



RATIO- FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE PSICOLOGIA

MARIA DO CARMO DE SOUSA RODRIGUES

DEPRESSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

FORTALEZA
2019



DEPRESSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Monografia submetida à aprovação do Curso de PSICOLOGIA, pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA.

Orientador(a): Prof^a.Rochelly Pinto Cavalcante

FORTALEZA

2019

MARIA DO CARMO DE SOUSA RODRIGUES

DEPRESSÃO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Especialista: Rochelly Pinto Cavalcante

Orientador(a)

Prof.^a Dra Virzângela Paula Sandy Mendes

(Convidada)

Prof.^a Dra. Lucili Grangeiro Cortez

(Convidada)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que têm depressão e às famílias que sofrem junto com elas. Ao meu filho, que nasceu este ano, trazendo muita alegria e sensibilidade, fazendo-me ser mais humana e ter um olhar diferenciado e amoroso para com o próximo. Ao meu esposo Tiago, que sempre, com sua paciência, me ajudou nessa jornada. Aos meus pais, Raimunda e Antônio Carlos, que, em alguns momentos quando pensei em desistir, me deram força para continuar, sempre me apoiando. Aos meus irmãos Marcelino e Francisco, que tiveram participação grandiosa na minha caminhada acadêmica, e a minha irmã Maria Cerly, que, com suas palavras positivas, me deixaram mais forte pra enfrentar os obstáculos da vida. Obrigada a todos que contribuíram para realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e sabedoria para realizar este trabalho. A todos os professores que passaram no curso e contribuíram para meu conhecimento, especialmente à professora Lívia Gurgel. Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim. Agradeço à minha instituição de ensino, que trouxe professores capacitados, com a preocupação de serem os melhores e sempre estarem prontos a ajudar. Ao pessoal da biblioteca, que sempre disponibilizou o material necessário para minhas pesquisas. A minha mãe, que muito me ajudou ao se disponibilizar para ficar com meu filho enquanto eu estudava. Ao meu esposo, que me ajudou muito nas pesquisas e digitação quando eu já estava exausta.

*“Eu vou tentar Sempre
E acreditar que sou capaz
De levantar uma vez mais.”*

(Música de Marina Elali)

RESUMO

A depressão é uma doença bem antiga que, antes, trazia o nome de melancolia, e, hoje, é considerada o mal do século. A depressão é um transtorno arrasador que destrói a pessoa portadora da doença e a família, que sofre muito quando a síndrome é descoberta. Até hoje não sabemos ao certo as causas da depressão, mas sabemos que são várias as possibilidades da doença se manifestarem. A fase de aceitação desse transtorno se torna algo bem doloroso e vergonhoso para o paciente, pois seus pensamentos desordenados fazem com que a doença se manifeste com muita mais força, ainda mais quando a família não tem um preparo necessário para amparar essa pessoa que se encontra fragilizada ao ponto de perder a noção da vida e desejar a própria morte. As manifestações da doença são visíveis aos que têm certo conhecimento, mas para os que não têm, passam despercebidos e são mascarados como apenas sendo excesso de trabalho, cansaço e estresse do dia a dia. Esses sintomas sempre têm algo mais por trás, tais como tristeza, solidão, insônia, falta de apetite, desejos de morte, pensamentos negativos, dentre outros. Na psiquiatria, os sintomas são categorizados de acordo com os níveis depressivos, que são os leves, moderados e graves. A família tem um papel muito importante para o tratamento do paciente com depressão, pois é a através dela que o mesmo irá ter forças para enfrentar a doença, recebendo o apoio necessário. Quando são prescritos medicamentos, o paciente geralmente necessita de um apoio maior por parte da família, que deverá fiscalizar se o indivíduo toma os remédios corretamente. As terapias também fazem parte do processo de tratamento da depressão, e a família deve ser tratada junto com paciente. Haverá períodos em que o paciente vai querer desistir, e é nesse momento que a base familiar tem que estar forte, pois a cada desistência será um degrau a menos no tratamento.

Palavras-chave: Melancolia. Depressão. Família. Aceitação. Tratamento

ABSTRACT

Depression is a very old disease, but once it was called melancholy and today it is considered the evil of the century. Depression is a devastating disorder that destroys the person carrying the disease and the family that suffers greatly when the syndrome is discovered. To this day, we do not know the causes of depression but we know that there are several possibilities of the disease to manifest themselves. The acceptance phase of this disorder becomes very painful and embarrassing for the patient because his disordered thoughts make the disease manifest with much more force, especially when the family does not have a necessary preparation to support this person who is weakened to the point of losing the notion of life and desiring death itself. The manifestations of the disease are visible to those with a certain knowledge, but for those who do not, they go unnoticed and are masked as just being overwork, fatigue and stress from day to day, but these symptoms always have something more behind them a sadness, loneliness, insomnia, lack of appetite, death wishes, negative thoughts, among others. In psychiatry, the symptoms are categorized according to the depressive levels, which are the mild, moderate and severe. The family has a very important role to treat the patient with depression, because it is through it that the same will have the strength to face the disease, receiving the necessary support. When drugs are prescribed, the patient usually needs greater support from the family, who should monitor whether the individual takes the medication correctly. Therapies are also part of the treatment of depression and the family must be treated with the patient. There will be periods that the patient will want to give up and it is at that moment that the family base has to be strong because with each withdrawal will be one step less in the treatment.

