvidos entre 1938 e 1945. Procuraram por à prova vários pressupostos que até então eram inquestionáveis como a profundidade da terapia, duração, frequência de sessões, o pressuposto de que o prolongamento da análise se justificava para superar a resistência e a idéia de que um número menor de sessões implica em resultados superficiais e temporários. Mas como Alexander e French (1946) inicialmente insistiram que praticavam a psicanálise, isso dificultou a aceitação de suas propostas e retardou o surgimento das psicoterapias psicodinâmicas breves.

A partir dos anos 50, o movimento das psicoterapias psicodinâmicas breves começou a tomar corpo. Dois grupos se destacaram neste momento, um na Clínica Tavistock (Londres), dirigido primeiro por Michael Balint e depois por David Malan, e outro no Hospital Geral de Massachusetts (Boston), dirigido por Peter E. Sifneos. Com o objetivo de reencontrar o método original de Freud, a Clínica Tavistock criou uma técnica de psicoterapia que incluía análise de resistência, interpretação transferencial, reconstrução genética, interpretação de sonhos e fantasias. Depois haveria uma avaliação composta de entrevista, testes, e assim seria estabelecida uma hipótese psicodinâmica de base. Esta hipótese identificaria o conflito primário da pessoa e, através disso, seria estabelecido um planejamento com objetivo limitado: esse objetivo limitado seria o foco. Balint (1967) deu o nome de Psicoterapia Focal para essa técnica.

Em Massachusetts (1956), Sifneos se deparou com pacientes que se queixavam de nervosismo e fobias e, apesar do encaminhamento para psicoterapia longa, teve uma resolução de um caso em dois meses. Esse acontecimento levou-o a fazer intervenções breves em mais 50 pacientes. Dessa forma, nasceu a Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade, indicada em casos neuróticos e onde a problemática edipiana está em primeiro plano. Nessa técnica, a tarefa do avaliador consiste em formular questões que provoquem ansiedade no paciente e que estimulem esse paciente a pensar em áreas de conflito emocional que ele evitaria de outra forma.

James Mann , em 1964, desenvolveu uma técnica chamada Psicoterapia de Tempo Limitado, para responder às inúmeras filas formadas para atendimento na Faculdade de Medicina de Boston. Ele contava com um número padronizado de sessões para poder comparar diversos tipos de processos e para que houvesse uma maior aceitação por parte do paciente, tendo assim, uma noção clara de começo, meio e fim do processo. Para Mann, o foco consiste num tema central, que é definido junto com o paciente e estipulado durante a avaliação. Assume um papel empático durante todo o tratamento.

Habib Davanloo , também no início da década de 60, desenvolveu uma técnica chamada Psicoterapia Dinâmica Breve. Essa técnica incluía pacientes com focos edípicos, vários focos ou focos “ausentes”. Assumia uma posição mais confrontativa diante de seus pacientes. Esses processos variavam de 5 a 40 sessões, não sendo determinada uma data fixa para término, embora o paciente estivesse ciente de que seria um processo breve.

Edmond Gilléron (1968) também introduziu uma técnica breve chamada Psicoterapia Breve de Inspiração Psicanalítica. Ele procura manter seu processo bem próximo da Psicanálise. Seus processos variavam entre três meses e um ano, com uma data fixa para o término dos encontros.

Maurício Knobel, em 1968, estabeleceu diferenças básicas entre processos terapêuticos breves e psicanálise. O manejo e as estratégias eram diferentes, a estimulação da regressão, processo de elaboração e a mutação de objetos internos. A Psicoterapia tinha a característica de não ser regressiva e ser de tempo e objetivos limitados. O número de sessões e o tempo de duração era determinado pelo terapeuta após sua experiência.

Ryad Simon, quando era coordenador do Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos alunos da Escola Paulista de Medicina, entre 1970 e 1985, recomendava o uso da Psicoterapia Breve para programas preventivos e aplicadas nas situações de crise. Posteriormente, Simon desenvolveu uma técnica de Psicoterapia Breve (1981/1990), aplicável a programas de prevenção de saúde mental.

