

**FACULDADE METROPOLITANA DE MANAUS – FAMETRO
CURSO DE PSICOLOGIA**

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DE HUMOR DEPRESSIVO, EM
MULHER ADULTA, EM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO, RESIDENTE NA
CIDADE DE MANAUS**

Manaus / AM

2012

PATRÍCIA MARQUES DE ANDRADE



Fonte: De Andrade (2012).

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DE HUMOR DEPRESSIVO, EM
MULHER ADULTA, EM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO, RESIDENTE NA
CIDADE DE MANAUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência para obtenção do título de
Psicólogo do Curso de Psicologia da Faculdade
Metropolitana de Manaus.

Manaus / AM

2012

PATRÍCIA MARQUES DE ANDRADE

**UM ESTUDO DE CASO SOBRE TRANSTORNO DE HUMOR DEPRESSIVO, EM
MULHER ADULTA, EM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO, RESIDENTE NA
CIDADE DE MANAUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para obtenção do título de Psicólogo do Curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Manaus.

Manaus, 11 de julho de 2012.

Dedico

**Meu consciente e inconsciente a
Psicologia e ao Sigmund Freud.**

**Toda minha inspiração a minha família,
que foi incansável em suas
recomendações e sugestões.**

**Aos colegas da faculdade que me
apoiaram.**

**Aos ensinamentos dos Mestres e
principalmente a Deus.**

Agradeço

A Deus por ter percorrido este caminho com esperança, fé e vontade.

A minha mãe Luiza que me apoia sempre em tudo incondicionalmente.

Ao meu Pai Fernando (*in memoriam*), meus avós Olga e Milton (*in memoriam*), que mesmo ausentes seguraram minhas lágrimas, minhas mãos e me mantiveram em pé.

Aos meus filhos Eric, Sabrina e Melissa, que foram pacientes, caminhando e me amparando com amor.

Obrigada humildemente, pelo que tenho, o que sou e o que ainda serei.

Venci [...] por mim [...] por vocês [...] Por Deus.

"Nosso propósito nesta vida é recuperar a saúde do olho do coração através do que se pode ver Deus".

Santo Agostinho

"Devo polir o meu eu, mais e mais, para usar o claro e brilhante coração do outro como um espelho".

(Poema do Imperador MEIJI, recomendado por MIKAO USUI).

RESUMO

A depressão revela-se como um fenômeno clínico que aponta para uma estrutura psíquica. Com a psicanálise remedia-se o próprio sofrimento com a palavra. Para que se possa entender o que se pretende com este estudo, propôs-se o seguinte problema: Como a depressão se manifesta em mulheres adultas, que se encontram em atendimento psicoterápico? Objetivou-se com este estudo de caso analisar a causa do transtorno depressivo de humor por meio de história de vida de um sujeito, do sexo feminino, com nível superior de escolaridade, classe social média e que se encontrava em atendimento psicoterápico. É um estudo que se caracteriza como uma pesquisa descritiva, fenomenológica, qualitativa, onde se empregou o estudo de caso. Concluiu-se, com este estudo que a partir do atendimento psicoterápico, oportunizado, observaram-se, paulatinamente, mudanças benéficas no comportamento, na fala, no modo de agir, de expressar-se e principalmente, na interação com o todo do sujeito envolvido na pesquisa.

Palavras-Chave: Depressão. Mulher adulta. Psicanálise. Psicoterapia.

ABSTRACT

Depression reveals itself as a clinical phenomenon that points to a psychic structure. Psychoanalysis remedies suffering with words. In order to understand what is intended with this study, the following problem was posed: How does depression manifest itself in adult women, who are in psychotherapeutic care? The objective of this case study was to analyze the cause of depressive mood disorder through the life history of a female subject, with a higher education level, middle class and who was in psychotherapeutic care. It is a study that is characterized as a descriptive, phenomenological, qualitative research, where the case study was used. It was concluded, with this study that from the psychotherapeutic assistance, opportunized, beneficial changes were gradually observed in the behavior, in the speech, in the way of acting, of expressing itself and mainly, in the interaction with the whole of the involved subject in research.

Keywords: Depression. Grown woman. Psychoanalysis. Psychotherapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
CAPÍTULO 1- APORTE TEÓRICO.....	09
1.1 ADULTEZ	09
1.2 DEPRESSÃO.....	10
1.3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO.....	12
1.4 DEPRESSÃO EM MULHERES.....	13
1.5 PSICANÁLISE E DEPRESSÃO.....	14
1.6 FUNÇÕES DO EGO.....	17
1.7 CLASSE SOCIAL.....	18
CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE CASO.....	22
3.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....	22
3.2 QUEIXAS PRINCIPAIS.....	22
3.3 HISTÓRIA PREGRESSA.....	22
3.4 HISTÓRIA ATUAL.....	24
3.5 EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA.....	25
3.6 ENTENDIMENTO PSICODINÂMICO.....	27
3.7 LEVANTAMENTO DA SINTOMATOLOGIA (ÁREAS DO EGO)	29
3.8 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.....	29
3.9DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	30
CAPITULO 4: ANÁLISE DE DADOS.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu após acompanhamentos psicoterápicos realizados durante o estágio de Psicologia Clínica, em uma Clínica Escola de Psicologia com mulheres que procuraram o acompanhamento com queixas de dores, medos, angústias e que relatavam, em geral, em suas histórias de vida, situações em que sinais depressivos que eram constantes.

Foi a partir do atendimento psicoterápico oferecido a uma mulher, com queixas de sinais depressivos que se começou a refletir sobre algumas questões trazidas por ela, sendo que a questão fundamental foi: “O que é a depressão e como a depressão se manifesta em mulheres adultas?”.

A depressão revela-se como um fenômeno clínico, que aponta para uma estrutura psíquica. Se a psiquiatria responde, na maioria das vezes, com medicamentos, visando tamponar a dor (um comprimido para o deprimido), a psicanálise abre a possibilidade de o sujeito remediar o próprio sofrimento com a palavra, por este motivo é de grande importância pesquisar sobre a depressão, verificando em como este transtorno afeta a vida das mulheres, tendo em vista que é uma doença que causa mudanças psíquicas que podem ser desde leves manifestações, chegando a mais acentuada sintomatologia.

Para que se possa entender o que se pretende com este estudo, propôs-se o seguinte problema: Como a depressão se manifesta em mulheres adultas, que se encontram em atendimento psicoterápico?

Sendo assim, recorreu-se a teóricos clássicos como Freud, Ana Freud, Klein e autores recentes como Dalgarrondo e outros que discorrem sobre o assunto focado neste estudo de caso.

Objetiva-se com este estudo de caso analisar o curso do transtorno depressivo de humor por meio da história de vida de um sujeito, do sexo feminino, com nível superior de escolaridade, de classe social média, e que se encontra em atendimento psicoterápico.

O estudo proposto possui relevância social, tendo em vista que não pretende ser completo, nem tampouco acabado. Servirá como referência para outros profissionais que se preocupam com a temática abordada.

CAPÍTULO I

APORTE TEÓRICO

1.1 ADULTEZ

A vida adulta constitui-se na fase mais ativa e longa de uma pessoa. O ser humano adulto vivencia em suas próprias situações de vida, características que lhe são particulares. Estudar e entender a adultez é conhecer e perceber o que uma sociedade espera de seus cidadãos em termos de futuro e qual ideário social está sendo construindo.

