

Formas bifásicas das terapêuticas mistas nas depressões. Análise de 47 casos*

LUÍS PRATS **

1. INTRODUÇÃO

Anulada que está desde o início dos anos 70 a estéril polémica entre os defensores da terapêutica farmacológica antidepressiva e da psicoterapia nas depressões, em mútua exclusão, e estabelecida que ficou a importância das Terapêuticas Mistas no seu tratamento, fica como trabalho para a presente década a formulação mais precisa das respectivas acções e fronteiras, o apuramento das suas interacções, provável complementaridade e uma maior selectividade dos vários programas terapêuticos mistos disponíveis perante a heterogeneidade do Síndrome Depressivo, em particular das Depressões Neuróticas, no sentido lato em que são designadas pela DSM-III por Perturbações Distímicas.

Abordaremos nesta comunicação três pontos: 1) Os dados e implicações a seu favor dos estudos comparativos das Terapêuticas Mistas com cada uma das técnicas empregue isoladamente; 2) O fenómeno da dupla depressão e as consequências intra-psí-

quicas e interpessoais das alterações estáveis da personalidade atribuíveis a Perturbações Distímicas, tantas vezes confundidas como primárias e estruturais; 3) Proporemos a utilização das terapêuticas bifásicas como forma de obviar a esse tipo de dificuldades, exemplificando com a nossa experiência clínica de 47 casos.

2. ESTUDOS ACTUAIS DAS TERAPÊUTICAS MISTAS

O reconhecimento recíproco e consensual entre farmacoterapeutas e psicoterapeutas estabelecido a partir de 1970 de que a doença depressiva é uma entidade tridimensional biológica, psíquica e social com múltiplas causalidades e perfis clínico-evolutivos levou a que, a prática psiquiátrica, não se compadecesse pelos rigores e obediências escolásticas às terapêuticas únicas e se utilizassem cada vez mais, simultaneamente, no tratamento dos doentes depressivos, tricíclicos e várias modalidades psicoterapêuticas. A impressão clínica, da maior eficácia desta associação, desde essa altura e reforçada no decorrer do tempo, parte de psiquiatras americanos quer de orientação clássica (Klerman e outros, 1974) quer de psicodinâmicos, como por exemplo o psicanalista Ostow (1960).

Os primeiros estudos de comprovação empírica da superioridade clínica das Terapêuticas Mistas surgem a partir de 1974 — Estudo de Boston - New

* O presente texto corresponde a uma versão modificada de várias comunicações anteriores sobre o mesmo tema, e apresentadas no Simpósio sobre a Dinâmica das Depressões, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1984, no Curso de Pós-graduação em Psiquiatria, *idem*, 1985 e, finalmente, no Simpósio sobre Psicoterapias Breves, Lisboa, em Maio de 1987.

** Médico psiquiatra; Assistente hospitalar do Hospital Júlio de Matos e Assistente de Etnopsiquiatria do Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Haven, orientado por Klerman — quase todos apoiados pelo NIMH (National Institute of Mental Health), e fomentados pelas implicações norte-americanas éticas ao «direito ao tratamento certo» e económico-sociais. Até à data, há cerca de três dezenas de estudos que, duma ou outra forma, pretendem responder às Normas inicialmente estabelecidas por Klerman, para a comprovação da eficácia das Terapêuticas Mistas e que apresentamos, modificadas:

1. Eficácia de cada tratamento de per si.
2. Compreensão dos respectivos mecanismos de acção.
3. Conhecimento da eficácia da combinação, abrangendo, fundamentalmente, três questões: a) Que tipo de eficácia: aditiva ou sinérgica? b) Cada um dos tratamentos tem áreas específicas de intervenção, ou há complementaridade? c) Que tipo de articulação e selectividade de técnicas recíprocas, ou seja, existem ou não sequências previsíveis para grupos homogêneos de depressivos de modo a permitir programas terapêuticos específicos?
4. Teoria suficientemente confirmada que forneça uma base razoável e compreensiva para a combinação.

