

NÃO AGÜENTO MAIS, Dr.!

Notas

Este livro teve a primeira edição em 1992, com muito sucesso, e a segunda em 1997, com alguns pequenos acréscimos.

O contrato da segunda edição tinha a validade de 5 anos, já há muito transcorridos – portanto, os direitos autorais atualmente são meus, sem restrições.

Para uma terceira nova edição necessita ser atualizado – nestes dez anos desde a segunda edição, houve importantes progressos, na compreensão das causas das doenças depressivas e de ansiedade, assim como nos recursos de tratamento – medicamentos e outros recursos.

Uma atualização deve ocupar algo como vinte páginas.

Em anexo, num outro e-mail, vai a capa da frente do livro nas edições anteriores

Dr. VALTER DAUDT

Rua Prof. Annes Dias 166 – 502

90020-090 Porto Alegre RS

0-xx-51- 3228-4466 9121-4466

daudt@portoweb.com.br

<http://www.drdaudt.com.br>

ÍNDICE

NÃO AGÜENTO MAIS, Dr.!	1
Notas	1
ÍNDICE	2
AGRADECIMENTOS	6
POR QUE ESTE LIVRO?	7
FELICIDADE? SIM!	9
A fadiga e o medo	9
<i>Para o pai, tudo é grave</i>	<i>10</i>
<i>Helena, as filhas e os namorados</i>	<i>11</i>
Normal ou doentio?	12
Mente, cérebro, instintos, etc.	14
As áreas da personalidade	17
<i>Mais sorte do que juízo</i>	<i>17</i>
As bases físicas do funcionamento humano	18
CANSAÇO, TRISTEZA E ANGÚSTIA	20
Sempre cansado	20
<i>Arlete e Aline, se a gente comparasse</i>	<i>21</i>
Tristeza e falta de prazer	21
Ansiedade, aflição	23
<i>O pânico do Flávio</i>	<i>23</i>
O "esgotamento nervoso"	23
A importância do psicológico	24
Também existe o corpo	25
Psíquico versus físico, "ou isto ou aquilo"	26
Físico e emocional, "isto e aquilo"	26
<i>O hipotálamo, o locus-coeruleus e o Papai Noel</i>	<i>27</i>
As tendências familiares	29
AS DOENÇAS DEPRESSÃO E ANSIEDADE	30
Fundamentos científicos	30
As doenças	32

	3
AS DEPRESSÕES OU DESORDENS AFETIVAS	34
Depressões e acelerações	34
As distimias ou neuroses depressivas	35
<i>Com a Alice, não me preocupo</i>	<i>35</i>
Os episódios depressivos severos	36
<i>Daniel, a aflição e a insônia</i>	<i>37</i>
As depressões psicóticas	37
<i>As vozes absurdas</i>	<i>38</i>
As desordens bipolares ou maníaco-depressivas	54
<i>Bernardo e os empresários japoneses</i>	<i>55</i>
As depressões endógenas e a melancolia	38
<i>Dóris prefere os comprimidos</i>	<i>39</i>
As depressões reativas	40
<i>Quando Gunther morreu</i>	<i>41</i>
As depressões atípicas	42
<i>Isabel engordou na depressão</i>	<i>42</i>
Outras formas de doença depressiva	42
Depressões secundárias a outras doenças	42
<i>Pena que não é câncer, doutor</i>	<i>43</i>
<i>Magali e as brigas do casal</i>	<i>43</i>
Depressões secundárias ao uso de medicamentos	44
Sintomas de aceleração secundários ao uso de medicamentos	44
Depressões mascaradas	45
<i>Hélio, bebendo, outra vez</i>	<i>45</i>
Homossexualidade	46
Depressão e dor	46
<i>Uma dor louca, doutor!</i>	<i>46</i>
As depressões sazonais ou estacionais	47
<i>Diane e a luz</i>	<i>47</i>
As depressões nas pessoas com doenças cardíacas	48
As depressões nas doenças de ansiedade	48
Uso de drogas	49
<i>A maconha no armário</i>	<i>49</i>
As depressões específicas das mulheres	50
Sintomas depressivos no período pré-menstrual	50
As depressões pós-parto	51
Menopausa	51

	4
As depressões em crianças e adolescentes _____	52
As depressões nas pessoas idosas _____	52
As pseudodemências _____	53
<i>Não era caduquice</i> _____	<i>53</i>
AS DESORDENS OU TRANSTORNOS DE ANSIEDADE _____	57
Classificação _____	57
Ataques de pânico _____	58
<i>Os infartos do Felipe</i> _____	<i>58</i>
As fobias _____	60
<i>No elevador, um aperto na garganta</i> _____	<i>60</i>
As desordens obsessivo-compulsivas _____	61
<i>Anita, trancada em casa</i> _____	<i>61</i>
<i>Carlos e as arrumações</i> _____	<i>62</i>
Ansiedades pós-traumáticas _____	63
<i>Sílvia e o hospital</i> _____	<i>63</i>
Desordens de ansiedade generalizada _____	64
Ansiedade de causas psicológicas _____	64
<i>As seqüelas indevidas de um brinquedo de criança</i> _____	<i>64</i>
OS TRATAMENTOS DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE _____	66
Vários recursos _____	66
a) <i>Os tratamentos psicoterápicos, que incluem:</i> _____	67
b) <i>Os medicamentos,</i> _____	67
c) <i>Outros recursos,</i> _____	68
O curso do tratamento _____	68
As psicoterapias _____	69
<i>As psicoterapias analíticas ou dinâmicas</i> _____	69
<i>As psicoterapias comportamentais</i> _____	70
<i>As psicoterapias cognitivas</i> _____	70
Os medicamentos _____	Erro! Indicador não definido.
Os antidepressivos do <i>tipo tricíclicos:</i> _____	Erro! Indicador não definido.
Os IMAO _____	Erro! Indicador não definido.
Os ISRS _____	Erro! Indicador não definido.
Medicamentos estabilizadores do humor _____	Erro! Indicador não definido.
Medicamentos ansiolíticos _____	Erro! Indicador não definido.
Medicamentos antipsicóticos _____	Erro! Indicador não definido.
Medicamentos para o alívio de efeitos colaterais _____	Erro! Indicador não definido.
Outros medicamentos _____	Erro! Indicador não definido.

O uso dos medicamentos _____	Erro! Indicador não definido.
Os antidepressivos tricíclicos _____	Erro! Indicador não definido.
Os inibidores da enzima monoaminoxidase ____	Erro! Indicador não definido.
Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina -ISRS	Erro! Indicador não definido.
Outros medicamentos antidepressivos _____	Erro! Indicador não definido.
Os estabilizadores do humor _____	Erro! Indicador não definido.
Os medicamentos ansiolíticos _____	Erro! Indicador não definido.
Os medicamentos antipsicóticos _____	Erro! Indicador não definido.
Medicamentos para o alívio dos sintomas colaterais _____	Erro! Indicador não definido.
Psicoterapia ou medicamentos? _____	71
A eletroconvulsoterapia ou eletrochoque _____	72
<i>ECT ou as cicatrizes do hospital?</i> _____	<i>72</i>
ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES _____	74
Idéias e planos de suicídio _____	74
Diálogo com o paciente _____	77
O paciente no trabalho _____	78
Sono e nutrição _____	78
Pacientes que não melhoram _____	79
APÊNDICE _____	81
INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS E ECT _____	81
1- Os medicamentos antidepressivos em geral _____	81
2 - Medicamentos do grupo dos tricíclicos _____	83
3 - Medicamentos inibidores da monoaminoxidase _____	85
4 - Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina - ISRS _____	89
5 - O uso do lítio _____	91
6 - Carbamazepina, clonazepam e ácido valpróico _____	92
7 - Os ansiolíticos _____	93
8 - Eletroconvulsoterapia - ECT _____	95

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas tornaram possível este livro.

Agradeço a meus professores de Medicina na UFRGS e de Especialização em Psiquiatria, entre eles o Dr. Josué Vieira como modelo no atendimento aos pacientes.

Agradeço também aos Drs. Thomaz Wehr, William Potter e Markku Linnoila da Unidade de Psicobiologia do National Institute of Mental Health em Bethesda e ao Dr. Frederic Quitkin, do New York Psychiatric Institute da Columbia University, investigadores que tão cordialmente me acolheram e compartilharam comigo seu tempo e seus conhecimentos; e ao Dr. Peter E. Sifneos, Professor Emérito da Harvard University de Boston, que colocou ao meu alcance suas pesquisas e inovações em Psicoterapia Breve.

Agradeço ainda a jornalista Adélia Yatz pelas sugestões quanto a organização do material, a Leila Sudbrack que comentou o primeiro esboço e se dedicou, com entusiasmo, as providências para que o livro fosse publicado, e a Dr^a. Vera Marques, que contribuiu para a redação final do livro.

De forma especial, expresso meu reconhecimento aquelas pessoas — pacientes ou não — que, no correr dos anos, em diversas ocasiões e circunstâncias, ajudaram na descoberta de que alegria e felicidade podem existir e são alcançadas com carinho e trabalho.

POR QUE ESTE LIVRO?

"O que eu sofro, doutor, ninguém consegue imaginar..."

(Frase típica de um paciente depressivo)

Dez a trinta por cento das pessoas vivem parte de sua vida, ou quase constantemente, em profundo mal-estar: não têm prazer em viver e se relacionar com os familiares e os amigos, nem a alegria do trabalho e do lazer; passam o tempo todo cansadas, sem vigor e energia para as tarefas cotidianas, ou amarguradas, inquietas, sem esperança, angustiadas.

Um pouco de cansaço ou fadiga, de tristeza ou falta de alegria, são componentes normais da vida humana. Em certo nível e como fenômenos transitórios, são relativamente toleráveis. Contudo, um número considerável de pessoas enfrenta situações desse tipo, em grau demasiado intenso, de forma intermitente ou por longos períodos.

Muitas dessas pessoas se convencem de que não existe alívio ou que não podem reaver o bem-estar que tinham conhecido em épocas anteriores. Chegam a conclusão de que seria melhor morrer e, mesmo, tecem planos minuciosos de suicídio, que, as vezes, lamentavelmente, executam. Elas pensam que tamanho sofrimento acompanha inevitavelmente a vida humana e que a felicidade é uma Utopia, inatingível.

No entanto, nas últimas décadas, progressos da Medicina e da Psicologia, ainda de escasso conhecimento público, evidenciaram que essas sensações intensas ou prolongadas de cansaço, angústia e tristeza constituem estados mórbidos característicos

de um conjunto de doenças a que chamamos depressão e ansiedade. Torna-se cada vez mais claro, graças a pesquisas científicas rigorosas, que tristeza, aflição e sensações de fadiga — peculiares à depressão e a ansiedade — se devem a desordens químicas do cérebro ou a fatores de funcionamento psicológico defeituoso; ainda mais freqüentemente, devem-se à combinação de influências químicas e psicológicas.

A descoberta mais importante é que todo esse sofrimento ou, ao menos, grande parte dele pode ser evitado, com tratamentos médico (através de medicamentos) e psicológico (métodos de psicoterapia) corretos.

O objetivo deste livro é divulgar esses novos conhecimentos: descrever em termos simples o que são esses estados de doença chamados depressão e ansiedade; e explicar quais são e como funcionam os tratamentos adequados, que podem devolver à pessoa doente (ou lhe proporcionar pela primeira vez) condições de viver melhor e ser feliz, sem o risco de suicídio e sem a dependência continuada de calmantes provisórios.

As depressões e as doenças de ansiedade têm cura (ou, pelo menos, podem ser controladas satisfatoriamente) mediante tratamento adequado, executado por um profissional competente.

As histórias aqui relatadas são verídicas, com as alterações necessárias à preservação do anonimato dos pacientes.

FELICIDADE? SIM!

"Feliz ou infeliz é, hoje, uma opção..."

(Dito por uma mulher)

A fadiga e o medo

Por muito tempo, os perigos naturais, as dificuldades na obtenção de alimentos, as dores físicas e as doenças foram uma realidade ameaçadora, fazendo do cotidiano um desafio contínuo pela sobrevivência. É compreensível que, em tais condições, a fadiga e o medo fossem componentes inevitáveis da existência.

Entretanto, nesta segunda metade do século XX vêm ocorrendo avanços na Ciência e na Tecnologia até então inimagináveis e os problemas que durante milhares de anos foram inerentes ao homem estão se modificando. Descobertas da Medicina proporcionam o alívio da dor e de outros incômodos físicos e, através do controle de doenças outrora letais, obtém-se o prolongamento da vida.

Os novos conhecimentos e as estratégias deles decorrentes estão dando ao ser humano maior poder sobre si mesmo e tornando a vida mais segura e melhor, podendo as pessoas ter prazer em viver e sentir-se felizes. Muitas delas, contudo, ainda não usufruem disso: de forma constante ou intermitente, elas continuam sem prazer, infelizes, cansadas, com angústia.

Para o pai, tudo é grave

Dr. Fernando é um advogado esforçado, honesto e trabalhador, exemplar no trato dos interesses dos seus clientes. Procura o bem-estar da família acima do seu próprio, tendo um afeto sólido, admiração e carinho pela esposa e uma dedicação enorme aos três filhos do casal, hoje adolescentes, os quais considera sua mais importante razão de viver. Com esse tipo de personalidade, é claro, Dr. Fernando conseguiu adquirir uma formação jurídica excepcional, tem uma grande clientela e elevado prestígio na sua comunidade. Instalado num moderno e confortável escritório, Dr. Fernando conta com as facilidades da tecnologia atual, seja desfrutando da eficiência de um microcomputador ou comunicando-se instantaneamente com o mundo por fax ou telefone. Contudo, o Dr. Fernando não se sente feliz; apesar de suas qualidades, de seu esforço e da família que, com a esposa, soube constituir, vive amargurado, preocupado com o presente e com o futuro, com a crise, com a adolescência dos filhos, com o perigo dos tóxicos, com a superpopulação da Índia ou com um furacão na Flórida. O Dr. Fernando — generoso, honesto e trabalhador — vive tão angustiado quanto seu bisavô, lá por 1860, quando uma epidemia de crupe se abateu sobre o povoado em que vivia e morreram, no mesmo entardecer, dois dos seus quatro filhos pequenos. Ou como sua bisavó, ao redor de 1880, quando não havia penicilina e outros recursos médicos e a filha casada morreu de infecção após o parto. O Dr. Fernando mal aproveita o fato de que é um homem ativo e competente, que soube escolher e cativar uma esposa amiga, com quem tem filhos saudáveis e sensatos, os quais, graças ao diálogo e ao carinho existentes em casa, não apresentam nenhuma propensão ao uso dos tóxicos, mas aproveitam sua adolescência para preparar um bom começo de vida adulta. Vive tão azedo que, às vezes, os filhos quase evitam comentar com ele certos assuntos, para não deixá-lo ainda mais aborrecido: "Para o pai, tudo é grave". O que o Dr. Fernando não sabe é que, na sua maneira de encarar a vida, na estrutura da sua personalidade ou na química do seu cérebro, há algo funcionando errado. Algo que pode, realmente, ser consertado.

Este livro pretende ajudar pessoas como o Dr. Fernando (e outras) a compreenderem o que se passa consigo, ou seja, a entenderem

que suas sensações mais intensas ou prolongadas de fadiga, de tristeza, de angústia ou falta de prazer não constituem características obrigatórias da vida humana, mas representam estados de desordem ou doença, corrigíveis através de recursos adequados.

Esses estados de doença são especialmente de dois tipos, as doenças chamadas depressões, desordens ou distúrbios de ânimo ou de humor ou transtornos afetivos, e as doenças chamadas desordens ou distúrbios de ansiedade. Mais especificamente, este livro pretende transmitir a informação de que, atualmente, contamos com tratamento médico eficiente para essas doenças, de tal modo que as pessoas podem curar-se ou, pelo menos, ter um alívio duradouro.

Existem hoje procedimentos (médicos, psicológicos e outros) capazes de proporcionar uma importante e benéfica modificação no funcionamento mental dessas pessoas sofredoras. Tais procedimentos são principalmente dos seguintes tipos:

técnicas psicológicas — psicoterápicas — para a modificação dos padrões de funcionamento da personalidade

o uso de medicamentos

c) algumas outras técnicas, como eletroconvulsoterapia, tratamento com luz e manipulação dos horários de sono.

A aplicação desses recursos, ao menos para muitas dessas pessoas, não é algo fácil, mágico, maravilhoso; contudo, é algo possível, com menor ou maior esforço, sob orientação médica eficiente.

Helena, as filhas e os namorados

Helena ama seu marido e as duas filhas adolescentes, Michele e Daniela. Assim, ficou um pouco esquisito que, quando Michele, a mais velha, de novo apareceu com um namoradinho, aparentemente um bom guri, de boa família, Helena voltou a ter dor de cabeça severa e recomeçou a implicar com ela. Por insistência do marido, médico, procurou psicoterapia. Não lhe foi muito demorado, com a ajuda do psicoterapeuta, dar-se conta da maneira como o namoro atual da filha revivia, dentro dela, algumas emoções antigas e penosas que há anos se esquivava de lembrar. Quando ela própria, Helena, tinha a idade atual das filhas, o casamento dos seus pais atravessou uma fase difícil; o pai saía

muito e às vezes voltava embriagado para casa. Helena sentia enorme carinho por ele, mas ficava indignada ao vê-lo sob efeito do álcool; tinha também raiva da mãe, a quem culpava (um pouco injustamente) pelo comportamento do pai. Envolveu-se, então, num namoro tumultuado, com outro adolescente de vida complicada, como maneira de perturbar os pais, embora tivesse a esperança, meio absurda, de que, através da preocupação com o seu namoro atrapalhado, os pais voltassem a se relacionar melhor. Graças ao auxílio do psicoterapeuta, Helena pôde entender, também, como seu comportamento na adolescência fora influenciado por sensações mais antigas, oriundas dos seus quatro ou cinco anos de idade. Por essa época, tinha muito carinho pelo pai, mas inexplicavelmente temia que a mãe ficasse brava por isso; assim, cuidava em não revelar seus sentimentos e evitava a proximidade com ele. Trazendo isso à consciência, Helena pôde compreender melhor seus afetos de criança; espantada, deu-se conta de como essas emoções de trinta anos atrás estavam modelando seu comportamento inadequado em relação aos namoros de Michele; ao perceber isso, pôde, naturalmente, observá-los sob uma melhor perspectiva e voltar a ter com a filha uma atitude carinhosa e amiga.

Normal ou doentio?

O cansaço, fadiga ou lassidão pode ser a consequência natural do excesso de trabalho ou da realização de tarefas que requeiram cuidado ou atenção especial ou sejam executadas por tempo muito prolongado. A tristeza pode ser a reação normal a acontecimentos adversos. Certo nível de angústia pode ser benéfico, como sinal de alerta em situações de perigo para o indivíduo.

O que é natural e o que é normal? E o que é anormal ou sinal de doença?

Natural é o que se refere à natureza; no nosso caso, aquilo que se refere à natureza viva. Normal é aquilo conveniente à preservação da vida. Entretanto, nem tudo o que é natural é normal ou conveniente para o ser humano, pois a tendência da natureza é a preservação e reprodução da vida, mas não necessariamente da

vida humana. Por exemplo, a pneumonia e a apendicite, isto é, a infecção do pulmão humano ou do apêndice do intestino humano, respectivamente, são naturais e benéficas sob o ponto de vista da preservação e da reprodução dos agentes causadores destas doenças, mas podem representar a morte das pessoas afetadas. Ainda, sob esta perspectiva, poderíamos lembrar que à natureza pouco importa a felicidade do indivíduo; basta que ele se mantenha vivo e se reproduza (se o conseguir).

Assim, sentir cansaço ou fadiga após uma atividade física mais intensa ou mais prolongada é normal, no sentido de que é conveniente ou benéfico, pois significa um aviso do organismo ao indivíduo para que ele suspenda uma atividade cuja continuação lhe causará uma sobrecarga exagerada e, talvez, um dano irrecuperável. Por exemplo: os músculos dos membros e o próprio músculo cardíaco podem ser lesionados pelo exercício excessivo.

Da mesma forma, sentir tristeza, pena ou saudade como conseqüência de um acontecimento que piore suas condições de vida ou como reação ao afastamento ou risco de afastamento de uma pessoa querida são sensações úteis ao indivíduo. Elas servem como aviso da importância que têm para ele aquelas condições da sua vida ou aquela pessoa, para que tome medidas no sentido de evitar o acontecimento ruim ou a perda do ser amado.

Analogamente, sentir angústia, ansiedade ou aflição em face de uma situação de perigo para si ou para uma pessoa próxima também é benéfico ao indivíduo, como sinal de alerta para que se afaste ou se proteja da situação ameaçadora.

