



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”

Ferreira Santos, S.* & Lapa Esteves, M.**

* Mestranda de Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. Portugal.
Teléfono: 00351 96 236 20 48
Correo Electrónico: sabina.santos@clix.pt

** Professora do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Coimbra. Membro do Conselho Científico do ISMT. Investigadora do CEPESE/ISMT. Psicóloga Clínica. Doutorada em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica pela UEX (Espanha). Membro da Associação de Psicanálise e Psicoterapias Psicanalíticas de Lisboa. Mestre de Reiki.
Teléfono: 00351 96 602 75 93
Correo Electrónico: fatilapesteves@hotmail.com

RESUMO

Depressão é a perda ou abaixamento da pressão anímica, traduzindo-se por diminuição da energia psíquica e vital, da libido, da motivação e do interesse pelo real. É uma doença que torna uma pessoa incapaz, pode apresentar comorbilidade com outras doenças, apresenta risco de suicídio, com numerosas consequências sociais e económicas. Os défices da memória são relatados como as maiores dificuldades cognitivas em pacientes sintomáticos e com doença depressiva devido ao papel fundamental do hipocampo na formação e consolidação de memórias novas assim como a sua importância para o regulamento da motivação e da emoção. Existe uma distinção entre a personalidade depressiva e a depressão propriamente dita, verificada a partir do estudo dos estados depressivos. É certo que depressividade e depressão, personalidade depressiva e acesso depressivo, são situações conjugadas, fenómenos que se cavalgam: o sentimento de falta é, no plano subjectivo já uma perda, uma «perda do que ainda não foi ganho»; e, por outro lado o desejo da perda – que a raiva da depressividade impõe.

Assim, o profissional de saúde tem um papel preponderante no reconhecimento da perturbação. Perante a presença de sintomas a avaliação neuropsicológica torna-se a ferramenta decisiva no diagnóstico destes indivíduos.

Palavras-Chave: Depressão; depressividade; personalidade depressiva; estados depressivos; acesso depressivo.



“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”

ABSTRACT

Depression is the loss or lowering of pressure soul, resulting in diminishing the vital and psychic energy, libido, motivation and interest in the real. It is a disease that makes a person incapable, may have comorbidity with other diseases, has a risk of suicide, with numerous social and economic consequences. The memory deficits are reported as the major cognitive difficulties in symptomatic patients with depressive illness due to the role of the hippocampus in the formation and consolidation of new memories and their importance for the regulation of motivation and emotion. There is a distinction between depressive personality and depression itself, seen from the study of depressive states. Admittedly depressivity and depression, depressive personality and depressive access are combined situations, phenomena that ride: the feeling of failure is at a subjective level as a loss, a ‘loss of which has yet to gain’, and the other on the desire of loss - that the anger of depressivity imposes.

Thus, health professionals have a role in recognition of the disturbance. Given the presence of symptoms to neuropsychological assessment becomes a crucial tool in the diagnosis of these individuals.

Keywords: Depression, depressive, depressive personality, depressive states, access depressing.

INTRODUÇÃO

Encontramos na psicologia da vida corrente a nostalgia como equivalente da depressão e o entusiasmo como equivalente da mania. Nostálgico é o indivíduo que vive da saudade daquilo que perdeu; entusiástico é o indivíduo que tem a permanente convicção do reencontro da boa experiência.

Neste enquadramento, o presente trabalho tem como principal objectivo fazer uma revisão teórica acerca de depressão unipolar e personalidade depressiva. Deste modo, será feita uma descrição das principais características deste tipo de perturbação, serão destacadas possíveis causas e, será mencionado o tema do diagnóstico avaliação neuropsicológica e por último a intervenção do terapeuta neste tipo de perturbação.