Keywords: Melancholy. Depression. Family. Acceptance. Treatment

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. BREVE HISTÓRICO	11
3. TIPOS DE TRANSTORNO DE HUMOR	14
4. MANIFESTAÇÕES DA DEPRESSÃO	15
4.1. MANIFESTAÇÕES MELANCÓLICAS.....	15
4.2. MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS	15
4.3. MANIFESTAÇÕES CATATÔNICAS	16
4.4. MANIFESTAÇÕES NO PÓS-PARTO	16
4.5. MANIFESTAÇÕES CRÔNICAS.....	16
4.6. MANIFESTAÇÕES COM CICLAGEM RÁPIDA	17
4.7. MANIFESTAÇÕES COM PADRÃO SAZONAL.....	17
5. EPISÓDIOS DEPRESSIVOS	17
6. TRATAMENTO	19
6.1. TERAPIA COGNITIVA	19
6.2. TERAPIA INTERPESSOAL.....	20
6.3. TERAPIA COMPORTAMENTAL.....	20
6.4. TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALITICA.....	20
6.5. TERAPIA FAMILIAR	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
8. REFERÊNCIAS	23
9. ANEXOS	24

1. INTRODUÇÃO

Com as diversas depressões que temos nesse novo tempo individualista, vemos que o adoecimento depressivo precoce de jovens está cada vez mais presente. Muitas famílias que são impactadas com a síndrome não sabem como proceder quando se trata da depressão intrafamiliar.

A depressão tem algumas características comuns. De acordo com o CID-10, no episódio depressivo, o indivíduo sofre perda de interesse e prazer e tem a energia reduzida, levando a uma factibilidade aumentada e atividade diminuída.

A síndrome depressiva se manifesta de uma forma que a família adocece junto, quase sempre os portadores da doença acabam tendo um final crítico. Infelizmente essas pessoas que não são amparadas com um tratamento adequado, não chegando até elas a única esperança de viver, passam a ter pensamentos suicidas, achando ser a única maneira de acabar com o seu sofrimento.

Possivelmente já conhecemos alguém que passa ou já passou por tal problema. Hoje, a tecnologia afasta esse contato corpo a corpo, mostrando que o isolamento é bem melhor do que as relações interpessoais, violentando, assim, a mente de nossas crianças e adolescentes. Isso pode trazer traumas, ansiedade e fobias, prejudicando a vida emocional, social e familiar desse indivíduo.

Até chegar ao diagnóstico, a família tem um papel muito importante, pois é a partir dela que o paciente receberá toda compreensão e apoio. A família também participa do tratamento do paciente depressivo, dando um suporte para que a psicoterapia seja eficaz e que o paciente não desista das sessões.

2. BREVE HISTÓRICO

O conceito de depressão até hoje é algo misterioso pois sua infinidade de ramificações fica impossível chegar a um conceito certo e preciso. Assim é que podemos encontrar diversas maneiras de nomeação: depressão melancólica, depressão neurótica, depressão narcísica, depressão psicótica, psicose melancólica, melancolia neurótica, melancolia psicótica, histeria melancólica, depressão histérica, depressão endógena etc. (PERES, 2010).

Na antiguidade, a depressão já existia, e seus primeiros casos são mencionados nas escrituras bíblicas e em histórias mitológicas. A história de Saul, segundo a bíblia, narra o possível episódio de depressão maior, em que Saul suicidou-se depois de ter desobedecido a Deus.

O profeta Samuel ungiu Saul, tornando-o o primeiro rei de Israel. Ele não se achava digno, pois morava em uma cidade pequena e não era muito conhecido. Apesar de ser rico, ele não tinha adoração por riqueza, e sua humildade era uma qualidade que agradava o profeta. Sendo ele o primeiro rei de Israel, as várias batalhas que enfrentou contra os inimigos tornaram-se constantes, e cada vitória deixava seu povo muito alegre. Glorificando e clamando seu nome, festejavam e previam boas novas para cidade de Israel.

Certo dia, em uma batalha sangrenta contra os filisteus, seus piores inimigos, Samuel comentou que teve uma visão manifestada através de Deus. O sonho dizia que a batalha seria ganha com um sacrifício que o próprio profeta teria que ofertar, sendo assim, ele comunicou a Saul que o mesmo teria de esperar a sua chegada até o ponto de encontro. O rei estava com medo de que os filisteus matassem os guerreiros e, inclusive, seu filho Jonatã, que também estava na batalha. Por achar que o profeta Samuel estava demorando, ele ofereceu a dádiva. Quando Samuel chegou, ficou furioso por Saul ter desrespeitado as regras que a divindade tinha imposto.