Em resumo, sensações de cansaço, de tristeza e de angústia podem ser úteis ao indivíduo, pois servem à sua preservação e à preservação da vida humana.

Anormal (ou doença) é aquilo inconveniente ou prejudicial ao indivíduo. Estar constantemente cansado ou estar sem forças ou sem vontade já ao acordar de manhã, de tal maneira que não consiga executar as tarefas necessárias à sua sobrevivência ou ao seu bem-estar, é anormal. Viver em constante tristeza ou falta de prazer, deixar de tomar providências na sua vida, continuar anos e anos abalado depois da perda de uma pessoa querida é inconveniente e, portanto, anormal. Estar num permanente sobressalto ou aflição, como se algum desastre iminente fosse acontecer a si ou aos seus, é anormal.

Algumas das pessoas que sofrem essas sensações muito intensas de fadiga, tristeza ou falta de prazer e angústia se acostumaram a atribuí-las a algum acontecimento desagradável na sua vida ou no ambiente em que vivem. Em geral, é possível encontrar uma explicação provisória: ou temos um filho com problemas na escola; ou com amigdalite; ou está chovendo; ou parou a chuva. Entretanto, é verdade que muitas pessoas tiveram ou têm problemas análogos a enfrentar e não têm as mesmas sensações tão penosas ou as têm em menor intensidade.

Um bom indicativo da normalidade ou anormalidade da sensação é a atitude da pessoa em relação ao problema gerador do cansaço, da tristeza, da falta de prazer ou da angústia. Normal é dar-se conta do problema, sofrer tristeza ou aflição em função dele e então encaminhar as providências para resolvê-lo ou diminuí-lo. Anormal ou doença é sentir o problema e ficar se entristecendo ou se afligindo com ele, às vezes com grandes, repetidas e inúteis lamentações, mas de uma forma inerte, sem providenciar soluções.

Um exemplo de atitude normal ou sadia (que pode ser do agrado das pessoas religiosas) se encontra naquela oração que pede:

***"Senhor,
Dai-nos a força para resolver os problemas que têm solução,
A resignação para aceitar os problemas insolúveis,
E a inteligência para discernir entre eles."***

Mente, cérebro, instintos, etc.

Antes de prosseguir, é necessário estabelecer alguns outros conceitos, além desses de normal e anormal, para facilitar o entendimento do texto. Como tais conceitos se referem principalmente aos fenômenos da mente, vejamos em que órgãos esses fenômenos ocorrem.

Dentro da cabeça, na caixa óssea que chamamos crânio, está o encéfalo, que, em grego, quer dizer cabeça. O encéfalo é constituído pelo cérebro — formado pelos dois hemisférios cerebrais, que se comunicam entre si —, pela ponte ou

protuberância, pelo bulbo ou medula oblonga e pelo cerebelo. O cérebro é a sede da mente do indivíduo, ou do seu funcionamento mental, isto é, do conjunto de fenômenos tais como seus pensamentos, estado de consciência, memória, linguagem, sentimentos, desejos e comando de movimentos.

Psíquico tem um significado semelhante à mental, mas com ênfase nos aspectos mais acessíveis à consciência, tais como sentimentos e pensamentos, em contraste com aqueles aspectos mais automáticos, como comando de movimentos ou manutenção da postura corporal. O psíquico, portanto, representa as manifestações do funcionamento cerebral acessíveis à consciência do indivíduo.

Físico, como oposto a psíquico, tem o sentido de corporal, com existência concreta, que se pode enxergar, tocar com a mão, agarrar, colocar na balança e pesar. O físico, portanto, é concreto e refere-se, na maioria das vezes, a cerebral.

Personalidade significa o conjunto dos modelos ou padrões de funcionamento do indivíduo.

Pessoa significa o corpo mais funcionamento mental, isto é, a pessoa é o corpo mais a personalidade. Pessoa humana é uma expressão enfática, pois não há pessoas "não-humanas". E a pessoa, é óbvio, vive em relacionamento continuado com o grupo maior de pessoas que é a sociedade.

Afetos é um termo médico para referir-se a sentimentos, de forma que doença afetiva quer dizer "doença na área dos sentimentos" e muito pouco tem a ver com o uso comum da palavra afeto no sentido de afeição, carinho, ternura ou bem-querer. Outro nome para doença afetiva é doença do ânimo ou do humor.

Emoção tem significado parecido com o da palavra sentimento, mas inclui a conotação das manifestações corporais que ocorrem quando a pessoa está sob a influência daquele determinado sentimento.

Gesto representa movimento ou ação; hábito significa a repetição, em geral automática, de um gesto; a palavra atitude tem uma conotação de tendência à repetição de um conjunto de gestos semelhantes. Falamos em comportamento, então, quando nos referimos ao conjunto de gestos, atitudes e hábitos de um indivíduo.

Instintos são certos modos inatos de funcionamento das pessoas. Esses modos de funcionamento instintivos incluem um componente afetivo, um componente intelectual ou de pensamento, e um componente de ação.

Cansaço é uma palavra de uso comum que significa pouca energia, pouco vigor, letargia ou moleza; corresponderia também ao que se costuma chamar de preguiça, não fora o fato de que a palavra preguiça, em vez de significar apenas pouca energia para as atividades, é usada, em geral, com uma conotação pejorativa ou condenatória.

Estresse se refere a um estímulo, um acontecimento ou uma situação de sobrecarga para o indivíduo, que o põe à prova e pode exceder a sua capacidade de reação.

A palavra **depressão** e expressões como estar na fossa ou baixo astral muitas vezes são usadas com o significado de tristeza e de estar triste. Isso pode provocar algumas dificuldades de entendimento, pois, para os biólogos, depressão significa diminuição de funcionamento (por exemplo, depressão respiratória, depressão dos movimentos musculares) e não particularmente diminuição da alegria. Entre os psiquiatras, a palavra depressão é usada tanto para se referir a essa depressão-tristeza de estar na fossa como — num sentido equivalente ao da expressão desordem afetiva ou distúrbio de humor — para designar a doença que consiste num estado anormal de cansaço, falta de prazer e angústia.

Ansiedade, que também pode ser entendida como angústia, é uma palavra usada especificamente para designar um grupo de doenças, as doenças, desordens ou distúrbios de ansiedade, as quais têm muitos aspectos em comum com as doenças afetivas ou depressões, com a diferença de que a angústia ou ansiedade constitui o núcleo básico dos sintomas.

Psicologia é a ciência que estuda o funcionamento psíquico, isto é, especialmente aqueles aspectos de funcionamento cerebral que podem ser acessíveis à consciência do indivíduo. **Psiquiatria** é a parte da Medicina que estuda o funcionamento psíquico e trata das doenças psíquicas ou mentais; como parte da Medicina, engloba as relações entre o cérebro e todo o corpo humano com os aspectos psíquicos do indivíduo. **Psicoterapia** é uma forma de tratamento psiquiátrico em que se estabelece um relacionamento

e uma comunicação de características especiais entre uma pessoa especialmente treinada — *o psicoterapeuta* — e o paciente, com vistas a esclarecer e modificar características de funcionamento psíquico. *Psicanálise* é uma teoria a respeito do funcionamento da personalidade, bem como um método de psicoterapia inventado por Sigmund Freud. *Psicobiologia* é uma designação mais recente para o estudo das bases biológicas cerebrais do funcionamento psíquico, especialmente nos seus aspectos emocionais, tanto no seu estado normal como nos casos de doença.

As áreas da personalidade

Costumamos elaborar divisões da personalidade em algumas áreas de funcionamento; essas divisões são úteis apenas para facilitar a descrição e compreensão dos fenômenos pertinentes ao comportamento humano, pois, na verdade, a personalidade funciona como um conjunto global, dentro do organismo maior que é a pessoa.

Uma das classificações das áreas da personalidade é a que se refere ao seu modo de funcionamento:

área de funcionamento consciente, isto é, os aspectos de que o indivíduo "se dá conta"; e

área de funcionamento inconsciente, muito mais extensa, abrangendo os fenômenos de que o indivíduo, "na maior parte do tempo, não se dá conta".

Mais sorte do que juízo

De manhã, quando saía de casa, a mulher ainda lhe recomendou que marcasse a ida ao médico. E Tiago sabia que devia consultar; afinal de contas, essa dorzinha no peito e no braço esquerdo bem que poderia ser grave — seu pai falava numa dor mais ou menos desse tipo, até que teve o enfarte. Estava bem no seu consciente que devia consultar. Passou o dia, e Tiago "esqueceu" completamente a dorzinha e a consulta. Não se dava muito conta de como isso funcionava na sua cabeça, mas havia uma mistura entre sua dor e a do pai e temia que pudesse ter algo de coração. Dessa forma, para evitar um sofrimento a curto prazo

(que seria o diagnóstico da doença cardíaca), Tiago preferiu, no seu inconsciente, a política do avestruz, ou seja, “esquecer” de marcar a consulta para não correr o risco de vir a saber o que não queria que acontecesse (de qualquer maneira, Tiago teve mais sorte do que juízo, e a sua dorzinha era apenas um efeito da tensão muscular, sem maiores conseqüências).

Outra classificação é a que se refere ao seu funcionamento conforme o tipo dos fenômenos envolvidos:

área das *funções de percepção*, incluindo funcionamento dos órgãos dos sentidos (sensopercepção), orientação em relação a si mesmo e aos outros e capacidade de fixar a atenção;

área das *funções intelectuais ou de pensamento*, incluindo raciocínio, linguagem e memória;

área das *funções afetivas*, isto é, dos sentimentos e das emoções;

área das *funções motoras* ou do comportamento do indivíduo.

O nosso funcionamento intelectual, os raciocínios que fazemos e as decisões que tomamos são importantes, mas o que verdadeiramente rege a nossa vida e o nosso comportamento são as nossas emoções e os nossos desejos — especialmente as emoções e os desejos pouco conhecidos por nós mesmos. Em geral, quando há um antagonismo entre nosso raciocínio e nossos desejos, mesmo que nosso comportamento, de início, pareça ser aquele escolhido pelo raciocínio, costuma acontecer que, sem demora, os desejos interferem e, se não às claras, ao menos disfarçadamente, acabam se realizando.

As bases físicas do funcionamento humano

É bem sabido que o funcionamento da pessoa é determinado pelo seu corpo e especialmente pelo seu cérebro. É dito com freqüência, também, e é correto, que os acontecimentos da vida do indivíduo, especialmente de sua infância, interferem grandemente no funcionamento da sua personalidade e na sua maneira de viver. O que é muito importante e menos freqüentemente lembrado, no entanto, é que os chamados "fatores

psíquicos", para existirem, e para influírem na vida do indivíduo, têm que estar gravados, de alguma maneira, em algum lugar do cérebro. Em resumo, não existe funcionamento da personalidade sem cérebro, e os acontecimentos da vida de um indivíduo só podem influenciar posteriormente seu comportamento e suas reações porque, de alguma maneira, ficaram "registrados" nas células cerebrais.

CANSAÇO, TRISTEZA E ANGÚSTIA

Sempre cansado

As pessoas usam expressões como: cansado, esgotado, "down", querendo designar um estado de baixa ou quase nenhuma força ou capacidade ou vigor para fazer as coisas, até mesmo para executar as mais simples tarefas do cotidiano.

Muitas vezes, em situações leves de cansaço, elas ficam menos alegres, ou tristes ou tensas. Quando isso é pouco intenso ou esporádico, basta que descansem um pouco para recuperarem sua alegria e bem-estar.

Em geral, se esse estado de cansaço, fadiga ou vigor diminuído se desencadeia subitamente, as pessoas percebem que algo errado está acontecendo. No entanto, muitas pessoas durante meses e outras tantas durante anos apresentam baixa capacidade ou vigor para as atividades comuns da vida sem se dar conta disso. Ao invés, o que acontece é que vivem num constante estado de mau humor e irritabilidade, ou num estado de retração social, sendo capazes de cumprir apenas e estritamente seus compromissos de trabalho. É comum, também, que elas "não gostem" de atividades

para as quais é necessário maior vigor. É importante saber, contudo, que se pode melhorar esse estado de baixa energia, através de procedimentos médicos, desde que as pessoas se dêem conta — por si mesmas ou graças a seu médico — de que têm essa diminuição de energia ou vigor.

Outro exemplo é o daquelas pessoas que costumemente "acordam com o pé-esquerdo", isto é, têm menor ânimo ou vigor nas primeiras horas do dia, após o despertar, mas não se dão conta de que essa diminuição de ânimo ou vigor se manifesta através de irritabilidade.

Arlete e Aline, se a gente comparasse

Arlete e Aline são vizinhas e trabalham na mesma empresa, em Porto Alegre. Foi Arlete quem arranhou o emprego primeiro e então o indicou para Aline. À noite, as duas faziam o curso de Economia, na Universidade, mas, neste ano, Aline desistiu; apenas Arlete continua estudando. Aline está quase sempre cansada. Nos fins de semana, Arlete arranja um programa, um passeio com amigos e amigas, volta mais tarde na noite de sábado e depois dorme toda a manhã do domingo, mas aproveita a tarde para estudar. Aline quase não sai, sente muito sono; agora que parou a Faculdade, deita cedo, para trabalhar no outro dia, enquanto Arlete ainda está na aula e só chega mais tarde. Contudo, na manhã seguinte, mesmo dormindo menos horas, Arlete levanta com mais facilidade do que Aline e, mesmo que às vezes um pouco cansada, está bem humorada, satisfeita com o resultado dos seus esforços. A vantagem de Arlete é que, graças a fatores emocionais ou a aspectos de funcionamento químico do seu cérebro, ela possui um nível de vigor muito maior do que o de Aline.

Tristeza e falta de prazer

Tristeza é uma sensação freqüente na vida humana. É desencadeada, geralmente, por um acontecimento não desejado, inconveniente ou danoso que envolve a própria pessoa ou outra pessoa que lhe é estimada ou querida. Em condições normais, a intensidade da tristeza é proporcional à gravidade do acontecimento indesejado ou danoso, sendo muito grande nos

casos de afastamento, doença ou morte da pessoa amada. Esse tipo "normal" de tristeza é acompanhado de certa "calma", na medida em que a pessoa triste, ao mesmo tempo que lamenta a inconveniência, dano ou perda, também identifica em si sensações agradáveis referentes ao reconhecimento ou a lembrança das legações prazerosas com a pessoa ou situação agora prejudicada ou perdida.

Mas há outro tipo de sensação de tristeza, que difere de forma significativa dessa tristeza "normal" referida acima: é uma tristeza "anormal" ou "doentia", que se caracteriza por não estar ligada a acontecimentos desencadeantes que a justifiquem, ou por ter intensidade desproporcional à gravidade desses mesmos acontecimentos. Ela pode consistir, também, num torpor ou paralisia emocional, um estado de falta ou ausência de prazer, isto é, a pessoa é incapaz de sentir qualquer prazer ou alegria mesmo que as situações externas sejam agradáveis e que aconteçam coisas boas para si e para as pessoas a quem valoriza. Essa tristeza anormal ou falta de prazer, muitas vezes, está associada a intensa angústia e a alterações da força muscular e dos movimentos. Muitas pessoas sentem-se enfraquecidas, adotam uma postura corporal curvada e se movimentam lentamente; outras apresentam inquietarão corporal, com movimentos desordenados ou repetitivos. Umhas pessoas são afligidas periodicamente por essas sensações anormais; outras, de forma continuada, com escassos períodos de alívio.

Dominadas pelo sofrimento, muitas dessas pessoas não se dão conta de que tal tristeza ou falta de prazer é sinal de doença cerebral química ou psicológica e, repetidamente, atribuem-na a pequenos incidentes da vida diária, na família ou no trabalho, a situação social, ao descalabro do Governo etc. Para designar esse estado, os leigos usam termos como infeliz, estar na fossa, estar deprimido, morto-vivo e semelhantes. Contudo, os psiquiatras usam a expressão estar deprimido e a palavra depressão tanto para se referirem a essa depressão-tristeza (estar na fossa) como para designarem a doença que consiste num estado "anormal" de cansaço, tristeza, falta de prazer e angústia.

As pessoas sujeitas à depressão são as mesmas pessoas capazes de serem carinhosas. Claro que é muito melhor ser carinhoso sem passar pelas agruras dos estados depressivos; contudo, a

suscetibilidade a ficar deprimido e sofrer representa, também, sinal de um aspecto saudável de funcionamento mental, necessário para que a pessoa possa ser feliz.

Ansiedade, aflição

O estado de sofrimento que as pessoas chamam de ansiedade, angústia, aflição ou inquietarão é muito comum. Frequentemente, essa angústia ou aflição psíquica é acompanhada de mal-estar e mau funcionamento físico. As pessoas sentem falta de ar, tonturas, palpitações (isto é, batimentos cardíacos muito fortes ou muito rápidos), tremores, suores, ondas de frio ou calor, perturbações digestivas, formigamentos e dores no tórax. Mais ainda: muitas vezes, as pessoas têm medo de morrer ou de perder o controle e "enlouquecer". Conversando-se com essas pessoas, elas reconhecem que vivem sob constante sobressalto, como se um desastre estivesse na iminência de acontecer.

Numerosas pessoas sentem esse tipo de angústia há muitos anos, e mesmo desde a infância, sem lembrar alguma época em que tivesse sido diferente. Outras, ao menos no início da doença, não apresentam tais sintomas de forma continuada mas episódica; nessas ocasiões, a ansiedade pode ser muito intensa e acompanhada de sintomas físicos extremamente incômodos, constituindo o que chamamos de ataque de pânico.

O pânico do Flávio

Flávio foi sempre sensível e afetuoso, um pouco mais do que os meninos costumam expressar. No velório do seu tio, a quem era muito ligado, e que faleceu subitamente num acidente de carro, Flávio teve a sensação apavorante de que ia morrer também e "ir junto" com o tio. Essa sensação durou cerca de uma hora, aliviando depois, mas voltou diversas vezes nos dias seguintes. Necessitou, então, de atendimento psiquiátrico, que incluiu o uso de medicamentos de efeito antipânico.

O "esgotamento nervoso"

Há uma idéia popular de que as pessoas podem vir a ter uma perturbação mental por excesso de trabalho (ou de estudo). Assim, diz-se que "Fulano ficou esgotado" por ter trabalhado muito. No entanto, muitas pessoas trabalham muito, durante vários anos, e nunca ficam esgotadas. Na verdade, nem estudo nem trabalho causam esgotamento nervoso ou esgotam um indivíduo, ou, se isso ocorre, é muito raro. O que o trabalho faz, isto sim, é ajudar o indivíduo a aprimorar seus métodos e aumentar sua capacidade laborativa.

O que causa esgotamento não é o excesso de trabalho, ou de estudo, mas trabalho ou estudo realizados em condições de excessiva tensão emocional — ou estresse. Não é raro, por exemplo, ver um jovem que estudava muito apresentar um desequilíbrio emocional ou esgotamento nervoso. Então, uma avaliação mais minuciosa vai mostrar que o jovem se sentia mal já muito antes do esgotamento nervoso, até que, não podendo agüentar mais, se desequilibrou. A dedicação intensa ao estudo representava a canalização da sua capacidade para um setor onde sentia menos dificuldades; ou a tentativa de compensar, na área intelectual, deficiências sentidas em outras áreas, como a afetiva ou a social.

A propósito: há evidências, atualmente, de que, assim como acontece em relação à capacidade muscular, que se desenvolve com o exercício adequado, também a capacidade intelectual de um indivíduo — sua inteligência — se aprimora com o uso.

A importância do psicológico

Em geral, sensações anormais de cansaço, tristeza, falta de prazer e angústia têm a ver, em proporção menor ou maior, com o que chamamos de fatores psíquicos. Tais fatores podem expressar-se de diversas maneiras. Por exemplo:

uma pessoa aprendeu hábitos ou padrões de comportamento que foram adequados em uma certa fase de sua vida, em geral na sua infância; mais tarde, no entanto, noutras situações, esses hábitos ou padrões de comportamento se tornam inconvenientes e, se ela não for flexível para se adaptar às novas condições, terá

dificuldades e entrará em situação de tensão ou estresse, expressa através de cansaço, tristeza ou falta de prazer e angústia;

uma pessoa passa por situações de muito sofrimento ou traumatizantes — na maioria das vezes, situações de infância — que deixam lembranças ou marcas; em ocasiões posteriores, ela tenderá a reagir e se comportar entrelaçando, com os novos acontecimentos, as influências e os resquícios das vivências antigas, com resultados prejudiciais;

uma pessoa que não apresentava grandes desajustes psíquicos passa por uma série de eventos muito penosos — que podemos chamar estresses — de tal forma que acaba fraquejando ou se esgotando.

