

Depressão, que doença é essa?

Ester da Silva Lacerda¹;

Irlana Maria Holanda Gonçalves².

Introdução

Caso você sinta um grande desânimo, tristeza profunda, sonolência, falta de concentração e sua vida parecendo sem graça e sem cores, não pense que é o fim do mundo. Isto é apenas a depressão que bate à sua porta. Sim, mas não se apavore ela tem tratamento!

Ao sermos solicitadas a escrever um artigo sobre a depressão propôs-nos um desafio incrível remetendo-nos a uma grande reflexão. Pois tivemos que fazer um amplo estudo sobre o tema, uma vez que tal assunto não faz parte totalmente, ou pelo menos, diretamente da nossa prática pedagógica. Daí requerer um maior esforço da nossa parte, no entanto, tentaremos nos dedicar para fazer um trabalho, de forma a atender a solicitação.

Para isso abordaremos algumas noções básicas sobre a doença, de forma a oferecer contribuições para uma melhor compreensão sobre a mesma. De uma vez que nos nossos estudos percebemos que existe hoje uma crescente preocupação em produzir

1

Mestranda em Psicanálise Aplicada em Educação e Saúde pela a FURNE/UNIDERC, com especialidade em Psicopedagogia e Licenciatura Plena em Letras, professora da rede Municipal de Ensino da cidade de Cajazeiras-PB, lecionando no ensino fundamental nas séries iniciais desde 1998.

2

Mestranda em Psicanálise Aplicada em Educação e Saúde pela a FURNE/UNIDERC, com especialidade em Geopolítica e História e Licenciatura Plena em História, professora da rede Municipal de Ensino da cidade de Cajazeiras-PB, lecionando no ensino fundamental nas séries iniciais desde 1998 e nas séries finais desde 2006 as disciplinas de História e Ética.

informações científicas que vêm de certa forma orientar clínicos e pesquisadores no manejo dos transtornos mentais, dentre esses, os vários tipos de depressão.

Depressão, que doença é essa?

Nos primórdios, a depressão era denominada como melancolia, passando a ter esta denominação no século XIX. Para iniciarmos este estudo sobre essa patologia dos humores tristes, poderemos retornar aos tempos da Antiga Grécia, com Hipócrates, que já no século V antes de Cristo, conhecia e definia a depressão como “uma afecção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido” (HIPÓCRATES, Apud, GONÇALVES; MACHADO, 2007), ele associava a mesma, como um desequilíbrio da bile negra, um dos quatro humores de sua teoria, ela era combinada por fatores ambientais e internos, “se tristeza (dístimia) e temor duram muito tempo, um tal estado é melancólico” (HIPÓCRATES, Apud, FRIAS, 2002).

O seu discípulo, Aristóteles, via-a como uma doença que afetava as pessoas ilustres e que em uma determinada dose desta bile negra, “tornaria o homem um gênio, já uma quantidade excessiva o levaria a doença” (AMARAL, 2006). Nas Sagradas Escrituras, podemos citar como caso de depressão, Saul, rei de Israel, que após desobedecer às ordens do profeta Samuel, considerado por ele como seu mentor e pai espiritual, entra em uma culpa, abalando seu ânimo e assim na batalha contra os filisteus, joga-se sobre sua espada (I Samuel, 31, 4) cometendo o suicídio. Já no segundo século da nossa era, o médico de Marco Aurélio, imperador de Roma, Galeno, via esta patologia formada principalmente de uma tristeza e medo.

Na Idade das Trevas, a depressão era considerada como um afastamento de tudo que era de Deus, doença da alma, sendo denominada como o demônio do meio-dia por Cassiano³. De acordo com Amaral (2006), a doutrina da Igreja Católica via a depressão

como uma doença ligada diretamente a alma, pois, para ela uma enfermidade só poderia ser de ordem física ou espiritual, mas não podendo ser a mesma das duas ordens simultaneamente. A depressão era vista como doença da alma, pertencendo ao pecado da acídia⁴.