A adultez, fenômeno do desenvolvimento humano, apresenta-se com novas responsabilidades, em novos referenciais de existencialidade, em novas conquistas, em busca de um maior entendimento deste importante e mais abrangente etapa da vida humana. Por ser a fase mais longa da existência do ser humano, merece especial atenção, mesmo porque há pouco tempo vem sendo entendida e percebida com tais referenciais (SANTOS e ANTUNES, 2007, p. 150).

Assim, compreender as interações que perpassam o fenômeno da vida adulta, em cada ser humano, é entender o processo de desenvolvimento, com suas aprendizagens e singularidades. É conceber que estar aprendendo é estar vivo, é ter vida, é não envelhecer em sua interioridade.

Os aspectos fisiológicos e psicológicos impulsionam a conduta do ser humano. Quando se tenta entender as necessidades básicas de cada ser humano, e como elas são saciadas, deve-se compreender que estas fazem parte da interação complexa de mecanismos fisiológicos e processos psicológicos em cada um. Para Schaie e Willis,

[...] como adultos, nossas condutas relacionadas com as necessidades físicas básicas, tais como comer, beber e ir ao banheiro, refletem as expectativas culturais, as experiências de socialização e as condutas aprendidas, além de fatores fisiológicos (SCHAIE e WILLIS, 2003, p. 298).

De acordo com as autoras acima referidas, pode-se entender que os estudos das necessidades básicas devem levar em conta os processos psicológicos construídos em cada indivíduo ao longo de sua existência.

Maturana enfatiza que as características pessoais, a dinâmica do aprender e os fenômenos biológicos fundamentam e envolvem todas as dimensões do ser humano, em total integração do corpo e do espírito, e do ser com o fazer. Quando isso não ocorre, se produz alienação e perda do sentido social e individual no viver em cada ser humano (MATURANA, 2004).

Mosquera (1982, p. 101) salienta que “muitos dramas se escondem entre os 40 e 50 anos de idade: fracassos afetivos, sexuais, medos, ansiedades e angústias”. Andrade, Viana e Silveira (2011) reforçam a colocação anterior de Mosquera quando afirmam que na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2011).

1.2 DEPRESSÃO

A depressão tem algumas características que muitas vezes passam despercebidas, não somente por quem sofre da doença, mas também por familiares e amigos, podendo ser confundida com tristeza. Ficar atento aos seus sintomas é importante – pois possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento mais eficaz, de acordo com a recomendação dos médicos.

A depressão é um distúrbio de alteração do humor sério e por vezes incapacitantes. Tal distúrbio causa sentimento de tristeza, desespero, desamparo e inutilidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a depressão atinge 121 milhões de pessoas ao redor do mundo e está entre as principais causas que contribuem para incapacitar um indivíduo. A OMS prevê que até o ano de 2020 a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacidade e perda de qualidade de vida (REVISTA VEJA, 2009).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa

incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde, OMS (1996), ocupa-se atualmente, com a *American Psychiatric Association*, APA (1994) na padronização de uma nomenclatura que inclua os recentes avanços e descobertas no conhecimento, e diagnóstico da psicopatologia que da depressão (PAULO, 2005).

Estudos de revisão da literatura sobre o tema (SILVEIRA; JORGE, 1998; PICCINELLI; WILKINSON, 2000 apud PAULO, 2005) tem mostrado que as desordens depressivas começam na puberdade e persistem até a idade adulta e os riscos de prevalência e morbidade são mais altos em mulheres do que em homens.

Leclubier (2000) apud Paulo (2005) em recente trabalho confirmou que a depressão é uma desordem que impõe severas limitações ao ser humano e afirmou que, com exceção das disfunções coronarianas, a depressão é mais incapacitante, pois reduz a produtividade e ocasiona ausências no trabalho.

O conceito de depressão é muito amplo e se estende da psiquiatria à psicanálise. As definições de depressão que se encontram nos trabalhos de psiquiatria em geral se baseiam no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) e no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

De acordo com o DSM-IV (2002) e o CID-10 (1996) entre os transtornos mentais e de comportamento encontram-se os transtornos de humor. O DSM-IV e o CID-10 descrevem como principais sintomas de depressão: rebaixamento do humor ou humor depressivo a maior parte do dia; redução da energia e da atividade; diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia); rebaixamento da capacidade de concentração; fadiga acentuada, mesmo após um mínimo esforço; significativa perda ou ganho de peso; insônia ou hipersonia quase todos os dias, ou despertar matinal precoce; agitação ou retardo psicomotor; redução ou perda da libido; diminuição da autoestima e autoconfiança; sentimento de desesperança/sentimento de menos valia ou culpa imprópria; sentimento de indignidade; choro frequente; diminuição da habilidade para pensar e tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte; ideias suicidas ou tentativa de suicídio.

Gellman (1976, p. 11) destaca que a depressão pode ser descrita como um estado depressivo que:” [...] invade a totalidade da pessoa, seu pensamento, sua vontade, seus sentimentos, sua personalidade”. Neste sentido, a pessoa depressiva não consegue reagir frente às situações cotidianas, não mantém um raciocínio lógico, fica alheia ao que se passa ao seu redor.

“Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas tem como elementos mais salientes o humor triste e o desanimo” (DEL PINO, 2003, apud DALGALARRONDO, 2008).

1.3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Fráguas e Figueiró (2000) apud Paulo (2005) incluíram como parte do tratamento ideal a psicoterapia, enfocando abordagens psicossociais, psicoterapia psicanalítica breve ou de enfoque cognitivo.

O atendimento psicoterápico deve ser feito por um psicólogo, com o objetivo de ajudar as pessoas a entenderem seus sentimentos em relação à vida, em sessões psicoterápicas. Essas sessões são encontros periódicos entre o paciente e o psicólogo (geralmente, uma ou duas vezes por semana), onde a pessoa expõe suas queixas e demandas (sofrimentos, aflições, angústias, problemas de relacionamento ou existenciais, doenças). Segundo Teixeira (2011): a Psicoterapia é um campo do saber que visa a compreensão do ser humano e de seu modo de existir no mundo. Envolve, portanto, o estudo do comportamento humano bem como o desenvolvimento de recursos metodológicos clínicos que favorecem ao equilíbrio bio-psico-social do indivíduo.

Na concepção de Valente (2004) o psicólogo, dependendo do tipo de linha de tratamento que utiliza seguida (existem várias linhas, ou seja, tipos de tratamento psicoterápico, desde as mais formais até as chamadas ‘holísticas’), poderá fazer uso, também, de testes psicológicos. Os testes psicológicos são ferramentas utilizadas pelo psicólogo para aferir, de modo mais rápido e objetivo, o tipo de problema que mais se aproxima da queixa do paciente. Nenhum teste é conclusivo, servindo somente como instrumento auxiliar de diagnóstico.

Para compreender melhor a história de vida de um paciente com depressão pode-se usar o teste projetivo, uma vez que permite que a pessoa manifeste algum aspecto da sua história ou da sua personalidade, mesmo que não perceba isso. O

TAT (Teste de Apercepção Temática) usa as histórias que o indivíduo conta para avaliar a sua personalidade e o seu estado mental (<http://www.conversadepsicologo.com>, 2011).

1.4 DEPRESSÃO EM MULHERES

De acordo com Antonio, Moreno e Roso (2006, p.39 apud ABREU, 2006),

Na linguagem corrente, a palavra depressão usada como sinônimo de tristeza ou luto, e isso contribui muito para a dificuldade de pacientes, familiares e mesmo profissionais de saúde, de entenderem a depressão como doença e não algo “normal” na vida.