Também existe o corpo

Uma série de condições predominantemente do tipo físico podem desencadear nas pessoas sensações de cansaço, tristeza ou falta de prazer e angústia.

a constituição: chamamos de constituição o conjunto de características corporais, inclusive e especialmente as cerebrais, determinantes do funcionamento da personalidade. Parte dessas características constitucionais é herdada e parte se desenvolve no correr da vida. Entre as características constitucionais se incluem: maior ou menor necessidade de sono; maior ou menor apetite; menos ou mais vigor — no começo, no fim ou ao longo do dia; agilidade ou lentidão de movimentos etc.

fatores hormonais: hormônios são substâncias produzidas por certos órgãos — as glândulas endócrinas — com a função de regular o funcionamento do organismo. Alterações glandulares (endócrinas) podem desencadear graus variáveis de cansaço, tristeza e angústia. Um exemplo bem conhecido é o da alteração de humor relacionada às fases do ciclo menstrual, que acomete até cerca de trinta por cento das mulheres.

fatores metabólicos (inclusive alimentares): metabolismo é o conjunto das diversas reações ou transformações, necessárias à vida, envolvendo as substâncias químicas obtidas através dos

alimentos. Aspectos relacionados com a alimentação e com o metabolismo podem desencadear sensações desagradáveis de cansaço, tristeza ou falta de prazer e angústia, como, por exemplo, em alguns casos de deficiências vitamínicas ou em algumas pessoas submetidas a certos regimes alimentares, tais como dietas de emagrecimento.

Psíquico versus físico, "ou isto ou aquilo"

Embora se julguem, em geral, muito espertas, as pessoas tendem a pensar de modo simplista e a raciocinar em termos de "ou isto ou aquilo". Assim também, se falarmos em cansaço, tristeza ou falta de prazer e angústia, muitas pessoas tendem a pensar que esses fenômenos têm uma causa ou característica única, que são físicos ou psíquicos.

Em algumas situações, esse tipo de raciocínio tem validade:

ou branco ou preto, ou honesto ou patife, ou vivo ou morto, ou grávida ou não-grávida.

Contudo, em outras situações, a explicação mais correta é a que evidência a dualidade:

"um pouco disto e um pouco daquilo", cor cinza mais clara ou menos clara, amarelo esverdeado, bom em certos aspectos e mau em outros etc.

Assim, em muitos dos temas deste livro — cansaço ou fadiga, tristeza ou falta de prazer e angústia —, a oposição psíquico ou físico pode conduzir a enganos; é mais correta a explicação de que tais fenômenos são um pouco disto e um pouco daquilo, quer dizer, um pouco psíquicos e um pouco físicos.

Físico e emocional, "isto e aquilo"

Os fatores físicos e os fatores psíquicos não agem isoladamente. Isso significa que:

a) de um lado, por mais psíquico que seja um fenômeno — como uma grande alegria ou uma grande tristeza —, para que ele

aconteça na pessoa, é necessário que ocorram, ao mesmo tempo, certas modificações elétricas ou químicas nas células cerebrais envolvidas no desenrolar do fenômeno e no seu registro, permitindo à pessoa dar-se conta dele, isto é, sentir-se alegre ou triste;

b) de outro lado, por mais físico ou corporal que seja um acontecimento — uma anemia ou uma fratura —, seu registro no cérebro do indivíduo vai repercutir em sua maneira de sentir-se ou de sentir seu corpo.

O hipotálamo, o locus-coeruleus e o Papai Noel

Minha tia tem três vizinhos, boas pessoas, pais de família dedicados e geralmente afáveis: os srs. Celso, Ernesto e Miguel.

Celso é atencioso, interessado em saber se minha tia está bem, costuma dizer que "qualquer coisa de que precise, é só pedir". Há três anos, contudo, faleceu a mãe de Celso e ele demonstrou profundo abalo. Emagreceu a olhos vistos, quase não falava, dizia apenas algumas palavras meio abafadas quando enxergava a minha tia e tinha o rosto como de quem está prestes a chorar. Por uns vinte dias, não saiu de casa nem para trabalhar. Depois, pareceu voltar ao normal, ainda que, no início do ano passado, tenha apresentado, mas por pouco tempo, um comportamento parecido ao daquela época em que perdeu a mãe.

Miguel, de quarenta e dois anos, está no seu segundo casamento e agora tem um filho com Sônia, sua segunda mulher. É muito ativo, inteligente, um bem-sucedido chefe de vendas de uma concessionária de automóveis. Em geral, parece um pouco "nervoso, apressadinho", mas é mesmo um bom sujeito, muito prestativo. Há fases, entretanto, especialmente quando tem algum desentendimento na empresa, ou quando as vendas diminuem, em que seu "nervosismo" aumenta e ele passa por situações em que se sente profundamente humilhado, pois não consegue andar sozinho, com medo "de ter um ataque e morrer"; nessas fases, com relativa paciência, Sônia o acompanha. Já fez psicoterapia, e conseguiu entender alguns aspectos emocionais ligados ao aparecimento desses sintomas. Apesar disso, contudo, as crises se repetem, e só melhoram com o uso de medicamentos.

Ernesto é afetuoso, delicado com a esposa, Solange, e muito companheiro dos três filhos. Tem uma loja de confecções e é um

negociante hábil e estimado. Mas, no fim do ano — quando, aliás, suas vendas aumentam bastante —, em vez de andar alegre, ele muda, parece triste todo o tempo, evita falar com os filhos, exagera um pouco no vinho e, à noite, chora durante o sono. Ele mesmo acha esquisita a sua conduta, mas não sabe por que isso acontece e não consegue se modificar, até que passem as festas de fim de ano: faz bastante tempo e ele já nem lembra aquele mês de dezembro quando tinha nove anos. O vô Euclides já lhe havia contado que o Papai Noel era ele mesmo, mas tinham combinado que Ernesto fingiria acreditar na fantasia quando, quase à meia-noite, o avô insistisse em que tinha de sair e voltasse disfarçado, com as roupas vermelhas e um travesseiro na barriga. Dessa vez, o avô-Papai Noel lhe trouxe uma nova bicicleta, como havia prometido, já que a outra estava muito pequena. Contudo, dois dias após o Natal, subitamente, quando tomava o café da manhã, vô Euclides pareceu engasgar-se e caiu, vítima, segundo o Dr. Teimo, de um ataque cardíaco fulminante. Ernesto chorou muito e por longo tempo não usou a bicicleta. Depois, a vida continuou, ele foi crescendo e, curiosamente, como que uma nuvem de esquecimento sobre a morte do avô pareceu envolvê-lo. Hoje, Ernesto percebe apenas que fica triste em dezembro e não gosta do Natal, mas não sabe de onde vem essa tristeza. Cada vez que, nas lojas enfeitadas, avista um Papai Noel, fica a procurar, como se fosse uma criança — e não encontra —, o rosto meigo do vô Euclides.

Em resumo, o problema de Celso, desencadeado pelas emoções intensas da perda da mãe, se relaciona, principalmente, a uma parte do cérebro chamada hipotálamo; sintomas de ansiedade, como os de Miguel, provavelmente se relacionam a uma alteração de funcionamento da zona cerebral chamada locus-coeruleus; como se compreende facilmente, o problema de Ernesto é sobretudo emocional (ou "psicológico"), mas, para que os fatos da sua infância possam afetar seu comportamento de adulto, é necessário que estejam registrados nas estruturas do seu cérebro.

As tendências familiares

Ao examinar o funcionamento das famílias, ao longo de duas ou três gerações, notamos que, assim como apresentam certos traços físicos comuns, tais como estatura corporal, cor de pele e resistência ou suscetibilidade a doenças físicas, também demonstram certos padrões de funcionamento da personalidade — ou jeitos — comuns a vários dos seus membros. Isso se nota, por exemplo, em aspectos de convívio social, na maneira como se sentem e sentem a vida e como reagem aos acontecimentos.

Também aqui temos o físico junto com o psíquico e não ou físico ou psíquico. Quer dizer, assim como muitas semelhanças físicas são herdadas pelos membros da família, também muitas semelhanças de funcionamento mental são herdadas através de características registradas especialmente no cérebro dessas pessoas. E, ao mesmo tempo, outros dos aspectos mentais ou psíquicos de funcionamento foram adquiridos no ambiente familiar comum, através de aprendizado ativo ou por imitação.

Um exemplo é o daquelas famílias em que o pai e a mãe têm temperamentos muito diferentes. Então, se há vários filhos, pode acontecer que, por herança assim como por imitação, alguns mais nitidamente "puxam" ao pai e outros são semelhantes à mãe e ainda alguns têm uma combinação mais equilibrada das características de ambos. Essa herança ou imitação tanto se verifica em aspectos físicos (predominantemente herdados), como no comportamento ou em outros aspectos do funcionamento mental.

Da mesma forma, notamos que em certas famílias as pessoas são muito ativas e alegres, ao passo que, em outras, tendem a ser mais lentas ou passivas, preocupadas e entristecidas

AS DOENÇAS DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Fundamentos científicos

Cada vez mais, e especialmente nas três últimas décadas, acumulam-se evidências de caráter científico fundamentando o conceito de que sensações muito intensas ou prolongadas de fadiga ou desânimo, falta de prazer e ansiedade constituem estados de doença, expressão com a qual queremos dar a entender que são patológicas as alterações psíquicas e as alterações corporais (cerebrais) que acompanham determinadas situações, e que não podem ser modificadas pela pessoa afetada sem o auxílio de um terapeuta. Repetindo: os pacientes num estado de depressão moderada ou severa são incapazes de reverter este quadro por seus próprios recursos.

Citaremos algumas das evidências que fundamentam esse conceito:

em 1936, Hans Selye descreveu as modificações do funcionamento corporal que ocorrem quando um animal passa por uma situação de perigo, e a estas modificações Selye chamou "síndrome geral de adaptação" ou "resposta generalizada ao estresse"; o mesmo acontece com os seres humanos;

em 1937, Papez descreveu as partes do cérebro relacionadas com as emoções e suas conexões com outras estruturas cerebrais mais diretamente vinculadas ao funcionamento intelectual do indivíduo (pensamentos);

em 1948, John Cade descobriu que pacientes em estado de excitação — portadores do que então se chamava psicose maníaco-depressiva e hoje se chama depressão bipolar — melhoravam muito com o uso de lítio, uma substância de propriedades químicas parecidas com as do sódio, elemento que existe abundantemente no corpo humano;

em 1956, Roland Kuhn descobriu que uma certa substância chamada imipramina (hoje comercializada em todo o mundo como antidepressivo) melhorava o estado de ânimo de certos pacientes; depois disso, foram sintetizadas algumas dezenas de outros medicamentos capazes de produzir efeitos análogos;

ao redor de 1955, observou-se que um remédio eficiente para o tratamento da hipertensão arterial, a reserpina, provocava depressão severa em muitas pessoas, inclusive com tentativas de suicídio;

alguns anos após, experiências com macaquinhos criados em situações adversas mostraram como eles desenvolviam um comportamento anormal, muito semelhante às atitudes apresentadas por alguns pacientes depressivos; ficou evidenciado que esses macaquinhos traumatizados tanto melhoravam com um tratamento psicoterápico, isto é, postos a brincar em ambiente favorável com macaquinhos normais, como melhoravam com o uso de imipramina, aquela droga cujo efeito antidepressivo Kuhn descobrira;

observou-se que, durante as sessões de psicoterapia, as variações emocionais no paciente acompanham-se de alterações em algumas substâncias químicas no seu corpo, como o cortisol, secretado pela glândula supra-renal;

foi notado que muitos pacientes em depressão severa apresentam quantidades anormais de certas substâncias no seu cérebro, bem como alteração na quantidade e no ritmo de produção de diversos hormônios, tanto no cérebro como em outros órgãos, por exemplo, as glândulas tireóide e supra-renal;

Em resumo, tornou-se claro que:

há uma interação entre o funcionamento cerebral e as situações da vida de uma pessoa;

substâncias químicas, ingeridas pela pessoa ou produzidas no seu organismo, alteram suas emoções e estado de ânimo.

Aliás, há muito tempo é sabido que a maneira de viver de uma pessoa afeta seu corpo, podendo causar um estado de doença. Por exemplo: quem passa por uma etapa de sobrecarga pode desenvolver uma úlcera péptica no duodeno, provocada por alterações reacionais ao período estressante. Sabe-se também que, depois de estabelecida essa úlcera péptica, mesmo que a pessoa supere os motivos do seu estresse, podendo despreocupar-se e ficar alegre, continuará, independente de qualquer esforço ou boa vontade, tendo a úlcera e, para curá-la, necessitará de atendimento médico adequado. O mesmo acontece se os estresses de uma pessoa, na sua vida atual ou na sua infância, em vez de terem deixado marcas no seu duodeno, como no caso da úlcera péptica, tenham se registrado naquelas partes do cérebro que regulam o sono, o apetite alimentar e sexual, as sensações de calma ou inquietação e de alegria ou tristeza e os seus padrões de secreção hormonal.

As doenças

Estes estados anormais de cansaço, falta de prazer e angústia podem ser classificados, em sua maioria, como uma das seguintes doenças:

as depressões — também chamadas distúrbios do humor ou desordens afetivas — em que os sintomas principais são falta de prazer e cansaço ou desânimo, frequentemente acompanhados de intensa angústia;

as desordens ou distúrbios de ansiedade, em que o sintoma principal é a angústia (ansiedade), ocorrendo em crises isoladas ou continuamente.

Esses dois grupos de doenças possuem muitos aspectos em comum, inclusive os referentes a tratamento, mas apresentam também algumas diferenças importantes. Por isso, ao examinar cada paciente, o psiquiatra procura determinar com exatidão se a

doença básica é do tipo depressão ou é do tipo desordem de ansiedade. A avaliação minuciosa e o diagnóstico correto são imprescindíveis para o tratamento adequado.

Contudo, para as pessoas leigas, a quem se dedica este livro, o importante é saber: cansaço, falta de prazer e angústia, de forma prolongada ou intensa, em conjunto ou isoladamente, são sinais de doenças, para as quais já existe tratamento médico eficiente.

AS DEPRESSÕES OU DESORDENS AFETIVAS

Depressões e acelerações

As depressões — também chamadas desordens afetivas ou distúrbios de ânimo ou de humor — podem se apresentar em duas formas básicas:

- transtornos de humor tipo unipolar ou, simplesmente, depressões, em que os sintomas são apenas do tipo ("pólo") depressivo, isto é, cansaço ou desânimo, falta de prazer e angústia; e
- transtornos de humor tipo bipolar (antes chamadas maníaco-depressivas), em que as fases de letargia, falta de prazer e angústia se alternam com fases de aceleração psíquica, euforia exagerada e hiperatividade.

AS DEPRESSÕES UNIPOLARES

As distimias ou neuroses depressivas

Com a Alice, não me preocupo

Alice é a mais velha dos quatro irmãos. Os outros—Artur, Fernanda e Sabino — já casaram, mas Alice continua morando com a mãe, dona Odete. Auxilia no escritório de Artur, que é ativo, animado e bem-sucedido como representante comercial. Os fins de semana Alice geralmente passa em casa, cuidando, junto com dona Odete, das crianças do Artur e da Fernanda, que ficam lá. Antigamente, os irmãos insistiam em que saísse com eles, mas ela tanto recusou, explicando que preferia ficar em casa ou que se sentia cansada ou com sono, que deixaram de convidá-la. Aliás, ela nunca fora de muitos passeios: desde adolescente, dizia que gostava mais de ficar em casa do que de sair, o que agradava muito dona Odete, que dizia: ' 'Com a Alice, não me preocupo". Mas, de uns tempos para cá, dona Odete enfim passou a enxergar que nem tudo vai tão bem com Alice, porque ela está mudando, mostrando-se amargurada, ranzinza, irritada com a mãe. E até no escritório anda mal-humorada, dizendo que a vida é muito cansativa, muito ruim, ' 'assim não vale a pena viver". É como se Alice tivesse acordado e se dado conta de que o tempo passou: já está com trinta e quatro anos e sua vida tornou-se muito limitada. Gostaria de ter alguém com quem pudesse construir uma família, filhos, sua casa, mas homens com capacidade de serem bons companheiros não costumam bater à porta de mocinhas tímidas, perguntando se querem casar. Além disso, também gostaria de ter mais dinheiro; há alguns meses, Artur decidiu que precisava de um

gerente para o escritório e contratou alguém de fora, porque Alice não tem o dinamismo necessário. Tentou ficar braba com o irmão, mas refletiu que não tinha razão: apesar de tudo, ele é quem mais tenta ajudá-la.

Muitas pessoas, ao longo da vida, apresentam cansaço, tristeza ou falta de prazer e angústia numa intensidade tal que lhes é difícil viver bem e sentir o prazer de estarem vivas, ainda que trabalhem e atendam a seus compromissos familiares. Elas têm formas leves ou moderadas dos distúrbios afetivos, as chamadas distimias ou desordens depressivas menores, que se denominavam, antigamente, neuroses depressivas. Em geral, as distimias são crônicas (continuadas) ou intermitentes (presentes quase todo o tempo, em intensidade variável); elas são ditas recidivantes, quando há períodos mais longos de alívio, intercalados com as fases depressivas.

Muitas vezes, não aparece o quadro completo da doença. Por exemplo, as pessoas sofrem apenas do cansaço ou pouco vigor, chamando-se a si próprias de preguiçosas ou molengas. Como se pode afirmar que esse vigor menor é, na verdade, uma doença depressiva? Fácil! Um dia, uma dessas pessoas passa a apresentar sintomas mais intensos e os traços incômodos de comportamento ficam mais visíveis, de tal modo que a pessoa ou familiares entendem que há algo mais do que "indolência" e a pessoa vai ou é levada ao médico. Então, sendo bem-sucedido o tratamento da depressão nessa forma mais severa, acontece que o paciente modifica também aqueles hábitos "preguiçosos" prévios e passa a se sentir "como há muitos anos não me sentia".

Os episódios depressivos severos

Os episódios depressivos severos são uma forma mais acentuada da doença, em que os mesmos sintomas de letargia, falta de prazer e angústia se apresentam em nível muito elevado. Podem ter início abrupto ou progressivo: alguns dos pacientes relatam que estavam bem até o início da doença e que esses sintomas são muito diferentes da sua personalidade anterior. Em

outras pessoas, os sintomas constituem a intensificação de maneiras prévias de funcionamento ou de um estado depressivo antigo de menor intensidade.

Há completa perda de prazer e a tristeza e angústia atingem níveis que os pacientes consideram indescritíveis: "O que eu sofro, doutor, ninguém consegue nem imaginar. . ." Noutros casos, assomam à consciência infundadas e terríveis auto-acusações. Há alterações de movimento, e o paciente apresenta uma falta de forças que o paralisa ou mostra uma aflição exacerbada, não conseguindo parar quieto. Há perturbações de sono, de apetite e de desejo sexual.

Há situações em que o episódio depressivo parece provocado por um estresse mais grave, como a perda de uma pessoa querida ou a doença de um filho, mas, uma vez instalado, o distúrbio depressivo tende a seguir um curso autônomo. Assim, pode acontecer que, mesmo com a recuperação do filho, a mãe continue em depressão; ainda mais freqüente é acontecer que a doença depressiva só se instale depois do restabelecimento da saúde do filho.

Daniel, a aflição e a insônia

Daniel tem quarenta e oito anos e é funcionário do Ministério da Fazenda. Vem à consulta junto com a esposa e um dos três filhos, e o jeito deles é carinhoso, demonstrando o cuidado da família com o estado de Daniel. Sempre foi um pouco introvertido, contumaz, mas afetuoso, bom pai, estimado pelos vizinhos e colegas de trabalho. Há um mês, na época de fazer a declaração do imposto de renda, começou a ficar nauseado, sem apetite, aflito, nervoso, com pesadelos, o oposto do habitual. Há dez dias não vai trabalhar; não dorme à noite e fica deitado durante o dia. A preocupação da esposa é maior porque um irmão mais velho de Daniel, há sete anos, teve uma crise semelhante e, embora tenha se tratado e melhorado um pouco, nunca ficou completamente recuperado (o que talvez se deva — pensou o psiquiatra — a não ter realizado um tratamento adequado).

As depressões psicóticas

Depressões psicóticas são estados em que, além dos sintomas depressivos de inércia, falta de prazer e angústia, a pessoa apresenta outros, como ilusões ou alucinações, especialmente do tipo auditivo, isto é, passa a "ouvir vozes". As vozes parecem, ao paciente, como de pessoas conhecidas, inclusive familiares, ou de entidades relacionadas à sua crença religiosa; ele não consegue perceber que elas são produzidas no seu cérebro.

O paciente pode, também, ter a consciência tomada completamente por idéias falsas, e interpretar distorcidamente fatos da vida real ao seu redor; a isso chamamos "idéias delirantes".