Não é esta a ocasião para tratar sistematicamente de cada um dos pontos anteriores. Apresentaremos duma forma conglutinada as respostas essenciais para um posicionamento clínico da utilidade e utilização das Terapêuticas Mistas.

Se na maioria das Perturbações Depressivas havia já clara evidência e provas da eficácia da terapêutica antidepressiva tricíclica, quanto à psicoterapia, empregue isoladamente, há ainda poucos estudos, mas todos eles comprovativos da sua eficácia.

Na revisão de Weisman (1979), a psicoterapia apresenta resultados superiores a grupos não tratados de controlo em todos os 9 estudos. As técnicas psicoterapêuticas estudadas foram o modelo interpessoal para as depressões empregue pelo grupo de New Haven, orientado por Klerman, terapia cognitiva, comportamental, marital e de grupo.

Infelizmente não foi possível comparar com a psicoterapia breve e focal de orientação psicanalítica, a técnica mais frequentemente empregue nas Terapias Mistas, por não anuência dos psicoterapeutas dessa orientação. Sabemos que actualmente se efectua um estudo comparativo com a inclusão desta

técnica, mas ainda não existem resultados definitivos, embora os preliminares já publicados sejam claramente positivos.

Em todos os estudos comparativos das Terapêuticas Mistas, e são já cerca de 20 ao que sabemos, com grupos de controlo sem terapêutica ou com qualquer dos dois tratamentos isoladamente, comprova-se em todos eles que a combinação é estatisticamente significativa e francamente superior.

Os resultados são pelo menos aditivos numa parte dos casos, quando não sinérgicos, potencializando-se reciprocamente. Não se discriminaram ainda os grupos homogêneos de doença depressiva que melhoram dum ou doutro modo, nem é claro o processo que conduz a esses resultados, pelo que as hipóteses explicativas da combinação terapêutica, embora existentes, são, por enquanto, especulativas.

Um dos pontos mais consistentes que estes estudos revelaram é a presença de uma clara independência nos alvos terapêuticos da acção farmacológica e psicoterapêutica, embora com algumas áreas sobrepostas e outras não perfeitamente esclarecidas.

Há concordância da grande maioria dos estudos (por exemplo Klerman, 1974; Friedman, 1975; Weissman, 1979) de que a acção dos tricíclicos incide essencialmente na redução ou melhoria sintomática, principalmente nos sintomas nucleares depressivos ou mais endogenomórficos: humor, perturbações do sono, inibição motora, perda de apetite e outras alterações mais frequentes nas formas melancólicas e, por outro lado, na diminuição do número de recidivas.

A psicoterapia revela-se eficaz na melhoria das relações interpessoais, e ligeiramente superior aos antidepressivos, no funcionamento e adaptação social, na competência e, a exercer uma influência positiva nos sintomas depressivos, é sobretudo no grupo de sintomas mais elaborados: idéias de culpa e suicídio, perda da auto-confiança, sentimentos de inadequação ou vivências conflituosas intrapsíquicas. É interessante anotar-se que a maioria dos autores focam que a redução destes sintomas por intervenção psicoterapêutica exclusiva é por volta da 4.^a semana, período em que se descreve idêntica redução quando só se empregam tricíclicos. No entanto, a psicoterapia é, dum modo geral, ineficaz na redução dos sintomas fundamentais depressivos e na diminuição do número de recaídas.

Um aspecto relevante, que ficou esclarecido, é o

da inexistência de incompatibilidade entre o tratamento farmacológico e o tratamento psicoterapêutico. Esta afirmação é válida em relação aos modelos psicoterapêuticos atrás referidos em todos os estudos publicados até à data, e presume-se a sua validade em relação à psicoterapia psicanalítica, pois que 70% dos doentes tratados por associados da Associação Psicanalítica Americana em dados por ela publicados em 1976, tomavam simultaneamente medicamentos, mas não detemos informações concretas quanto ao grupo de doentes depressivos.