Sua técnica consistia numa triagem para separar os casos mais urgentes dos menos urgentes e numa entrevista. A partir dessa entrevista era feito um diagnóstico da eficácia a adaptação desse paciente, utilizando-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Essa escala possui quatro setores de personalidade: Produtividade (PR), Afetivo-relacional (A-R), Sócio-cultural (S-C) e Orgânico (OR), que permitem uma avaliação geral da qualidade de adaptação do paciente.

Podemos dividir o surgimento da Psicoterapia Breve em três estágios: primeiro, o estágio psicanalítico, em que houve tentativas de modificação da técnica sem modificar os objetivos. As tentativas foram de Freud, Ferenczi e Rank; em segundo, o estágio intermediário, onde Alexander e French criaram condições para que fossem definidas diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia breve e, por último, o estágio psicodinâmico breve, que pode ser identificado a partir dos anos 50 e tem como característica os objetivos e estratégias de trabalho bem definidas. As propostas apresentadas neste estágio são de D.Malan, P. Sifneos, J.Mann, H.Davanloo, E.Gilliéron, M.Knobel e R.Simon.

Uma pesquisa realizada por Strupp e cols. (1982), feita especificamente para avaliar as contribuições da Psicoterapia Dinâmica Breve no tratamento da Depressão, concluiu que embora houvesse relatos de melhora nos sintomas da Depressão, não podem fazer nenhuma afirmação definitiva a respeito da única eficácia dessa abordagem no tratamento da Depressão. Porém, levando em conta a discussão da Psicoterapia Breve em termos de critérios de indicação e contra-indicação desta, os autores pesquisados, Sifneos, Malan, Luborsky, Mann, Strupp, não colocam a Depressão como sendo contra-indicada para a técnica.

Davanloo, em sua técnica tradicional, excluía a Depressão, porém, mais tarde, modificou sua técnica e passou a incluí-la. Klerman tem uma técnica especial para a Depressão, pois ele se baseia na idéia de que a Depressão está conectada com problemas nas relações sociais.

Foi testada também, por Elkin e cols. (1985), a terapia interpessoal (PIP), a qual tem origem no modelo Psicodinâmico, mas seu foco é mais interpessoal do que intrapsíquico. Diante do levantamento teórico realizado, onde passamos por definições médicas e psicológicas sobre o tema depressão e psicoterapia breve e diante das dificuldades já mencionadas que encontramos a cada dia, no desenvolvimento da sociedade e cobranças incessantes, os objetivos deste trabalho são:

- mostrar o quanto a Psicoterapia Breve tem para nos acrescentar no tratamento de pacientes depressivos, mesmo que se trate de pacientes acompanhados por medicamentos e que se encontrem numa depressão maior.
- mostrar o quanto é importante para o paciente sentir uma forte aliança terapêutica, principalmente um paciente com depressão e, o quanto essa aliança, especialmente por se tratar de uma técnica breve, é essencial e fatal para reerguer uma pessoa que passe por uma depressão severa.

## Método

Para a realização do trabalho e satisfação dos objetivos apresentados foi utilizado um sujeito do sexo feminino, com aproximadamente 58 anos de idade, solteira, aposentada e com grau superior de escolaridade. Posteriormente chamaremos essa pessoa de paciente Y.

A paciente trouxe como queixa sentir-se em depressão, apresentando-se abatida, dizendo que chora muito e tem dores no estômago. A paciente fala também de uma carência que sente por parte da mãe e problemas com a irmã.

Após as entrevistas iniciais foi identificado como núcleo do conflito o sentimento de abandono, a partir daí, foi estabelecido como foco de trabalho o fortalecimento de sua auto-estima, bem como valorização de suas qualidades, capacidades, sonhos e anseios. O objetivo do trabalho foi levá-la a se perceber como uma pessoa única que tem suas próprias vontades e opiniões, independente dos outros; levá-la a dar mais valor a sua vida, e as coisas que possui.

Diante dos recursos da paciente, tornou-se como referência para o centro das intervenções aquelas suportivas e de apoio, encorajamento à elaboração e validação empática.

O atendimento se deu no Instituto Paulista de Psicologia, Estudos Sociais e Pesquisa (IPPESP), por uma Psicóloga formada e cursando especialização em Psicoterapia Breve. Atendimento realizado no final de 2003 e início de 2004. A análise foi feita através de relatórios transcritos pela Psicóloga responsável pelo caso. Esses relatórios foram feitos a cada sessão realizada, contendo sempre os principais assuntos tratados durante aquela sessão, bem como intervenções da terapeuta.