As vozes absurdas

Enquanto atendia Daniel, o psiquiatra intuiu ou "sentiu" (esse tipo de sentir, em Psiquiatria, é chamado contratransferência) que havia algo mais a esclarecer. Pedindo que saíssem da sala de consultas a esposa e o filho, ficou sabendo que, durante esses últimos dez dias, Daniel tem ouvido vozes, muito insistentes, afirmando que é homossexual e que deve se matar. De início, supunha que era fruto da sua imaginação, mas agora acha que é verdade, que de fato há pessoas falando mal dele. Diz que a pressão é insuportável e, chorando, pede que o médico o envenene para livrar-se dessa tortura.

As depressões endógenas e a melancolia

Muitos dos pacientes em estado depressivo mais severo apresentam também perturbações no seu funcionamento orgânico: sono, apetite e funções sexuais. Por isto, uma pessoa passa quinze dias sem dormir ou acorda de madrugada em sobressalto. Falta-lhe o apetite, não consegue engolir a comida e perde dez ou doze quilos em poucos dias. Desaparecem o desejo sexual e a capacidade de orgasmo, cessam as menstruações. Além dessas, surge uma variedade de outras alterações orgânicas

— há perda de cabelos e mudam os hábitos intestinais, a cor da pele e o timbre da voz.

Com sintomas físicos tão notáveis, fazia-se lógico supor a existência de fatores internos ao organismo do paciente provocando a depressão. Para designar esse tipo de doença, portanto, Hipócrates, há bastante tempo (dois mil e quatrocentos anos), cunhou a designação melancolia, na hipótese de que o fator interno causador da depressão fosse a bile negra, pois melano, em grego, quer dizer negro; na década de trinta, surgiu a designação moderna de depressão endógena. Embora saibamos hoje que o local das alterações orgânicas relacionadas com a depressão é o cérebro e não o fígado, onde a bile é produzida, a denominação de Hipócrates ainda é bastante usada porque descreve um conjunto bem característico e facilmente identificável de sintomas, como os de Dóris.

Dóris prefere os comprimidos

Desde menina, Dóris foi ágil, ativa, animada. Firme e entusiasmada nas suas opiniões, mostrava-se apaixonada nos seus namoros de adolescente, mas seus arrebatamentos eram fugazes. Assim como vibrava com um colega de aula, dizia que ele era esplêndido, exagerava na descrição dos seus talentos, pouco depois já se aborrecia e outro era eleito o alvo dos seus sentimentos de menina-mulher. Aos dezoito anos, recém iniciando a Faculdade, teve um período de "esgotamento", com crises de choro e pavor intenso. Precisou faltar a duas semanas de aula e recebeu atendimento psiquiátrico; todavia, com o seu entusiasmo característico, compensou a ausência às aulas e não perdeu o semestre. E, com o mesmo jeito voluntarioso, recusou continuar o tratamento, não obstante a insistência do médico e dos pais: "Tenho força de vontade, não preciso de psiquiatra". Casou ao terminar a Faculdade, e teve logo dois filhos. Aos vinte e nove anos, estando casada há seis, o caçula precisou ser hospitalizado durante alguns dias, pois estava com pneumonia. Dóris, no seu padrão de emoções intensas, preocupou-se muito, mas cuidou bem dele, todo o tempo, no hospital. Contudo, duas semanas depois da recuperação de Eduardo, subitamente, de manhã, ao acordar, Dóris notou que estava aflita, numa maneira diferente do que costumava ser, inquieta e medrosa. Como um relâmpago, veio-lhe à lembrança o episódio dos dezoito anos, que havia

praticamente esquecido. Nos dias seguintes, seu molestar agravou-se, perdeu completamente o apetite e só conseguia adormecer, por uma meia hora, alta madrugada. Dizia que era uma mãe ruim, que os filhos eram ótimos mas não sabia atendê-los e que, se desaparecesse, seria um alívio para seu marido e as crianças. Ao ser examinada pelo médico da família, estava emagrecida, os olhos enormes no rosto amarelado, e pedia que lhe desse veneno para a família ficar livre dela. Dr. Guilherme conseguiu que fosse vista imediatamente pelo psiquiatra. Hospitalizada e sob cuidados intensivos, melhorou com uma dose relativamente alta de imipramina. A dose do medicamento foi diminuída em parte, mas, na experiência com uma dose ainda menor, pareceu que os sintomas iam voltar, e Dóris foi bem firme ao declarar que prefere os comprimidos ao risco de voltar a depressão.

Existem, há muitos anos, testes de laboratório que detectam, em muitos desses pacientes, alterações na quantidade e no ritmo da produção dos hormônios e de outras substâncias do organismo.

Como acontece também em outras doenças não psiquiátricas, muitas vezes se observa a existência de um acontecimento traumático servindo como fator emocional desencadeante dum primeiro episódio de melancolia. Depois, contudo, se não for feito o tratamento adequado, a depressão segue um curso autônomo, com o surgimento de novos períodos de doença, independente de fatores psicológicos.

As depressões reativas

Em oposição às depressões endógenas ou melancolias, outros quadros depressivos têm sintomas físicos menos marcados e constituem o que durante anos se chamou de depressões reativas. Entendia-se, então, que o quadro depressivo exprimia a reação da personalidade a um acontecimento importante (o fator emocional desencadeante) que algumas vezes — mas nem sempre — se conseguia identificar na vida do paciente. No caso de Denise, era fácil descobrir o motivo provocador do início da doença.

Quando Gunther morreu

Denise era animada e afetuosa. Mal saindo da adolescência, apaixonou-se por Gunther, pouco mais velho do que ela, e casaram sem muita demora. Quiseram ter vários filhos e trabalharam arduamente, um ao lado do outro, até conseguirem uma condição econômica mais segura e verem os filhos mais velhos já se encaminhando na vida. Certa vez, Tomaz, o caçula, teve um episódio grave de encefalite, que requereu cuidados constantes durante meses; afortunadamente, Tomaz recuperou-se completamente, sem seqüelas. Contudo, no ano seguinte, quando já antecipavam uma situação mais tranqüila de vida, Gunther faleceu num acidente de carro, em viagem de negócios, colhido por uma camionete que viajava na contramão, em alta velocidade. A tristeza e o desespero de Denise foram tão fortes quanto era o seu amor. A companhia do marido lhe enchera de alegria vinte e quatro anos de vida; a falta dele a deixava atordoada, sem objetivo, sem forças. Sentia raiva de Gunther, por ele ter ido embora, o que a deixava ainda pior: sabia que era um sentimento absurdo, porque ele não tivera culpa no acidente, e então se julgava malvada e indigna. Perdeu dezenove quilos e nunca mais menstruou. Arrastava-se pela casa de dia, e agoniava-se de noite, sem dormir; amargurava-se porque não estava dando aos filhos os cuidados de que eles ainda necessitavam. Assim passou dez anos, até que, um dia, soube de um psiquiatra que ajudara muito uma antiga amiga sua. O caminho da volta também foi sofrido, mas, aos poucos, recomeçou a sorrir mesmo entre as lágrimas, as lembranças e a saudade. Com o apoio do médico, e com psicoterapia e antidepressivos, Denise aos poucos se recuperou. Mantém as ternas recordações de Gunther, mas conseguiu voltar ao mundo, no convívio dos netos e acompanhando os filhos na condução dos negócios da família.

Durante muitos anos, pelo mau hábito de pensar "ou-isto-ou-aquilo", se discutiu se as depressões seriam doenças endógenas e, portanto, físicas, ou se seriam, ao invés, reativas e, então, psicológicas. O que ocorre, na verdade, é que, no conjunto, os pacientes com a doença depressiva, uns e outros, apresentam proporção menor ou maior de influências ou fatores psíquicos em relação a causas e desencadeantes físicos.

As depressões atípicas

Aproximadamente setenta por cento dos pacientes com os quadros severos de depressão apresentam os sintomas típicos de melancolia, incluindo inquietação física, insônia severa e marcada perda do apetite alimentar e do peso corporal. Depressão atípica é a denominação usada para designar um quadro em que, ao contrário, o paciente apresenta apatia, muita sonolência, excesso de apetite e aumento de peso.

Isabel engordou na depressão

Isabel sempre fora magra, até que, após alguns anos de casada, talvez por causa dos problemas que estivesse tendo com o marido, começou a apresentar períodos de angústia, acompanhados de uma fraqueza intensa, a qual lhe tornava difíceis mesmo as mais simples tarefas da casa e a fazia desejar apenas estar deitada no quarto escuro. Custava muito para pegar no sono à noite e precisava muito esforço, de manhã, para acompanhar o café das crianças que saíam para a escola; depois, voltava à cama e dormia até quase o meio-dia. Tinha enorme apetite, principalmente por pães e doces. Estando uns dez quilos mais gorda, decidiu finalmente pedir auxílio ao seu ginecologista, que a encaminhou ao psiquiatra. Isabel estava tendo uma depressão atípica.

Outras formas de doença depressiva

Depressões secundárias a outras doenças

É o caso daquele paciente com uma aparência típica de depressão, "igualzinho aos outros pacientes", em quem, no entanto, os sintomas depressivos são a maneira pela qual está se manifestando uma perturbação do funcionamento de outro órgão. Depressão secundária, portanto, é uma hipótese sempre presente no raciocínio do psiquiatra ao avaliar um paciente. Entre as doenças orgânicas que podem se manifestar através de sintomas

depressivos, temos as seguintes: doenças glandulares, como da tireóide, da hipófise e das supra-renais; deficiências ou excessos de vitaminas; infecções, como encefalites e hepatites; certas doenças neurológicas, doenças cardíacas e alguns tumores.

Pena que não é câncer, doutor

Mário, na casa dos quarenta, contou que, há três anos, vivia numa instabilidade emocional quase diária, em que se alternavam inquietação e crises de raiva com tristeza, angústia desespero. Quando o psiquiatra, com jeito, perguntou sobre idéias de suicídio, explicou: "Não agüento mais, doutor; se não fossem as crianças, eu já tinha dado um jeito nisso". Fizera alguns tratamentos, mesmo com medicamentos antidepressivos, sem benefício. A dosagem de hormônios indicou que Mário estava com hipertireoidismo. Quando o psiquiatra lhe anunciou que tinha uma doença na tireóide, mas que não se preocupasse porque não era câncer, respondeu: "Que pena, doutor!" Recomeçando o uso de antidepressivos, junto com os medicamentos para o hipertireoidismo, Mário se sentiu melhor, mas ainda não estava completamente bem. Depois de mais algumas experiências, passou a usar também clonazepam, um medicamento do tipo "estabilizador de ânimo", e voltou, enfim, ao funcionamento anterior da sua personalidade. Então, ele disse: "Antes eu estava louco, mas agora estou bom, estou ótimo, doutor".

Magali e as brigas do casal

Magali, antes, era ativa e animada, mas desde uns três ou quatro anos vinha se sentindo com menos vigor, com preguiça e sonolência, irritada com as crianças, impaciente com Décio e pouco interessada em situações de carinho. No último ano, o casal passou a ter discussões mais azedas, com as queixas de Décio sobre a irritação e a apatia da Magali. Com isso, o ânimo dela piorou mais ainda, passou a ter crises de choro e vontade de morrer. Como uma amiga, também com problemas no casamento, começara a fazer psicoterapia e se sentia bem, Magali resolveu ir a uma consulta. Dr. Gabriel fez também perguntas sobre seu estado físico e notou que sua fisionomia tinha certo embotamento e a pele parecia seca e engrossada. Disse que a modificação de personalidade que Magali vinha mostrando nos últimos anos talvez fosse resultado de hipotireoidismo e pediu alguns exames laboratoriais. Dr. Gabriel tinha razão, os exames confirmaram sua

hipótese, e Magali passou a usar hormônios da tireóide, receitados pelo endocrinologista, em vez de fazer tratamento psiquiátrico. Em poucas semanas, tinha de novo seu jeito antigo, que Décio tanto apreciava, e pararam as brigas do casal.

Depressões secundárias ao uso de medicamentos

A medicina moderna conta com uma variedade de medicamentos muito poderosos e úteis. Os efeitos desses medicamentos, contudo, ainda não são muito específicos, quer dizer, os medicamentos afetam não apenas o aspecto doentio do organismo, mas agem também em outras partes, podendo, ao mesmo tempo em que são benéficos quanto à doença, produzir perturbações em outras áreas. Assim, ao usarmos um medicamento conveniente e necessário para atacar certa doença, pode ocorrer que esse medicamento secundariamente altere o funcionamento cerebral, fazendo aparecerem sintomas como os das doenças depressivas. Alguns dos medicamentos que, com mais freqüência, produzem depressão secundária são os seguintes:

- algumas drogas anti-hipertensivas, como a reserpina, atualmente pouco usada, a alfametildopa, o propranolol (um medicamento de ótimos efeitos no sistema cardiovascular, da classe dos chamados bloqueadores beta-adrenérgicos) e a clonidina;
- alguns anticoncepcionais; alguns anti-histamínicos, como a cimetidina; alguns antiinflamatórios, como a indometacina; antiparkinsonianos, como a levodopa, a carbidopa e a amantadina; e, ainda, a ciclosserina (usada no tratamento da tuberculose) e os corticóides (também ditos corticosteróides).

Sintomas de aceleração secundários ao uso de medicamentos

Pode acontecer também que, ao invés de sintomas depressivos, os medicamentos causem sintomas opostos, isto é, de estimulação,

semelhantes aos de um quadro maniaco, com aceleração motora e psíquica e euforia indevida, que vemos nos pacientes com depressões bipolares (como Bernardo). Os medicamentos que mais freqüentemente causam sintomas de aceleração são os seguintes:

os próprios medicamentos antidepressivos;

os corticóides (que também causam depressões, como vimos acima);

medicamentos vasoconstritores, freqüentemente usados, mesmo sem receita médica, como descongestionantes nasais nos resfriados comuns, nas sinusites e em pessoas com rinite alérgica;

medicamentos de efeitos estimulantes, como as anfetaminas e os moderadores de apetite.

Depressões mascaradas

Essa é uma designação antiga e útil. O paciente está em uma situação interna — psicológica e cerebral — semelhante a uma depressão, mas sem apresentar os sintomas patognômicos, isto é, indicadores da doença: fadiga, falta de prazer e angústia. Em vez disso, apresenta outras modificações de personalidade, que mascaram os sintomas depressivos. Por exemplo, muitas dessas pessoas, nessas fases, começam a fazer uso excessivo de bebidas alcoólicas, mesmo detestando seu cheiro, e sem terem problemas habituais com bebida, ao descobrirem que o álcool dá algum alívio ao mal-estar. Outras pessoas passam a apresentar mau funcionamento de partes do organismo, sem que se detectem doenças concretas causadoras dessa disfunção.

Hélio, bebendo, outra vez

Hélio, quase cinquentão, está separado há cinco anos: o filho, de 21 anos, mora com ele, e a filha mora com a mãe. Hélio, assim como a ex-esposa, é pessoa afável, de forma que, mesmo com a separação do casal, o relacionamento entre todos eles é cordial. Hélio, juntamente com um sócio, é dono de uma empresa de administração de imóveis e, de uns dois anos para cá, aumentaram os problemas entre os dois. Mais ou menos por esse mesmo período, Hélio não vem conseguindo ficar em casa à noite. Se o

filho não está, sai para jantar, mas acaba em algum bar, bebendo até as duas ou três horas da manhã. Com isso, acorda mal no dia seguinte e chega mais tarde ao trabalho, o que não ajuda a resolver os problemas com o sócio.

Homossexualidade

Sabe-se que a homossexualidade é devida a causas psicológicas e constitucionais, incluindo, portanto, um componente de natureza genética. Não é raro acontecer que uma pessoa, começando a entrar em depressão, em vez de evidenciar os sintomas mais comuns, de letargia, tristeza ou ansiedade, passe a ter uma mudança de desejo sexual, sentindo atração por pessoas do mesmo sexo.

Depressão e dor

Muitas pessoas sentem dores intensas em alguma parte do seu corpo, mais freqüentemente na coluna ou na cabeça, sem que se descubra uma causa orgânica na região dolorida que justifique essa dor. Ainda que aspectos emocionais possam estar envolvidos, muito dessas dores relaciona-se com um mau funcionamento de algumas partes do cérebro e, embora não se saiba exatamente como isto acontece, é comum que melhorem muito ou completamente com o uso dos mesmos medicamentos indicados para o tratamento das depressões.

Uma dor louca, doutor!

Beatriz está com quarenta e dois anos, é professora, tem um marido atencioso, três filhos e mora numa cidade pequena do interior do Paraná. Beatriz não sabe mais o que fazer. Desde há uns quinze anos ela tem dor de cabeça e dor nas costas ("É uma dor louca, doutor!"). Fez exames numerosos nesse período. De fato, tem uma pequena escoliose, mas, como vários médicos lhe explicaram, essa escoliose é do mesmo tipo e grau da escoliose de muitas outras pessoas, que não sentem nada e nem sabem que

têm escoliose. Beatriz já fez massagens (oriental, ocidental e escandinava), yoga, ginástica e antiginástica. Muitos desses tratamentos lhe deram alívio temporário; depois, perderam o efeito. Beatriz tomou os analgésicos mais variados, dos receitados pelos médicos aos que se compram sem receita, e uma variedade de chás que tinham feito curas maravilhosas em outras pessoas, segundo lhe diziam. Há alguns anos, dentro da idéia de que sua dor "talvez seja psicológica", passou a viajar todas as semanas a Curitiba para fazer psicoterapia. Isso não era nada fácil, pois lhe tomava um dia todo: uma vez por semana, pegava o ônibus às seis da manhã, deixando os filhos, o marido, a casa e o trabalho e ia fazer o tratamento. Contudo, depois de alguns meses, não tivera qualquer melhora da dor e, embora gostasse de conversar com seu psicoterapeuta, desistiu da psicoterapia. Há pouco tempo, Beatriz voltou a ter esperanças. Consultando um outro psiquiatra, soube que, embora sua dor se relacione também com aspectos psicológicos (e pouco tenha a ver com sua coluna), ela é um sintoma muito mais ligado a um defeito de funcionamento cerebral. O médico lhe disse que existe tratamento eficaz para a sua dor, com medicamentos antidepressivos, e que há grande chance de que ela volte a ficar bem.

As depressões sazonais ou estacionais

Nos países onde as estações do ano são mais distintamente marcadas do que no Brasil, é comum ocorrer um tipo especial de doença depressiva, que aparece coincidindo com a diminuição da luz solar no começo do inverno: são as depressões sazonais. Os sintomas são típicos das depressões, geralmente com diminuição do vigor e aumento do apetite e do sono. As depressões estacionais se tratam administrando ao paciente uma quantidade adicional de luz de certo comprimento de onda.

Diane e a luz

Diane mora no Estado de Virgínia, nos Estados Unidos. Há alguns anos, vinha tendo episódios de depressão, que começavam aos poucos, entre outubro e novembro, tornando-se mais severos em dezembro e janeiro. Quando a neve principiava a ir embora,

Diane começava a melhorar. Primeiro, Diane supunha que era algo emocional, que o inverno tinha algum significado inconsciente maligno para ela. Em resposta a um anúncio de jornal, sobre o Programa de Pesquisas do Instituto Nacional de Saúde Mental, em Bethesda, perto de onde mora, procurou atendimento lá. Passou então a levantar duas horas mais cedo, sendo ainda noite, e ficava lendo, sob a luz intensa de um conjunto de lâmpadas fluorescentes que lhe foi emprestado pelo Instituto, e isso provocou a melhora de sua depressão. A hipótese dos pesquisadores era de que a luz, refletindo-se no livro que ela lia, atingia seu nervo ótico e provocava certas alterações no seu metabolismo. No ano seguinte, passou a usar a luz como medida preventiva, antes do surgimento da depressão. Numa consulta, já no inverno, ela disse: "Interessante, doutor, noutros anos, por esta época, eu estava na cozinha, querendo fazer bolinhos para comer, pensando que fosse algo aconchegante; era assim que começava minha depressão. Agora, já estamos no fim de novembro e não tenho nada disso".

As depressões nas pessoas com doenças cardíacas

Estudos realizados puseram em evidência um aspecto muito importante das depressões nas pessoas que estejam com doenças cardíacas. Foi demonstrado que a concomitância dos sintomas depressivos agrava muito a doença cardíaca, pelo que é fundamental a integração rigorosa entre o tratamento antidepressivo e o tratamento da doença cardíaca.

As depressões nas doenças de ansiedade

Sintomas de ansiedade ocorrem em muitas depressões. Afora isso, pessoas com doença de ansiedade são mais propensas, em certas épocas, a terem episódios de depressão.