A maioria dos psicoterapeutas tinha uma acentuada renitência no emprego de fármacos devido à sua crença naquilo que podemos designar por efeito placebo negativo e que englobava aspectos tão variados como os seguintes: a solução farmacológica como solução simplista de problemas complexos, alterar tornando-os ineficazes os processos de transferência e contra-transferência, dificultar o insight, esconder defesas e, numa forma mais objectiva, receavam que «uma parte dos doentes ficavam satisfeitos com a melhoria sintomática e não se dispusessem a trabalhar perturbações mais profundas intrapsíquicas, da personalidade e interpessoais» (Klerman, 1981).

As conclusões que se retiram dos trabalhos do grupo de Boston - New Haven, de Klerman, do estudo de Filadélfia, de Friedman, do de Luborsky e Singer (1975), e de vários outros, permitem-nos chegar às seguintes conclusões: 1) Não houve redução do número de doentes interessados na psicoterapia; 2) A medicação facilita a intervenção psicoterapêutica pela redução sintomática que produz; é mesmo em certos casos uma condição necessária para a eficácia terapêutica. Níveis elevados de tensão, ansiedade ou intensidade depressiva resultam numa diminuição da capacidade do doente participar efectivamente em psicoterapia. Recentes estudos tentam estabelecer qual o nível óptimo para o seu início, facto que seria importante para o faseamento da intervenção psicoterapêutica nas formas bifásicas das Terapêuticas Mistas.

Os psicoterapeutas envolvidos nestes estudos empíricos e outros como Ostow (1981), concordam que não só a melhoria sintomática inicial facilita a psicoterapia, mas também que a resolução de conflitos psicológicos inconscientes não é impedida pelo emprego de medicação e é analisável e resolúvel a dependência defensiva com a medicação.

Está em curso no NIMH um estudo da eficácia

selectiva das várias técnicas psicoterapêuticas em função dos vários grupos heterogêneos englobados nas Perturbações Distímicas da DSM-III (Elkin e outros, 1985).

Quanto aos *três tipos principais de Terapêuticas Mistas* não há número suficiente de dados que permitam fornecer uma configuração segura das respectivas aplicações.

Nas *formas bifásicas*, após uma fase inicial farmacológica, inicia-se, ou sobreposta ou após o seu término, a fase psicoterapêutica. São as mais utilizadas e sobretudo nos episódios agudos e graves depressivos de tipo endógeno ou endogenomórfico. Iremos mais adiante referir-nos a elas.

As *formas simultâneas* de Terapêuticas Mistas justificam-se sobretudo nas perturbações crónicas e prolongadas.

As *formas intermitentes* não têm, ao momento, indicações formais.

Finalmente, não queríamos deixar de referir que, nos estudos citados, há coincidência na mesma pessoa do papel de farmacoterapeuta e de psicoterapeuta, sem que sejam apontados inconvenientes por isso. Ostow afirma, inclusive, que ninguém melhor do que o psicanalista, está em condições de regular a posologia. Interessados como estamos, desde há treze anos, nestas Terapêuticas, queremos salientar que é idêntica a nossa experiência pessoal.

É nosso desejo que trabalhos deste tipo possam contribuir numa diminuição do fosso teórico e, tantas as vezes, humano, dos terapeutas e que, num reconhecimento das suas mútuas possibilidades e limites, possam contribuir para um modelo unitário da doença, ou pelo menos, menos «esquízico» que o actual, criador duma nova geração de psiquiatras e psicólogos clínicos que, para além das naturais afinidades pessoais, não terão que se dividir à partida.

3. PERTURBAÇÕES DISTÍMICAS, DEPRESSÃO MAJOR, DUPLA DEPRESSÃO E ALTERAÇÕES DA PERSONALIDADE

Se nos recordarmos que somente 20% das depressões são formas puras endógenas ou melancólicas e que os restantes 80% constituem o grupo de depressões habitualmente crónicas, de longa duração, com flutuações sintomáticas, onde incide, em frequência e em tempo, a maioria da nossa

acção clínica, fica explicada a importância das Terapêuticas Mistas.