O rei ficou muito triste por ter desobedecido a Deus, pois ele estava com medo de todos morrerem, e a culpa seria pertinente em seus pensamentos. O profeta ainda falou que Deus iria escolher outro rei, por ter visto que Saul não era digno, visto que a sua desobediência e impaciência mostraram que ele não seria capaz de seguir os ensinamentos e liderar um reino. Por fim o rei Saul, com

sua mente perturbada e em uma tristeza profunda, acabou tirando sua vida. (SAMUEL, cap.9 a15)

Assim como suicídio de Saul, a mitologia conta a história de Ajax, na Ilíada de Homero. Sua história é bem parecida com a citada acima. Por sua coragem e força, foi escolhido para lutar na guerra de Tróia. Muitas lutas ganhas, conquistas eram alcançadas, e sua fama foi se espalhando por toda a Grécia. Ele lutava com destreza e não gostava de pedir ajuda a ninguém, inclusive aos deuses, sempre queria fazer tudo sozinho. Sua teimosia era seu defeito, sempre achando que ganharia toda luta.

Uma grande luta foi imposta pelos deuses, seria disputada a armadura mágica. Ajax ficou muito eufórico e certo de que a luta já estaria ganha e a armadura já seria sua. Porém o que todos achavam improvável aconteceu. Ajax perdeu a luta, aquela imagem do grande lutador que ganhava todas as batalhas foi desfigurada, e sua vergonha virou uma angústia e tristeza. Esse episódio não saía de sua mente, ficando isolado e persistindo em uma luta interna, que só aumentava sua raiva, vergonha e desespero.

Em um momento de alucinação, matou um rebanho inteiro, achando que estaria matando adversários em guerra, e sua alegria por um momento voltou, ao se lembrar de ser aquele guerreiro imbatível, sem medo e forte, que enfrentava qualquer batalha. Ao voltar a sua lucidez, percebeu o que tinha feito, sentiu-se muito culpado e ainda mais triste. A vergonha tomou conta de si, e ele tirou sua vida, encravando sua própria espada em seu peito (MENDES, 2009).

Por volta de 400 a.c., esse transtorno de humor foi estudado por Hipócrates, sendo, pela primeira vez, usado o termo melancolia. Na época, era designada como uma característica do humor desordenado, quando o indivíduo apresentava os seguintes sintomas: perda de apetite, tristeza profunda, falta de higiene, baixa autoestima, dentre outros. Os filósofos seguidores de Pitágoras, chamados respectivamente de pitagóricos, fazem um paralelo aos quatro fluidos corporais e à natureza, por ela sendo induzidos pelos temperamentos do homem, um fenômeno que acontece para explicar o transtorno de humor e outras doenças. Segundo a teoria, cada um desses fluidos é responsável pelo equilíbrio do humor, são eles: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma.

Cada um dos fluidos é correlacionado com os elementos da natureza que são: ar, terra, fogo e água, entrelaçados ao oposto de cada elemento, o frio e o

quente; úmido e seco. Essa composição fisiológica mostra que a ligação da natureza com os fluidos tende a interferir no equilíbrio emocional, e esse desequilíbrio afeta os aspectos do humor, tendenciado o aparecimento de doenças do corpo e da alma. Hipócrates observou que, apesar do excesso ou da falta da bile negra, a melancolia também pode ser manifestada através de uma dor emocional ou do medo (PERES, 2010).

Estudos antigos buscam diferenciar a melancolia situada na depressão situacional, baseada em alguma situação ocorrida externa ou internamente, e as bases químicas, que correspondem ao orgânico. Vamos privilegiar o uso do termo melancolia quando falarmos a partir da psicanálise, em cuja a palavra depressão é usada preferencialmente para designar sintomas. Quando a referência for à psiquiatria ou quando a abordagem for sociológica, o termo depressão será o escolhido (PERES, 2010).

O termo melancolia foi ainda usado por muitos anos e por muitos estudiosos do assunto, incluindo Aulus Cornelius Celsus, um pesquisador que desenvolveu vários tipos de tratamentos para inflamações. Descreveu em seus livros publicados e em trabalhos de medicina, especificando a bile negra como responsável pela desordem biológica do corpo humano, surgindo assim as doenças. (...), o médico romano Celsus, em sua obra *De re medicina*, descreveu melancolia (do grego *melan* ["negra"] e *chole* ["bile"]) como depressão causada pela bile negra (SADOCK & SADOCK, 2007).

Emil Kraepelin elaborou estudos, em 1889, que poderiam diagnosticar o transtorno bipolar, que é identificado como uma síndrome do humor. Mais tarde denominou de psicose maníaco-depressiva. A bipolaridade tem uma relação com depressão, pois ela é uma das características sintomáticas que aparecem em um momento de crise depressiva. O autor especificou outro tipo de depressão, que afeta homens e mulheres em idade avançada. Kraepelin descreveu essa depressão, que veio a ser conhecida como melancolia involutiva e, desde então, passou a ser vista como uma forma de transtorno do humor que se inicia na vida adulta tardia (SADOCK & SADOCK, 2007).

3. TIPOS DE TRANSTORNO DE HUMOR

Categoricamente a depressão maior e a distímia são transtornos de humor que refletem emoções e têm sintomas bem parecidos, porém suas características são diferentes, e seu diagnóstico, também.