Uso de drogas

Muitas pessoas, ao sentirem continuamente a falta de energia para as atividades da vida, a falta de prazer e a angústia, acabam descobrindo que algumas drogas, como o álcool, a nicotina do cigarro de tabaco ou os canabinóides do cigarro de maconha, têm efeitos tranqüilizantes ou euforizantes e lhes proporcionam algum alívio ao mal-estar, de tal forma que passam a fazer uso continuado delas. Era o que estava acontecendo com a Fernanda.

A maconha no armário

Fernanda tem dezessete anos e não se conforma que o pai tenha saído de casa para viver com outra mulher, embora reconheça que a mãe brigava muito com ele. Misturada com saudade, sente também muita raiva dele, por tê-la deixado, e tem pena da mãe. Assim, quando encontra o pai, embora esteja ansiando pela atenção dele, acaba fazendo uma briga (parecida com as que critica na mãe), grita que sua atual companheira é "uma vagabunda" e que não quer mais vê-lo. Depois que consegue deixar o pai bem triste e desorientado, Fernanda volta para casa, odiando-se pelo seu comportamento, tranca o quarto, para que a mãe não entre, procura no armário a maconha escondida e fica "puxando fumo" até se afrouxar numa crise de choro e adormecer.

Como se sabe, os problemas relacionados ao uso das drogas — além dos aspectos legais — são de três tipos:

em geral, o efeito da droga é de curta duração e a pessoa necessita usá-la repetidamente;

em geral, o corpo desenvolve o que chamamos tolerância, isto é, tolera ou aceita quantidades cada vez maiores da droga, antes de ser afetado por ela; para que a pessoa possa sentir os efeitos tranqüilizantes ou euforizantes que procura, necessita consumir quantidades cada vez maiores;

a par do efeito tranqüilizante ou euforizante da droga, ela também tem efeitos nocivos ao organismo ou ao funcionamento da personalidade, como o câncer e outras doenças pulmonares, no caso do tabaco, a letargia ou agitação, no caso da maconha, e morte por parada respiratória, no caso da cocaína

Obviamente, muito melhor do que usar maconha é ir ao médico e fazer o tratamento correto, usando medicamentos não perigosos e de efeito benéfico duradouro. Muito mais grave do que o uso da maconha, no entanto, é o uso da cocaína. A cocaína dá sensações de prazer muito intenso, seguidas de um mal-estar pior do que aquele que a pessoa sentia antes do uso da droga, desencadeando a vontade de tornar a usar a droga. Ainda mais, a cocaína desencadeia alterações vultosas no funcionamento das células cerebrais, os "neurônios". Há estruturas, nos neurônios, chamadas de receptores - porque "recebem" as substâncias que vão entrar nos neurônios para executar a sua função dentro dele. As alterações no funcionamento dos receptores desencadeada pelo uso da cocaína são insidiosas e progressivas. Aos poucos, a pessoa fica cada vez mais presa ao uso da droga e o tratamento para isso requer muito esforço, é difícil, sofrido e prolongado. Muitas pessoas não conseguem se recuperar e estragam sua vida e a das pessoas de quem mais gostam a partir do uso da cocaína. É curioso, no entanto, que as pessoas, no início do uso da cocaína, se julguem mais inteligentes ou mais poderosas, pensando que com elas não vai acontecer e acabam presas à droga.

As depressões específicas das mulheres

As mulheres são mais suscetíveis a terem doença depressiva em alguma fase da sua vida - aproximadamente vinte e cinco por cento das mulheres, contra quinze por cento dos homens. São mais freqüentes nelas as depressões unipolares, as depressões situacionais e um tipo de depressão bipolar chamado "de ciclos rápidos"; isso provavelmente tem relação com hormônios femininos. Além disso, há alguns tipos de depressão ligados ao funcionamento do sistema reprodutor feminino que - naturalmente - só ocorrem nas mulheres. Sabe-se hoje que os hormônios femininos afetam o funcionamento das substâncias chamadas neurotransmissores, necessárias para a comunicação entre as células nervosas.

Sintomas depressivos no período pré-menstrual

Aproximadamente um terço das mulheres, pelo menos durante parte da sua vida, sente um desconforto nos dias que antecedem a menstruação. Esse desconforto é em parte físico, como inchume e dolorimento dos seios, assim como emocional, do tipo propensão à tristeza, ansiedade e irritação. Quando esse desconforto é mais intenso, chama-se de "tensão ou síndrome pré-menstrual"; suas causas são pouco conhecidas mas ele é passível de alívio com vários procedimentos terapêuticos.

As depressões pós-parto

Mais ou menos cinqüenta por cento das mulheres sente alguma tristeza logo após o parto, provavelmente por uma mescla de razões psíquicas, culturais e hormonais, e isso desaparece espontaneamente sem nenhum tratamento. Em mais ou menos dez por cento das mulheres, essa tristeza aumenta de vulto e assume as características comuns de uma doença depressiva; o tratamento será, então, semelhante ao tratamento das depressões, com a diferença de que evitaremos o uso de antidepressivos e lítio, se a mãe estiver amamentando, para que os medicamentos não atinjam o nenê através do leite. Mais raramente, em cerca de um caso para cada quinhentas mulheres parturientes, a doença depressiva é de maior severidade, como um episódio depressivo maior, ou com delírios e outras alterações, o que chamamos então de psicose puerperal

Menopausa

Durante muito tempo pensou-se que as modificações hormonais da menopausa provocariam um aumento da incidência das depressões, que eram então chamadas de "melancolia involutiva". Hoje, sabe-se que a ocorrência de depressão nessa fase deve-se mais a fatores psicológicos e culturais do que propriamente a modificações hormonais. No entanto, há evidências de que o uso de hormônios femininos - sob orientação médica - melhora o ânimo e o estado emocional de certas mulheres após a menopausa.

As depressões em crianças e adolescentes

Embora se diga, descuidadamente, que a infância é uma idade de alegria e despreocupação, muitas crianças passam por períodos de tristeza, por exemplo, em função de problemas familiares. Afora essa tristeza, também podem ocorrer, em crianças, episódios de depressão, no sentido da doença depressiva, tanto unipolar como bipolar (em frequência muito menor do que nos adultos), assim como ocorrem depressões de menor severidade, semelhantes às distimias (ou "neuroses depressivas") dos adultos. Em adolescentes, as doenças depressivas são um pouco mais frequentes do que em crianças. Nas crianças e nos adolescentes com depressão, muitas vezes, os sintomas não são tão claros, podendo se manifestar, por exemplo, sob a forma de dificuldades escolares ou episódios de rebeldia. Essas depressões surgem, também, associadas a outros problemas, como o chamado transtorno de deficiência de atenção, as doenças de ansiedade e as perturbações de comportamento. O tratamento, em geral, inclui o uso de medicamentos, mas ainda mais do que nos adultos é importante um programa global de atendimento, com muito cuidado dos aspectos psicológicos e familiares e levando em consideração as diversas necessidades e etapas do crescimento.

As depressões nas pessoas idosas

As pessoas idosas - de sessenta ou setenta anos ou mais - podem apresentar estados depressivos semelhantes aos de pessoas de qualquer outra idade; o tratamento é, então, semelhante ao tratamento das depressões em geral. Afora isso, o avançar da idade pode estar associado ao surgimento de depressão; para muita gente, o envelhecimento é uma fase agradável, pois proporciona mais tempo disponível para a realização de ocupações prazerosas com filhos, netos e amigos; outras pessoas, no entanto, por motivos variados, vivem seus anos mais tardios de maneira triste ou penosa. Às vezes, trata-se de continuação ou

agravamento de certos traços prévios de personalidade, certos "cacoetes" ou maus hábitos, como o mau-humor ou a irritabilidade em resposta à falta de atenção que pretendem e que imaginam que os outros deveriam lhes dar (em vez de procurarem antes ser prestativos e úteis do que receber atendimento especial), etc.

Há também alguns tipos de sintomas ou de doenças depressivas mais característicos das pessoas idosas: com mais frequência podem aparecer quadros depressivos ligados a alterações hormonais. Também costuma ser necessário o uso de mais medicamentos e vários deles podem desencadear sintomas do tipo depressivo ou sintomas de aceleração - "quadros maníacos" - semelhantes aos das doenças bipolares.

Noutras pessoas de mais idade, os sintomas depressivos estão sendo provocados por progressivo mau funcionamento cerebral causado pelo envelhecimento; essas depressões, então, podem ser de tratamento mais demorado ou mais difícil.

As pseudodemências

Em algumas pessoas idosas, pode apresentar-se um conjunto de sintomas muito parecido com os da demência causada pela arteriosclerose. Esse conjunto de sintomas é chamado de pseudodemência, e tem uma resposta melhor do que a arteriosclerose ao tratamento médico.

Não era caduquice

Com 76 anos, Vô Dario começou a apresentar perturbações de personalidade como esquecimento, dificuldade em reconhecer os netos, agitação à noite e crises de choro. Embora parecesse um quadro de demência arteriosclerótica - que as pessoas habitualmente chamam "caduquice" -, seu médico pensou que poderia se tratar de uma situação depressiva e receitou-lhe lítio. De fato, já a partir da primeira semana, Vô Dario estava bem melhor, sem as crises de choro, sem a agitação noturna e reconhecendo os netos, embora continuasse com muita falta de memória.

AS DESORDENS BIPOLARES OU MANÍACO-DEPRESSIVAS

As desordens de ânimo do tipo bipolar são aquelas em que, além de apresentar episódios ou períodos com os sintomas típicos de depressão, o paciente também apresenta sintomas opostos, de aceleração ou "maníacos": o ânimo exaltado, uma alegria exagerada, dizendo sentir-se muito bem e envolvendo-se num excesso de atividades, de forma descoordenada e ineficiente. Com frequência, aliam-se a isto confusão mental e instabilidade emocional. Como muitos pacientes apresentam também sintomas do tipo psicótico, esta doença era chamada "psicose maníaco-depressiva", denominação inexata, considerando-se que, noutros casos, os sintomas maníaco-depressivos não incluem aspectos psicóticos.

Atualmente, classificamos as disorders bipolares em três grupos – as chamadas Bipolar I, as Bipolares II e as Bipolares Mixtas

A Desordem Bipolar é dita do tipo I quando o paciente apresenta episódios com os sintomas nítidos de depressão e de aceleração.

Há pacientes que apresentam episódios de depressão, e também apresentam episódios em que ficam um pouco mais acelerados ou excitados, sem que essa aceleração seja muito intensa. Esses pacientes recebem o Diagnóstico de Doença Bipolar II. Há também pacientes que apresentam episódios com uma mistura de sintomas depressivos assim como também sintomas de excitação ou aceleração. Nesses casos, dizemos que se trata de Episódios Mixtos.

Alguns pacientes apresentam também irritabilidade

É importante o diagnóstico correto das depressões. Muitos pacientes se apresentam inicialmente como parecendo apenas com depressões, mas apresentam depois episódios de euforia e

bem-estar – bipolares II – ou episódios claros de aceleração, com um nível de atividades, animo e alegria excessivas – Bipolares I.

Ao começar a atender um paciente com sintomas depressivos, é importante o médico estar atento para a possibilidade de que esse paciente tenha a depressão do tipo bipolar. O tratamento das depressões bipolares é diferente em alguns aspectos do tratamento das depressões unipolares. O diagnóstico correto permite que mais cedo o médico inicie o tratamento específico que se usa para os pacientes bipolares. Isso permite uma evolução melhor para esses pacientes. Especificamente, para os pacientes bipolares, o médico incluirá no tratamento o uso dos medicamentos chamados Estabilizadores de Humor, como veremos adiante.

As ciclotimias

Certas pessoas apresentam ciclos de alteração do seu estado de animo e de como se sentem. Em certas épocas, sentem-se muito bem, animadas, ativas, felizes. Noutras épocas, apresentam sintomas do tipo depressivo - sentem-se tristes, pessimistas, com pouco vigor para as atividades. No entanto, essas fases não são tão intensas para que possamos dizer que estão claramente num episódio depressivo ou num episódio de aceleração tipo Mania . Esse tipo de funcionamento chamamos de ciclotimia.

Bernardo e os empresários japoneses

Os bisavós de Bernardo emigraram da Alemanha para o Rio Grande do Sul em meados do século passado. Família laboriosa e incansável, aos poucos foi se ajeitando; os vários filhos trabalharam duro na roça, depois compraram um armazém e, mais tarde, um caminhão para transporte de mercadorias e dos produtos da lavoura. O pai de Bernardo trabalhava quinze ou dezesseis horas por dia e dormia só três ou quatro. Mudaram-se para a cidade maior. Hoje, a família tem uma rede de empresas, os

filhos trabalham com o pai, expandindo os negócios, exceto um, que foi para Rondônia e tornou-se muito rico. Nessa família ativa, Bernardo foi sempre dos mais ágeis, dos mais incansáveis. Aos poucos, contudo, foi se tornando animado em demasia e o pai tinha que controlá-lo; elaborava projetos grandiosos, fazendo compras de vulto exagerado, sem avaliação correta, formando estoques excessivos e provocando prejuízos. Há um ano, ficou inegável que Bernardo estava sofrendo de uma alteração mental. Dizia que a esposa, Natália, não lhe dava importância e passou a contar detalhes picantes de aventuras sexuais verídicas ou, talvez, imaginadas. Teve um caso com um moça, modelo de uma agência de publicidade, e prometeu-lhe casamento (como é comum nesta fase da doença). Seus irmãos souberam, então, que tinha viagem marcada para o que seria a lua-de-mel com ela em Paris. Quiseram que consultasse um psiquiatra e ele se recusou, alegando que estava ótimo, que apenas era incompreendido pela esposa. Num fim de semana, enquanto os irmãos, perplexos, adiavam uma tomada de providências, ou a busca de orientação médica, foi com a namorada para uma das fazendas da família, passando insone da sexta até segunda-feira. Quando o pai e um irmão foram buscá-lo, encontraram-no só de cuecas e sandálias, na frente da namorada e dos empregados. Estava muito animado, contava que um grupo de empresários japoneses se comunicava com ele por telepatia e iria levá-lo a uma turnê pela Europa e pelo Japão, onde faria conferências sobre as florestas brasileiras. De volta para casa, e chamado enfim um psiquiatra, concordou quando este, com habilidade, lhe apontou como, nos últimos tempos, vinha sofrendo mudanças na sua personalidade e aceitou a internação em uma clínica, para avaliação e tratamento. O médico sugeriu que deixassem para examinar mais tarde a proposta de Bernardo de fundarem, no interior do Mato Grosso, um hospital para a pesquisa e tratamento da AIDS. Em algumas semanas, com tratamento carreto, Bernardo voltou a um ritmo de funcionamento praticamente normal. Assim que se recuperou, contudo, Natália pediu o divórcio, magoada com as atitudes dele nos meses em que estivera perturbado, sem os cuidados médicos necessários

AS DESORDENS OU TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Classificação

As desordens ou transtornos de ansiedade, como já vimos, são aquelas doenças em que, mesmo ocorrendo fadiga e tristeza em grau importante, as manifestações de ansiedade constituem o núcleo principal dos sintomas. Em geral, a par da sensação psíquica de ansiedade, acontecem também outras manifestações corporais.

As desordens de ansiedade podem ser classificadas em subgrupos:

desordem dos ataques de pânico ou doença do pânico

desordens de ansiedade tipo fóbico ou fobias:

fobia de espaços abertos ou agorafobia

fobia de convívio com outras pessoas ou fobia social

outras fobias (de animais, de altura, de insetos, de ficar sozinho, de objetos pontiagudos etc)

- desordens obsessivo-compulsivas
- desordens de ansiedade pós-traumática
- desordens de ansiedade generalizada

— ansiedade de causa predominantemente psicológica, inclusive as relativas a desempenho sexual.

Afora essas desordens de ansiedade, há outras doenças em que a ansiedade é um componente significativo: certas doenças orgânicas cerebrais (como as demências de causa arteriosclerótica), as doenças dos tiques (especialmente a síndrome de Tourette), a ansiedade associada ao uso de certos medicamentos ou em quadros de intoxicação (como por maconha, cocaína e anticoli-nérgicos existentes em cogumelos).

Ataques de pânico

Nas desordens tipo ataques de pânico, o paciente apresenta episódios de ansiedade intensa, de início súbito, muitas vezes também com sensações de estranheza (sensação de não ser ele mesmo ou de estar num ambiente desconhecido), medo de morrer ou de perder o controle e "enlouquecer". Sintomas físicos acompanham a situação de ansiedade, sendo mais freqüentes os seguintes:

falta de ar, tonturas, sensações de desmaio, batimentos cardíacos muito fortes ou muito rápidos (palpitações), tremores (às vezes muito intensos), suores, sensações de que a garganta está trancada, náuseas e outras perturbações digestivas, formigamentos, dificuldades para urinar, ondas de frio ou calor e dores na região pré-cardíaca.

Os infartos do Felipe

Felipe tem 39 anos e é um engenheiro bem-sucedido, dono de uma construtora. A esposa o considera um tanto autoritário mas reconhece que as qualidades do marido compensam esse defeito e há um bom entendimento entre o casal e as três crianças. Há alguns anos, Felipe controla a alimentação, evitando engordar, o que é bom; instalou em casa aparelhos de ginástica e se exercita regularmente, o que é ótimo; além disso, todos os dias, toma suplementos vitamínicos de três tipos, o que já é certo exagero. Há quatro anos, escondendo até da esposa, iniciou tratamento psicanalítico; não observando resultados expressivos, suspendeu-o depois de algum tempo. Decidiu, então, tornar-se rigorosamente

vegetariano, o que os amigos acham um pouco esquisito; quando os casais saem nos fins de semana para jantar, isso causa alguns problemas, que eles relevam, pensando que cada um tem direito a suas manias. Em resumo, Felipe cuida bem da sua saúde; aliás, andava cuidando bem demais, pois nos últimos três meses foi nove vezes ao cardiologista e fez onze consultas em serviços de pronto socorro. Não é que confie tanto nos médicos, ele só vai quando tem quase certeza de que o aperto na sua garganta, a dificuldade de respirar, as tonturas e os suores são mesmo o sinal de que está tendo um infarto. As duas avaliações físicas completas a que se submeteu nesse período, inclusive com radiografias de todo o corpo, mostraram resultados completamente normais. Como tem senso crítico, envergonha-se de tudo isso e faz um rodízio entre os cardiologistas e os serviços de pronto socorro que consulta, constrangido com o que, imagina, pensarão as funcionárias dos médicos a quem procura. Há dez dias, finalmente, consultou com outro psiquiatra, o qual lhe explicou que tem apenas os sintomas típicos de doença de pânico. Acalmou-se muito ao saber que sua doença não é rara e depende pouco ou nada da sua força de vontade. Além disso, está usando medicamentos benzodiazepínicos. O médico afirmou-lhe que tão logo melhore um pouco mais, com a medicação, investigarão eventuais fatores "psicológicos" que estejam contribuindo para o aparecimento dos sintomas.

Muitas vezes, os primeiros ataques ocorrem numa situação especial de estresse, mas ataques subseqüentes surgem mesmo sem nenhum motivo externo que pareça justificá-los. Com a evolução da doença, o desempenho do paciente pode ficar cada vez mais cerceado, na medida em que os ataques de pânico se tornam mais freqüentes e ele passa a restringir as atividades, tentando evitar seu aparecimento. Além disso, muitos pacientes apresentam, além dos ataques de pânico, sintomas de ansiedade tipo fóbicos, como o medo de sair sozinho e até mesmo acompanhado, ou de ficar num lugar fechado, de onde, supostamente, não pudesse escapar rapidamente, no caso de uma crise. Finalmente, em muitos casos, a pessoa se encontra num estado de pânico severo quase permanente e muito incapacitante.

As fobias

As desordens de tipo fóbico são perturbações em que a ansiedade, com os acompanhantes físicos característicos, se desencadeia em situações ou sob estímulos específicos, mas não ocorre se o paciente puder esquivar-se desses desencadeantes específicos.

As fobias sociais são perturbações em que os sintomas se desenvolvem quando a pessoa tem que participar de uma situação na qual se sinta objeto de observação, como, por exemplo, o convívio num grupo social, falar em público, alimentar-se ou assinar cheques perto de outras pessoas etc.

Outros tipos são as fobias a lugares abertos — agorafobia — ou a lugares fechados ou a lugares altos; ainda, as fobias ao uso de elevadores ou de avião, fobias a animais, como cães, aranhas ou baratas, ou a objetos pontiagudos etc. Além disso, como já vimos, muitos pacientes apresentam sintomas fóbicos como acompanhantes da doença de pânico.