No Renascimento há um retorno à ideia de Aristóteles como fonte de inspiração, sendo valorizada pelo o filósofo italiano renascentista, Marsílio Ficino que considerava a manifestação desta patologia como sendo uma busca pelo o eterno e tendo como causa celeste, natural e humana, seus argumentos ganharam força no final do século XVI e ao longo do século posterior, onde existiam os “homens dotados de gênio que sofriam de fato, mas também outros que simulavam sofrimento no afã de serem tomados por homens brilhantes” (AMARAL, 2006). Shakespeare em uma de suas peças demonstra claramente este sentimento de humor melancólico,

O pensamento assim nos acovarda, e assim
É que se cobre a tez normal da decisão
Com o tom pálido e enfermo da melancolia;
E desde que nos prendam tais cogitações,
Empresas de alto escopo e que bem alto planam
Desviam-se de rumo e cessam até mesmo
De se chamar ação.(SHAKESPEARE, [Ato III, Cena I: Príncipe Hamlet](#)).

A Renascença tirou a aura de pecado, transformando-a em uma doença da imaginação, libertando-a do estigma de doença da razão. Já na Idade da Razão, século XVIII, a figura do depressivo tornou-se desacreditado, porque não conseguiam controlar

João Cassiano (360 — 435) foi um [teólogo cristão](#), do período [patrístico](#), monge de [Marselha](#) na atual [França](#). Foi o principal teólogo da controvérsia [semipelagiana](#) e fundador do [monasticismo ocidental](#). Reconhecido como um asceta, ou [monge cítico](#) e/ou um dos [padres do deserto](#).

4

Os vícios capitais na enumeração de São Tomás de Aquino são oito: vaidade, avareza, inveja, ira, luxúria, gula e acídia. Sendo que a última referia-se a um estado de letargia e desânimo, atacando principalmente os monges que deviam seguir a Cristo com alegria, então por esse motivo passa a ser vista como uma tentação dos demônios. Atualmente, a Igreja Católica denomina a acídia como preguiça, reduzindo o número de oito a sete os vícios: preguiça, soberba, avareza, luxúria, ira, gula e inveja.

o bastante suas emoções, sendo que no final deste século, a medicina passou a estudá-la com mais afinco surgindo até uma especialidade para tratá-la, a psiquiatria.

No Brasil, na época do Romantismo, século XIX, podemos perceber a presença da depressão de forma bastante efetiva. Atingindo em cheio os nossos jovens poetas brasileiros. Isto porque o Romantismo expressava os sentimentos dos descontentes daquela época com as novas estruturas e o eu romântico, sem capacidade de resolver os tais conflitos com a sociedade, lança – se a evasão. Segundo Alfredo Bosi (1994), “na poesia os estudantes boêmios, que se entregam ao spleem de Byron e ao mae du siècle de Musset⁵, vivendo na província uma existência doentia e artificial, desgarrada de qualquer projeto e perdido no próprio narcisismo”. Suas poesias estão repletas de sintomas de depressão, tendo um maior destaque o poeta, Alvares de Azevedo:

Quando em meu peito reventar-se a fibra
Que o espírito enlaça à dor vivente

.....
Eu deixo a vida como deixa o tédio
Do deserto o poento caminheiro
_ Como as horas de um longo pesadelo
Que se desfaz ao dobre de um sineiro.
(AZEVEDO, Apud, Bozi, 1994, p. 112.).

De acordo, com Bozi, Azevedo demonstra uma série de grupos nominais próprios que foge da rotina e que acaba se envaçando nos aspectos mórbidos e depressivos da existência. É notável a presença e os danos causados pela depressão em tal estilo de época, de uma vez que levou a morte dos nossos jovens poetas.

Nossa busca reflexiva a uma realidade tão distante se fez necessária para que pudéssemos compreender a grande dimensão que a depressão tem tomado na atualidade. E assim entendemos que ela sempre atingiu as pessoas e que por falta de estudos mais avançados é que tal patologia tem evoluído com tanta amplitude.

A visão sobre esta doença ainda é uma incógnita, como percebemos, sendo uma ora tratada de modo substantivo ora adjetivo. Conforme descreve PALMEIRA, (PALMEIRA, Apud, ZUCCHI, 2000), em sua tese de mestrado acerca das relações entre psiquê e câncer: “(...) em alguns casos a “depressão” é entendida como algo que o sujeito sofre, em outros é interpretada como algo inerente à própria natureza do sujeito”.

Hoje, porém, a depressão é encarada como uma patologia que se caracteriza por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e a angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e /ou prazer (anedonia), desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, alteração do juízo da realidade e ideia de suicídio.