DESENVOLVIMENTO

1. Depressão Unipolar explicação neuropsicológica

Segundo Shelton (2007) os factores principais que estão na origem da depressão têm haver com a interacção genética, do ambiente e da infância. O óxido nítrico regula a dependência a longo prazo da depressão e do contexto da aprendizagem cerebelar (Ogasawara, Doi, Doya & Kawato, 2007). Os pacientes com depressão demonstram prejuízo em larga escala de tarefas cognitivas (Walsh, Seal, Williams & Mehta, 2009). Nos doentes deprimidos existe uma redução do volume do hipocampo, que ocorre normalmente após o início da doença.

Foi feito um estudo com 31 pacientes medicados e 31 pacientes não medicados, através de ressonância magnética, para analisar as alterações localizadas no hipocampo. Concluiu-se que se encontra uma tendência no aumento do volume do hipocampo em pacientes medicados com anti-psicóticos, sendo um factor neuroprotector.

Este estudo indica que existe relação da doença no tamanho do hipocampo, bem como um possível efeito da história no tratamento com anti-psicóticos.

A identificação das alterações na estrutura regional do hipocampo, podem assim, contribuir para elucidar os mecanismos fisiopatológicos subjacentes associados com a depressão, e também indicar os sistemas que podem ser selectivamente perturbados na doença (Eichenbaum & Fortin, 2005, citado por Bearden et al., 2009).



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Segundo Gabriel e Violato (2009) muitas pessoas que apresentam um quadro clínico para depressão, não o conseguem reconhecer e não conseguem diferenciar depressão de tristeza normal. O seu conhecimento sobre as suas causas é distorcida e mais de metade dos indivíduos que têm depressão major não procuram tratamento, além disso, apenas 40% dos indivíduos consideram os anti-depressivos eficazes.

Transtornos psicológicos que envolvem humor apresentam no global afecto negativo ou perda do afecto (Clark & Watson, 1991; Mineka et al., 1998; Watson, 2005, citado por Vaydianathan, 2009).

Os transtornos de interiorização, ou comportamentos dirigidos para o self apresentam uma tendência para interiorizar sofrimento psíquico, eles incluem vários transtornos de ansiedade, juntamente com transtorno depressivo major e distímia, conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000).

Transtornos depressivos unipolares englobam uma série de características que sugerem fortemente um substrato neurobiológico. Estes incluem sintomas tais como o sono, o apetite, perda de interesse, de prazer, fadiga, ruminação negativa e falta de concentração. A depressão é uma condição complexa com um padrão biológico na sua etiologia. Factores ambientais, assim como alguns factores adversos podem modelar vulnerabilidade para a depressão (Shelton, 2007).

Os indivíduos com depressão unipolar atribuem maior importância aos eventos negativos em relação aos positivos, focando principalmente a sua atenção nos negativos, comparativamente as pessoas sem esta perturbação (Casement et al., 2008). Cerca de 50% dos indivíduos com depressão que dormem menos apresentam melhoras de Humor (Bernier et al., 2009). O declínio cognitivo e motor de pacientes melancólicos com depressão major apresentam uma consequência directa da perturbação neurofisiológica subjacente (Rogers et al., 2000).

Segundo Barak e Tsodyks (2007) a dinâmica sináptica pode contribuir para a depressão. Um dos possíveis mecanismos que podem estar subjacentes à persistente actividade é medida por excitação periódica intra cortical das conexões sinápticas. Um estudo recente revelou que as conexões entre as células piramidais no córtex pré-frontal apresentam vários graus de depressão sináptica.

Hammar e Ardal (2009) dizem que o prejuízo cognitivo na Depressão Major na fase aguda, apresenta grandes défices nas funções executivas, na atenção, memória e velocidade psicomotora. Factores neuropsicológicos revelam que os pacientes com Depressão Major apresentam distúrbios na memória, atenção e execução, disfunções em diversas áreas do cérebro, incluindo no córtex frontal e temporal.

O envelhecimento está associado a lesões cerebrais ou com outras anomalias que contribuem para a depressão (Dotson et al., 2008).

A recuperação de uma depressão na população idosa, é um tópico de grande interesse para os psiquiatras. Um desafio ao tratamento é que aproximadamente um terços dos adultos mais velhos são resistentes à intervenção farmacológica (Story et al., 2008).