No elevador, um aperto na garganta

Paulo, desde menino, era angustiado demais para passear ou se divertir e a maior parte do tempo permanecia com o pai, no armazém. Mais tarde, trabalhava enquanto outros conviviam com a família, praticavam esportes ou simplesmente deixavam o tempo passar: assim, progrediu nos negócios e tornou-se dono de uma rede de lojas de eletrodomésticos. Durante muitos anos, Paulo teve um problema, quase não conseguia entrar em elevadores: quando tentava, era como se fosse sufocar ou alguém lhe apertasse a garganta. Antes, ainda conseguia superar esta aflição se tomasse uma cerveja. Depois a situação piorou, evitava lugares altos: escolhia médicos e dentistas que atendessem em casas térreas e não visitava amigos onde fosse difícil o acesso por escada. Sabia do absurdo disso, sentia-se humilhado, mas era incapaz de modificar seu comportamento, até que, há um ano, Paulo começou a tomar um remédio chamado inibidor da monoaminoxidase. Seu psiquiatra explicou que esse remédio requer cuidados especiais, inclusive no tocante à alimentação, e ele está expressamente proibido de usar qualquer outro medicamento, mesmo os que se vendem sem receita médica, sem

autorização prévia do médico, mas acha que vale a pena: agora, Paulo anda em qualquer elevador.

As desordens obsessivo-compulsivas

As desordens obsessivo-compulsivas são doenças — muitas vezes extremamente penosas — em que ocorrem, isoladamente ou em conjunto, dois tipos de perturbações:

obsessões ou pensamentos obsessivos — em que a pessoa fica tomada por pensamentos de conteúdo desagradável e absurdo, que não consegue afastar de sua consciência, por mais que sofra e por mais que os saiba absurdos;

compulsões ou rituais obsessivos — em que a pessoa é obrigada a executar certos gestos ou atividades ridículas ou absurdas, ficando em enorme ansiedade enquanto não executá-las.

Anita, trancada em casa

Anita nunca foi uma criança alegre, era excessivamente preocupada "com tudo". Estudiosa e obediente, cuidava muito bem dos seus objetos e não brincava com as bonecas para não desarrumar-lhes as roupas. Sua mãe encantava-se ao observar como a filha era cuidadosa e organizada; o pai, no entanto, que já vivia irritado com as manias de limpeza e arrumação da esposa, encarava com menor entusiasmo tal comportamento. Agora, Anita tem uma menina linda de três anos, Cristina. Como jamais confiou que empregada alguma pudesse atender à filha com a higiene que sua cabeça considera necessária, nunca pôde ter uma babá; jamais aceitou, também, a idéia de colocar Cristina numa creche, pois tinha medo de que a menina ficasse doente ou não fosse bem atendida. Deixou o emprego para cuidar da filha e, trancada no apartamento, tornou-se mais irritadiça com Denis, o marido, que, em fins do ano passado, não agüentou mais e saiu de casa. Desde então, Anita ficou ainda mais preocupada em ter tudo muito limpo e arrumado. Entretanto, desesperada, nota que, quanto mais limpa, mais aumenta sua angústia com a sujeira, como, aliás, costuma acontecer nesta doença. Nos últimos meses, evita sair à rua, com medo de contaminação pelos micróbios; também passou a ter medo de um incêndio na cozinha e, quando levanta à noite,

para ver se Cristina não parou de respirar, aproveita para conferir de novo se os botões do gás, no fogão, estão realmente fechados, o que até seria uma idéia razoável, não fosse ela fazer isso vinte ou trinta vezes a cada noite, até que, exausta, consiga finalmente adormecer. Anita está sofrendo de uma forma severa da doença obsessivo-compulsiva.

Carlos e as arrumações

Carlos foi um menino obediente, sempre preocupado com a saúde dos pais e irmãos. Quando a avó faleceu, ficou angustiado e durante alguns meses teve dificuldade em dormir à noite. Quando terminou o curso secundário, não continuou os estudos noutra cidade, onde já estava o irmão mais velho, porque achava longe e perigoso. Ficou ajudando o pai no armazém que têm junto à moradia, sendo atencioso para com os fregueses e, em geral, muito estimado. Com o passar do tempo, foi restringindo cada vez mais a sua vida. De uns quatro anos para cá, ao encerrar o expediente do armazém, no fim do dia, ficava um tempo a mais, pondo em ordem a mercadoria das prateleiras; depois, passou também a ocupar as noites, organizando o depósito, mas as arrumações que fazia causavam problemas, porque seus critérios levavam em conta, entre outros aspectos, as cores e tamanhos das embalagens. Nos últimos meses, já não atendia mais os fregueses e gastava as horas carregando os mesmos pacotes para um e outro lugar. Os clientes estranhavam sua atitude e os empregados troçavam dele. Queria guardar embalagens velhas e caixotes sem uso. Envergonhava-se do absurdo do seu comportamento e, de madrugada, quando ia, afinal, deitar-se, prometia a si mesmo parar com tais arrumações. Na manhã seguinte, tentava não voltar ao depósito, mas acabava tomado de enorme angústia e, mesmo se amaldiçoando, recata, no comportamento anterior. Embora tivesse muito medo de morrer, passou a pensar no suicídio como a melhor solução. Foi consultar um psiquiatra e, para seu alívio, soube que seu caso não é raro, e que sua doença é devida a um defeito de funcionamento cerebral, tanto que não seria mesmo capaz de controlar seu comportamento. Com o uso de um medicamento que tem efeito nas doenças obsessivo-compulsivas, seus sintomas aliviaram. Voltou a trabalhar no balcão do armazém e tem conseguido sair um pouco e se divertir. Além disso, o psiquiatra ensinou a ele e a

sua família alguns exercícios que realizam todos os dias e que, junto com o medicamento, têm contribuído para a melhora das suas compulsões.

Muitas pessoas apresentam durante anos formas brandas de obsessões ou rituais compulsivos, sem prejuízos maiores para a sua vida. Outras vezes, no entanto, a doença toma um curso progressivamente mais severo e incapacitante, quando mesmo a submissão aos rituais e a desistência de lutar contra as obsessões não conseguem mais diminuir a ansiedade.

Ansiedades pós-traumáticas

São aquelas condições desencadeadas por ocorrências violentas ou excessivamente perturbadoras, fora do comum, como acidentes e cataclismos naturais, ou precipitadas por acontecimentos ou situações de severa agressão física ou emocional. A pessoa apresenta marcas do acontecimento traumático, tais como ansiedade quando exposta a estímulos que, mesmo remotamente, tenham alguma conotação com o trauma original, ou ainda pesadelos e outras perturbações de sono, e lembranças muito angustiantes do acontecimento traumático.

Sílvia e o hospital

Sílvia e Joel foram assaltados num sábado à noite, quando voltavam para a casa dela, vindos do cinema. Joel foi baleado e, durante algumas semanas, esteve em perigo de vida. Sílvia cuidou do noivo, sem descanso, até sua recuperação. Isso já faz três anos. Nesse tempo, romperam o noivado e Sílvia, atualmente, tem outro namorado. No entanto, continua tendo pesadelos relacionados com o assalto e evita sair à noite, exceto por extrema necessidade. Em outubro, sua irmã esteve no mesmo hospital, para o parto da primeira filha. Sílvia, convidada para madrinha desde que a irmã soube da gravidez, não conseguiu entrar no hospital, por mais que se achasse ridícula e quisesse ver a afilhada e abraçar a irmã, a quem ama ternamente.

Desordens de ansiedade generalizada

Nas desordens de ansiedade generalizada a pessoa apresenta ansiedade e preocupações infundadas ou exageradas sobre alguma situação da sua vida, as quais, ao menos em um certo período, ocupam a maior parte do seu tempo. Diferente das fobias, essa ansiedade e preocupações não dependem de estímulos específicos e, diferente dos ataques de pânico, podem ser constantes e mesmo permanentes. A pessoa vive em sobressalto, como se algo muito grave estivesse prestes a acontecer; sente-se inquieta, com músculos tensos e tremores, irritação, dificuldade de sono e falta de energia; ainda, apresenta outros sintomas de desconforto físico, como tonturas, falta de ar, palpitações, suores excessivos, boca seca, distúrbios gastrointestinais etc. Esses sintomas físicos são semelhantes àqueles dos pacientes com ataque de pânico ou àqueles dos pacientes fóbicos se expostos às condições que desencadeiam suas fobias.

Ansiedade de causas psicológicas

Muitas pessoas, por períodos ou de forma mais ou menos contínua, apresentam ansiedade — acompanhada de manifestações físicas — que se relaciona a condições psicológicas, costumeiramente modeladas na infância. A ansiedade pode estar ligada a situações de funcionamento sexual. Tais quadros de ansiedade de causa predominantemente psicológica têm como estratégia principal de tratamento as psicoterapias de tipo dinâmico, cognitivo ou comportamental.

As seqüelas indevidas de um brinquedo de criança

Lúcia é esforçada e inteligente; é a segunda de quatro filhos, dos quais a caçula também é mulher. Seus pais são calmos e afetuosos. Está com trinta e quatro anos, casada há sete com Ariel e eles têm dois filhos. Hoje, sente-se bem, mas passou um mau bocado. Assim que casou, passou a ter crises de angústia, tristeza e irritação com o marido cada vez que se esboçava uma situação de maior intimidade. Acabavam brigando e Ariel saía de casa, demorando horas para voltar. Começaram a pensar em

separação. Então, por insistência da mãe, Lúcia iniciou psicoterapia. Com alguma dificuldade e sofrimento, mas honesta consigo mesma e persistente, ajudada pelas observações do psicoterapeuta, recuperou as lembranças de algumas brincadeiras de conteúdo sexual que tivera com o irmão maior e outro menino, em criança. Dentro de certos limites, atividades desse tipo são normais, mas Lúcia, naquela época, não sabia disso e por muito tempo, já mais crescida, tinha vergonha e se recriminava. Depois, o assunto ficou no esquecimento, mas continuou tendo efeito no seu comportamento. Independente do quanto amava seu marido, as situações de carinho e sexo estavam conectadas, dentro dela, às lembranças das antigas brincadeiras de criança, produzindo a angústia, a tristeza e a raiva que acabava descarregando no marido. Reexaminando, com olhos de adulta, os acontecimentos e as emoções da infância, compreendeu as implicações que tinham em sua vida e foi capaz de reformular o julgamento que fazia de si mesma e de seu relacionamento com o marido.

OS TRATAMENTOS DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE

". . .Hoje, valorizo muito as pequenas coisas da vida, um dia lindo de sol, o canto de um passarinho, coisas que, durante a minha doença, eu não percebia; mais que tudo, porém, dou valor à sensação de estar viva novamente.. ."

(Frase de quem estivera doente durante vários anos)

Vários recursos

As doenças depressão e ansiedade têm tratamento; quer dizer, cansaço ou desânimo, tristeza ou falta de prazer e ansiedade são estados para os quais já existe a possibilidade de controle adequado. Não é um tratamento mágico, instantâneo, fácil, mas é exequível e dá resultados. É um trabalho que requer a atenção concentrada e cuidados minuciosos do médico e dos outros membros da equipe terapêutica e a participação dos familiares.

Muitas vezes, consegue-se alívio já em questão de semanas ou meses, mesmo em pacientes com sintomas de muitos anos ou acentuadamente dramáticos, ainda que uma melhora maior possa exigir um prazo mais longo. Em alguns casos, o tratamento corre

tão bem, funciona tão rapidamente, que "até parece um milagre" e o paciente e os familiares ficam exultantes.

Entretanto, independente do prazo menor ou maior, o importante é o paciente saber que, com os recursos atualmente disponíveis, por um ou outro caminho, vai superar sua depressão ou ansiedade, se não desistir do tratamento com um profissional bem preparado.

Os tratamentos

Os tratamentos atualmente existentes podem ser agrupados da seguinte maneira:

a) Os tratamentos psicoterápicos, que incluem:

a.1) psicoterapias do tipo dinâmico, introspectivo ou analítico: em que o recurso principal do tratamento é a análise ou exame das maneiras de funcionamento da personalidade, especialmente nos seus aspectos emocionais;

a.2) psicoterapias do tipo comportamental: em que o terapeuta orienta o paciente, junto com seus familiares, para a execução de exercícios visando à remoção dos padrões inconvenientes de comportamento e à aquisição de hábitos mais vantajosos;

a.3) psicoterapias do tipo cognitivo: em que o foco principal do tratamento é o estudo e a correção dos padrões de funcionamento intelectual do paciente em relação a si mesmo, à sua doença e ao mundo ao seu redor;

b) Os medicamentos,

Os medicamentos incluem, basicamente, as seguintes categorias:

b.1) medicamentos de efeito antidepressivo;

b.2) medicamentos ansiolíticos;

b.3) medicamentos antipsicóticos;

b.4) medicamentos que aliviam os efeitos colaterais desconfortáveis dos medicamentos antidepressivos e antipsicóticos;

b.5) outros medicamentos — como os hipnóticos, para ajudar o paciente a dormir, até que outros recursos do tratamento

produzam efeito; os betabloqueadores, úteis em certos casos de fobias; os estimulantes e, ainda, certas vitaminas.

c) *Outros recursos,*

Entre esses, temos, a eletroconvulsoterapia, a manipulação dos horários de sono, a fototerapia (tratamento com ondas luminosas), técnicas de relaxamento etc.

O curso do tratamento

Às vezes, é possível ao paciente ficar livre dos seus sintomas em curtíssimo prazo de tratamento, seja pela psicoterapia, pelos medicamentos ou por ambos — isto é, já nas primeiras sessões de psicoterapia ou nos primeiros dias do uso de medicamentos pode haver melhora. Entretanto, na maior parte dos tratamentos, são necessárias várias semanas para obter-se um alívio maior e alguns meses para assegurar-se uma melhora maior e duradoura.

Com alguns pacientes, pode ser necessário um longo período, até que se consiga esclarecer a trama dos conflitos psíquicos subjacentes à doença ou para encontrar o medicamento capaz de produzir uma mudança significativa sem, ao mesmo tempo, provocar outros efeitos (os efeitos colaterais) perigosos ou muito desagradáveis.

A melhora obtida pelo tratamento não é uma cura definitiva, como, por exemplo, a cura da caxumba, isto é, com a certeza de que a doença nunca mais voltará. É, antes, como o controle de uma alergia, ou seja: detectam-se as condições desencadeantes e define-se o tratamento eficaz contra as alterações alérgicas. Continua existindo uma tendência ou suscetibilidade à alergia, necessitam-se certos cuidados, mas o paciente passa a levar uma vida normal e dispõe de medidas eficazes para controlar sua doença, se surgir novo episódio.

Da mesma forma, com as doenças depressão e ansiedade: investigam-se as peculiaridades que tornam o paciente propenso a sofrer de angústia e depressão e se estabelecem os medicamentos e outras técnicas capazes de remover seus

sintomas, no episódio atual da doença, e que serão novamente usados, no futuro, se reaparecerem os sintomas.

As psicoterapias

Chamamos de psicoterapia — isto é, tratamento psíquico — um procedimento médico ou psicológico para modificar o funcionamento mental de uma pessoa em sofrimento — o paciente — através do relacionamento ou interação com alguém treinado no uso de técnicas eficientes para isso — o terapeuta.

Há vários tipos de psicoterapia.

As psicoterapias analíticas ou dinâmicas

Essas psicoterapias foram desenvolvidas a partir do trabalho original de Freud; elas buscam analisar ou examinar a personalidade, para identificar e remover os modos inconvenientes de funcionamento. Para isso, num trabalho conjunto de paciente e terapeuta, procura-se definir a época — geralmente infância — e as circunstâncias em que esses modos se estabeleceram. "Dynamis" é a palavra grega que significa força e essas psicoterapias são também chamadas dinâmicas, porque prestam especial atenção às forças que condicionam o desempenho psíquico do indivíduo. Tais forças são, principalmente, seus sentimentos e emoções, oriundas do conjunto de suas vivências prévias, assim como de uma base constitucional, que são os instintos.

Basicamente, num tratamento de psicoterapia dinâmica mais ou menos simultaneamente se realizam três tarefas:

a detecção dos aspectos ou padrões de funcionamento da personalidade do paciente — especialmente sentimentos e reações interpessoais — que são inconvenientes para ele;

a busca da causa ou origem desses padrões inconvenientes de funcionamento; para isso, procura-se detectar, no passado do paciente, a época e as condições em que esses padrões inconvenientes de comportamento foram estabelecidos;

a aquisição de padrões "convenientes" ou adequados de funcionamento.

No caso de pessoas com depressão e ansiedade, busca-se detectar e remover as maneiras de funcionamento mental que fazem com que as situações da vida lhes sejam mais difíceis, gerando ou contribuindo para provocar os sintomas da doença.

É bastante difundida a idéia de que as psicoterapias dinâmicas ou analíticas são necessariamente processos de longa duração. Nas últimas décadas, graças a pesquisas como as de Franz Alexander e Peter Sifneos, nos Estados Unidos, e Michael Balint e David Malan, na Inglaterra, foram desenvolvidos procedimentos capazes de produzir resultados, para muitos pacientes, em apenas dez, vinte ou quarenta sessões, geralmente realizadas uma vez por semana. Tais procedimentos são chamados de psicoterapias dinâmicas breves.

As psicoterapias comportamentais

Uma série de autores — incluindo Pavlov, Watson, Skinner e Isaac Marks — estudaram o funcionamento do ser humano tomando como foco principal o seu comportamento. Os tratamentos psicológicos comportamentais consistem em um conjunto de técnicas visando à modificação dos padrões de comportamento do paciente. Determinam-se quais aspectos desse comportamento são inconvenientes e faz-se uma série de exercícios com o objetivo de abandonar esses aspectos desvantajosos e treinar padrões mais proveitosos de conduta. Mais ainda do que nas depressões, as técnicas comportamentais são especialmente benéficas no tratamento das pessoas com transtornos de ansiedade.

As psicoterapias cognitivas

Outros autores desenvolveram técnicas de psicoterapia em que o foco principal do trabalho é examinar padrões de pensamento ou conhecimento (cognitio = conhecimento) do paciente. O objetivo é modificar as maneiras rígidas de funcionamento intelectual pelas quais o paciente — especialmente o paciente depressivo — acaba

se perdendo num labirinto de idéias e suposições pseudológicas de incapacidade e desgraça.

Psicoterapia ou medicamentos?

Psicoterapia e medicamentos antidepressivos são procedimentos diferentes, com efeitos diferentes. Independente de discussões apriorísticas, a experiência mostra que esses instrumentos podem ser aplicados em combinação, com resultados benéficos, no tratamento de muitos pacientes depressivos.

Podemos estabelecer uma analogia com o tratamento dos pacientes com hipertensão arterial; aliás, a mesma comparação poderia ser feita com muitas outras situações de tratamento em Medicina:

- Hipertensão arterial, na maioria dos pacientes, é uma doença que se desencadeia a partir da conjugação de dois tipos de fatores, ou seja, um fator constitucional, hereditário, de propensão à hipertensão arterial, e fatores coadjuvantes ou desencadeantes para o surgimento da hipertensão arterial, como ingestão demasiada de sódio (no sal de cozinha), tensão emocional elevada e obesidade. Contudo, uma vez estabelecida a hipertensão arterial, o que é melhor para o paciente: o uso de medicamentos que façam baixar sua pressão arterial ou o uso de técnicas que o ajudem a modificar seu modo de viver - por exemplo, diminuir sua ingestão alimentar e seu peso, modificar seus padrões de relacionamento e aprender a viver com menor tensão emocional?

Essa é uma daquelas situações em que a oposição "isto ou aquilo" conduz a enganos, e a resposta adequada é; "isto e aquilo". O melhor para o paciente é o uso de medicamentos em conjunto com medidas que o ajudem a modificar os elementos da sua vida que desencadearam a hipertensão arterial. A medicação anti-hipertensiva diminui a pressão arterial elevada e os riscos a ela associados em poucas horas ou dias. Todavia, o uso isolado dos medicamentos adiantará muito pouco se o paciente não conseguir reformular os aspectos da sua vida, tais como excesso de peso, ingestão exagerada de sódio e sobrecarga emocional, que contribuem para a sua hipertensão arterial.

O mesmo pode ser pensado a respeito das doenças depressão e ansiedade.

Os medicamentos podem produzir importante melhora nas condições de funcionamento do paciente, como regularização do sono, diminuição da angústia e aumento do vigor mental. Entretanto, não há medicamentos que possam dar sabedoria ao paciente ou ajudá-lo a entender e mudar padrões inconvenientes de funcionamento. Por outro lado, é muito difícil para um paciente mal dormido, ou com manifestações físicas intensas de ansiedade, prestar atenção às intervenções do médico e se colocar naquele estado especial de consciência necessário à participação em uma psicoterapia psicodinâmica. Há, também, muitos pacientes em quem antidepressivo nenhum parece atuar, antes de se esclarecerem os aspectos de funcionamento psicológico que estejam mantendo os seus sintomas depressivos.