Antes da adolescência, a prevalência de depressão é a mesma em meninas e meninos. Entretanto, com a chegada desta fase da vida, o risco de as garotas desenvolverem depressão aumenta duas vezes mais que o dos garotos (<http://www.abc.med.br>, acesso em 20.05.2012).

Alguns especialistas acreditam que mudanças hormonais estão relacionadas a este risco aumentado. As mudanças hormonais ficam evidenciadas durante a puberdade, a gravidez e a menopausa assim como no pós-parto, na histerectomia ou no aborto. Além disso, as flutuações hormonais que ocorrem a cada ciclo menstrual provavelmente contribuem para a síndrome pré-menstrual ou TPM. Há também a doença disfórica pré-menstrual ou DDPM, um tipo severo de TPM especialmente reconhecido por sinais de depressão, ansiedade, mudanças de humor cíclicas e letargia.

1.5 PSICANÁLISE E DEPRESSÃO

“Depressão é a vaidade não correspondida” (FREUD).

Elia (2000) enfatiza que toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, necessariamente, uma pesquisa clínica, não apenas pelo fato de utilizar como

campo um espaço terapêutico, que pode ser o consultório, o ambulatório ou o hospital. O campo de pesquisa, no contexto da psicanálise, é o inconsciente, mais propriamente, o sujeito do inconsciente. Para o autor acima citado *“a clínica psicanalítica, como forma de acesso ao sujeito do inconsciente, é sempre o campo da pesquisa”* (ELIA, 2000, p. 29).

A depressão revelou-se como um fenômeno clínico, que aponta para uma estrutura – neurose ou psicose. Se a psiquiatria responde, na maioria das vezes, com o medicamento que visa tamponar a dor – “um comprimido para o deprimido” –, a psicanálise abre a possibilidade de o sujeito remediar o próprio sofrimento com a palavra (SIQUEIRA, 2007, p.94).

Este mesmo autor, acima citado, considera a depressão na visão de Freud como sendo:

[...] a depressão é uma inibição generalizada, ou seja, “limitações das funções do eu, fugas – por precaução ou por empobrecimento de energia”. Podemos, portanto, associar a depressão à inibição, já que tanto a depressão quanto a inibição são gerados pelo eu – reações do eu (SIQUEIRA, 2007, p. 94).

A depressão é uma “figura do corpo” (FÉDIDA, 1999, p.16). Ainda segundo este mesmo autor, a depressão é uma figura cuja expressividade é desenhada ao vivo, na impressão de um rosto, e que também pode, ao mesmo tempo, ser comparada a *“um trabalho de luto e ser concebida como uma organização narcísica primária protetora de um luto e defensiva contra um luto”* (FÉDIDA, 1999, p.23).

“Consigo escutar melhor o depressivo, o estado depressivo invade a totalidade da pessoa, seu pensamento, sua vontade, seus sentimentos e sua personalidade é esta a estrutura da síndrome de depressão” (GELLMAN, 1987, p.11).

A depressão, portanto, é um estado duradouro que persiste por várias semanas ou até por vários meses. Humor triste não é depressão.

A depressão é uma afecção do EU, pode ser um conflito entre os desejos profundos do indivíduo e a realidade, ou ainda entre eles e o SUPEREGO, por via da realidade como infortúnio cotidiano, ou como um horrível equívoco do destino ou como um fracasso que ele a si mesmo não perdoa. Sua depressão nascerá de uma apreciação negativa da realidade. Ele precisa compreender o que a sua depressão representa para ele. Ela é significativa.

A depressão é, para cada um, a seqüela e o fruto de um encadeamento de situações. É o resultado lógico - e psicológico- duma dramática aventura interior. Tentou por muito tempo ajustar-se a si mesmo, restabelecer o equilíbrio entre seus conflitos e seus desejos, entre si e os dos outros, e não conseguiu por isso ele precisa parar e fazer o balanço da própria situação. Não raro, é para isso que serve a depressão (GELLMAN, 1987, p.19-20).

O indivíduo começa a vomitar a própria vida, a eliminar todas as nossas escórias afetivas. A depressão é a reação do EU, seu mundo vazio e sem interesse. É um estado agudo (tem cura) é uma doença cíclica (GELLMAN, 1987, p.20).

O medicamento não curará as causas da depressão e quanto mais os sintomas forem vistos como sinais de desvio ou de comportamento inadequado, mais o sofredor sentirá o peso da norma, do que se espera que ele seja. A depressão é considerada o resultado de uma falta de serotonina, em vez de uma resposta às experiências de perda e separação. A depressão deve ser vista como um conjunto de sintomas que derivam de histórias humanas complexas e sempre diferentes. Essas histórias envolvem experiências de separação e perda, ainda que algumas vezes não as percebamos.

O sofrimento pode ser nossa primeira reação à perda. Com o luto, sentimos pesar pelos mortos. Com a melancolia, morremos com eles.

A depressão está em todos os lugares atualmente, normalmente causada por adoecimento social. A depressão é uma forma de dizer não ao que nos mandam ser.

Freud (apud LEADER, 2011, p.104), afirma que a pessoa enlutada sabe mais ou menos o que foi perdido. Já o melancólico, *nem sempre “a sombra do objeto” recai sobre o ego, agora sujeito à crítica cruel tão específica ao sujeito melancólico. A lança torna-se um bumerangue.*

Lacan (1958-9 apud LEADER, 2011, p. 134) comentou que “o luto envolve um processo do que ele chama de ‘constituição do objeto’”. Para Klein (apud LEADER, 2011, p. 134) “Somente quando o objeto é amado como um todo é que sua perda pode ser sentida como um todo”.

A ideia de Lacan reside no fato de que constituir um objeto significa registrar psiquicamente um espaço vazio, o fato de que o objeto desejado foi definitivamente perdido. Portanto, Klein e Lacan (apud LEADER, 2011, p. 134) compartilham a ideia de que, para o luto operar, o objeto – e o lugar do objeto – precisa ser construído e essa construção nunca é dada.

“Se amamos alguém, segundo nossa autoimagem ou o atraímos para o campo de nosso narcisismo, perdê-lo significará perder-nos. Portanto, recusamo-nos a desistir dele” (LACAN apud LEADER, 2011, p.138).

“O luto envolve uma transformação de si mesmo”. Freud intrigava-se com o luto, que envolve não apenas estados depressivos, mas também a angústia (LEADER, 2011, p.171).

Em muitos casos, os estados depressivos e angustiantes estão misturados. Para Lacan, a angústia é a sensação com o desejo do outro. Só conseguimos viver o luto quando podemos dizer *“Eu era a falta dele”*.

Freud (apud LEADER, 2011, p.171) acreditava que a principal barreira para o trabalho do luto era a mistura de ódio e amor, onde *“[...] o luto bloqueado, interrompido ou fracassado não é a mesma coisa que a melancolia”*.

Assim, com as depressões, encontramos um conjunto complexo de processos inconscientes que os conceitos de luto e melancolia permitem estudar os detalhes que exigem. *“O luto é difícil e prolongado, não é a mesma coisa que melancolia. No luto nos desligamos do morto vagarosamente. Na melancolia, nos ligamos a ele”* (LEADER, 2011, p.198).

Segundo Leader (2011, p.200), o luto envolve o processo de estabelecer a negação de um termo positivo, um reconhecimento da ausência e da perda. Aceitamos o fato de que uma presença não está mais lá. A melancolia, por outro lado, envolve a afirmação de um termo negativo. O objeto amado perdido se torna um buraco, um vazio sempre presente do qual o melancólico não pode se separar.