A depressão é uma doença muito impactante nos dias de hoje. Sabemos que essa síndrome, se não tratada, pode levar à morte. Uma doença que envolve uma série de situações corriqueiras do nosso cotidiano e que não nos damos conta. A princípio, esse transtorno se manifesta silenciosamente, confundido por outras pessoas como sendo cansaço, excesso de trabalho, correria do dia a dia e o principal fator, o estresse. Não sabendo como lidar com essa síndrome, muitos pensam ser invenção do paciente ou uma forma de chamar a atenção. Essa falta de informação sobre a depressão, que é tão devastadora, afeta a família e as pessoas próximas, levando-as também ao adoecimento. O sofrimento que envolve a todos é uma dor imensurável, surgindo momentos de querer desistir e desejar a morte. Normalmente, nesse momento, a família e o próprio paciente estão fragilizadas e com medo do que pode acontecer.

Os distúrbios afetivos são fatores que se manifestam com a depressão, as evidências de comportamento desajustado mostram que a pessoa com depressão se isola do mundo, se culpa, tem pensamentos desordenados, parecendo nada fazer sentido. Pessoas com depressão profunda podem apresentar psicoses graves.

Às vezes, as pessoas com depressão profunda mostram sintomas psicóticos. Podem ter alucinações e experiências sensoriais sem base na realidade. Podem ouvir vozes acusando-as de maus pensamentos, por exemplo, um homem com ilusão pode acreditar que o próprio corpo está apodrecendo. (DAVIDOFF, 2001, p.554).

Em algum momento de nossa vida, iremos ter um episódio depressivo, caracterizado por tristeza, medo, luto, falta de ânimo, dentre outros que podem acarretar perdas internas ou externas ou por disfunções hormonais, mas são momentos que não são duradouros, e a recuperação é bem mais rápida. Na maioria dos casos, não precisa de ajuda profissional ou medicamentos. Segundo o autor, algumas depressões desaparecem com o tempo, mesmo sem tratamento (DAVIDOFF, 2001).

Nesse conjunto de transtornos de humor, temos a Distímia, que é caracterizada como crônica e apresentada de uma forma quase contínua, tendo duração de 5 a 10 anos, podendo durar até mais do que isso. Sua categoria de gravidade é considerada de leve a moderada. Para ser considerado um humor deprimido, devem ser manifestados os seguintes sintomas “(...) a pessoa precisa ter humor deprimido a maior parte do dia, na maioria dos dias, por, no mínimo, dois anos.” (GAZZANIGA & HEATHERTON, 2005, p. 512). A princípio esse transtorno era considerado uma disfunção da personalidade relacionada ao humor afetivo deprimido.

De fato, as primeiras edições do DSM incluíam a categoria de “personalidade afetiva” na seção dos transtornos de personalidade. Nas edições posteriores o termo foi abandonado e a Distímia foi colocada na categoria de transtorno de humor. (GAZZANIGA & HEATHERTON, 2005, p.512).

4. MANIFESTAÇÕES DA DEPRESSÃO

Há pelo menos sete tipos de manifestações recorrentes da depressão, são eles: melancólica, catatônica, pós-parto, crônico, ciclagem rápida, padrão sazonal e curso longitudinal. Observaremos os critérios de diagnóstico especificados de acordo com o DSM-IV-TR.

4.1. MANIFESTAÇÕES MELANCÓLICAS

Termo usado antigamente para denominar a depressão caracterizada por sentimento de culpa, alterações de humor, sonolência, falta de apetite e tristeza profunda. As alterações endócrinas podem afetar pacientes que estão no estado melancólico. Psiquiatras denominam esse episódio como depressão exógena, que são fatores estressores externos que afetam o ser humano. De acordo com o anexo 1, podemos ver como essas manifestações são apresentadas no transtorno de humor (SADOCK & SADOCK, 2007).

4.2. MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS

Essa manifestação é o contrário da melancolia, tendo como característica o excesso de sono e muita fome. Suas primeiras manifestações podem acontecer ainda jovem, sendo parecida com os sintomas da depressão maior, porém a pessoa que tem esse transtorno não se dá conta do problema, achando

ser apenas estresse, carga emocional ou até mesmo genética. Lentidão psicomotora, abuso de drogas são características possíveis do desenvolvimento da síndrome. O anexo 2 especifica como as características atípicas são manifestadas (SADOCK & SADOCK, 2007).

4.3. MANIFESTAÇÕES CATATÔNICAS

As manifestações catatônicas são dos sintomas de depressão considerada grave. “Os capitais de catatonía - estupor, afetividade embotada, reclusão extrema, negativismo e lentificação psicomotora marcante - podem ser observados tanto na esquizofrenia catatônica como não-catatônica, (...)” (SADOCK & SADOCK, 2007, p. 587). Segundo os autores, essa manifestação é considerada um estágio grave da depressão, especificado no anexo 3.

4.4. MANIFESTAÇÕES NO PÓS-PARTO

É uma síndrome que surge na mãe logo quando o bebê nasce, caracterizada por dificuldade de vínculo com a criança. Os possíveis sintomas são irritabilidade, insônia, perda de apetite, choro, isolamento social, sentimento de culpa, mudanças de humor, e o principal, sintoma de rejeição ao filho. Psicoterapia, grupos de apoio e antidepressivos são o tratamento mais indicado. No anexo 4, são mostrados os critérios do DSM IV para especificar as características da depressão no pós-parto.