A eletroconvulsoterapia ou eletrochoque

A eletroconvulsoterapia, também chamada eletrochoque ou, abreviadamente, ECT, consiste na aplicação, em certas partes do cérebro do paciente, por um tempo curto (décimos de segundo), de uma corrente elétrica de certas características, produzida por um aparelho especial. Descoberta em 1937, quando inexistiam outros recursos terapêuticos, a eletroconvulsoterapia foi extremamente útil durante algumas décadas, salvando a vida de milhares de pessoas. Hoje, ela tem sido indicada mais restritamente. No entanto, aplicada criteriosamente, é ainda o instrumento terapêutico mais seguro, mais rápido e mais eficiente para pacientes com certos tipos de depressão. Também foi mal utilizado, é claro. Isso, contudo, não é defeito do tratamento ou do aparelho de eletrochoque, mas de quem o empregou indevidamente. Carros mal dirigidos causam acidentes e mortes; carros bem dirigidos trazem enormes benefícios.

ECT ou as cicatrizes do hospital?

No primeiro ano de Faculdade, na semana da Páscoa, depois de ser deixado pela namorada, Sérgio apresentou um episódio de perturbação mental severa. Estava sem rumo, confuso e

assustado. Imaginava que os militares iriam prendê-lo e que sua família ficaria na miséria; além disso, ouvia a voz de Nossa Senhora dizendo que deveria ser muito generoso e doar suas roupas para conseguir o céu. O psiquiatra avaliou que, a par desses sintomas aparentemente mais graves, havia muitas coisas sadias na personalidade de Sérgio e valeria a pena um tratamento "heróico", se aproveitassem os feriados. Assim, indicou o tratamento de ECT e sua orientação foi aceita. Sérgio foi avaliado pelo médico clínico e, na manhã seguinte, recebeu uma aplicação de eletrochoque, repetida em quarenta e oito horas. Aconteceu o que é freqüente com o uso da ECT nas situações depressivas ou confusionais agudas, isto é, Sérgio teve melhora significativa, desaparecendo a confusão mental e as alucinações auditivas e diminuindo muito a sua angústia. Com isso, já na terça-feira após a Páscoa, pôde voltar à escola e só mesmo seus familiares mais íntimos souberam da perturbação que sofrera poucos dias antes. Recebeu atendimento intensivo de psicoterapia nas semanas seguintes e usou medicação tranqüilizante em doses que não o deixassem muito sedado ou o impedissem de ir às aulas. Isso foi há quinze anos. Sérgio hoje está casado, tem dois filhos. Nunca teve outra crise. Apesar de seus sintomas iniciais serem dramáticos, o atendimento rápido, incluindo as duas aplicações do mal-afamado eletrochoque, conseguiu fazer com que não se hospitalizasse e nem interrompesse as atividades habituais.

ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES

"... Sentia que alguém estava a meu lado, meu marido, sem cansar, sem desistir, sem jamais me abandonar. ..."

(Frase de quem estivera doente durante vários anos)

Idéias e planos de suicídio

Eventualmente, pode acontecer que o portador da doença depressão tente (e consiga) praticar suicídio. No entanto, na maioria dos casos, não é o que ele deseja ou livremente tenha escolhido.

Por mais que trabalhem e sofram, as pessoas querem a vida e lutam por ela. Uma profunda tendência à autopreservação está arraigadamente implantada (através dos genes) no ser humano, assim como nas outras espécies animais. Aliás, isso é fácil de entender, pois qualquer espécie animal que tivesse surgido, no curso da evolução, sem essa característica de autopreservação teria logo desaparecido. Contudo, apesar dessa tendência à autopreservação, muitas pessoas, em diversas ocasiões, pensam na possibilidade de suicídio.

Idéias de suicídio podem surgir esporadicamente nos seres humanos; todavia, elas ocorrem com muita frequência nos pacientes depressivos e estão presentes em praticamente todos os pacientes com as formas mais severas de doença. Especialmente três situações configuram risco maior:

a) Nas depressões psicóticas — em que a perturbação cerebral do paciente pode dar-lhe a sensação de existirem vozes que lhe dêem "comandos" ou ordens de suicídio. Esses "comandos" de suicídio podem ser esporádicos e pouco insistentes, assim como podem ser minuciosos e implacáveis ("Cometer suicídio de tal maneira, como única solução para o seu estado ou como o merecido castigo para as enormes faltas que teria cometido durante sua vida"); muitas vezes são constantes — ocorrem durante todo o tempo em que o paciente está acordado, o que, para alguns deles, quer dizer quase as vinte e quatro horas do dia, pois não conseguem dormir se não estão recebendo tratamento; assim, o paciente é, de fato, impotente para resistir sozinho a esses comandos e necessita auxílio psiquiátrico eficiente e imediato.

Certos tipos de depressão severa — nos quais, em função do estado depressivo, o paciente fica tomado de uma profusão de idéias absurdas de auto-acusação e da crença (errônea) da inutilidade de qualquer esforço. Imagina-se culpado de inúmeros prejuízos que teria causado principalmente às pessoas mais queridas (filhos, pais, cônjuges etc.); parece-lhe que não há tratamento para a sua doença, que não há solução para os seus problemas

nem reparo para os supostos males que teria provocado. Repetindo: não é que "queira" se matar; contudo, essas idéias são constantes e há o risco de que, por causa do sofrimento intenso e continuado, se não estiver recebendo o necessário atendimento, a pessoa canse de resistir e chegue ao suicídio como tentativa desesperada de alívio.

A pessoa que perdeu as esperanças — inúmeras pessoas sofrem intensamente, há muitos anos, sem qualquer tratamento; a doença tirou-lhes toda a esperança de uma vida normal; nessas condições, preferem a morte, que lhes parece a única maneira de acabar com sua aflição.

Dois pontos aqui são fundamentais:

— O risco do suicídio é, dentre todos, o aspecto da doença que tem de receber dos familiares e do médico a maior atenção. Tudo o mais, a perda de dez quilos no peso, trinta noites sem dormir, a irritação dos familiares ou os comentários dos colegas de serviço, tem conserto, menos a morte.

— É uma pena morrer qualquer que seja a causa, porém é mais consternador morrer de uma causa tratável como a depressão. Por mais terrível que pareça a vida, para o paciente durante a depressão, e por mais severa ou incurável que lhe pareça a doença, a verdade é que já existem, atualmente, tratamentos médicos eficientes capazes de promover o controle e a remoção completa ou pelo menos o alívio duradouro dos sintomas, mesmo para pessoas que estão doentes há vinte ou trinta anos. Muitos pacientes, depois do tratamento adequado, passam até mesmo a viver melhor do que viviam antes do surgimento da doença, pois o que aprendem no correr do tratamento lhes dá uma outra perspectiva a respeito do que é realmente importante e de como resolver proveitosamente o que até então lhes pareciam problemas insolúveis. Isso vale também para a experiência de diversos pacientes com o uso dos medicamentos. Muitas pessoas vivem desanimadas, arrastando-se com esforço, até que o agravamento dessa falta de energia, na forma de uma doença mais severa, as obriga ao tratamento. Acontece, então, que a mesma medicação que ataca os sintomas depressivos também lhes permite alcançar um nível de ânimo e vigor muito superior ao que conheciam nas fases anteriores de sua vida.

Muitas vezes, o próprio paciente comenta que tem pensado em morrer ou que acha que o suicídio seria uma boa solução. Tais comentários são demasiado penosos para os familiares, que tentam, então, interromper o paciente, desviar-lhe a atenção para outros temas. É lógico, no entanto, que esse assunto deve ser posto às claras, o que se fará menos doloridamente com o auxílio do médico. Há uma certa idéia, comum e errônea, de que aqueles que falam em suicídio não o praticam. Na verdade, a enorme maioria dos que chegam ao suicídio já havia comentado o assunto com pessoas da sua família e do seu ambiente, talvez como uma busca de auxílio ou como uma sondagem, para avaliar sua importância e significado perante seus familiares e que repercussões haveria se, efetivamente, se suicidassem.

O risco de que a pessoa de fato cometa suicídio aumenta muito na medida em que ela não compreenda que sua infelicidade é, na realidade, um estado de doença depressiva que tem solução; e na medida em que pensa não ser importante para seus familiares ou que as pessoas se sentirão aliviadas com a sua morte.

Diálogo com o paciente

Em muitas situações, o paciente conserva razoável capacidade de raciocínio a respeito de questões práticas da sua vida, de forma que muitos dos assuntos a seu respeito, a respeito da sua doença, do seu tratamento e da sua vida familiar podem ser discutidos claramente com ele. Entretanto, os comentários ou opiniões de muitos outros pacientes estarão contaminados por aquela conotação depressiva de que tudo é difícil ou insuperável. Dessa maneira, temos que lembrar-lhes que é mister dar um certo desconto ao que pensam e dizem, por conta do seu estado depressivo provisório. Há, também, um marcado prejuízo da memória, especialmente para aspectos agradáveis ou favoráveis da vida, de maneira que, nessa fase, muitos assuntos têm que ser repetidos para o paciente, inclusive a respeito dos resultados do tratamento.

Em pacientes com depressões mais severas, no entanto, as áreas do pensamento e da linguagem estão seriamente afetadas pelo estado de doença. Então, o paciente mostra-se claramente absurdo para quem não está a par de suas tristeza e ansiedade mórbidas.

Eis alguns exemplos dos pensamentos que atormentam a cabeça do paciente nessa fase:

a) De como o paciente se sente desmanchado ou destruído por dentro:

Minha cabeça está vazia.

Estou podre por dentro.

Estou demente, estou demenciada.

b) De como o paciente teria um enorme poder de causar o mal:

Estraguei tudo, destruí tudo.

Estou prejudicando meus filhos de uma maneira irreparável. Eu, com a minha cara, provooco as pessoas a ficarem falando bobagens.

c) De como tudo ao seu redor está se destruindo:

Hoje, ainda podemos estar aqui comendo, mas amanhã não vamos mais ter comida.

d) De como sua doença não tem cura:

O Dr. diz que vou ficar boa para me animar, mas no fundo o senhor sabe que eu não tenho solução.

O Sr. diz que pacientes com sintomas iguais aos meus ficaram bem porque sinceramente acredita nisso, mas eu sei que não vou ficar boa, porque a minha doença parece igual à deles, mas não é.

Na verdade, a minha doença é mais grave do que o senhor diz e eu não tenho cura; mas como o Sr. é bondoso está adaptando os meus sintomas à sua teoria, para imaginar que eu possa ficar bem.

Se eu morresse agora, ia poupar ao médico a frustração de descobrir, daqui a algum tempo, que não ia poder curar a minha depressão, porque ela é muito mais grave do que ele pensa.

e) De como mesmo os acontecimentos bons podem ser vistos como prejudiciais:

Ganhei dinheiro demais no ano passado, vou ter que pagar muito imposto de renda neste ano.

O paciente no trabalho

Embora pacientes em depressão mais severa estejam incapacitados para seu trabalho, a maioria dos pacientes com sintomas menos intensos conserva sua capacidade de trabalhar, ainda que com menor eficiência. Pensamos que, em princípio, é vantajoso que o paciente se mantenha trabalhando, mesmo com rendimento menor, desde que seu estado não seja tão grave a ponto de o seu trabalho ficar grosseiramente malfeito ou de o paciente expor-se a pessoas estranhas em seu estado de doença. Dizemos, com certeza, que trabalhar não piora a situação depressiva e até pode ser muito conveniente, na medida em que ajuda o paciente a distrair sua atenção dos pensamentos de perda e destruição que lhe atormentam a mente.

Sono e nutrição

Sono - Fazem parte dos sintomas da depressão especialmente das depressões endógenas ou melancolias - a dificuldade para dormir

ou mesmo impossibilidade disso. Embora aumente o sofrimento do paciente, o fato de não dormir não seria por si só prejudicial ao organismo, mas é muito incômodo; portanto, se usarem medidas, inclusive medicamentos, que aliviem o problema da insônia até que, superada a depressão, o sono se normalize em conjunto com o funcionamento global do organismo.

Nutrição - Da mesma forma, muitos pacientes perdem completamente o apetite e, se estiverem sozinhos, passam vários dias sem se alimentar, ou ao menos sem ingerir nenhum alimento sólido. Embora os familiares se preocupem muito com isso, a falta de alimentação não é, por si só, perigosa, desde que se tenha a certeza de que a pessoa não esteja com outra doença orgânica, mascarada sob a forma da depressão; não apresente outros problemas orgânicos; não seja idosa e se mantenha ingerindo líquidos. Embora a pessoa previamente bem nutrida possa agüentar vários dias sem alimento sólido, nossa capacidade de passar sem a ingestão de líquidos é muito mantenha ingerindo líquidos. Embora a pessoa previamente bem nutrida possa agüentar vários dias sem alimento sólido, nossa capacidade de passar sem a ingestão de líquidos é muito limitada. É óbvio que, se a dificuldade persistir por mais do que alguns dias, serão usados os procedimentos disponíveis na Medicina atual para superar o problema sem um risco maior para a saúde do paciente.

Pacientes que não melhoram

A maioria dos pacientes, com o tratamento correto, têm uma melhora importante, se não completa, em alguns meses de tratamento; alguns pacientes já têm essa melhora em poucos dias ou semanas. Há outros, bem menos freqüentes, no entanto, para quem essa melhora não ocorre mesmo após vários meses ou mais de um ano de tratamento. São os pacientes com as depressões ou doenças de ansiedade de tratamento mais difícil; isso de forma nenhuma significa que são pacientes incuráveis, mas exige que o médico faça, frequentemente, uma revisão global do atendimento, para utilizar outros procedimentos disponíveis que possam enfim produzir bom resultado. É bem compreensível que, enquanto isso, o paciente se entristeça, por ainda não ter conseguido a melhora

necessária; isto é, ele está tendo, além da sua doença prévia, a tristeza de saber que ainda não funcionou com ele o tratamento que com outras pessoas funciona mais rapidamente.

O terapeuta sabe bem que, se o tratamento ainda não funcionou, é porque ele, terapeuta, ainda não conseguiu empregar o instrumento terapêutico (medicamento ou outros métodos) eficiente. Isso não significa que o médico seja menos competente ou menos preparado, mas significa que a doença do paciente - embora semelhante à de muitos outros pacientes - tem algumas características diferentes; por enquanto, a Medicina ou a Psiquiatria ainda não têm um método rápido de teste ou exame que explique quais são essas características diferentes e que dê uma indicação para o tratamento. Enquanto isso, resta o recurso de experimentar os vários tratamentos até descobrir o que funcionará em cada paciente. Entretanto, se a falta de melhora não é culpa do médico, também não significa, de maneira nenhuma, que seja culpa do paciente. É necessário que paciente, terapeuta e familiares continuem juntos o seu trabalho até chegarem ao tratamento eficiente e ao bom resultado.

Acontece que, muitas vezes, os familiares culpam o paciente (ou também o médico) pela demora no tratamento, alegando que ele supostamente não tem força de vontade. Neste caso, o paciente continua com todo o seu sofrimento prévio mais a tristeza de ver que o tratamento ainda não funcionou e mais a tristeza de estar sendo incompreendido justamente pelas pessoas de quem mais precisa, acusado injustamente e talvez abandonado. Os motivos pelos quais os familiares fazem isso são variados; talvez um deles seja o de que muitas pessoas, em face de um problema mais difícil, tenham se habituado a procurar um culpado (o "bode expiatório") em vez de raciocinar e trabalhar até encontrar a solução. De qualquer maneira, o fato importante é que para o paciente está cabendo a parte mais penosa, e ser acusado não ajuda em nada o seu tratamento e a sua melhora - ainda mais sendo acusado injustamente.

APÊNDICE

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS E ECT

1- Os medicamentos antidepressivos em geral

A experiência clínica, no nosso meio e em outros países, tem mostrado que medicamentos desse grupo são úteis e benéficos, em menor ou maior escala, a pessoas com certo tipo de sintomas depressivos e de ansiedade. No entanto, em muitas pessoas, mesmo sendo eficaz, o medicamento não exclui a necessidade do atendimento psicoterápico, mas pode constituir um importante fator auxiliar da psicoterapia.

Na etapa atual de nossos conhecimentos, ainda não é possível estabelecer com certeza, antes de iniciar-se o uso do medicamento, qual remédio produzirá ou não resultados satisfatórios para cada paciente. Assim, em geral, temos que fazer algumas tentativas, até determinar que remédio é o mais adequado para cada paciente em particular. Da mesma forma, somente a observação clínica pode estabelecer, para cada paciente individualmente, qual o melhor horário de uso do medicamento e qual a dose apropriada. Essa dose pode variar amplamente, de paciente para paciente, entre algo como 5 ou 10mg a 300 ou talvez 400mg por dia, dependendo de cada medicamento e de cada paciente. O efeito terapêutico, quando ocorre, faz-se notar já nos primeiros dias ou apenas após duas ou três semanas do uso do medicamento na dose máxima prescrita.

A par do seu efeito benéfico antidepressivo (ou tranqüilizante ou auxiliar do sono) cada medicamento pode apresentar também outros efeitos no organismo do paciente, os quais são ditos "efeitos colaterais". Os efeitos colaterais variam muito de medicamento para medicamento; e mais, considerando-se qualquer um desses medicamentos, seus efeitos colaterais diferem em incidência e intensidade de paciente para paciente.

Requer especial atenção o seguinte:

são medicamentos muito poderosos que devem ser bem guardados, evitando-se o seu acesso a crianças;

diminuem a capacidade de manejar aparelhos ou máquinas perigosas, ou de dirigir automóveis, mesmo que o paciente não se dê conta disso; em conseqüência, é comum, lamentavelmente, a ocorrência de acidentes com pessoas que estejam usando medicamentos desse tipo, assim como psicotrópicos em geral;

não devem ser usados no primeiro trimestre de gravidez ou quando há projeto ou possibilidade de concepção a curto prazo; portanto, as mulheres que estejam usando medicamentos antidepressivos devem certificar-se de que estão utilizando método anticoncepcional eficaz; isso é especialmente importante no caso de pessoas de certas religiões cujos líderes proíbem métodos anticoncepcionais que não sejam os ditos "naturais";

aumentam muito o efeito de bebidas alcoólicas, assim como podem ter seus efeitos desagradáveis aumentados pelo álcool —

inclusive no tocante à condução de veículos e manejo de instrumentos perigosos; deve-se, portanto, evitar o uso de álcool, até se estabelecer a dose adequada do medicamento; após esse período inicial, pode-se ensaiar a ingestão esporádica de bebidas alcoólicas, com cuidado e em pequenas doses; podem aumentar a tendência a crises convulsivas.

2 - Medicamentos do grupo dos tricíclicos

Os antidepressivos tricíclicos (junto com os medicamentos ditos inibidores da monoaminoxidase) são os medicamentos antidepressivos mais antigos de que dispomos e, portanto, aqueles sobre os quais já se acumulou uma experiência maior, estabelecendo-se a segurança do seu uso, no sentido de que são eficazes no tratamento das depressões e de que, usados nas condições adequadas e sob supervisão médica estrita, não provocam conseqüências desagradáveis duradouras para os pacientes.

No entanto, muitas vezes provocam efeitos colaterais desconfortáveis, dentre os quais os mais comuns são os seguintes:

— boca seca; visão turva; sonolência ou, ao contrário, menor necessidade de sono; inquietação muscular; sudorese; alteração no desejo e na excitabilidade sexual, facilitação ou dificuldade do orgasmo (no homem, da ejaculação); cefaléia; tonturas; prisão de ventre e micção difícil.

Todos esses efeitos colaterais são reversíveis após alguns dias ou, se necessário, com a diminuição ou suspensão do medicamento; além disso, procurando evitar a incidência ou diminuir a intensidade desses efeitos, inicia-se o uso do remédio em pequenas doses, que se aumentam paulatinamente.