De acordo com Wright (apud LEADER, 2011), os sujeitos melancólicos *“[...] exigem o poético para se libertarem”*. Com relação a esta colocação, Leader faz a seguinte consideração (2011),

Trabalhar com estados depressivos significa distinção entre verdades e fatos. Infelizmente, hoje, os “fatos” é que são considerados mais importantes peãs formas mais convencional de assistência médica, que enfatizam não a vida mental inconsciente do sofredor, mas seu comportamento observável. São objetivos centrais dos tratamentos reduzir a dor e acabar com os sintomas (LEADER,2011, p. 204).

Continuando com Leader (2011, p.205) *“A depressão é vista como um problema isolado que deve ser abordado da mesma forma que um problema de saúde física é tratado, não obstante seu contexto e ligações com o resto do corpo”*.

E o autor enfatiza que “Em vez de ver um sintoma como portador de uma verdade subjetiva, como o faz a psicanálise, ele se torna parte de um comportamento falho que precisa ser corrigido” (2011, p. 206).

1.6 FUNÇÕES DO EGO

O DSM-IV (2002) e o CID-10 (1996) descrevem os principais sintomas de depressão como: rebaixamento do humor ou humor depressivo a maior parte do dia; redução da energia e da atividade; diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia); rebaixamento da capacidade de concentração; fadiga acentuada, mesmo após um mínimo esforço; significativa perda ou ganho de peso; insônia ou hipersonia quase todos os dias, ou despertar matinal precoce; agitação ou retardo psicomotor; redução ou perda da libido; diminuição da autoestima e autoconfiança; sentimento de desesperança/sentimento de menos valia ou culpa imprópria; sentimento de indignidade; choro frequente; diminuição da habilidade para pensar e tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte.

Na anamnese, o paciente é o mediador entre sua vida, sua enfermidade, e o médico. A anamnese trabalha com a suposição de que o paciente conhece sua vida e está, portanto, capacitado para fornecer dados sobre a mesma (SILVA, 2011).

A teoria psicanalítica afirma que a estrutura da mente é composta de três instâncias principais, diferenciadas pelas respectivas funções (id, ego e superego) (KLEIN et al.,1969).

Para Klein et al (1969, p.136) *“o id está mais relacionado com o corpo”, [...]. O ego é o interprete [...]. e o superego é o representante internalizado [...].”*

Para Almeida (1996), do Id (idoso) saem os impulsos possíveis a serem modificados pelo Ego, através dos mecanismos de defesa. O Ego (Eu) formar-se-ia do Id, o Ego decide, é o princípio da realidade. O Superego (Super Eu) formar-se-ia pelo processo de identificação – figuras parentais. Na teoria freudiana, a estrutura da mente é composta de três partes. O Id é a fonte de energia para todas as atividades mentais, onde deriva o Ego e o Superego. O Id é o inconsciente de uma pessoa, que não conhece compromisso ou renúncia. O Ego é o intérprete. O Superego é o representante internalizado dos mais importantes objetos da pessoa, os pais, os mais internos vínculos emocionais. É o sistema de toda moralidade, consciente e inconsciente (KLEIN et al,1978).

Para Freud (apud LEADER, 2011) “o *Ego projeta, arremessa fora tudo o que dentro dele origine dor*”.

A introjeção e a projeção ocorrem durante a vida toda, mas tal como todos os outros mecanismos, também estão sujeitos a evolução e desenvolvimento e são influenciados pelas mais amplas funções do Ego.

O Superego foi correlacionado por Freud com a dissolução do Complexo de Édipo. O que é que habilita uma criança a abandonar os seus desejos edípicos, a renunciar os pais como objetos de seus desejos apaixonados?

Assim sendo, a maturidade pode ser adquirida em psicanálise propriamente dita com mudanças estruturais que consistem de estruturação e reestruturação (JONGHE e cols., 1994).

“Todas as neuroses tem base em uma dificuldade sexual” (oral, anal, fálica ou genital), ou uma fixação do desenvolvimento da libido (Complexo do Édipo).

1.7 CLASSE SOCIAL

Visando estabelecer um entendimento acerca do estudo, deve-se considerar que a depressão afeta pessoas de diferentes classes sociais. Por classe social entende-se o conceito comumente conhecido e que foi construído por Karl Marx.

Marx (1980, p.99) considerava que a classe social é uma categoria histórica. Assim, “[...] *no que a mim se refere, não me cabe o mérito de haver descoberto a existência das classes na sociedade moderna nem a luta entre elas*”.

Assim, Marx (1980, p.99) trouxe de novo foi à demonstração de que: 1) a existência das classes só se liga a determinadas fases históricas de desenvolvimento da produção; 2) a luta de classes conduz, necessariamente, à ditadura do proletariado; 3) esta mesma ditadura não é por si mais que a transição para a abolição de todas as classes e para uma sociedade sem classes.

Esse estaria no famoso capítulo incompleto de **O Capital**, obra-prima desse teórico. Os escritos de Marx nos ajudam a delinear um conceito de classe social, embora esse conceito seja dado como histórico. Para ele, as classes são determinadas historicamente e produtos da sociedade em questão. Porém, as classes sociais propriamente ditas são relacionadas à sociedade moderna, que advém da Revolução Industrial, sendo produto da sociedade capitalista.

CAPÍTULO II
PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, fenomenológica, qualitativa, pois o método empregado é um estudo de caso.

O estudo de caso, segundo Stake (1994 apud MOURA & NIKOS,) é uma estratégia metodológica na pesquisa clínica sendo entendido como resultado da comunicação de uma experiência, onde o terapeuta escolhe uma situação de tratamento para desenvolver sua pesquisa.

O Estudo de Caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa que vem conquistando crescente aceitação na área da educação. É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Visa conhecer o seu “como” e os seus “porquês”, evidenciando a sua unidade e identidade própria. É uma investigação que se assume como particularista, debruçando-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. (VILABOL, 2011).

Estudou-se um sujeito que apresenta sintomatologia depressiva, com hipótese diagnosticada de Transtorno de Humor Depressivo Leve.

O estudo, portanto, enfocou a história de vida de uma mulher adulta, com idade de 54 anos, de classe social média, casada, com nível de escolaridade superior, residente em Manaus e que buscou atendimento psicoterápico, para trabalhar seu transtorno.

Inicialmente foi feita uma a pesquisa bibliográfica sobre o referencial teórico existente de depressão em mulheres adultas. A pesquisa bibliográfica foi utilizada para o levantamento de material para a construção do referencial teórico, conforme Gil (1999) “*A pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo de documentos de domínio científico como livros, periódicos, artigos científicos, dentre outros*”. Assim, foram examinados livros que discutem a relação família escola, como também artigos científicos e documentos que tratam do tema: depressão em mulheres adultas.

Logo em seguida, se conversou com quem seria o sujeito da pesquisa, expondo-se os objetivos do estudo, ao mesmo tempo em que se solicitava sua

permissão para participação do mesmo. Após obter seu consentimento, se explicou sobre a importância do estudo e sobre os procedimentos que seriam adotados. Nessa conversa se informou ao sujeito que ele não seria identificado e que os dados somente seriam divulgados em nível acadêmico.