4.5. MANIFESTAÇÕES CRÔNICAS

Apresentadas na depressão maior, com duração de dois anos ou mais, considerada grave no olhar psiquiátrico, seus sintomas são bem mais frequentes e seguidos de doenças físicas, que aparecem rapidamente e, de repente, desaparecem sem explicação. O ciclo que é criado em meio à vida do paciente é gravemente transmitido com regressão ao passado sombrio que lhe traz pensamentos negativos para o presente e deseja o mesmo para o futuro. Consideradas graves, as manifestações crônicas têm duração de até dois anos. Ver anexo 5 (SADOCK & SADOCK, 2007).

4.6. MANIFESTAÇÕES COM CICLAGEM RÁPIDA

A possibilidade de afetar as mulheres é muito alta, os índices apontam que a herança genética não tem a ver com sua manifestação, e sim os fatores estressantes do ambiente e alguns medicamentos com base hormonal, que podem apresentar sintomas com ciclagem rápida. Um ciclo com menos duração, com junção de outros episódios depressivos, para exemplificar, pode ser visto no anexo 6 (SADOCK & SADOCK, 2007).

4.7. MANIFESTAÇÕES COM PADRÃO SAZONAL

Sua principal característica é que os afetados pela síndrome têm crises depressivas sempre em uma mesma época do ano, no inverno e outono, além de perda de energia, sensação de culpa, muito sono, irritabilidade, inquietação e pensamentos suicidas (anexo 7). Como tratamento primário, são indicadas a psicoterapia, dieta equilibrada e atividade física. Como tratamento secundário, temos a fototerapia, que é uma caixa onde se simula a luz solar, na qual o paciente é exposto por algumas horas, uma vez por dia. Segundo estudos, esse método combate as crises, o paciente se sente menos estressado, não prejudica a saúde, é indolor e é considerado um tratamento primário (SADOCK & SADOCK, 2007).

5. EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

A depressão tem inúmeros sintomas recorrentes do transtorno de humor, os sintomas do deprimido são categorizados em três níveis, leve, moderado e grave. As variações de humor são bastante recorrentes no período da adolescência, tendo maior oscilação no dia do que à noite. No decorrer do dia, os sintomas vão aparecendo ou desaparecendo de acordo com a gravidade. Às vezes o sujeito tem momentos de abuso de álcool, irritabilidade, fobias, episódios hipocondríacos e, neles, estão inseridos sintomas depressivos que podem ser consideradas graves (CID-10,1993).

Esses níveis foram criados para facilitar aos psiquiatras darem o diagnóstico, pois existem uma variedade de casos clínicos e expressões da depressão (anexo 8). Muitos casos considerados leves são diagnosticados, na maioria das vezes, em consultório de psiquiatria geral, e os graves em clínicas psiquiátricas de internação.

Algumas mudanças na rotina do depressivo são características que devem ser observadas pela família, são elas: perda de apetite, agitação, perda de peso e falta de libido. Esses sintomas, de acordo com o CID 10, podem ser características como uma síndrome sintomática, porém no seu diagnóstico, devem ser considerados ao menos 4 sintomas aparentes. Para diferenciar cada nível, seriam necessários relatos sintomáticos, observacionais, a frequência dos sintomas e, por último, a avaliação categórica da gravidade, com base nisso, sua colocação poderá ser em leve, moderada ou grave.

Os episódios leves são considerados a partir do momento em que o indivíduo apresenta sintomas adicionais da lista de sintomas da depressão (anexo 9). Seu humor alterado e suas emoções desacerbadas não podem estar em um grau intenso nem perdurando por muitos dias, para não afetar completamente seus afazeres diários. O contrário disso, se encaixaria no nível grave, e a internação será uma possibilidade de tratamento mais eficaz, já que os sintomas são mais severos e duradouros e a medicação terá de ser mais forte, além de combinado com psicoterapia (CID-10,1993).

Para ser considerados sintomas moderados, o paciente deve ter ao menos três a quatro queixas sintomáticas principais da depressão (anexo 10, anexo 10.1). Usualmente o indivíduo já vai ter uma certa dificuldade em fazer suas atividades rotineiras, e sua concentração será afetada (CID-10,1993).

No episódio considerado grave, a internação é inevitável, e as manifestações psicóticas já se tornam evidentes e constantes, pois o paciente já não possui controle de suas ações. As distorções de visão e cheiro são sintomas da depressão grave. As características com sintomas não psicóticas são consideravelmente um caso de intervenção medicamentosa e internação, pois um possível suicídio poderá acontecer (CID-10,1993).

A família terá que informar ao psiquiatra os períodos que o paciente esteve em crise e relatar como acontece, pois, devido ao estado psicótico, às vezes fica difícil o paciente relatar detalhadamente o que aconteceu e, por vezes, nem consegue falar.

6. TRATAMENTO

O diagnóstico será o primeiro passo a ser dado para uma possível cura ou controle da depressão e o tratamento adequado para cada tipo. Em casos leves, na maioria das vezes, é o paciente quem procura o profissional que possa orientá-lo, por exemplo, em casos de luto, perda de emprego, separação conjugal, que são brevemente tratados. Nos casos considerados moderados e graves, são questões mais avançadas que precisam de um amparo maior, e é raro o próprio paciente procurar ajuda, sendo a família (filhos e cônjuge) ou amigos próximos os responsáveis por essa busca.