Na realidade, este grupo heterogéneo num ponto de vista etiopatogénico, sintomático, evolutivo e terapêutico, apresenta, para além da sintomatologia depressiva, características tão variadas, tais como: perturbações da personalidade, carácter, conflitos intra-psíquicos e defesas do ego alteradas, relações interpessoais e familiares actuais perturbadas, problemas de auto-estima e satisfação pessoal acentuados, tantas vezes circunstâncias de vida difíceis e, num número de casos significativo, perturbações precoces do meio parental. De resto, só heurísticamente podemos dizer que é uma e mesma coisa, os sintomas primordiais depressivos que encontramos em cada grupo. A tristeza vitalizada de um melancólico não é igual à tristeza dum depressivo com conflitos intrapsíquicos graves, nem à dum desenvolvimento caracterial depressivo. Designamos da mesma forma coisas seguramente diferentes.

A tentativa actual de incluir no mesmo rótulo diagnóstico, quer de Depressões Neuróticas como faz a ICD-9, quer de Perturbações Distímicas na DSM-III, tem o mérito de permitir novas subtipagens deste grupo heterogéneo com um maior rigor empírico, já que a anterior nosologia deste grupo estava fortemente imbuída das perspectivas ideológicas e unilaterais das várias escolas psiquiátricas e geralmente induzida a partir de casuísticas reduzidas, quando não a partir de dois ou de um só doente.

Destacamos das investigações actuais de St. Louis, de Akiskal e colaboradores (1983), a sua tentativa de encontrar *subtipos nas Perturbações Distímicas*, obedecendo a critérios clínico-evolutivos, estudo psicodinâmico e psico-social, parâmetros biológicos (por exemplo, estudo do tempo de latência do REM, supressão da dexametasona, etc.), estudo heredo-familiar e resposta terapêutica, modificados dos critérios de Feighner e colaboradores. É particularmente interessante a separação no conjunto de doentes *caracteriais depressivos* de dois subtipos com características clínicas diferenciadas — o subtipo caracterial puro que designa por *Perturbações de espectro caracterial* (2/3 dos casos), com traços caracteriais precoces, instáveis, dependentes, histriónicos, anti-sociais ou esquizóides, com início precoce da sua perturbação — infância ou adolescência — e que não respondem a tricíclicos, IMAOS ou Lítio. A descoberta de um outro subtipo, designado por *Perturbações Distímicas Sub-Afecti-*

vas (1/3 dos casos), de início não precoce, mas antes dos 25 anos, e que respondem positivamente à medicação, chama-nos a atenção para situações clínicas com aparência caracterial, mas em que a distímia pode ser primária e a manifestação caracterial um epifenómeno, sem dúvida importante, mas secundário, quer etiopatogenicamente, quer num ponto de vista terapêutico. Quando ambos os subtipos fazem um Episódio Agudo (Depressão Major, segundo DSM-III) este diferencia-se, clinicamente, por no primeiro caso, não apresentar características endógenas ou melancólicas e no segundo por as possuir.

Estamos, ao que parece, diante de situações clínicas onde já é possível separar traços da personalidade e estado de doença, ou como diz Akiskal, separar «postura ou estilo de vida da doença».

Um aspecto importante em relação ao grupo das Perturbações Distímicas é que a grande maioria delas são despistadas clinicamente quando, numa das suas flutuações desenvolvem um pico depressivo que se cristaliza numa Depressão Major.

Somente 10% das Perturbações Distímicas é que são puras, os restantes 90% acompanham-se de sobreposições de Episódios Depressivos Major (Akiskal, 1983). Pelo inverso, os Episódios Depressivos Major cursam, segundo os números de Rounsaville (1980), em 2/3 dos casos, de Perturbação Distímica prévia ou pós-episódio, correspondendo neste caso, aparentemente, a uma remissão parcial do episódio agudo ou defeito depressivo. Acentue-se que estes números obedecem ao critério temporal de 2 anos da DSM-III para as Perturbações Distímicas, pois se o período referido fosse encurtado, obteríamos um número muito superior a 2/3.