Segundo Rufino (2012), a depressão é uma doença grave, que surge de repente e sem uma causa aparentemente justificável. Sua origem encontra-se na inibição de determinados neurotransmissores no cérebro – dopamina, serotonina e noradrenalina – afetando o funcionamento normal dos neurônios ou devido à alteração dos níveis do hormônio cortisol, que tem grande influencia no metabolismo do corpo humano.

Freud, com ênfase ao lado psicológico da doença, visualiza que “a depressão é um estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão” (BERLINCK; FÉDIDA, 2000), tendo o comportamento “como uma ferida aberta, atraindo a si as energias catexiais (...) provenientes de todas as direções, e esvaziando o ego até este ficar totalmente empobrecido” (FREUD, 1914-1916), para Freud o melancólico tende a atacar a si mesmo como se tivesse atacando ao objeto que é deslocado para o eu, como afirma Otto Rank em uma de suas constatações:

(...) essa contradição parece implicar que a escolha objetal é efetuada numa base narcisista, de modo que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder para o narcisismo. A identificação narcisista com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica,(...) Essa substituição da identificação pelo amor objetal constitui importante mecanismo nas afecções narcisistas (...)

Ele representa, naturalmente, uma regressão de um tipo de escolha objetal para o narcisismo original. (RANK, Apud, ZUCCHI, 2000, p. 78).

A depressão, caracteriza-se por: um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição, preocupando-se em compreender a maneira como cada individuo pode reagir psiquicamente a ela (TEIXEIRA, 2005).

Na visão da psicanálise atual, a depressão é um processo enlutado de vida, atormentado por uma perda que não se sabe qual foi, mas que faz buraco na sua existência, marcando uma dimensão de desamparo. Ou seja, uma dor moral, uma dor psíquica (RIBEIRO, 2007). Então, ela é definida como uma modificação profunda no humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desenvolvimento de qualquer atividade (CHEMAMA, Apud, RIBEIRO, 2007). Para Simon (2000), a depressão é um resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, e em vez dela “ser o mal do século, ela foi o mal de todos os tempos, apenas, atualmente, estaria sendo melhor diagnosticada”. Para Stone, a depressão é classificada como transtorno afetivo levando em conta seus aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos (STONE, Apud, ESTEVES; GALVAN, 2006). Nakamura e Santos (2007), cita esta patologia, enfatizando que além dos fatores genéticos, orgânicos e psicossociais, há uma influência de fatores externos que não poderão ser totalmente descartada.

Na visão do depressivo, a patologia é caracterizada pela falta de brilho e cor na sua vida, falta de esperança que se dissipa a cada momento, tristeza profunda, choro repetino, insônia e um grande desânimo. Segundo Augusto Cury (2003), essa dor gerada pela depressão seria o último estágio do sofrimento humano que rouba-lhe o sentido da vida e termina por levá-lo a uma falência emocional.

Segundo estudos já realizados, a depressão pode ser caracterizada de acordo com a causa, os sintomas e com a gravidade do quadro, podendo ser primária, quando não tem

uma causa detectável; secundária, no qual, atribuímos a doenças físicas ou a medicamentos; genética, com a presença ou não de uma hereditariedade; unipolar, quando não há presença de mania; bipolar, quando a mania é presente juntamente com alguns sintomas leve ou grave. A mesma se classifica em diversos tipos, tais como: distímia, depressão maior, depressão atípica, depressão pós-parto, depressão ciclótímica, depressão reativa ou secundária, depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva, depressão melancólica ou endógena, distúrbio afetivo sazonal, tensão pré-mestrual e pesar.

A Distímia apresenta-se de forma leve, acompanhada pelo o processo de formação da personalidade, na qual, os pacientes desenvolvem o seu lado negativo, crítico, insatisfeito, isolado. O convívio com tais portadores torna-se difícil devido o fato de enxergarem unicamente sua própria dor, tornando-se incapazes de elogiar as pessoas e os eventos que os circundam (CURY, 2006). Ela se difere dos outros tipos de depressão pelos sintomas serem mais leves e contínuos, além de não privar geralmente o indivíduo de suas tarefas e obrigações, mas o impede que desfrute a vida totalmente.