Quando chega um caso depressivo na clínica, é um momento único e decisivo, sendo esse o princípio que irá determinar o rumo de como será o tratamento e se vai ou não ocorrer tudo bem. É nesse momento que o paciente vai depositar no psicoterapeuta e no psiquiatra a confiança, construindo um *rapport* onde as psicoterapias, a intervenção medicamentosa e o suporte familiar poderão se tornar mais fácil no tratamento da depressão.

6.1. TERAPIA COGNITIVA

É um modelo científico e psicoterápico, em que o homem tem suas respostas influenciadas pelas emoções. A interpretação cognitiva acompanhada de um transtorno emocional e de humor podem não saber definir e organizar as informações emitidas interna e externamente, quando formam as respostas negativas e irreais, por medo da realidade, receio do que o outro irá pensar, ou seja, o julgamento prévio, acarretando, assim, uma possível depressão que, do leve, poderá chegar ao nível grave, trazendo grandes riscos para a vida dessa pessoa.

O objetivo da Terapia-Cognitiva-Comportamental é proporcionar ao paciente o alívio dessas manifestações cognitivas negativas, que trazem sofrimento psíquico, baseado no princípio básico de respostas comportamentais e emocionais, tendo flexibilidade ao pensar e procurar, em sua cognição, novas respostas que lhe tragam o real positivo, promovendo mudanças em suas ações e reestruturando o seu aparelho psíquico e cognitivo (TEODORO, 2010).

6.2. TERAPIA INTERPESSOAL

A terapia interpessoal é breve e focal, foi desenvolvida por Gerald Klerman, tendo como base de estudo a psicanálise. O autor observou alguns fenômenos que denominou áreas-problemas, que são mais comuns em clínicas psiquiátricas, são elas:

1. Luto - perda por morte de parente, filho, cônjuge, amigo muito próximo;
2. Mudanças de papéis - divórcio, emprego novo, saída da casa dos pais
3. Déficits interpessoais - isolamento social,
4. Disputas interpessoais - cônjuge, filhos, colegas de trabalho, amigos

Esses episódios são fatores que possibilitam o aparecimento da depressão, e a terapia interpessoal irá trabalhar esses dados que, geralmente, indicam um nível depressivo grave. A junção da terapia interpessoal com a farmacoterapia ajudam no tratamento do transtorno depressivo maior. Essa escolha terapêutica pode ser útil para eficácia nos resultados satisfatórios. O foco interpessoal lida com fatos mais recentes e não muito focado no passado, concentrando sempre o centro do problema.

Em média o programa terapêutico consiste entre 12 a 16 sessões por semana, e tanto o comprometimento do paciente quanto do profissional tornam esses momentos mais prazerosos, pois haverá melhor êxito em seu tratamento tendo melhor relação interpessoal, autoconfiança e pensamentos mais focados (SADOK & SADOCK, 2007).

6.3. TERAPIA COMPORTAMENTAL

A utilização dessa terapia é focada nos acontecimentos do presente, orientando o resultado em curto prazo. Ao focar a má adaptação comportamental, o paciente aprende com reforços positivos a ter um bom convívio na sociedade. Com o tratamento, o paciente irá aprender a receber esses reforços de forma positiva, trazendo melhor confiança em si mesmo (SADOCK & SADOCK, 2007).

6.4. TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA

Sua metodologia não é apenas tentar aliviar os sintomas, e sim elaborar práticas que mudem a estrutura da personalidade, o fortalecimento de seus mecanismos de defesas e melhorar sua autoconfiança. Nesse sentido, o manejo

de suas emoções e a luta com seu inconsciente será cada vez mais fácil de lidar, e a abordagem indica que o paciente irá passar por episódios depressivos, manias e ansiedade, podendo durar até por alguns anos (SADOCK & SADOCK, 2007).

6.5. TERAPIA FAMILIAR

Esse tipo de terapia é ideal para a família fazer, não necessariamente é obrigatório, mas traz grandes benefícios para o paciente. Quando a família participa de terapias individuais ou grupais, o paciente irá experimentar novas visões que lhe trarão novas expectativas, ficando mais prático quando seu familiar for ajudar, para não acontecer uma recaída.

A família também faz parte do processo de aceitação do paciente, já que suas barreiras são intocadas, e a culpa pertinente o faz julgar ter a necessidade de fechar os olhos para o mundo. O psicólogo tende a desenvolver um trabalho em parceria com a família em prol da saúde mental do sujeito envolvido. Quando a depressão é grave, o paciente fica incapaz de comunicar-se, e há relatos de que a família, o cônjuge e os filhos, ajudam e muito para o diagnóstico preciso da síndrome (SADOCK & SADOCK, 2007).

As psicoterapias em grupo são bem interessantes para família, ao contar suas experiências e ao ouvir das outras pessoas que trazem mais conhecimentos e fortalecimento para ajudar seu familiar a fortalecer-se e conseguir enfrentar o transtorno depressivo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emoções são um tipo de experiência humana que temos no decorrer de nossas de nossa vida, consideradas boas e ruins. Elas são reflexos de nossas ações, sentimentos ou traumas que envolvem crenças e a nossa subjetividade. Comparado a uma montanha russa, o transtorno afetivo, o depressivo e o de humor são embasados em sentimentos confusos, que podem durar anos. Não se sabe ainda de onde vêm as causas da depressão e por que acontecem, porém, com o avanço da ciência e da tecnologia, estamos bem avançados em pesquisas que buscam explicar suas origens e a cura.