Apesar dos psiquiatras darem mais importância aos sintomas melancólicos do que aos sintomas ansiosos para estabelecer o grau de depressão do paciente, os pacientes deprimidos dão a mesma importância aos seus sintomas ansiosos e melancólicos (Ramos et al., 2009). Segundo Walsh et al (2009) é importante saber qual a natureza do prejuízo cognitivo na depressão, para se saber como ela pode ter um papel fundamental na etiologia e na manutenção da desordem. O prejuízo cognitivo danifica tarefas tais como na memória, no planeamento e na atenção. Estudos recentes dizem-nos que os modelos internos múltiplos são adquiridos no cerebelo, e que estes podem ser apresentados num dado comportamento.

A depressão a longo prazo dá forma à base celular da aprendizagem cerebelar, e que o óxido nítrico sintetizado do mensageiro é um grande factor de contributo para a manutenção da depressão (Ogasawara et al., 2007).



“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”

2. A Depressão, essa incógnita

Na depressão, o factor essencial é o recalçamento do desejo e da fantasia conexas, condicionando uma perda da perspectiva existencial, uma amputação da realização pessoal. O que o indivíduo perdeu não foi uma realidade existente, mas sim uma «realidade» desejada e fantasiada, projectada ou programada. Está triste, não por aquilo que perdeu de concreto, mas por aquilo que não realizou.

A depressão gera-se numa relação de amor não correspondido, numa economia depressígena: em que o sujeito dá mais do que recebe. O que caracteriza, a depressão é um sentimento de insatisfação profunda, «histórica». A nostalgia do seio e da mãe, desse objecto perdido, é o traço cheio de vivência depressiva. A libido, retida neste objecto primitivo, impede o investimento de novos objectos e objectivos.

Por outro lado, a excessiva idealização do objecto conduz a um insuficiente investimento narcísico, a uma baixa auto-estima.

De um outro modo, pode-se dizer que, na depressão o indivíduo está, por um lado, dominado por um «quisto maligno» que habita o interior do self (depressão de culpabilidade ou masoquista), e, por outro lado fascinado por um «satélite» idealizado que gravita no espaço do seu mundo interno, da sua fantasia.

O indivíduo não sai do viver depressivo, enquanto não digerir e expulsar os restos do «quisto maligno» e não se libertar da atracção do «satélite idealizado» (Coimbra de Matos, A., 2007 p. 123-124).

3. Personalidade Depressiva e Depressão

Existe uma distinção entre a personalidade depressiva e a depressão propriamente dita, verificada a partir do estudo dos estados depressivos.

A personalidade depressiva caracteriza-se pela deficiente organização do investimento narcísico; a baixa auto-estima é o seu pano de fundo. Trata-se de uma situação permanente de depressão de inferioridade ou de depressão narcísica. O indivíduo é dominado por um sentimento mais ou menos permanente de frustração, de não realização dos seus planos e projectos. Como se diz na linguagem corrente, o depressivo é um «frustrado». Acontece, em grande parte, em função do seu desejo onipotente, de uma enorme ambição. Mas também em face das decepções sofridas no passado infantil: decepção primária, pelo reconhecimento de outros objectos do interesse e investimento da mãe; decepção edipiana, pela desilusão sofrida a nível do desejo e fantasia incestuosos. É do grau de estimulação fantasmática e real pré-decepção que depende a grandeza da onipotência: quanto mais vivo, persistente e grandioso foi o fantasma e /ou maior a estimulação libidinal pelo objecto.

Sendo assim, na depressividade há uma situação de frustração, de falta do desejado; e não bem uma situação de perda. Mais do que uma perda, é o reconhecimento da impossibilidade de concretização de um desejo e de uma fantasia. É a permanência na posição de apetência e fantasia onipotentes e irrealistas que condiciona a decorrência depressiva. Uma forte voracidade e avidez, e, consequentemente, uma constante insatisfação marcam o seu destino e o seu humor.