A forma mais conhecida da depressão, chamada Depressão Maior, dá-se em todas as camadas sociais atingindo pessoas com personalidades afetivamente forte que são alegres, ativas e sociáveis, contudo ao serem acometidas pela a depressão, tem mudanças bruscas no comportamento, passando a serem ansiosas, desmotivadas, com baixa auto-estima, se isolando socialmente, com déficit de concentração e idéias de suicídios (CURY, 2006). Este transtorno diferencia-se do humor "triste", que afeta a maioria das pessoas regulamente, por se tratar de uma condição duradoura (a maior parte do dia, quase todos os dias, pelo menos duas semanas), de maior intensidade ou mesmo por uma tristeza de qualidade diferente da tristeza habitual, acompanhada de vários sintomas específicos e que trazem prejuízo à vida da pessoa.

As pessoas com Depressão Atípica tem a tendência de comer e dormir muito, sentindo-se enfadadas, apresentando um forte sentimento de rejeição, não se alegrando com estímulos agradáveis e tendo constante queixas fóbicas.

As mulheres com Depressão Pós-Parto têm perturbações e alterações do foro emocional e/ou hormonal, sua origem está nas causas físicas, ocorrendo entre duas semanas a doze meses após o parto, sendo que poderá ocorrer fortemente nas mulheres com antecedentes de depressão. Estima-se que cerca de 40% desenvolvem depressão sendo que 10% apresentem a sua forma mais severa, no Brasil.

A depressão ciclotímica, é um transtorno emocional flutuante em que alterna-se entre períodos de depressão com fases de euforia (CURY, 2006), ela é considerada uma versão mais branda do [distúrbio bipolar](#), uma vez que os episódios de [hipomania](#) e [depressão](#) tendem a ser de menor duração (cerca de quatro dias ou menos) e de menor gravidade, podendo persistir durante a vida adulta, cessar temporariamente ou permanentemente, ou evoluir para casos mais severos, encontrando os critérios para a desordem bipolar ou, mais raramente, recorrentes episódios de depressão mórbida.

A depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas (reações de luto), doença física importante (tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireoidismo, doença de Cushing, LES, etc.), ou uso de drogas (reserpina, clonidina, metildopa, propranolol, promazina, clorpormazina, acetazolamida, atropina, hioscina, haloperidol, corticosteróides, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticoncepcionais, hormônios tireoidianos, etc). Corresponde a mais de 60% de todas as depressões.

A depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva é uma desordem primária, endógena e que se caracteriza por episódios depressivos alternados com fases de mania ou de humor normal, com estados de significativa mudança de humor do paciente (oscilações cíclicas do humor entre "altos" (mania) e "baixos" (depressão)). Quando deprimida, a pessoa pode ter alguns ou todos os sintomas de depressão. Quando em mania, torna-se falante, eufórica e/ou irritável, cheia de energia, grandiosa.

A depressão melancólica ou endógena é uma das formas mais graves, com acentuado retardo ou agitação psicomotora, anedonia, humor não reativo a estímulos agradáveis, despertar matinal precoce, sendo que seus sintomas piora pela manhã.

O pesar, também conhecido como reação de [luto](#), não é um tipo de depressão, mas ambas possuem muito em comum. Na verdade, pode ser difícil diferenciá-los. O pesar, contudo, é considerado uma resposta emocional saudável e importante quando se lida com perdas. Normalmente é limitado. Nas pessoas sem outros distúrbios emocionais, o sentimento de aflição dura entre três e seis meses. A pessoa passa por uma sucessão de emoções que incluem choque e negação, solidão, desespero, alienação social e raiva. O período de recuperação consome outros três a seis meses. Após esse tempo, se o sentimento de pesar ainda é muito intenso, ele pode afetar a saúde da pessoa ou predispor-la ao desenvolvimento de uma depressão propriamente dita.

Diante desses tipos supracitados da patologia por nós estudada, discorreremos os seus sintomas que variam de acordo com cada caso e de pessoa para pessoa. Estes poderão ser nas ordens psicológicas e fisiológicas tais como: sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimento de culpa, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, pesadelos, ansiedade, pensamentos pessimistas, sentimento de vazio, baixo auto-estima, autodepreciação, auto-acusação, irritabilidade, intolerância e pensamentos suicidas, alterações do sono, alterações do apetite, redução do interesse sexual, problemas digestivos, falta de energia, dores de cabeça, nas costas, musculares, abdominais, enjoos, tontura, pressão no crânio, opressão no tórax e sinusite.