A psicoterapia e a farmacologia são meios de tratamento que são considerados mais eficazes, mas esse tratamento só é possível com uma parceria interdisciplinar. Atualmente a ciência tem avançado e com isso. Hoje temos a possibilidade de mais técnicas interventivas da depressão. Desde os anos 90, a medicina psiquiátrica, a psicologia e a farmacologia estão em constante trabalho, em busca de um melhor tratamento para esse transtorno. O olhar diferenciado desses profissionais, hoje, está mais humano, tendo, ao cuidar do íntimo do outro, o cuidado e a delicadeza, sempre respeitando a dor e o sofrimento.

As origens externas dessas dores fazem com que o paciente esteja em estado de extremo estresse, com isso os problemas são psicossomatizados, e os transtornos, conseqüentemente, aparecerão. Cada paciente tem sua maneira de manifestar seus sentimentos e suas emoções, que são interpretadas pelo psicólogo ou psiquiatra, visto que ambos são responsáveis pelo diagnóstico. Sabemos o quanto é difícil esse processo e quanto é doloroso para a família ver seu parente (filhos, cônjuge, pais) passado por crises que, por vezes, chegam a ser psicóticas e levam a cometer suicídio.

Apesar de ser uma doença antiga e termos hoje um grande avanço tecnológico, a desinformação da doença ainda é evidente, mas ganhamos com a criação de medicamentos que não afetam tanto o paciente, pois alguns medicamentos que tratam o transtorno de humor e depressão afetam outras partes do cérebro, responsável por outros desenvolvimentos.

REFERÊNCIAS

DAVIDOFF, L. L. INTRODUÇÃO A PSICOLOGIA. 3ª ed. São Paulo, PEARSON, 2001.

FERNANDES, D. F. SAÚDE PSÍQUICA, BEM ESTAR E COMPORTAMENTO. Psiquiatria online, 2015. Disponível em: <<https://psiquiatriaonlinebr.wordpress.com/2015/06/25/parte-3-hipocrates-e-a-teoria-humoral/>>. Acesso em: 10 Novembro 2017.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. CIÊNCIA PSICOLÓGICA-MENTE, CÉREBRO E COMPORTAMENTO. Univessitária. ed. Porto Alegre, ARTMED, 2005.

PERES, U.T.; DEPRESSÃO E MELANCOLIA. - 3ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2010

SADOCK. B. J, SADOCK. V. A. COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA-CIÊNCIA DO COMPORTAMENTO E PSIQUIATRIA CLINICA. 9ª ed. Porto Alegre, ARTMED, 2007.

TARSILA AGNES. HISTÓRIA NATURAL DA DEPRESSÃO. Rede Psi, 2012. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2012/03/15/hist-ria-natural-da-depress-o/>>. Acesso em: 10 Novembro 2017.

TEODORO. W. L. G.; DEPRESSÃO: CORPO, MENTE E ALMA. 3ª ed. Uberlândia-MG, ISBN,2009

TRIPICCHIO, A. HISTÓRIA CULTURAL DA PSIQUIATRIA – PARTE I. Rede Psi, 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2008/01/13/hist-ria-cultural-da-psiquiatria-parte-i/>>. Acesso em: 10 Novembro 2017.

ANEXOS

Anexo 1- Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características melancólicas (KAPLAN E SADOCK p.586).

Especifica-se

Com características melancólicas (pode ser aplicado ao episódio depressivo maior atual ou mais recente no transtorno depressivo maior, ou a um episódio depressivo maior no transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor).

A. Qualquer um dos seguintes quesitos, ocorrendo durante o período mais grave do episódio atual:

(1) perda de prazer por todas (ou quase todas) as atividades

(2) falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando acontece algo agradável)

B. três (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) qualidade distinta de humor depressivo (i.e., o humor depressivo é vivenciado como nitidamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido)

(2) depressão regularmente pior de manhã

(3) despertar muito cedo pela manhã (pelo menos 2 horas antes do horário habitual)

(4) acentuado retardo ou agitação psicomotora

(5) Anorexia ou perda de peso significativa

(6) culpa excessiva ou inadequada

Anexo 2 - Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características atípicas (KAPLAN E SADOCK p.587).

Especifica-se

Com características atípicas (pode ser aplicado quando estas características predominam durante as duas semanas mais recentes de um episódio depressivo maior no transtorno depressivo maior ou no transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II, quando o episódio depressivo maior é o tipo mais recente de episódio de humor, ou quando estas características predominam durante os dois anos mais recentes de transtorno distímico; se o episódio depressivo maior não é atual, aplica-se caso as características predominem durante um período de duas semanas)

(A) Reatividade do humor (i.e., o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais)

(B) Duas (ou) das seguintes características:

(1) ganho de peso ou aumento do apetite significativos

(2) hipersonia

(3) paralisia “de chumbo” (i.e., sensações de peso, de ter chumbo nos braços ou nas pernas)

(4) padrão persistente de sensibilidade a rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo

(C) Não são satisfeitos os critérios de características melancólicas ou de características catatônicas durante o mesmo episódio.