Este desejo e fantasia não aparecem (como aliás nada) por geração espontânea: resultam do hiperinvestimento e hiperestimulação pelo objecto – ele mesmo narcísico, insatisfeito frustrado (é a mãe narcísica-narcizante). São mães com profundos sentimentos de castração, insatisfeitas e frustradas – que investem compensatoriamente o filho e se tornam hiperestimulantes e hipersolícitas ao mesmo tempo que hiperdesejantes e hiperexigentes em retribuição afectiva do filho, na qual este não pode responder por incapacidade e imaturação, frustrando a mãe, que imediatamente reage frustrando o filho, envolvendo-o numa relação contraditória de hiperestimulação/hiperfrustração; organiza-se, secundariamente uma relação sadomasoquista e culpabilizante, que se junta e recobre em certa medida



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

a primeira, e, posteriormente, ao nível fálico e edipiano, instala-se uma auto-imagem sexual de inferioridade.

O verdadeiro objecto da mãe do depressivo, da mãe depressivante – de que a criança (o futuro depressivo) é um substituto inadequado, e como tal apetecido (como todo o substituto) mas rejeitado (como todo o objecto inadequado) - , não é o marido, o pai da criança, mas o próprio pai dela, o avô da criança; mais concretamente, a imago paterna do inconsciente da mãe. Sendo assim a criança vai triangular e competir com uma personagem ausente, inexistente.

Na depressão, há perda objectal (acompanhada sempre por uma perda narcísica). E a perda acompanhada de sentimentos de culpa: porque, não só o indivíduo sabe que atacou, na fantasia ou no real, o objecto perdido, mas também – porque desejou a perda do objecto.

A depressão é sempre uma depressão de culpabilidade. A depressão de inferioridade (ou depressividade) é o que está antes da perda: da perda do objecto real ou do desligamento da imago objectal.

No luto normal a perda é menos culpabilizante porque a hostilidade para o objecto é muito menor. Luto e depressão são os dois extremos do mesmo fenómeno psíquico: a reacção à perda. Embora esta distinção entre culpa e inferioridade – depressividade e depressão – nos pareça fundamental para uma compreensão plena do sofrimento depressivo, e corresponda na prática clínica a momentos diferentes do acontecer depressivo, ela tem mais o valor de um modelo teórico útil no discernimento da causalidade depressivogénica, para a elaboração do conhecimento psicopatológico, e na estratégia terapêutica.

Autores como Pasche, quando descrevem a «depressão de inferioridade», na realidade traçam, o perfil da depressão narcísica ou depressividade – o fundem depressivo, a personalidade depressiva ou a estrutura depressiva; e aqueles outros que, de uma forma mais clássica, descrevem a depressão centrada nos sentimentos de culpa relatam, de facto, o acontecer anímico do acesso depressivo, da depressão. São momentos do mesmo processo: a doença depressiva (Matos, A., 2007, p. 106-108).

a) Doença depressiva que ocupa, geneticamente, uma posição intermédia entre a psicose e a neurose. Na psicose, a relação imagóica, relação objectal ou relação de objecto interno é como um objecto clivado (univalente); na depressão, com um objecto bifacial; na neurose, com um objecto ambivalente. No indivíduo dito normal será com um objecto meta - ambivalente (Matos, A., 2007, p.108).

Graficamente, podia-se assim representar os quatro tipos de objecto (da forma como o objecto é percebido e investido): (Gráfico 1).