O atendimento durou aproximadamente sete meses, totalizando 22 sessões, entre festas e feriados. Foi feita uma entrevista de follow-up, após seis meses do término dos atendimentos, onde a paciente recebeu alta definitiva. Foi feito um estudo detalhado de cada sessão, bem como de toda teoria pesquisada, para que, no próximo momento do trabalho, seja feita a interligação entre prática e teoria, apresentação de resultados e discussão desses.

A paciente Y chega à clínica com queixa de Depressão, sente-se sem ânimo para fazer as coisas, abatida, chora muito, tem pesadelos e dores no estômago, sente-se estressada e confusa. Comenta sobre uma carência afetiva por parte da mãe, tem poucos amigos e quase não se comunica com parentes.

De acordo com a queixa de Y, podemos perceber diversos sintomas de depressão. Como disse Guariente (2002), o sono perturbado e alterações no apetite, dores, etc, fazem parte dos sintomas orgânicos da depressão. A Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10 também confirma esses sintomas: sono perturbado, visões pessimistas do futuro, concentração e atenção reduzidas, ou seja, Y, comenta que se sente muito confusa e também com alteração no apetite. Outro aspecto bastante presente na vida de Y, é o fato de apresentar-se distraída, diz que no carro ela fica olhando para tudo menos para frente, por exemplo. Guariente (2002) também fala que um dos sintomas da depressão é a falta de concentração.

Guariente (2002) fala sobre a redução da motivação, e isso fica bem claro quando Y, comenta que não tem ânimo para fazer nada, e que se sente abatida, chorando muito.

Holmes (1997) faz a ligação entre depressão e fatores estressantes da vida, ou seja, diz que o estresse pode vir a causar a depressão em determinados casos. Vemos que a paciente Y tinha uma irmã com câncer e cuidava dela desde o início da doença. É mencionado também o fato de que Y, cuida de sua mãe e sente-se estressada por isso. Esse fator confere com o que Holmes diz, pois, um dos fatores estressantes que o autor cita como possível causador da depressão é a doença. Neste caso, a doença de um parente muito próximo que, de uma forma ou de outra, atingiu diretamente sua vida, pois era Y, que cuidava da irmã, pode ser um fator importante para o desenvolvimento da depressão em sua vida.

Segundo a terapeuta, a paciente manifesta uma vontade de voltar a ser ativa, de ter prazer e satisfação em fazer as coisas. Podemos associar com Delouya (2001), quando fala que a depressão pode não ser tratada como uma doença, mas uma impossibilidade, por mais que seja passageira, de exercer coisas fundamentais para a vivência do ser humano. Neste caso, Y, sente-se impossibilitada de exercer coisas que exercia no passado e sente vontade de voltar a realizar essas coisas. Num outro momento, a paciente relata uma carência afetiva por parte de sua mãe. Diz que

ela é muito autoritária, não dá carinho, etc... Por ser uma família oriental, já existe uma questão de frieza muito grande por parte dos pais e ela sente muito essa falta. Gabbard (1998) diz que depressão é a consciência do ego de ser incapaz realmente ou imaginariamente de cumprir com um ideal.

Quando pensamos em “incapacidade” do ego, pensamos que em sua formação, algo poder ter ficado para trás. A paciente fala muito da falta de carinho de seus pais, coisa que é muito importante para formação da criança, adolescente, etc... Essa formação “prejudicada” pode ter influenciado para que Y, em algum momento da sua vida, sofresse de depressão.

A paciente diz que sentiu muita culpa, em relação a seu pai, já que acredita que poderia ter feito mais por ele. Diz também que se sente culpada por não ter protegido sua irmã do abuso que sofreu. Freud faz uma comparação da melancolia com o luto, dizendo que nas ocasiões de doença ou morte dos pais há uma manifestação de um luto por recriminar a si mesmo pela morte dos pais. Isso aconteceu na vida de Y.