Na ocasião do consentimento, se pediu que o sujeito assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a pesquisadora à coleta de dados, respeitando-se a norma estabelecida pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e em consonância com as orientações do Conselho Federal de Psicologia para pesquisas com seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado ficou arquivado de posse da pesquisadora.

Como instrumento, a ser utilizado para a organização do estudo de caso, se utilizou a história de vida do sujeito, correspondendo ao relato de sua história de vida atual e pregressa, ambos referidos pelo próprio sujeito da pesquisa.

Complementaram-se os dados do sujeito com a transcrição das sessões de psicoterapia.

De posse dos dados, se realizou a análise dos mesmos, completando-se o estudo de caso com o entendimento psicodinâmico, levantamento das funções do ego, Estabelecimento da Hipótese Diagnóstica, diagnóstico diferencial e proposta de atendimento psicoterápico.

CAPITULO III

ESTUDO DE CASO

3.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: R.

Idade: 54 anos

Sexo: feminino

Escolaridade: Superior completo

Estado civil: casada

3.2 QUEIXAS PRINCIPAIS

R. procurou atendimento psicoterápico com a queixa de sofrer de depressão leve. Toma medicamento receitado por um psiquiatra que ela consultou algum tempo atrás, antes de procurar o atendimento psicoterápico.

3.3 HISTÓRIA PREGRESSA

R. conta que nasceu de fórceps, pois sua mãe teve eclampsia na ocasião do parto. É a filha mais velha, de uma prole de três irmãos. Vêm de uma família com pai, mãe, três irmãos e uma avó materna que morava junto com a família. Teve uma criação rígida por conta do pai que era agressivo quando bebia e, que também, fumava, muito. Muitas vezes sua mãe tinha ciúmes dela com o pai. O ciúme da mãe era em decorrência da cumplicidade que existia entre ela e seu pai. R. também diz que: *“Era muito apaixonada pelo meu pai, embora soubesse da existência de uma relação amorosa dele fora do casamento”* (sic). Vale ressaltar, que segundo R., ela não contou nada para a mãe sobre essa relação extraconjugal de seu pai. Seu pai participou da guerra na Alemanha e costumava agredir a filha, dando murros na sua testa, mas em outros momentos, *“era muito carinhoso comigo”* (sic).

Quanto à escolaridade, R. informa que reprovou na 7ª série, em Matemática devido *“às traições de meu pai”* (sic). Ela sabia que o pai tinha outras mulheres e não contava nada para a mãe. Relata que guardava para si este segredo e *“me angustiava”* (sic). As queixas de sua mãe a perturbavam demais, pois *“ela não parava de dizer que queria suicidar-se”* (sic), o que era entendido como um tipo de chantagem e ameaça por R.

R. contava sua história de forma pausada e reflexiva. Suas lembranças foram sendo relembradas. R. contou sobre a época em que ajudava muito a mãe com a criação dos irmãos, sendo que tratava seu irmão caçula como se fosse seu próprio filho.

Diz que *“A minha mãe não se cuidava, não se arrumava, era gorda e diabética”* (sic). Quanto ao seu pai R. refere que ele *“hoje está normal, porém, já foi muito gordo”* (sic). Essa situação está associada ao fato de que seu pai vivia estressado, era obeso e diabético, mas conseguiu emagrecer, e mudou o seu estilo de vida ao se aposentar.

Aos dez anos R. teve um episódio de desmaio, na saída do colégio, mas diz que *“não me lembro de nada”* (sic).

Refere, também, que teve todas as doenças comuns da infância como: caxumba, catapora e um *“reumatismo infeccioso no sangue, que adquiri por meio de uma bactéria na garganta e por isso precisei operar as amígdalas”* (sic).

Com relação à sua vida profissional, R. informou que *“trabalhei por quinze anos em um banco e por mais de dez anos em empresas diversas”* (sic).

Casou aos 22 anos e deixou de trabalhar fora, para cuidar da casa, do marido, e da filha que passou por episódios de desmaios e tinha convulsões. Sua filha precisou fazer terapia por dois anos e assim R. abriu mão de trabalhar fora para dedicar-se integralmente a filha. Na época tinha, mais ou menos, trinta anos.

Em 2002, a família sofreu um acidente de automóvel, num fim de semana. R. diz que *“fui a que mais se machucou, quebrei o pé, e tive que ficar em repouso por seis meses até fazer uma cirurgia e precisei de muito repouso”* (sic). Após a cirurgia do pé, relata que teve uma infecção hospitalar e necessitou de cuidados ainda maiores. Queixa-se de que seu marido não lhe deu carinho, atenção e a dedicação necessária para o seu devido restabelecimento, nessa época.

Após o acidente sofrido, o casamento de R. começou a sofrer alterações. Seu marido era obeso e precisou fazer a cirurgia bariátrica. Após a redução de estômago do marido, R. refere que a vida do casal mudou completamente, pois ele começou a ficar mais vaidoso, a gostar mais dele mesmo, a se auto valorizar, mas passou a deixá-la de lado. Por esta razão, R. refere que *“Nossa a vida sexual passou a ficar muito comprometida”* (sic).

3.4 HISTÓRIA ATUAL

R. mora há três anos em Manaus, e queixa-se de que se sente só.

Contou que morava em São Paulo, onde cuidava do sogro que está com Alzheimer. Nesta época, seu marido conseguiu um emprego e mudou-se para Belém (PA). Em Belém, R. relata que o marido recebeu outra proposta de emprego que o obrigava a residir em Manaus. Após seu marido se estabilizar em Manaus, R. veio morar com ele. Nessa ocasião a filha do casal já estava noiva e, logo depois casou-se e foi morar na Itália, com o marido.

Aqui em Manaus R. refere que possui muita dificuldade para fazer amizades, sente-se só, e queixa-se de que não tem ninguém para conversar. Trabalhou por 3 meses em uma lavanderia, porém, relata que foi muito maltratada, humilhada e pediu demissão, não sente vontade de fazer nada e inclusive, não tem apetite para alimentar-se.

Com a filha casada e morando longe, quando seu neto nasceu, R. foi para a Itália para participar do nascimento do neto. Na Itália refere que *“desencadeou uma depressão pela rotina de bebê novo, tristeza, saudades do marido e desconfiança por ele estar só em Manaus, bebendo e chegando tarde em casa”* (sic). Quando retornou para Manaus refere que: *“aqui a depressão veio novamente: tristeza profunda, sem ânimo para nada, e falta de desejo sexual”* (sic).

Atualmente diz que: *“Tenho crises de choro uma atrás da outra, e tenho uma sensação de estar só e desamparada”* (sic). Evidencia diminuição da autoestima e da falta de confiança em si mesma. Mostra sentimentos de desesperança e de menos valia; além de evidenciar indignidade e ter choro frequente. Mostra também diminuição da habilidade para pensar e para tomar decisões. Esta situação afeta a vida sexual do casal, interferindo na sexualidade de R. Com relação a isto relata que: *“estamos sem ter relações sexuais a mais de dois anos”* (sic).

R. contou sobre um sonho que teve: um gaveteiro e que ela ajeitava as gavetas, mas não estava do lado certo. Teve também um sonho com a sogra, a tia e uma prima da sogra, onde elas estavam em um banheiro e o casaco da sogra estava manchado, desbotado, surrado. Ela interpretou a mancha do casaco como sendo o seu casamento. Diz que tentou tirar a mancha, mas não conseguiu. *“Toda mudança*

é benéfica, temos medo de mudar. As gavetas foram abertas, os conteúdos vieram para fora, uma vez ele disse para mim que eu era pobre, porém eu sempre tive os pés no chão e ele não” (sic).