“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”

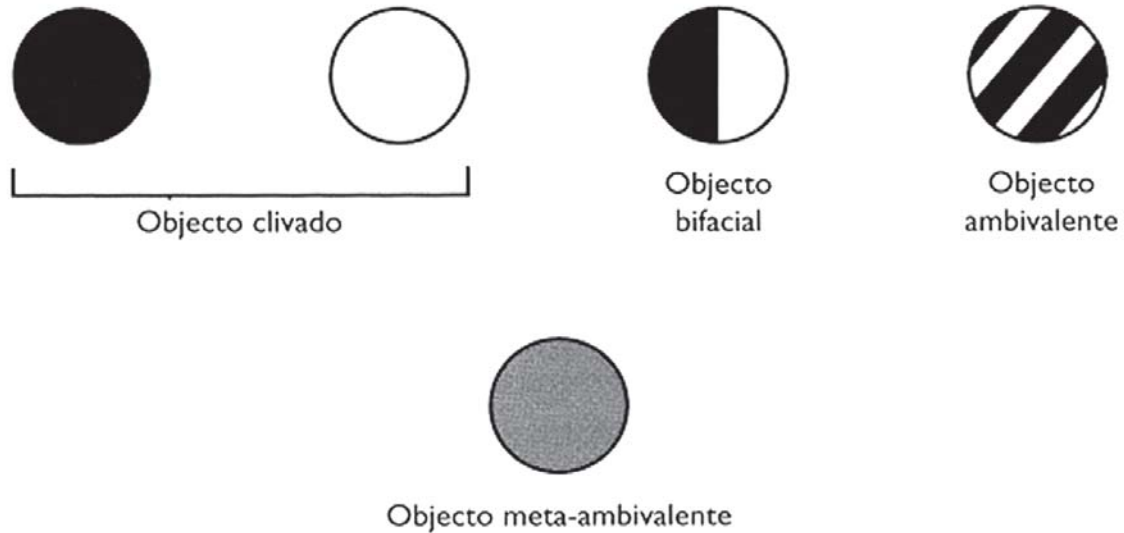


Gráfico 1. Quatro tipos de objecto. António Coimbra de Matos, *A Depressão*, 2007, p.109.

O objecto clivado está separado em objecto mau e objecto bom (no desenho, negro e branco). O objecto bifacial tem uma face má e uma face boa, que alternam. O objecto ambivalente é um objecto mesclado, mau e bom. O objecto meta – ambivalente (ou pós – ambivalente) é o objecto predominantemente bom; que contrasta com o objecto predominantemente mau, o inimigo ou adversário, o rival.

Trata-se, mais uma vez de esquemas; mas esquemas úteis à elaboração do pensamento e à compreensão do real.

Contra uma e outra, ansiedade e depressão, organizam-se mecanismos defensivos: defesas antiansiosas e defesas antidepressivas; e é tão importante conhecer umas como outras.

Os mecanismos de defesa do Eu estabelecem-se primariamente como processos defensivos contra as pulsões e contra o reconhecimento de certos aspectos da realidade.

Reconhecer as propriedades negativas do objecto conduz ao afastamento do objecto; logo, à depressão.

Os mecanismos de defesa serão chamados a entrar em acção: poderá ser, no primeiro exemplo, a substituição do objecto fobogénico; no segundo, a idealização do objecto; ainda, o deslocamento da agressividade e a sua inversão sobre o próprio, o recalçamento libidinal ou a retracção narcísica, etc.

O depressivo não faz uma verdadeira clivagem do objecto ou dissociação completa; trata-se, antes, de uma subclivagem, de uma separação provisória das propriedades negativas do objecto, de um não reconhecimento ou desconhecimento temporário dessas propriedades, de uma negação ou denegação que dura apenas algum tempo; é um recalcentocíclico e instável de uma realidade desagradável e desgostante – a realidade da malevolência e /ou desinteresse ou rejeição do objecto. Enquanto dura este recalçamento e negação, e para reforçar o processo, o indivíduo idealiza o objecto, sobrevaloriza os seus aspectos positivos – através de uma ilusão compensadora.

Com este mecanismo conjugado de negação do mau e idealização do bom, que se faz sobretudo à custa do não reconhecimento das insatisfações recentes na relação objectal com o realce das boas memórias e o reinvestimento das fantasias antigas, o sujeito adere a uma relação ilusória, com reanimação fantasmática de uma relação perdida.