Gabbard (1998) fala que o paciente depressivo resiste a implicações interpessoais e prefere assumir a culpa de tudo e continuar caindo no desânimo e autopunição. Isso acontece claramente com a paciente em questão, pois assume a culpa por questão que não são exclusivamente dela e se pune fisicamente, através de dores e doenças.

Segundo Freud, na melancolia, o objeto de amor não precisa ter morrido, mas poder ter sido perdido simplesmente. Quando Y, fala do pai, diz que, apesar de sua frieza, ela sentia amor ele. Já com sua mãe é diferente. Nesse caso, ela perdeu a parte que sentia mais amor, carinho e atenção. Ficou com a parte que lhe faz sentir culpa e ressentimento.

A paciente sempre faz comentários do tipo: não sou capaz, sou muito velha e o tempo já passou . Fala que não se casará mais, porque é muito velha. Neste momento, a terapeuta questiona Y, sobre o que a faz pensar assim e que essa opção depende dela mesma. A terapeuta se volta para o foco de fortalecer o ego dessa paciente e mostrar que ela pode e tem capacidade, mas precisa querer. Com o decorrer das sessões, a paciente passou a se apresentar mais falante e confiante; no entanto, continua procurando cuidar dos outros como forma de ser aceita e não rejeitada por essas pessoas.

A paciente demonstrava, como já mencionamos, uma preocupação excessiva com outras pessoas, principalmente com sua irmã que estava doente. Ela verbalizava algumas vezes que tinha medo de perder o outro: isso a assusta muito. Gabbard (1998) fala que pessoas

com depressão não vivem para si próprias, mas para outra pessoa ou outra coisa. Seria o que ele chama de “o outro dominante”. Y, demonstrava claramente isso, quando dizia que vivia para cuidar de sua irmã e se preocupar com as outras pessoas.

Já na fase final do processo, a paciente começou a se mostrar mais confiante, expondo melhor seus sentimentos, não só diante da terapeuta, mas também diante das outras pessoas. Começou a falar mais sobre o que sentia e expor sua raiva em determinadas situações.

Através da técnica focal de intervenção, onde a terapeuta pôde detectar o ponto chave de sua angústia, trabalhando em cima disso com dedicação, fortalecendo sua auto-estima e sua posição diante das pessoas, a paciente teve a chance de perceber o quanto ela é importante e o quanto deve ser valorizada por ela mesma e pelas outras pessoas. Começou a procurar coisas que davam prazer para ela e a se dedicar a coisas que ela já fazia muito bem.

Y, começou a falar mais sobre as coisas que a magoavam, tanto com a mãe como com a irmã. Isso foi muito positivo em sua vida, pois começou a perceber que podia perfeitamente manifestar sua insatisfação por algo, que as pessoas não deixariam de amá-la por isso. Essa consciência foi desenvolvida através da psicoterapia, onde ela mesma começou a perceber suas potencialidades.

A paciente expôs diversas vezes o prazer que sentia em comparecer às sessões e o quanto isso a estava ajudando nessa caminhada. Passou a ficar mais atenta às coisas, pensar nas coisas que gosta e se sentir feliz.

Ao final das sessões, pôde-se perceber uma mudança nas atitudes e pensamentos da paciente. Momentos em que ela se sentia triste por compadecer-se do outro, colocar-se no lugar do outro e, assim, passar a perceber que o outro é diferente dela e se preocupar com vida da outra pessoa. Tudo isso motivou Y, a agir de forma positiva em direção à mudança, ao crescimento, podendo entrar em contato com seus próprios limites.

Podemos chamar, segundo Winnicott (1958), de posição depressiva, esse fator acima mencionado, onde a pessoa sente solidão, tédio, vazio, raiva consciente, e tem a possibilidade de refletir sobre o assunto e entrar em contato com seus defeitos, permitindo-se sentir culpa e luto. Essa atitude pode ser reconhecida nas últimas sessões com Y.

A paciente começou a ser capaz de verbalizar até a raiva que sentia por algo que sua mãe

fez ou mesmo a irmã. Esse é um fator muito positivo para o desenvolvimento do processo, pois demonstra sua capacidade de aceitação de seus próprios sentimentos e reações.

## **Conclusão**

Posso concluir que esse trabalho, de alguma forma precisava ter um fim, porém, pode ser apenas um ponto de início para trabalhos ainda maiores.