Os sonhos, muitas vezes se revelam, sem qualquer disfarce, como realizações de desejos, de modo que talvez pareça surpreendente que a linguagem dos sonhos não tenha sido compreendida há muito tempo.

Freud (1996, p.39) considera que existe uma técnica psicológica que torna possível interpretar sonhos, e que esse procedimento ao ser empregado torna possível revelar como uma estrutura psíquica que tem um sentido, pode ser inserida num ponto resignável nas atividades mentais da vida de vigília.

“Todo material que compõe o conteúdo de um sonho é derivado, de algum modo, da experiência, ou seja, foi reproduzido ou lembrado no sonho [...]” (FREUD, 1996, p.49).

3.5 EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA

No primeiro encontro com R. foi feita a anamnese. Destaca-se nesta sessão o episódio relatado ocorrido entre R. e seu esposo, quando o casal foi para um hotel fazenda, e ela achou que pegou uma bactéria na piscina, o que influenciou na sua relação sexual, pegando infecção urinária seguidamente. Este fato foi usado por R. como um mecanismo de defesa para a não ocorrência da relação sexual com o marido.

Segunda sessão quando R. abordou sobre o seu episódio de desmaio na escola, disse *“não me lembro de nada, era gordinha, fiquei para trás” (sic)*. Contou que admirava as tias que se vestiam e se maquiavam. Ficava muito tempo na companhia dos avós. Referiu, também, sobre a situação do seu marido, que está desempregado, dizendo que esta é uma fase difícil.

Terceira sessão R. começou a falar do episódio na escola, mas depois disse não lembrar nada. Namorou com 14 anos pela primeira vez, escondido, por curiosidade, pois tinha muito medo que seu pai e irmãos descobrissem.

Quarta sessão falou que estava muito triste no final de semana. Referiu também sobre sua necessidade de estar precisando de dinheiro e que precisava voltar a trabalhar. Comentou que o esposo está entrando numa depressão. R. ao falar de seu fim de semana relatou que estava muito triste. Referiu também que está

correndo atrás de uma aposentadoria através do INSS. Está com muitas dificuldades financeiras para tudo, estando focada, no momento, na busca por um trabalho. Relatou que anda tendo sonhos com pessoas que já não estão mais vivas, como um tio que já não tem contato. Falou sobre a época que trabalhou no banco, quando vivenciou uma suspeita de incêndio e ela preocupou-se em pegar sua bolsa, documentos, livros e por último lembrou-se dela.

Quinta sessão falou que passou o fim de semana ajudando o vizinho com o bebê. Disse que era bom ajudar o próximo, assistiu desenhos. Disse querer trabalhar ajudando idosos.

Referiu também que está lendo a Bíblia. Descobriu que é preciso ter amor, perdão, pensamento positivo e recebeu “Johrei”¹, pois “*tudo o que for para melhorar positivamente por que não*” (sic). Já está pensando em diminuir a dosagem do remédio para depressão, pois sente sudorese e tremedeira. Ganhou algumas gramas em seu peso, o que a deixou feliz.

Sexta sessão relatou que o marido está trabalhando o dia inteiro, em dois empregos. Disse que já se acostumou em ficar só. Domingo é o dia em que ela se sente mais deprimida, lembrou-se da filha distante. Falou que está mais observadora. A filha quer passear no Brasil. Diz que se sente vazia.

Sétima sessão. Falou de sonhos com pessoas que trabalharam com ela e de outro sonho com a tia, que não sabia dirigir e que precisava ajudar o esposo quando este adoeceu.

Oitava sessão. Falou da cunhada e dos problemas da mesma. Conversou sobre a situação do marido e como eles não estão se entendendo. Ela pensa em voltar para São Paulo, pois sua vida está difícil, aqui, com dívidas inclusive.

Nona sessão relatou que “*Muita chuva eu não fico legal. Na última sessão fui muito cutucada e tive que dormir*” (sic). Contou sobre um sonho que teve: um gaveteiro e que ela ajeitava as gavetas, mas não estava do lado certo. Chorou muito neste dia. Também apareceu uma saia que a avó mandou arrumar. “*O fracasso não está em mim, estão nele*” (sic). Na interpretação do sonho do gaveteiro entendeu que a gaveta virada era a sua vida.

¹ **Johrei** é uma oração ou terapia feita através da imposição de mãos, vista pelos seus adeptos como a comunicação da luz divina para o aprimoramento e elevação espiritual e material do ser humano. Essa comunicação se dá através da imposição das mãos, pelos membros da Igreja Messiânica Mundial. Essa terapia espiritual foi idealizada e concretizada por Meishu-Sama.

Décima sessão R. disse que *“Me acho dependente dele, porém não sou mais, vejo que não sou mais, as decepções vêm e eu estou no meu limite”* (sic). Falou da vontade de voltar para sua cidade natal. Saiu decidida a comprar as passagens e voltar para São Paulo.

Décima primeira sessão falou que comprou a passagem para São Paulo.

Décima segunda sessão R. falou que *“fiz uma faxina em casa para me desfazer das coisas e viajar para SP. Acho que ele pode ter alguém fora de casa”* (sic).

Décima terceira sessão R. está decidida a residir definitivamente em São Paulo. Falou que estava arrumando as coisas para viajar para São Paulo. Disse que *“não vou sentir saudades de Manaus”* (sic). Teve um sonho com a sogra, a tia e uma prima da sogra, onde elas estavam em um banheiro e o casaco da sogra estava manchado, desbotado, surrado. Ela interpretou a mancha do casaco como sendo o seu casamento. Diz que tentou tirar a mancha, mas não conseguiu. *“Toda mudança é benéfica, temos medo de mudar. As gavetas foram abertas, os conteúdos vieram para fora, uma vez ele disse para mim que eu era pobre, porém eu sempre tive os pés no chão e ele não”* (sic).

Após esta sessão, R. não compareceu mais à psicoterapia, tendo viajado para sua cidade natal: SP, encerrando, dessa forma, o atendimento psicoterápico que realizava.

3.6 ENTENDIMENTO PSICODINÂMICO

R., por meio de seu sofrimento, busca o amor do outro, tendo necessidade de ser reconhecida, para isso se faz necessária e se doa ao cuidar do sogro e ajudar a filha. O sofrimento atua como sacrifício ritual, pois entende a necessidade da doação para ser aceita pelo outro. Sofrer é uma espécie de contrassenha para o amor, é aí que R. demonstra essa vivência como indício de bondade, sempre se desdobrando em prol de ajudar os outros desde sua infância, cuidou dos irmãos menores, continha as traições do pai e não contava para a mãe, ajuda a filha e o sogro. Atualmente, cuidou dos filhos do vizinho.

Estabeleceu um conluio com o pai quando não fala de suas traições para a mãe e sofre com isto, se prejudica na escola (reprovou em matemática). Escolhe o

marido que não a considera, assim como seus pais a tratavam: o pai lhe batia e a mãe queixava-se e fazia-a cuidar dos irmãos.

O sonho referido por R. do gaveteiro, encontra o significado de que ela tem que desvirar a gaveta, como faz com sua vida. Somente ela poderá consertar tudo.

R. se mostra cindida, como se pedisse clemência por meio do choro, do pranto. Sente pena de si mesma. O pranto também age como defesa. Ela chora e os outros procuram consolá-la.