Estudos mostram que a depressão não é apenas uma doença de foro psíquico, e que além dos sintomas habituais, a mesma tem se manifestada através de sintomas físicos facilmente confundidos com outras doenças. Os sintomas físicos continuam subjugados pelos profissionais de saúde, que ainda não identificam totalmente estes sintomas, mesmo que uma grande maioria concorde que o não tratamento dos sinais físicos aumenta o risco

de recaídas e que a cura só poderá ser bem sucedida se for tratados conjuntamente os sintomas emocionais e físicos.

Apesar da patologia dos humores tristes poderem afetar a qualquer pessoa e de qualquer idade, existem indícios de acontecimentos que pode tornar as mulheres como um grupo de maior incidência (proporção de duas mulheres para cada homem), pois, mesmo elas estando expostas as mesmas condições vivenciadas pelos homens contam ainda com a desvantagem de que somente elas vivenciam as depressões Pós-Parto e Pré-Menstrual fazendo com que algumas teorias relacionem esta proporção aos efeitos dos hormônios femininos.

O diagnóstico da doença deverá ser feito pelo o médico especializado, o psiquiátrica e/ou psicólogo, mas como a maioria da população tem um preconceito com este profissional, recorrem ao médico clínico geral, tornando-se difícil a avaliação, pois alguns sintomas podem ser confundidos com outras doenças, pois também estão associadas a várias outras, inclusive como os cânceres. Para termos um diagnostico correto o médico deverá encaminhar o paciente a um psiquiátrico ou a um psicólogo, para que este realize uma consulta clínica detalhada com a ajuda dos familiares, pedi-se alguns exames clínicos para esclarecer se realmente não é outras doenças associadas, os mais comuns são: hemograma completo, glicose, ureia e cratinina, dosagens hormonais, dosagens de eletrólitos, sorologia para sífilis e HIV (com o consentimento do paciente), tomografia computadorizada de crânio e eletroencefalograma. Após estes, o especialista irá realizar um teste de rastreamento, observando os sintomas que o paciente apresenta, juntamente com este teste e sintomas psíquicos e físicos, deverá ser analisados a tristeza e a solidão como fatos doentios descartando a normalidade destes fatos.

Ao detectar a doença, deverá imediatamente tomar providencia para o inicio do tratamento, inicialmente deverá levar em conta o ambiente em que o paciente esta inserido, e juntamente com os sintomas e consentimento da família, o médico poderá escolher o melhor caminho para tratar desta moléstia. Alguns tipos conhecidos de tratamento englobam os antidepressivos, a psicoterapia, o ECT (eletroconvulsoterapia).

Dependendo do resultado do diagnóstico, poderá se escolher um deles ou dois concomitantes para serem realizados. O mais comum é iniciar pelos antidepressivos, sua escolha deverá ser baseada pela característica da depressão, os efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios cíclicos, tolerabilidade, custo, danos colaterais e terapia concomitante. Os antidepressivos funcionam normalizando as funções químicas que ocorrem naturalmente no cérebro chamados neurotransmissores, notavelmente serotonina e norepinefrina. Outros antidepressivos funcionam no neurotransmissor dopamina.

Cientistas estudando a depressão têm descoberto que esses químicos particulares estão envolvidos na regulação do humor, mas ainda não estão certos das formas exatas de como eles funcionam. Os novos tipos de medicamentos antidepressivos são chamados inibidores seletivos de recaptação da serotonina, que incluem a Fluoxetina (Prozac), Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina (Zoloft), Citalopram (Celexa) e Escitalopram; os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina: Venlafaxina e Duloxetina; os inibidores de recaptação de dopamina e noradrenalina: Bupropiona; os inibidores da monoaminoxidase: Moclobemida; os antagonistas seletivos de noradrenalina e serotonina: Mirtazapina; e os tricíclicos: Amitriptilina, Nortriptilina, Clomipramina e Imipramina. Para todas as classes de medicamentos antidepressivos os pacientes devem tomar doses regularmente por pelo menos 3 a 4 semanas antes de provavelmente começarem a sentir o efeito terapêutico total. Eles devem continuar a tomar medicamentos pelo tempo especificado por seu médico, mesmo quando se sentirem melhor, de modo a prevenir relapsos da depressão. A medicação somente deve ser interrompida sob a supervisão médica. Alguns medicamentos devem ser interrompidos gradualmente para dar ao corpo tempo para se ajustar. Algumas pessoas, como aquelas com depressão crônica ou recorrente, podem precisar tomar medicamentos indefinidamente.