Estes factos revelaram que na grande maioria das situações clínicas depressivas, estamos diante não de uma entidade única, mas de uma variabilidade e modulação clínico-sintomática, entre Perturbações Distímicas, já de per si heterogéneas, e de Depressões Major, fenómeno designado por Keller e Shapiro (1982) por «*dupla depressão*».

A sobreposição de uma Depressão Major representa uma acentuação da perturbação subjacente, e como regra geral, dá-se o retorno após a remissão do Episódio Major a este último padrão. Noutros casos, o Episódio Major inicia uma Perturbação Distímica, equivalente ao defeito depressivo, mas os números e proporcionalidades recíprocas ainda não são conhecidos.

4. IMPORTÂNCIA DAS FORMAS BIFÁSICAS DAS TERAPÊUTICAS MISTAS NO TRATAMENTO DAS DEPRESSÕES MAJOR — (EXPERIÊNCIA CLÍNICA E ANÁLISE DE 47 CASOS)

Coincidente com estes estudos, a minha experiência clínica, tem-me obrigado a repensar as nossas atitudes terapêuticas e a encarar o Episódio Agudo Depressivo numa outra forma: nem sempre o episódio agudo é patoplasticamente determinado pela perturbação distímica prévia, como vimos, nem sempre ele é uma acentuação de características anteriores e mais do que isso, tantas vezes ele nos esconde com outra sintomatologia, características mais estabilizadas no tempo, da personalidade, de conflitos intra-psíquicos e interpessoais.

Estamos cada vez mais em crer que o termo «psicotização» do depressivo é uma redução semântica demasiadamente simplista que empobrece e obscurece roturas e descontinuidades biopsicológicas extremamente variadas e que é importante, clinicamente, conhecê-las. Por outro lado, a acompanhar esta heterogeneidade, deverá também haver uma heterogeneidade de formulações e implicações psicodinâmicas.

As dificuldades e preocupações atrás referidas, tão frequentemente encontradas nos doentes com episódios depressivos agudos têm constituído um dos centros das minhas preocupações clínicas, desde há aproximadamente 13 anos, altura em que passei também a utilizar a forma bifásica das Terapêuticas Mistas, como forma quase exclusiva de abordagem destes casos.

Gostaria de fazer alguns comentários baseados nessa experiência e apresentar alguns resultados preliminares da análise de 47 casos assim tratados, em clínica ambulatória e sem internamento, em função do tipo de abordagem psicoterapêutica efectuada.

Ao iniciar, numa forma regular este tipo de intervenção, trazia já comigo, uma visão psicoterapêutica despida de crença num modelo único e um reconhecimento da eficácia da medicação antidepressiva, pelo que não me foi difícil conciliar os dois meios terapêuticos.

A descrição será o mais simples possível para facilitar a compreensão daquilo que, para mim, é o fundamental da psicoterapia: trocas comunicacio-

nais efectivas com função terapêutica. Para facilitar a descrição, considero que, numa forma esquemática, utilizo 4 fases na intervenção bifásica:

1.ª fase — Estabelecer uma relação e contrato terapêutico na 1.ª entrevista que permita ao doente aderir e aceitar um programa terapêutico sequencial

Processam-se três níveis de funcionamento, umas vezes isolados e outras simultaneamente. O primeiro é o estabelecimento numa *relação terapêutica* suficientemente forte e não distante, que permita ao doente sentir-se não só compreendido como correspondido. Não há grandes preocupações interpretativas nem transferencias ou contra-transferencias. A um pedido com forte carga emocional há a procura de lhe responder empaticamente e, sempre que possível, por seu intermédio, tentar até prever o sofrimento não revelado (exemplo: pessoa católica que se impede por vergonha de falar de ideias de suicídio). O simples facto de ser perguntado o que não é capaz de dizer, fortalece a relação e facilita profundamente a comunicação entre terapeuta e doente.

Estabelecida a relação inicia-se, quase em parêntesis na primeira entrevista, o *segundo nível*, ou seja, de recolha semiológica o mais pormenorizada possível. Muita informação já foi obtida no primeiro nível e em muitos casos é somente uma tarefa complementar.