Para Bleichmar:

O pranto constitui nestas condições uma defesa frente ao ataque, o qual em si mesmo pode não ter esse caráter de defesa, senão ser a expressão primária de uma intencionalidade agressiva, portanto, não tomar o quadro clínico de depressão como uma estrutura defensiva, intenta senão entender que alguns elementos desempenham um papel frente a outros (BLEICHMAR, 1983).

Na Conferência XXXI de Novas Contribuições à Psicanálise, Freud destaca que o sentimento de culpa é a consequência da luta ou tensão existente entre o ego e o superego.

Freud diz:

Porém, como se sabe, a criança pequena é amoral; não possui inibição alguma de seus impulsos tendentes ao prazer; o papel que o superego logo toma a seu cargo é desempenhado, primeiro, por um poder exterior, pela autoridade dos pais.

A crença de R. pode ser entendida, a partir das colocações de Bleichmar (1983) como *“Eu me sinto inferior porque o sou, na realidade”*.

Quanto ao sonho do casaco surrado de sua sogra, foi entendido como o não conseguir tirar as manchas significava que as manchas seriam os desgastes de seu casamento e que ela não conseguia eliminar.

De acordo com Freud (1996, p.49) *“É possível que surja, no conteúdo do sonho, um material que, no estado de vigília, não reconhecamos como parte de nosso conhecimento ou nossa experiência”*.

Isto ajudou a que ela tomasse a iniciativa de voltar para São Paulo, mesmo sem o marido.

A ansiedade para rever a filha e o neto, a impulsionam a procurar uma nova situação para sua vida.

3.7 LEVANTAMENTO DA SINTOMATOLOGIA (ÁREAS DO EGO)

- Consciência: sem alteração R. apresenta-se consciente, e lúcida.
- Atenção: atenta.
- Orientação: orientada auto e alopsíquicamente.
- Sensopercepção: sem alteração.
- Memória: preservada, lembra dos fatos passados.
- Afeto: apresenta alterações depressivas de humor, com ansiedade, angústia, tristeza, insatisfação com a vida. Sente pena de si mesma. Auto estima baixa.
- Pensamento: às vezes apresenta pensamento mágico, quando vagueia e bloqueia suas ideias.
- Linguagem: fala muito, quase sem parar, apresentando logorreia.
- Valoração do eu: apresentou evidências de baixa autoestima. Seu conceito de identidade corporal está alterado, se encontra muito magra.
- Inteligência: embora não tenham sido realizados testes de inteligência, evidencia inteligência dentro da média, emprega vocabulário adequado à sua faixa etária e condição social.
- Conduta: choro frequente, se doa para os outros, auto estima baixa, se sente inferior, sente-se vazia.

3.8 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

De acordo com Moura e Nikos (2000, p.71), *“A hipótese, no estudo de caso, apresenta uma possibilidade de descrição para uma realidade psicológica”*.

A hipótese diagnóstica para R. é a “depressão leve” segundo a CID - 10 (1996), código F. 32.0, pois apresenta tristeza, insatisfação com sua vida, não se sente amada, não se sente desejada, chora bastante.

3.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Não se trata de bipolaridade, de acordo com o CID - 10- código F31 e F32, porque o sujeito do estudo não registra episódios cíclicos de mania e depressão.

R. também não apresenta distimia, uma vez que “trata-se de uma depressão crônica, geralmente de intensidade leve, muito duradoura” (DALGALARRONDO,2008, p.311).

CAPITULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer das sessões psicoterápicas de R. foram sendo observadas, gradativamente a sua evolução terapêutica.

Observando o diagnóstico apresentado por encaminhamento de um centro psiquiátrico, onde já veio diagnosticada com um quadro depressivo. Este sujeito apresentava uma sintomatologia depressiva, resgatando toda uma vivência emocional, transmitindo as experiências afetivas e reagindo sentimentalmente no decorrer da análise.

R. apresentava um quadro de ansiedade, angústia, uma inquietação interna, levando-a a sentir medo e insegurança. Um verdadeiro mal estar físico e psíquico. seguido de sensações e pensamentos desvalorizados de si mesma. Um estado de desânimo permanente, tristeza, desesperança associados a sentimento de culpa e autodesvalorização.

R. se fazia necessária, ao se doar para os outros, como um ritual, como um sacrifício, em poder ajudar. Seu estado de consciência e valoração do EU com baixa autoestima, com alteração da sua imagem corporal e do esquema corporal. Encontrava-se abaixo do peso, muito magra e sem apetite para comer.

Sabemos que o transtorno depressivo traz a memória das pessoas as fases ruins da vida, afetando o sujeito em sua maneira de pensar, agir, ser e afetando todo o seu organismo e seu cérebro também.

R. trazia consigo um sentimento de tristeza profundo, que é característico e frequente de um transtorno de humor depressivo, através de suas emoções desagradáveis, apresentadas de maneira negativa e que lhe servirão como aprendizado, evitando situações desagradáveis futuras. Onde este sentimento de tristeza faz com que o sujeito fique introspectivo, reflexivo, isole-se um pouco e recolha-se para refletir a respeito de sua situação vivida desagradavelmente. Sendo desta maneira, que R. vivenciou um processo de amadurecimento, crescimento interior e preparação para enfrentar melhor novas e futuras perdas e frustrações inevitáveis que surgirão.

A persistência deste humor depressivo contaminava a percepção de R., no período de vida em que se encontrava. Passando despercebida até em pequenos fatos ocorridos em seu cotidiano, e que levaram o sujeito a chorar, com aquela sensação angustiante, dor ou pressão no peito sempre associados e vinculados a mal estar físico.

Existiu um investimento de energia psíquica a procura de um objeto para satisfazer a pulsão, onde R. se frustrava por não conseguir salvar seu casamento. Tentava se doar o que gerava ansiedade como sintoma de conflito.

R. usa manobras psicológicas que lhe ajudam a evitar e reduzir esta ansiedade, através de suas mudanças e vontades das suas emoções, estas acompanhadas de reações somáticas (motoras, hormonais, viscerais) são originados pelos sentimentos.

Como psicoterapeuta, objetivei para R., através das sessões que ajudariam a manejar e superar seus sintomas depressivos e também a negociar com mais equilíbrio em suas atitudes.

Sua percepção subjetiva de si mesma, era muito pior do que a maneira como os outros a viam. Observei seu potencial que iria ajudá-la bastante no tratamento. O que porém, R. não se via tão positivamente, assim, sentia-se fracassada e incapaz de concretizar o que queria.

Um grande salto de R. na psicoterapia, foi sua mudança de atitude para retomar a vida em São Paulo.

Ao observar as mudanças de um sujeito com transtorno de humor depressivo leve, notou-se que o mesmo se sentia solitário, se autodepreciava e passou a ser uma pessoa mais segura, confiante, disposta a mudanças. Perdendo um pouco de medo que fazia parte desta ansiedade, tipicamente reativa de um perigo irreal ou imaginário.

R. conseguiu superar alguns de seus sintomas, como a diminuição da insônia, melhorou seu apetite, engordando 2kg. Melhorando também seus sinais sociais, passando a se interessar em sair para caminhar e conversar com os vizinhos.

Através do tratamento farmacológico e das sessões psicoterápicas, com intervenções psicológicas adequadas, realizou-se este estudo de caso com 12 sessões até o término, onde o sujeito decide voltar para São Paulo e lá dará continuidade na psicoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A razão de buscar a terapia levou o sujeito da pesquisa a novas descobertas resgatadas por meio dos sinais referidos de suas recordações por meio da história de vida e das conexões entre o que acontecia e sua vida.