Algumas vezes medicamentos estimulantes, ansiolíticos (contra a ansiedade) e outros são usados em conjunto com antidepressivos, especialmente se o paciente possui transtorno mental ou físico coexistente. Porém, nem a medicação estimulante nem a ansiolítica são eficientes no tratamento da depressão quando tomados sozinhos, e ambos devem ser usados somente sob supervisão médica. Os medicamentos antidepressivos

podem causar efeitos colaterais moderados e frequentemente temporários em algumas pessoas, mas eles são incomuns em longo prazo. Porém, reações ou efeitos colaterais incomuns podem interferir com o funcionamento normal e devem ser relatados ao médico imediatamente. Os efeitos colaterais mais comuns associados a antidepressivos incluem: dor de cabeça, geralmente temporária; náusea, geralmente temporária; insônia e nervosismo; agitação e problemas sexuais em homens e mulheres, como diminuição do libido, disfunção erétil, ejaculação demorada, ou incapacidade de obter o orgasmo. Os antidepressivos tricíclicos também podem causar mais os seguintes efeitos colaterais: boca seca; constipação; problemas na bexiga; visão turva e sonolência durante o dia.

As intervenções psicoterápicas juntamente com os antidepressivos, promovem alívio sintomático aumentando a vinculação ao tratamento em geral, auxiliando na reorganização psíquica do paciente, abrindo a possibilidade do mesmo remediar o próprio sofrimento com a palavra, pois as drogas aliviam os sintomas, mas não agem diretamente na causa deles, como nos relata o psicanalista Peter Gay em uma entrevista a revista *Superinteressante* em 2002,

“Ninguém tem dúvidas de que muitas das novas drogas podem aliviar os sintomas de diversas doenças da mente. Mas elas não podem curar ninguém. A técnica do tratamento pela fala, criação de Freud, é e permanecerá essencial”.
(GAY, Apud, CAVALCANTE, 2002, p. 44).

Assim, alguns tratamentos com psicoterapia são curtos (dez a vinte semanas) e outros longos, dependendo das necessidades do indivíduo. Dois tipos principais de psicoterapia - cognitiva comportamental e terapia interpessoal - têm mostrado ser eficientes no tratamento da depressão. A psicoterapia cognitiva comportamental, ao ensinar novas formas de pensar e se comportar, ajuda a pessoa a mudar estilos negativos de pensamento e comportamento que podem contribuir com a depressão. A psicoterapia interpessoal ajuda a pessoa a compreender e trabalhar sobre relações pessoais problemáticas que podem causar sua depressão ou piorá-la. Para depressão moderada, a psicoterapia pode ser a melhor opção de tratamento. Porém, para transtornos depressivos mais graves, a combinação de medicamentos e psicoterapia provavelmente é o método mais eficiente de tratamento, além de atividades físicas e terapia ocupacional.

Nas situações em que há risco de suicídio, faltando ao paciente suporte psicossocial, havendo também o abuso de substância grave ou o paciente não coopera, ele deverá ser encaminhado ao um hospital especializado.

Para os casos nos quais a medicação e/ou psicoterapia não ajudaram a aliviar a depressão, a terapia eletroconvulsiva pode ser útil. Essa terapia tinha má reputação, mas nos anos recentes melhorou bastante e pode proporcionar alívio para pessoas com depressão grave que não conseguiram se sentir melhor com outros tratamentos. A terapia eletroconvulsiva pode causar efeitos colaterais de curto prazo, como confusão, desorientação e perda de memória. Porém esses efeitos colaterais geralmente vão embora logo depois do tratamento.