O *terceiro nível* de funcionamento, a que habitualmente designo por «abrir o dossier ao doente», resume-se a explicar-lhe o fundamental da intervenção, por vezes numa forma metafórica ou analógica: havendo tantos problemas e dificuldades na sua vida é natural que a sua «máquina» se tenha avariado, e com ela avariada, também é natural que não possa resolver os seus problemas. Ultimamente tenho utilizado, com certas pessoas, a analogia com o «hardware» e o «software» dos computadores. A utilização destas metáforas é intencional, no sentido de deslocar os problemas do domínio do modelo médico-psiquiátrico para outros que não atinjam tão profundamente o doente. É explicado ao doente que primeiro vamos tratar a «máquina» ou o «hardware», com medicação de que são longamente explicadas as eventuais acções secundárias e só quando já estiver melhor se voltará aos problemas pessoais, perguntando-lhe se aceita esta sugestão ou se não. Quando sinto capacidade emocional para isso o contrato é selado com um aperto de mão.

Devo destacar que nesta primeira entrevista há uma exploração e recolha de tópicos para o trabalho psicoterapêutico posterior, efectuado principalmente ao primeiro e segundo nível.

2.ª fase — Corresponde ao *tratamento medicamentoso* propriamente dito. Além disso de perguntas claramente semiológicas e da regularização da medicação, duma forma velada é obtida informação sobre o estado dos seus conflitos, dificuldades e problemas. Nesta fase neutraliza-se qualquer atitude psicoterapêutica e isso é dito ao doente, embora, obviamente, não se impeça o doente de falar.

O doente é inclusivamente estimulado por nós a procurar espontaneamente a solução das suas dificuldades a partir das melhorias e do alívio sintomático entretanto obtido.

3.ª fase — que designamos por *fase de avaliação* e decorre habitualmente após um mês e meio do início do tratamento e habitualmente sobrepõe-se à fase anterior. São avaliadas as melhoras sintomáticas já obtidas e também, a existir, as melhoras nas dificuldades pessoais obtidas espontaneamente.

Pede-se ao doente que se focalize nas suas dificuldades actuais e que as confronte com aquelas que elaborou na primeira entrevista. É interessante como, em regra, esta avaliação de tópicos para uma eventual psicoterapia, não coincide com a elaborada na primeira entrevista.

Duma forma geral a tendência do doente é em rebuscar elementos retrospectivos do seu passado que lhe fazem sentido como escolha ou estigma impeditivo para implementar a redução das suas dificuldades.

É proposto ao doente que trabalhe interiormente no sentido inverso e é-lhe exposto que irá efectuar uma psicoterapia do aqui e agora para a frente e não ao contrário, o que não é impeditivo de, em certos contextos bem focalizados, essa démarche ser efectuada, duma forma rápida e incisiva, sobretudo com uma função catártica.

Estabelecem-se assim, regras para uma eventual psicoterapia de tipo breve. A sua descrição está fora do âmbito proposto para este trabalho.

Esta fase persiste habitualmente até perto do início da redução ou desmame medicamentoso (3.ª a 4.ª mês de tratamento); persiste portanto, cerca de mês e meio, e é efectuada em 2, 3 ou 4 sessões.

4.ª fase — É a da *intervenção psicoterapêutica*, que coincide com o desmame da terapêutica, ou em casos mais raros com o estabelecimento de terapêutica profiláctica com tricíclicos ou lítio.

Irámos referir os dados deste estudo acompanhando a descrição de quadros de referência.

Foram estudados 47 casos (vd. Quadro I), 35 do sexo feminino e 12 do sexo masculino; é uma amostra não randomizada, e as idades vão dos 25 aos 45 anos.