O sujeito desse estudo de caso apresentava um quadro de depressão leve segundo o DSM IV e segundo a CID 10, código F. 32.0.

O papel do terapeuta, como técnico profissional na Clínica Escola é de aprendiz da Psicologia. No local se aprende a identificar patologias e sintomas e a escolher técnicas para serem utilizadas, visando o auxílio e melhora do paciente.

No decorrer do estágio nos aperfeiçoamos com a prática das ações psicoterapêuticas. Aprendemos a lidar com nossas ansiedades e nossas angústias.

Neste estudo de caso atendemos R. que se queixava de se sentir muito só, triste, abandonada. Evidenciava autoestima muito baixa. Afirmava que seu esposo não tem tempo para ela, porque trabalha demais e assim ela passa a maior parte do seu tempo sozinha.

Nas sessões psicoterápicas foram trabalhados o entendimento das situações referidas por ela.

No decorrer da evolução do trabalho psicoterápico, R. passou a reviver, repensar e elaborar de maneira inteligente e muito clara, o passo a passo de suas aflições, suas angústias, seus traumas, seus temores e suas inseguranças.

Apesar de toda sua aflição para mudar sua vida, de seus sentimentos de perda e das suas decepções, R. no processo psicoterápico passou a entender que poderia mudar, que poderia se sentir mais bonita, que é uma mulher especial e que conseguir sair de Manaus para São Paulo, daria continuidade à sua vida.

A referência de que seu marido ficará residindo em Manaus, não a impediu de perseguir seus objetivos, pois, sente-se mais segura e preparada para enfrentar

novos desafios, apesar de todas as tentativas para salvar seu casamento, onde aceita e acata a decisão do esposo.

O fato de ter encerrado o atendimento, sem comparecer mais às sessões, significa que sua capacidade para tomar decisões e mudar sua vida mostrou-lhe que era capaz e que conseguiria prosseguir com as mudanças que serão necessárias para lhe deixar bem.

Conclui porque é um Transtorno Depressivo. Todo paciente deixa marcas no terapeuta, marcas estas que transformam a vida de ambos, pois a cada mudança significativa do paciente, gera um reconhecimento gratificante no mesmo e sempre surpreendente.

Pude avaliar de perto todo o processo de evolução deste sujeito em terapia.

Convivi com suas dores, que foram aliviadas; com suas angústias, que vieram à tona; com sua insegurança e baixa autoestima, onde se transformou em uma mulher mais confiante, determinada e com uma personalidade mais segura de si mesma.

Em momento nenhum me esqueci de agir humildemente diante de cada mudança surgida através das transformações do sujeito, seja ela benéfica ou não. Sinto-me emocionada interiormente e agradecida, por ter feito parte desta evolução transformadora, benéfica e produtiva.

A perda, os sofrimentos e as tristezas nos fazem suportar todas as adversidades difíceis, porém nos amadurecem e nos fazem sentir capazes para superar novos obstáculos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wilson Castello de. **Defesas do ego – leituras didáticas de seus mecanismos**. São Paulo: Agora, 1996.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães Silveira. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em:

< <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html> > Acesso em: 08 out..2011.

ANTONIO, Rosilda; MORENO, Ricardo A.; ROSO, Mireia C. Transtorno depressivo. In: ABREU, Cristiano Nabuco. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed,2006.

BLEICHMAR, Hugo. **Depressão: um estudo psicanalítico**. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Teoria e técnicas psicoterápicas**. Porto Alegre: Artmed,2000.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. – 2.^a ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

Depressão. Disponível em:

<http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/depressao/sintomas Diagnostico-tratamento-doenca.shtml>. Acesso em: 02 de out..2011.

Depressão em mulheres. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/saude-da-mulher/52548/depressao+em+mulheres.htm>. Acesso em: 20.05.2012.

DIEGUEZ, Carla. **O que é classe social?**

Texto publicado em 17 de junho de 2008. Disponível em:

<http://www.sinprorp.org.br/clipping/2008/081.htm>. Acesso em: 24 de nov. de 2011.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Claudia Dornelles. - 4.^a ed. rev.- Porto Alegre: Artmed, 2002.

ELIA, L. (org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FÉDIDA, Pierre. **Depressão**. Trad. Martha Gambini. – São Paulo: Escuta, 1999.

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos (I) (1900)**. – Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GELLMAN, Charles. **Como compreender a depressão**. Trad. Maurício Ruffier. - Paris: Le Hameau Éditeur,1976.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.^a ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JOÃO, Mauro Ivan. **Depressão: síndrome da dependência psicológica**. São Paulo: EPU, 1987.

KLEIN, Melanie et al. **Os progressos da psicanálise**. Organização e introdução de Joan Riviere. Prefácio de Ernest Jones. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1969.

LEADER, Darian. **Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia**. Trad. Fátima Santos. – Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

MARX, Karl. **Karl Marx: sociologia**. Org. Octavio Ianni. Trad. de Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pellegrini. – 2.^a ed. – São Paulo: Ática, 1980.

MATURANA, Humberto R. **Del ser aL hacer**. Los Orígenes de La biologia Del conocer. Santiago: J C Sáez, 2004.

MOSQUERA, Juan José Muriño. **Psicodinâmica do aprender**. Porto Alegre, 2001.

MOURA, Ana; NIKOS, Isac. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XIII, no 140/141, 69-76, 2000.

OLIVEIRA, José Roberto Campos de. **Sobre Psicoterapia**. Disponível em: <http://www.sosp.med.br/prevencao/psicoterapia.html>. Acesso em: 06.11.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. 10^a revisão.

PAULO, Maria Salete Lopes Legname de. **Depressão e psicodiagnóstico interventivo**: proposta de atendimento. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2005.

Revista Veja, janeiro de 2009. Disponível em http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/depressao/sintomas-diagnostico-tratamento-doenca.shtml. Acesso em: 06 nov. 2011.

SANTOS, Bettina Steren dos; ANTUNES, Denise Dalpiaz. Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Educação**. Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 1 (61), p. 149-164, jan./abr. 2007.

SCHAE, K. Warner; WILLS, Sherry L. **Psicologia de la edad adulta y la vejez**. Madrid: Pearson, 2003.

SILVA, Valdeci Gonçalves da. **A Entrevista psicológica e suas nuances**. Disponível em < <http://www.algosobre.com.br/psicologia/a-entrevista-psicologica-e-suas-nuancas.html>>. Acesso em: 17 de set. 2011.

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. A depressão e o desejo na psicanálise. **Estudos e pesquisa em psicologia**. v.7 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007. Versão On-line ISSN 1808-428.

TEIXEIRA, Iracema. **O que é psicoterapia?** Disponível em:<<http://www.iracemateixeira.com.br/artigo1.htm>>. Acesso em 23.09.2011.

TOMASELLI, Tovar. **A transferência sob a ótica da psicanálise**. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/3914/a-transferencia-sob-a-optica-da-psicanalise>. Acesso em: 07 de nov.2011.

VALENTE, Maria Elvira Polimeno. **Atendimento psicológico: como uma terapia pode melhorar sua qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.conteudoescola.com.br/colunistas-conteudo-escola/24/76-atendimento-psicologico-como-uma-terapia-pode-melhorar-sua-qualidade-de-vida>. Acesso em: 17 de set. 2011.

VILABOL. Disponível em <<http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/>> Acesso em: 23 de nov.2011.