Contudo, o núcleo do sofrimento depressivo é o sentimento de falta de afecto, de carência afectiva – essa dolorosa brecha no sentir do ser, e tão difícil de colmatar, que mergulha as suas raízes num passado longínquo, infantil e precoce.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

b) O grande problema da depressão não é, a perda, mas sim a falta, a carência; é o problema da depressividade: de nunca ter tido o suficiente, à medida do desejo.

O sentimento de falta não é, originariamente, consequência de um impulso excessivo, mas sim de uma carência real, de uma insuficiência objectiva do meio, de uma incapacidade do objecto para fornecer a satisfação adequada ao sujeito.

Não se pode fazer omeletes sem ovos. Se não houve uma boa mãe, não se pode construir um bom objecto interno materno. Pouco remedeia ir ao restaurante vegetariano das psicoterapias. Com a luz da psicanálise, vale mais, vasculhar na despensa caseira e encontrar outros bons objectos esquecidos do passado: o pai, aqui, surge como principal; mas há também os irmãos e irmãs, as namoradas, etc. é uma outra achega para a reconstrução vivificante.

Só quando é revivido – em toda a sua dimensão objectiva – o impulso matricidade, a depressão termina; se esgota o que a alimenta.

Só quando há uma total liberdade de pensar, a análise realiza a arrancada final. E a depressão, o seu desfecho mortífero: matar a imago parental; para nascer a imagem parental. É que só libertando o ódio retido, essa transformação se efectiva (da imago – imagem infantil – dos pais para a imagem – adulta – dos mesmos pais (Matos, A., 2007, p. 108-122).

4. Disposição Depressiva

O que se encontra na disposição depressiva é a desistência dos interesses próprios (egoístas) em favor da manutenção do amor do objecto. O que não é o mesmo, que o altruísmo ou o amor desinteressado do objecto. O depressivo ama para ser amado e admirado, pois que é pobre em sentimentos de auto-estima e autovalorização.

No verdadeiro altruísmo o individuo ama os outros porque tem capacidade de amar; na condição depressiva, por dependência afectiva – porque precisa do amor do outro.

A depressão e a defesa maníaca (o self grandioso, megalómano; a negação da melancolia) andam em regra associadas. Assim, as personalidades depressivas (não propriamente as pessoas que estão deprimidas – que manifestam o sintoma de abatimento e tristeza -, mas sim os indivíduos que são depressivos – que têm tendência a deprimir-se) gostam não só poder queixar-se, quando encontram ressonância no ouvinte ou ouvintes – quando este ou estes respondem em eco, com queixas semelhantes ou com a mesma decepção objectal e a mesma raiva narcísica – como também poder rixibir algumas facetas da sua grandiosidade, que o interlocutor aclame e admire (o que alivia ou tempera o seu afecto depressivo). Esta ultima atitude, em nada modifica a estrutura depressiva; apenas aligeira o peso do sentimento de não realização. O sentimento de falha e o medo de falhar, o sentimento de incapacidade, é um dos mais característicos nas pessoas depressivas; sentimento não só ligado com o defeito do Eu, como também com a exigência do Ideal do Eu; sentimento que se agrava em condições de existência excessivamente competitivas. Então, aqui se aponta para as causas originais da disposição depressiva – a depressão sendo, como Edward Bibring o afirmou em 1953, o efeito da paralisia do Eu «porque se descobre incapaz de fazer face ao perigo» (Matos, A., 2007, p.41-43).



“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”

5. Depressão: Estrutura e Funcionamento

São três os aspectos que definem a estrutura da depressão:

5.1 Dependência Oral-Anaclítica

O estilo relacional do depressivo é o de uma marcada dependência de um objecto protector e provisor, que provê os elementos de satisfação (objecto oral) e que apoia (objecto anaclítico).

Esta dependência infantil que se prolonga para além da adolescência e que pelo excesso caracteriza todo o período maturativo – sendo portanto já detectável na infância, é revelada por expressões como: «fui uma criança muito apegada à família», «em jovem, foi-me difícil separar-me dos meus pais».