Acredito que pude apresentar as diferentes visões de depressão de acordo com alguns autores e de acordo com alguns campos (medicina e psicologia). Baseada nessa teoria e tomando como ponto de partida um caso atendido com sintomas de depressão, pude perceber o quanto existe da teoria na prática. Realmente, não devemos, aqui, encaixar a teoria na vida do paciente, mas se soubermos fazer isso de maneira inteligente, percebemos que muito do que lemos pode ser reconhecido no consultório, ou onde quer que estejamos desenvolvendo nossa profissão. Minha intenção, no início do trabalho, era falar sobre as contribuições na Psicoterapia Breve no campo da depressão. Pude perceber, com o decorrer das sessões que, a Psicoterapia Breve tem muito a acrescentar no tratamento de pacientes depressivos, pois ela nos fornece um acolhimento chave para o fortalecimento da vida emocional do paciente.

Em seguida, refleti sobre a importância para o paciente em sentir uma forte aliança terapêutica. Isso acontece com frequência no exercício da técnica breve, por conta do acolhimento e focalização dos assuntos centrais da vida do paciente. É através dessa forte aliança que o paciente sente-se seguro para desenvolver mais suas questões e confiar no terapeuta.

Quando se trata de depressão, essa questão torna-se muito importante, pois trataremos uma pessoa que já se encontra com auto-estima rebaixada, sem confiança em si própria e sem confiança nos outros também.

Por fim, posso concluir que ao desenvolver esse trabalho, pude confirmar hipóteses acerca da importância da Psicoterapia Breve no tratamento de pacientes depressivos, porém, percebo que, como já mencionado, temos ainda muito a pesquisar sobre esse tema e muitas conclusões ainda temos que construir quando falamos de depressão: assunto tão polêmico e presente na vida de cada um de nós, seja por reconhecermos em nós mesmos ou em pessoas próximas a nós.



## Referências

## Bibliográficas

ABRAM, JAN (1996) A linguagem de Winnicott . Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BRAIER, Eduardo Alberto (1984) Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica. 2ª edição  
– São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10; Descrições clínicas  
e diretrizes diagnósticas- Coord. Organiz. Mund. Da Saúde. Trad. Dorgival Caetano; Porto  
Alegre: Artes Médicas, 1993.

DELOUYA, DANIEL Depressão. Coleção: Clínica Psicanalítica- São Paulo: Casa do  
Psicólogo, 2001.

FENICHEL, OTTO (1981) Teoria Psicanalítica das neuroses. Trad. Samuel Penna Reis;  
revisão terminológica e conceitual Ricardo Fabião Gomes- São Paulo: ed. Atheneu, 2000.

FREUD, S. (1915) Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme  
Salomão , Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.

FRÁGUAS, R.J. ; FIGUEIRÓ, J.A . B. Depressões em medicina interna e em outras  
condições médicas. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

GABBARD, GLEN O. (1990) Psiquiatria Psicodinâmica. Trad. Luciana N. de A. Jorge e  
Maria Rita Secco Hofmeister. Porto Alegre: artmed, 1994.

GUARIENTE, JULIO CESAR ARROYO. Depressão: dos sintomas ao tratamento. São  
Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HOLMES, DAVID S. (1994) Psicologia dos transtornos mentais. Trad. Sandra Costa, 2ª  
edição- Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

JOÃO, MAURO IVAN. Depressão: síndrome da dependência psicológica. São Paulo: EPU,  
1987.

ROGAWSKI, A.S. Current status of brief psychotherapy. Bulletin of the Menninger Clinic  
(1982), 46 (4): 331-351

SEGAL, HANNA. (1964) Introdução à obra de Melanie Klein. Trad. Mirtes Brandão Lopes. São Paulo, Ed. Nacional, 1996.

SEGRE, Carlos David. Psicoterapia Breve. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

VERZYMANN, JULIO SERGIO Tristeza e Depressão: pensando nos problemas da vida. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

WINNICOTT, D.W. (1988) Natureza Humana . Trad. Davi Litman Bogomoletz – Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1958[1954]) Da pediatria à Psicanálise. Tradução Jane Russo, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

YOSHIDA, ELISA MEDICI PIZÃO Psicoterapias Psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos. São Paulo: EPU, 1990.