Enfim, para que a depressão seja tratada, o tratamento deverá ser com o paciente e não para ele, pois, o maior receio do indivíduo é perder o amor dos outros, ser abandonado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todavia, apesar da grande preocupação dos estudiosos a respeito de tal patologia, suas causas continuam incógnitas. Suspeita-se que esta resulte de interligações de fatores de índole genética, bioquímica e psicológica. Podendo dessa forma ser hereditária, ocorrer devido ao stress, provocada por medicamentos, abuso de álcool e/ou outras drogas qualquer. Há indícios também de que o seu surgimento acontece em momentos negativos na vida do indivíduo, como o divórcio, desemprego, a perda de alguém próximo, etc. Com estes problemas acima citados, a Organização Mundial de Saúde, na década de 1990, divulgou relatórios, na qual, cita o aumento da depressão na população mundial atingindo cerca de 300 milhões de pessoas no período, sendo que destes a maioria são mulheres, estimando que a cada quatro pessoas sofram de depressão ao longo da vida. O mesmo mostra que após 30 anos, esta patologia deverá ser a segunda maior doença perdendo só para as doenças do coração além de estimar o alto custo da mesma que girará em torno de 44 bilhões por ano só nos Estados Unidos.

Esta análise lembra-nos que existem muitas pesquisas sobre o assunto e que deverão ser realizadas outras tantas para que o conhecimento da depressão torne-se sólido, ampliando cada vez mais estudos sobre a mesma, pois, até o momento temos mais controvérsias do que certeza sobre o tema.

Para concluirmos, podemos citar como exemplo, Jesus Cristo que enfrentou todos os cárceres humanos e os venceu. Para fraseando Cury (2006), ele “que tinha todos os motivos para sofrer de depressão..., mas não manifestou; pelo contrário, era alegre e seguro no território da emoção.” Deveremos assim, imitá-Lo e aprender essa difícil arte de viver.

Referências

AMARAL, Joana Gomes Paula Domingues. Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC – RJ. Data da catalogação: 26 jun. 2006. Disponível em:http://www.maxwell.lambda.ele.pucrio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=8580@1. Acesso em: 01 ago 2012.

BÍBLIA SAGRADA. 63 ed. São Paulo: Ave Maria, 2006.

BOSI, Alfredo. História concisa da literatura brasileira. São Paulo: Editora Cultrix, 1994. 41 ed.

BRELINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental ano 2000 volume III número 2. P. 9 – 25. Disponível em:

http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/62280_7122.PDF. Acesso em: 24 jul. 2012

CAVALCANTE, Rodrigo. A Psicanálise no divã. In: Superinteressante. Edição 181. Outubro de 2002. Editora Abril, Recife – PE. P. 42 – 50.

CURY, Augusto. O Mestre da Sensibilidade. Coleção Análise da Inteligência de Cristo. Vol II. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

ESTEVEES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. In: Aletheia n.24. canoas dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300012&script=sci_arttext. Acesso em: 23 jul. 2012.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Volume XIV (1914-1916). P. 139 – 152. Disponível em: http://www.4shared.com/file/mGx5YPCC/sigmund_freud_obras_completa.html. Acesso em: 01 jul. 2012.

GONÇALVES, Cíntia Adriana Vânia; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o mal do século: de que século? In: Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; Vol 15. Número 2. P. 298 – 304. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>. Acesso em: 01 ago 2012.

RIBEIRO, Marianne Stolzmann Mendes. Quem tem medo da depressão? In: Correio da APPOA, Porto Alegre, n 158, jun 2007. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/correio/correio158.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2012.

RUFINO, Diviol. Depressão tem saída. In: Cidade Nova, Fraternidade em Revista. Edição 555. Ano liv. Numero 7. Jul. 2012. P. 40 – 41.

SHAKESPEARE, [Ato III, Cena I: Príncipe Hamlet](http://pensador.uol.com.br/autor/ato_iii_cena_i_principe_hamlet/). Disponível em: http://pensador.uol.com.br/autor/ato_iii_cena_i_principe_hamlet/. Acesso em: 04 ago 2012.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. In: Revista de Psicologia da UNESP, vol IV número 1, 2005. P. 41 – 56. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/31/57>. Acesso em: 01 ago 2012.

ZUCCHI, Marcia. Estranhas Entranhas. Psicanálise e Depressão na Gravidez. 2000. Biblioteca Digital do Mestrado Profissional: Psicanálise da Educação – FURNE; CAEED; UNIDERC. Campina Grande – PB, 2012.