Nas personalidades depressivas mais graves, no tipo melancólico, predominam as relações de cunho simbiótico, ou mesmo adesivo, quase psicótico para não se dizer já psicótico. Num nível evolutivo um pouco superior, vamos encontrar as relações pessoais ou interpessoais, de mera complementaridade elementar (Matos, A., 2007, p.381-383).

5.2. A Insuficiência da Compleição Narcísea

A baixa auto – estima, a deficiência narcísica, e o self real diminuto, auto - imagem desvalorizada ou pequenez do autoconceito, são as duas faces –representativa e investimental – da figura circulante do sujeito quando se toma como objecto de mercância: ser ou não ser, e em que medida e de que forma, o objecto do desejo do seu objecto (amado, desejado, admirado ou não, como e porquê, por aquela ou aquele que é o objecto do meu interesse e desejo, do meu amor, da minha relação preferencial) (Matos, A., 2007, p.383-384).

5.3. Severidade do Supereu

A enorme severidade do Supereu, a sua implacabilidade. Um supereu que nunca perdoa e castiga pela ínfima transgressão; o objecto interno convertido em instância crítica que permanentemente constrange toda expansividade do ser.

Supereu precoce, cujo maior volume é de origem pré - edipiana e, no tipo melancólico, sobretudo de génese oral. Só nas personalidades neuróticas depressivas, no limite da organização depressiva e no limiar da textura neurótica, encontramos um supereu, ainda que menos severo, menos cruel e encantonando a sua acção a proibições restritas – os tabus do incesto e do parricídio e certas fantasias e acções por extensão correlacionadas.

No mundo dos objectos internos, o Supereu depressivo tem uma posição mais nuclear e o supereu neurótico mais orbitaria.

De mão dada com este Supereu castigador, está um Ideal do Eu de exigência extrema, catapultando o desejo para a miragem de uma perfeição que seduz os santos mas desencarna os homens (Matos, A., 2007, p. 385-386).



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

6. Intervenção do Terapeuta

Todo e qualquer fenómeno psíquico tem uma causalidade múltipla, interdependendo e articulando-se com outros factores de vivência actual, do desejo e dos fantasmas, do passado vivido, das defesas organizadas e das principais linhas da estruturação da personalidade.

Cada análise é uma experiência nova, uma investigação a fazer; e não é nada mais grave na condução de uma cura analítica do que o esquema preconcebido e a interpretação do saber já adquirido.

Uma psicanálise é sempre uma pesquisa e uma obra de criação, que só se faz na serenidade da lucidez. Por isso só se é analista quando não se tem medo de perder: o analisado, a relação, o trabalho que se vai realizando.

Estas considerações sobre a depressão servem de guia para a compreensão do fenómeno depressivo, mas jamais devem ser tomadas como uma formulação rígida, sempre generalizável e completa.

Se o analista precisa, do afecto ou da admiração dos analisados ou do sucesso profissional; não passará de um «aprendiz de feiticeiro» e então está mesmo tudo perdido.

É na escuta silenciosa, sintonizada pelo timbre do afecto do analisando, que o psicanalista compreende a intimidade daquele.

Por fim se vê que é só o analisado que nos dá a chave da compreensão do seu mal-estar.

CONCLUSÃO

O processo depressivo organiza-se num jogo projectivo introjectivo invertido e de efeitos perversos: projecção da idealidade e introjecção nuclear da malignidade, numa relação de textura simbiótico-sincicial; assim como de desculpabilização do objecto e inculpação do próprio, donde decorre a inflexão da agressividade. Há uma introjecção orbital do objecto crítico, constituindo o Supereu sádico do depressivo (as vozes que o culpam).

Daqui o trabalho de cura passa por dois movimentos: **deflexão da agressividade com inculpação do objecto depressígeno**; e **recuperação da idealidade perdida na idealização do objecto**. É o **trabalho da depressão**; que consiste na revolta apaziguadora da dor; completado pela escolha de um objecto diferente (não narcísico-objectal): a **revolução transformadora** – do self e do objecto.