Entretanto, deve-se prestar especial atenção ao seguinte:

em muitas pessoas, especialmente nas primeiras semanas ou até se ajustarem as doses e horários de uso, o medicamento pode provocar diminuição da capacidade de atenção, da capacidade de reagir a estímulos, e dos reflexos; assim, deve ser evitada a realização de tarefas que requeiram atenção constante ou possam ser perigosas, tais como dirigir veículos e manejar certas máquinas ou instrumentos;

dores de garganta ou febre podem ocorrer como sintomas de uma afecção das vias aéreas superiores que casualmente coincide com o uso do medicamento; no entanto, para excluir a possibilidade de que se trate de alguma outra complicação mais grave, deve-se suspender provisoriamente o uso do medicamento e fazer contato imediato com o médico assistente;

exergar halos luminosos ao redor das lâmpadas ou então o aparecimento de dor nos olhos pode constituir um aviso importante sobre a iminência de uma afecção ocular grave; o uso do medicamento deve ser imediatamente interrompido e deve-se fazer contato com o médico assistente (se, por acaso, não o encontrar, procure, com presteza, um oftalmologista competente); em certas pessoas o uso do medicamento e a concomitante exposição à luz e ao calor do sol provocam um eritema (ou queimadura de cor vermelha intensa que depois muda para a cor marrom-café e leva algum tempo para desaparecer); deve-se, portanto, evitar a exposição especialmente da pele mais delicada (e esteticamente mais importante) do rosto, até que se tenha certeza de que o paciente não é propenso a esse fenômeno;

o medicamento pode provocar algumas alterações de funcionamento cardíaco, as quais não são graves e são sempre reversíveis, em pessoas que não tenham doença cardíaca prévia. Mesmo assim, orienta-se o paciente para que não se exponha à realização de exercício físico mais intenso do que suas atividades diárias habituais, e não se canse — mesmo levemente — antes que sua situação cardiológica sob o efeito da droga tenha sido reavaliada;

a combinação dos tricíclicos com alguns outros remédios pode provocar reações desagradáveis e mesmo graves; assim, sempre que o paciente estiver usando medicamentos tricíclicos, o uso de quaisquer outros medicamentos deve depender de prévia autorização do psiquiatra assistente; igualmente, a realização de eventuais procedimentos cirúrgicos ou anestésicos deve ser precedida de consulta ao psiquiatra assistente, para se avaliar a conveniência da suspensão provisória do medicamento;

g) alguns efeitos colaterais do uso desses medicamentos podem não surgir de início, mas apenas depois de um certo tempo de uso (meses ou anos, como pode suceder também com medicamentos não psicotrópicos); portanto, no caso de qualquer modificação

física ou psíquica em paciente usando antidepressivo tricíclico, deve ser levada em conta a possibilidade de que essa modificação esteja sendo provocada pelo medicamento. Por isso, também, é necessário que os pacientes que estejam usando medicamentos se submetam a consulta médica periódica, mesmo que não notem nenhum sintoma desagradável.

Concluindo: os antidepressivos tricíclicos são medicamentos muito seguros e benéficos quando usados sob supervisão rigorosa e constante do médico assistente, porém podem se tornar perigosos se o paciente usá-los sem esse controle.

3 - Medicamentos inibidores da monoaminoxidase

Os medicamentos ditos inibidores da monoaminoxidase (ou IMAO) clássicos — isocarboxazida, fenelzina e tranilcipromina — têm-se mostrado benéficos em certos pacientes com sintomas depressivos e perturbações do sono e do apetite. No entanto, ainda não é possível prever com exatidão em que pacientes tais medicamentos serão úteis ou não. Assim, se não produzirem resultados após um período de vinte a trinta dias, seu uso e dose deverão ser reavaliados.

Os medicamentos IMAO são bastante seguros quando usados em condições rigorosamente controladas. No entanto, têm provocado sintomas desagradáveis e mesmo situações muito graves quando em interação com outros medicamentos e com substâncias contidas em certos alimentos.

Durante o uso dos medicamentos IMAO e também até vinte ou trinta dias após, mesmo que esse uso tenha sido em pequenas doses ou por poucos dias, devem ser obedecidos rigorosamente os seguintes cuidados:

a) é absolutamente proibido o uso de quaisquer outros medicamentos sem expressa autorização do psiquiatra assistente. Estão incluídos nessa proibição mesmo os medicamentos comuns, que habitualmente não dependeriam de receita médica, como gotas nasais, medicamentos antigripais comuns e quaisquer outros remédios, mesmo de receituário popular;

b) é proibida a ingestão, durante todo o tempo, mesmo em pequenas quantidades, de alguns alimentos que contêm, na sua composição, certas proteínas animais ou mesmo vegetais, ou que sofrem processos de fermentação no seu preparo. É ainda proibida a ingestão de alimentos de origem animal ou mesmo vegetal que não sejam frescos, recentemente preparados ou recentemente industrializados a partir do estado fresco.

Incluem-se nessa proibição os seguintes alimentos:

queijos e iogurtes;

carnes de gado, suínos, peixes e aves que não sejam frescas;

salames, lingüiças, presuntos, salsichas, bacon, charques e similares;

fígados de quaisquer animais;

arenques em conserva ou similares e produtos defumados;

patês de aves, de suínos, de fígado etc.;

vagens, feijões, feijão de fava;

bananas muito maduras;

vinhos tintos, rosados e chiantis;

cervejas de qualquer espécie;

vermutes, martinis, brandys, xerez e similares;

vinagres de vinhos tintos ou rosados;

fermentos e leveduras em geral e produtos industrializados fermentados;

caldos de carne industrializados, molhos industrializados, "carne de soja" ou similares, e outros produtos industrializados que possam conter proteínas vegetais ou animais não frescas, ou fermentados ou envelhecidos;

Nota — Esteja alerta para a existência de vinhos, vinagres e outros produtos industrializados ou outros alimentos proibidos que estejam inadvertidamente incluídos no preparo de comidas fora de sua casa, como jantares em casa de amigos e em restaurantes.

c) é permitido o uso, com moderação, dos seguintes alimentos, testando cuidadosamente:

bebidas cafeinadas, como café, chá ou refrigerantes;

chocolates;

passas de uvas e de figos e abacates;

bebidas alcoólicas destiladas, como conhaque, cachaça, uísque, vodka ou gin;
vinhos brancos.

Outras observações:

A par do efeito terapêutico, os medicamentos IMAO podem provocar sintomas colaterais, tais como boca seca e tonturas leves.

São medicamentos muito poderosos que devem ser bem guardados, fora do alcance de crianças.

Em muitas pessoas, especialmente nas primeiras semanas ou até se ajustarem as doses e horários de uso, o medicamento pode diminuir a atenção, a capacidade de reagir a estímulos e os reflexos; assim, deve-se evitar a realização de tarefas que requeiram atenção constante ou possam ser perigosas, tais como dirigir veículos e manejar certas máquinas ou instrumentos.

Não devem ser usados no primeiro trimestre de gravidez ou quando há projeto ou possibilidade de engravidar.

Cartão de identificação de paciente sob uso de medicamento IMAO

Aos pacientes que estão usando medicamentos inibidores da enzima monoaminoxidase, abreviadamente chamados IMAO, fornecemos um cartão com o resumo das informações importantes a respeito desses medicamentos:

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB USO DE MEDICAMENTO TIPO IMAO.

Sr.(a) ...

Medicamento...

Dose...

Carregue este cartão sempre consigo até vinte dias após a suspensão do uso do medicamento.

Mostre-o para seu médico ou dentista, se necessitar de atendimento.

Medicamentos que podem causar crises graves, entre outros: antigripais e analgésicos comuns, gotas nasais, certas gotas oftálmicas, outras aminas simpaticomiméticas, opiáceos tipo meperidina (demerol, dolantina) e análogos sintéticos (tipo dextropropoxifeno), anticolinérgicos, barbitúricos.

Alimentos que devem ser evitados: queijos, iogurtes, fígados, salames, lingüiças, patês e similares, alimentos que não sejam frescos ou tenham sido recentemente preparados, frutas muito maduras, favas, feijões, cervejas, vinhos tintos ou roses, vermouths, brandis, produtos industrializados, tais como caldo de carne e molhos.

Alimentou a serem utilizados com cuidado e em pequenas quantidades: chocolates, cafés, refrigerantes cafeinados (como Coca-Cola), bebidas alcoólicas, abacates, bananas, passas de uva e figo,

Nota: Mesmo até quinze a trinta dias após a suspensão do medicamento IMAO, o paciente pode sofrer crises hipertensivas de enorme gravidade após a ingestão de certos alimentos ou medicamentos — tais como antigripais e antialérgicos de uso comum - que contenham aminas simpaticomiméticas de ação direta ou indireta. Também podem ocorrer crises graves, em consequência da combinação das drogas IMAO com outros medicamentos, inclusive tricíclicos, ISRS e outros antidepressivos.

Não tome nenhum medicamento, inclusive os de uso habitual, sem autorização explícita do seu médico.

Telefones do seu médico

Consultório: Hospital: Residência:

4 - Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina - ISRS

A comunicação entre as células do sistema nervoso se dá, em parte, através da movimentação de minúsculas cargas elétricas dentro das células e, em parte, através de substâncias que saem de dentro das células e se espalham no "líquido extracelular", isto é, o líquido existente no espaço entre as células. Essas

substâncias, que têm a função de transmitir os sinais de comunicação entre as células, são chamadas, então, de "neurotransmissores". Alguns dos neurotransmissores atualmente conhecidos são a noradrenalina, a serotonina, a dopamina e a acetilcolina. Depois que as substâncias neurotransmissoras são liberadas no líquido extracelular, parte delas é absorvida de novo para dentro da célula, isto é, é "recaptada". Supõe-se que o mecanismo de ação dos antidepressivos se relacione ao fato de eles impedirem — ou "inibirem" - que a célula faça essa recaptação do neurotransmissor que havia liberado. Assim, mais neurotransmissor fica disponível no espaço extracelular e isto, ao que parece, modifica o funcionamento das células, aliviando os sintomas da depressão. Foram desenvolvidos certos medicamentos que impedem especificamente - ou de forma "seletiva" - a recaptação de um ou outro dos neurotransmissores.

Entre esses inibidores seletivos estão os chamados "Inibidores Seletivos da Captação da Serotonina" (do neurotransmissor Serotonina). Eles podem apresentar algumas vantagens, por exemplo, tendo efeitos colaterais menos incômodos ou agindo numa variedade maior de doenças, como nos transtornos obsessivo-compulsivos, para os quais alguns outros medicamentos são pouco eficazes. Um dos medicamentos ISRS, a fluoxetina, recebeu amplo noticiário na imprensa leiga (sob o nome comercial de Prozac). Embora essa divulgação seja benéfica, para que mais pessoas saibam que as depressões e doenças de ansiedade são tratáveis, deve ficar claro que eles podem ser mais confortáveis mas não são propriamente mais eficazes do que antidepressivos mais antigos - como os tricíclicos. O fato de vários pacientes não melhorarem com fluoxetina (ou outro dos medicamentos ISRS) não significa, de forma nenhuma, que não possam ficar bem com quaisquer outros antidepressivos, mais antigos ou mais modernos.

Entre os efeitos colaterais mais frequentemente produzidos pelos ISRS podem ocorrer náuseas, tendência a diarreia, tremores, dor de cabeça ou dores abdominais, ansiedade e inquietação, insônia e diminuição da libido e retardo na ejaculação e orgasmo.

Vários dos ISRS afetam intensamente a ação de outros medicamentos dentro do organismo e requerem cuidados especiais. Tem que ser respeitado um período relativamente longo

quando se deseja usar um medicamento IMAO em uma pessoa que tenha usado um ISRS. Assim como os outros psicotr3picos em geral, n3o devem ser usados durante a gravidez, e podem afetar a capacidade de dirigir autom3veis e manejar instrumentos perigosos, bem como causar problemas maiores se misturados com bebidas alco3licas.

5 - O uso do lítio

O lítio (usado na forma de carbonato) é uma substância de estrutura química relativamente muito simples que produz bons ou excelentes resultados em um número significativo de pacientes com transtornos afetivos, especialmente do tipo bipolar ou com epis3dios recidivantes.

Trata-se de um medicamento de efeitos poderosos, e seu uso deve ser feito sob rigoroso controle do médico psiquiatra assistente. Especialmente nos primeiros dias de uso, deve ser estabelecido contato diário (pessoal ou por telefone) entre o paciente e o médico. O objetivo desse contato tão freqüente é estabelecer a dose adequada do medicamento e prevenir a ocorrência de manifestações desagradáveis ou prejudiciais que se originariam do uso inadequado do medicamento; devem ser relatadas ao médico todas as reações psíquicas ou físicas do paciente. Como adjuvante desse controle clínico é possível, há muitos anos, realizar a dosagem laboratorial periódica do nível de lítio no plasma. Os sintomas colaterais mais freqüentes do uso do lítio são os seguintes:

- um fino tremor nas mãos;
 - discreta anorexia;
 - discretas náuseas ou diarreia;
 - discreta sonolência;
 - aumento da ingestão de água e da freqüência da micção ou do volume urinário;
- aumento do apetite e do peso.

Qualquer um desses sintomas (ou outros que aparecerem) deve ser relatado ao médico. A suspensão total do lítio e de quaisquer outros medicamentos e a comunicação imediata com o médico assistente devem ser feitas se os efeitos colaterais relatados aci-

ma ocorrerem de forma intensa ou no caso do aparecimento de quaisquer outros sintomas ou, ainda, se o paciente apresentar algum problema ou perturbação diferentes do que habitualmente vinha manifestando.

Outros cuidados necessários durante o uso do lítio são os seguintes:

a ingestão de sal de cozinha (cloreto de sódio) nos alimentos deve se manter em nível constante, evitando-se oscilações marcadas (como seria, por exemplo, a falta de alimentos com sal num dia ou a ingestão de comida muito salgada noutro dia);

evitar condições que determinem sudorese excessiva;

o uso de quaisquer outros medicamentos, além do lítio, só pode ser feito após prévia consulta ao médico assistente;

- a ocorrência de outras doenças concomitantes (como afecções das vias aéreas superiores, infecções ou outras) deve igualmente ser comunicada ao médico, pois pode se fazer necessária

uma modificação da dose do lítio.

6 - Carbamazepina, clonazepam e ácido valpróico

Além do lítio, existem outros medicamentos que têm um efeito de estabilização do estado de humor (além de serem usados em Neurologia, há muitos anos, como anticonvulsivantes): a Carbamazepina, o clonazepam e o ácido valpróico; eles são usados isoladamente ou em combinação, são eficazes numa proporção menor de pacientes do que o lítio; entretanto, quando funcionam, isoladamente ou em combinação, eles podem, em diversos pacientes, provocar resultados melhores do que os do lítio. Outros medicamentos, ditos bloqueadores dos canais de cálcio, também são benéficos pelo menos em alguns pacientes, mas as melhores condições para seu uso ainda estão em investigação.

Carbamazepina - Usada na dose de 200 ou 400 a 1600 ou mesmo 2000mg por dia, a Carbamazepina mostra-se útil em muitos pacientes bipolares que não tenham tido bom resultado com lítio, ou tenham tido efeitos colaterais muito incômodos com ele. Parece

ser especialmente eficaz nos pacientes que tenham não só os sintomas de aceleração psíquica (sintomas maníacos puros) como sintomas mistos de inquietação, irritabilidade e idéias bizarras. Em geral, é um medicamento bem tolerado; pode provocar algumas alterações alérgicas na pele; ocasionalmente, nos primeiros dias de uso e em doses altas ou quando se aumenta rapidamente a dose, aparecem náuseas, sonolência, tonturas, dificuldades para caminhar e visão dupla. Uma reação grave, que ocorre em um para cada 25.000 a 100.000 pacientes, é a destruição dos glóbulos brancos do sangue. Por isso, realizam-se hemogramas periódicos e deve ser imediatamente comunicada ao médico a ocorrência de febre, dor de garganta ou outros sinais de infecção, assim como qualquer alteração no quadro habitual do paciente.

Clonazepam - Em geral, é bem tolerado pelos pacientes, podendo, às vezes, provocar sonolência ou irritabilidade. Inicia-se em pequenas doses, 0,25 a 0,5mg, que podem ser aumentadas, sob orientação do médico, até 8 ou 10mg por dia.

Ácido valpróico - O ácido valpróico - ou valproato de sódio - pode provocar irritabilidade, assim como mal-estar gástrico (náuseas, azia, gosto ruim na boca) em alguns pacientes; pode, também, provocar queda de cabelos e, muito raramente, problemas hepáticos severos.

7 - Os ansiolíticos

Os benzodiazepínicos foram introduzidos a partir de 1960 e têm ampla utilização na Medicina (especialmente o diazepam), sendo eficazes numa variedade de doenças e relativamente seguros se usados adequadamente. Em Psiquiatria, são úteis para pacientes depressivos com sintomas de ansiedade e nas doenças de ansiedade, entre outras condições. São também usados para facilitar o sono.

Seu uso deve ser transitório em muitas situações, mas em pacientes com ansiedade muitas vezes será necessário por períodos mais prolongados. Como os medicamentos em geral, também causam efeitos colaterais, como sonolência, tremores, dificuldade de atenção e dificuldade de memória. Podem fazer mal em combinação com alguns outros medicamentos ou com álcool, afetam a

capacidade de dirigir automóveis e manejar instrumentos ou máquinas perigosas e não devem ser usados durante a gravidez ou quando houver projeto de gravidez a curto prazo.

Há uma preocupação freqüente, em meios médicos ou leigos (como se vê em artigos da imprensa), de que ocorram situações de uso indevido. Também está bem documentado, por outro lado, que há uma proporção considerável de pessoas com grau importante de sofrimento por ansiedade que se beneficiariam muito com o seu uso, se lhes fosse receitado.

Dependência - Os benzodiazepínicos, se usados por um período maior do que algumas semanas, podem causar "dependência", isto é, a pessoa sofre a volta dos sintomas e mesmo um mal-estar maior do que seus sintomas prévios se suspender abruptamente a tomada do benzodiazepínico. Essa situação é importante, inclusive porque algumas pessoas podem sofrer alterações graves do seu estado mental. Por outro lado, a volta dos sintomas quando uma pessoa suspende abruptamente o uso de um medicamento ocorre em muitas outras situações em Medicina, por exemplo, em um paciente com diabete ou com hipertensão arterial. A diferença é que um paciente com hipertensão arterial que suspenda a sua medicação anti-hipertensiva pode não ter nenhum sinal de aviso de que seu corpo está sentindo a falta do medicamento, e vir a ter uma complicação importante, como um acidente vascular cerebral ("derrame"). Ou seja, a dependência não é exclusiva dos benzodiazepínicos, mas pode ser mais evidente com um benzodiazepínico do que com outros medicamentos, especialmente no caso dos benzodiazepínicos que agem por poucas horas e que têm de ser tomados com mais freqüência. Aliás, já dependemos de muitas outras coisas ou substâncias na vida, como de água, alimentos, ar, sono e calor. É, portanto, mais um exemplo de que a questão do "certo ou errado" depende das circunstâncias e da quantidade. Usados corretamente os benzodiazepínicos ajudam muito; mal usados podem ser perigosos.

A buspirona é um medicamento de uso mais recente, que pode ser eficaz em muitas situações. Diferentemente dos benzodiazepínicos, em geral leva vários dias até produzir benefício, mas, em muitas pessoas, causa poucos efeitos colaterais.

Vários dos medicamentos antidepressivos são também eficazes contra a ansiedade. Menos frequentemente, usam-se alguns outros medicamentos.

8 - Eletroconvulsoterapia - ECT

A eletroconvulsoterapia ou ETC é uma medida terapêutica de reconhecida eficácia quando usada nos casos indicados e nas condições apropriadas.

Seu efeito terapêutico é, na maioria dos pacientes, conseguido com duas a oito aplicações. Raramente apenas uma aplicação é suficiente ou mais de oito são necessárias; a aplicação é feita sob sono anestésico, estando o paciente em jejum. Após a aplicação, com alguma frequência, o paciente apresenta dores de cabeça ou dores musculares; ainda, em consequência da anestesia, pode apresentar náuseas ou vômitos. Para as dores, usa-se aspirina (se não houver contra-indicação). Para prevenir vômitos, recomenda-se alimentação leve, predominantemente líquida ou cremosa, nas primeiras horas após a aplicação.

Visando à segurança do paciente, são registradas as informações do questionário abaixo:

Questionário prévio ao uso da ECT:

Sofre atualmente ou sofreu no passado (inclusive na infância) de alergia, hipersensibilidade ou outras reações desagradáveis a alimentos, medicamentos, drogas anestésicas, vacinas, fatores ambientais, climáticos ou outros?

Tem familiares com alergia?

Já se submeteu a anestesia local ou geral? Houve algum sintoma desagradável?

d) Que sintomas ou doenças físicas teve recentemente ou está tendo atualmente?

e) Que medicamentos está usando atualmente ou usou nas últimas semanas? Especialmente, marque se está usando ou usou nas últimas semanas algum dos seguintes medicamentos: gotas nasais, gotas oculares, antibióticos como neomicina, estreptomicina, kanamicina, polimixina e colistina; cardiofármacos como quinidina e digital; psicotrópicos como fenelzina e lítio; antialérgicos, levodopa, ciclofosfamida e íons de potássio.

Tem mais habilidade no uso da mão direita ou esquerda?

h) Tem prótese dentária móvel?