Anexo 3 - Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características catatônicas (SADOCK & SADOCK, 2007, p.586).

Especifica-se

Com características catatônicas (pode ser aplicado ao episódio depressivo maior, episódio maníaco ou episódio misto atual ou mais recente no transtorno depressivo maior, no transtorno bipolar I ou no transtorno bipolar II) Predomínio de no mínimo dois dos seguintes aspectos:

(1) imobilidade evidenciada por catalepsia (incluindo flexibilidade cética) ou estupor

(2) atividade motora excessiva (aparentemente sem propósito e não influenciada por estímulos externos)

(3) negativismo extremo (resistência aparentemente imotivada a todas as instruções ou manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de mobilização) ou mutismo

(4) peculiaridades dos movimentos voluntários, evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes

(5) ecolalia ou ecopraxia

Anexo 4 - Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características pós-parto (kaplan e sadock p.588).

Especifica-se

Com início no pós-parto (pode ser aplicado a episódio depressivo maior, maníaco ou misto atual ou mais recente em transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I ou II, ou a um transtorno psicótico breve)

O início do episódio ocorre dentro de quatro semanas do período pós-parto

Anexo 5 - Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características crônicas (KAPLAN E SADOCK p.588)

Especifica-se

Com características crônicas (pode ser aplicado ao episódio depressivo maior atual ou mais recente no transtorno depressivo maior, e a um episódio depressivo maior no transtorno bipolar I ou II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor).

Todos os critérios para o episódio depressivo maior foram satisfeitos continuamente, pelo período mínimo de dois anos.

Anexo 6 - Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características ciclagem rápida (KAPLAN E SADOCK p.588).

Especifica-se

Com ciclagem rápida (pode ser aplicado ao transtorno bipolar I e II

Nos últimos 12 meses, no mínimo, quatro episódios de perturbação do humor que satisfazem os critérios para episódio depressivo maior, episódio maníaco, misto ou hipomaníaco.

Nota: Os episódios são demarcados por uma remissão parcial ou completa com duração mínima de dois meses, ou por uma virada para um episódio de polaridade oposta (p, ex., de episódio depressivo maior para episódio maníaco).

Anexo 7- Critérios do DSM-IV-TR para especificador com características padrão sazonal (KAPLAN E SADOCK p.588).

Especifica-se

Com padrão sazonal (pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno bipolar I, II ou transtorno bipolar recorrente)

A. Há uma relação temporal regular entre o início dos episódios depressivos maiores no transtorno bipolar I, II ou no transtorno depressivo maior, recorrente, e uma determinada estação do ano (p. ex., aparecimento regular no episódio depressivo maior no outono ou no inverno)

Anexo 8 - EPISÓDIOS LEVES DE ACORDO COM CID 10 (CID 10, p.123).			
Descrição	Sintomas	Duração	Diagnóstico
O indivíduo com episódio de depressivo leve esta usualmente angustiado pelos sintomas e tem alguma dificuldade em continuar o trabalho do dia a dia(...).	Humor deprimido, perda de interesse e prazer e fadigabilidade aumentada	A duração mínima do episódio completo é cerca de duas semanas	Nenhum dos sintomas devem estar presentes em um grau intenso.

Anexo 9- EPISÓDIOS MODERADOS DE ACORDO COM CID 10 (CID 10, p.124)

Descrição	Sintomas	Duração	Diagnóstico
Um indivíduo com episódio depressivo, relativamente grave, usualmente terá dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas.	Pelo menos dois dos três sintomas mais típicos anotados para episódio depressivo leve (F32.0) devem estar presentes, pelo menos três (e preferencialmente quatro) dos sintomas.	A duração mínima do episódio completo é de cerca de duas semanas.	Vários sintomas provavelmente estão presentes em um grau marcante, mais isso não é essencial se uma variedade particularmente ampla de sintomas esta globalmente presente.

Anexo 10- EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEGUNDO O CID 10
(CID 10, p.124, 125)

Episódio	Descrição	Sintomas	Diagnósticos
depressivo grave sem sintomas psicóticos	É um episódio depressivo grave, o paciente usualmente apresenta angústia ou agitação considerável, a menos que o retardo seja um aspecto marcante.	Perda de autoestima ou sentimentos de inutilidade ou culpa, provavelmente, proeminentes e o suicídio é um perigo marcante nos casos particularmente grave.	Todos os três sintomas típicos anotados para episódios depressivos leves e moderados (F32.0 e F32.1) devem estar presentes, pelo menos quatro outros sintomas, alguns dos quais devem ser intensidade grave.

Anexo 10.1- EPISÓDIOS DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS (CID 10, p.125, 126)

Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	Descrição	Sintomas	Diagnósticos
	Um episódio depressivo grave o qual satisfaz aos critérios dados para F32.2, acima, e no qual os delírios alucinações ou estupor(..).	Alucinações auditivas ou olfativas são usualmente de vozes difamatórias ou acusativas, ou de sujeira apodrecida ou carne em decomposição.	Os delírios usualmente envolvem ideias de pecado, pobreza ou desastres iminentes, pelos quais o paciente pode assumir a responsabilidade.