Pelo meio fica a recuperação da libido, consumida no investimento inconsciente do objecto perdido (ou melhor, semiperdido-perdido no exterior, conservado na mente).

No melancólico falta a «coisa». Essa coisa é o amor perdido nos tempos de que não há memória. Como, na depressão, o objecto interno perdura e o que falta é o amor do objecto externo, o sentimento é o de ausência de esperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barak, O., & Tsodyks, M. (2009). Persistent Activity in Neural Networks with Dynamic Synapses, *PLoS Computation Biology*, 3 (2), 35.
2. Bearden, C., Thompson, P., Avedissian, C., Klunder, A., Nicoletti, M., Dierschke, N., Soares, J. (2009). Altered hippocampal morphology in unmedicated patients with major depressive illness, *ASN NEURO* 1(4).
3. Bernier, D., Bartha, R., Devarajan, S., MacMaster, F., Schmidt, M., & Rusak, B. (2009). Effects of overnight sleep restriction on brain chemistry and mood in women with unipolar depression and healthy controls. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 34(5), 352–360.

**“UM MUNDO À VOLTA DA DEPRESSÃO”**

4. Casement, M., Shestyuk, A., Best, J., Casas, B., Glezer, A., Segundo, M., Deldin, P., (2008). Anticipation of Affect in Dysthymia: Behavioral and Neurophysiological Indicators. *Biol Psychol*, 77(2), 197-204.
5. Coimbra de Matos, A. (2007). *A Depressão*. Climepsi Editores, 2ª edição Lisboa. p. 41-43, 106-124, 381-386.
6. Dillon, C., Allegri, R., Serrano, C., Iturry, M., Salgado, P., Glaser, F., & Taragano, F. (2009). Late- versus early-onset geriatric depression in a memory research center. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 517– 526.
7. Dotson, V., Resnick, S., & Zonderman, A. (2008). Differential Association of Concurrent, Baseline, and Average Depressive Symptoms with Cognitive Decline in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, April, 16(4), 318–330.
8. Gabriel, A., & Violato, C. (2009). The development of a knowledge test of depression and its treatment for patients suffering from non-psychotic depression: a psychometric assessment. *BMC Psychiatry*, 9, 56.
9. Hammar, A., & Årdal, G. (2009). Cognitive Functioning in Major Depression – A Summary. *Frontiers Human Neuroscience*, 3, 26.
10. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000).
11. Ogasawara, H., Doi, T., Doya, K., & Kawato, M. (2007). Nitric Oxide Regulates Input Specificity of Long-Term Depression and Context Dependence of Cerebellar Learning. *PLoS Comput Biol*, 3(1), 179.
12. Rogers, M. A., Bradshaw, J. L., Phillips, J. G., & Chiu, E. (2000). Reliance on external cues during serial sequential movement in major depression. *Journal of Neurosurgery Neurosurg Psychiatry*, 69(2), 237–239.
13. Shelton, R. (2009). The Molecular Neurobiology of Depression. *Psychiatry Clin North*, 30(1), 1–11.
14. Story, T., Potter, G., Attix, D., Welshbohmer, K., Bohmer, W., & Steffens, D. (2008). Neurocognitive Correlates of Response to Treatment in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(9), 752–759.
15. Thomas, E., & Elliott, R. (2009). Brain imaging correlates of cognitive impairment in depression. *Front Hum Neurosci*, 3, 30.
16. Vaidyanathan, U., Patrick, C., & Cuthbert, B. (2009). Linking Dimensional Models of Internalizing Psychopathology to Neurobiological Systems: Affect-Modulated Startle as an Indicator of Fear and Distress Disorders and Affiliated Traits. *Psychol Bull*, 135(6), 909–942.
17. Walsh, N., Seal, M., Williams, S., & Mehta, M. (2009). An investigation of cognitive ‘branching’ processes in major depression. *BMC Psychiatry*, 9, 69.

Fecha de recepción: 8 febrero 2010

Fecha de admisión: 19 marzo 2010