Quadro I

Casos estudados

CLASSIFICAÇÃO (segundo DSM-III):	
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR (EDM)	
com Melancolia — 13	(27,7%)
sem Melancolia — 34	(72,3%)
(ou simples)	
SEM INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA	
14 casos	29,8%
EDM com Melancolia — 6	46,2%
EDM simples — 8	23,5%
COM INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA	
33 casos	70,2%
EDM com Melancolia — 7	53,8%
EDM simples — 26	76,5%
N = 47	

São, portanto, 47 doentes que nos aparecem com uma Depressão Acentuada e Grave, permissiva de ser classificada como EDM segundo a DSM-III, classificação utilizada pela necessidade comparativa com trabalhos deste tipo, repartidos em dois subgrupos, um primeiro com 13 casos EDM com Melancolia, ou seja, com características endógenas ou endogenomórficas e um segundo subgrupo com 34 casos EDM a que chamaremos «simples».

Corresponde percentualmente a 27,7% do total no primeiro caso e a 72,3% no segundo, números que não se afastam dos valores habitualmente encontrados em estudos epidemiológicos para os dois subtipos descritos.

Destes 47 casos (vd. Quadro II), 14 não precisaram de intervenção psicoterapêutica, ou seja, 29,8% do total, e curiosamente com uma forte incidência do grupo melancólico, ou seja, 6 casos, o que representa em relação ao total de 13, a percen-

tagem de 46,2%; enquanto a percentagem de EDM é somente de 23,5% do número total, o que confirma claramente a existência de perturbações da personalidade e dificuldades pessoais mais acentuadas neste segundo grupo.

Assim, a percentagem de casos que necessitaram de intervenção psicoterapêutica foi de 70,2%, equivalente a 33 casos; 7 com EDM com Melancolia e 26 só com EDM.

Quadro II

Tipo de intervenção psicoterapêutica

33 casos
1) Acompanhamento e reajuste à situação anterior 9 casos — 27,3% 4 — EDM com Melancolia 6 — EDM simples
2) Psicoterapia breve e focal 15 casos — 48,5% 1 com Melancolia 14 com EDM simples
3) Psicoterapia prolongada de orientação analítica 6 casos — 18,1% 2 com EDM com Melancolia 4 com EDM simples
4) Psicoterapia de grupo 2 casos — 6,1% 2 EDM simples

Este segundo quadro reproduz, em relação aos 33 casos, o *tipo de intervenção psicoterapêutica* utilizada.

Repare-se que o grupo de intervenção predominante foi Psicoterapia breve e focal (48,5%).

O primeiro grupo, a que chamarei de *Acompanhamento e Reajuste à Situação Anterior*, representa que foi somente necessário uma psicoterapia de apoio para um retorno à situação anterior. Era esse o seu desejo, e neste grupo, o nosso trabalho é só o de implementar as condições para que isso aconteça.

Abrange um número razoável de melancólicos, ou seja, das 13 melancolias observadas, 7 sem intervenção, e dos 6 com intervenção, 4 são deste tipo.

O segundo grupo, *Psicoterapia breve e focal*, necessita duma intervenção mais profunda, e uma

análise quer de conflitos intra-psíquicos actuais, quer de dificuldades interpessoais, de índole predominante afectiva amorosa, conjugal ou parental.

Abrange sobretudo situações com EDM simples, sem Melancolia.

O caso de Melancolia que necessitou deste tipo de intervenção, deveu-se a dificuldades na decisão duma separação afectiva.

O tempo mínimo de intervenção foi de 3 meses e o máximo de um ano e meio, e em média cerca de 6 meses, a uma sessão semanal.

O terceiro grupo, *Psicoterapia prolongada de orientação analítica* corresponde à presença de patologia intrapsíquica intensa, prévia ao desencadeamento da depressão.

E um quarto grupo com um número reduzido de casos que foram enviados para Terapia de Grupo.

O Quadro III apresenta duma forma impressionística as características fundamentais encontradas em cada um dos grupos atrás referidos de intervenção psicoterapêutica. Não é efectuada nenhum tipo de quantificação, pois bastantes dos casos aqui apresentados foram tratados há mais de 8 anos e, na ocasião, não possuía ainda informação, nem controlava determinadas variáveis que os estudos atrás referidos e a experiência clínica entretanto obtida, revelaram.

É portanto um estudo retrospectivo dessas «manchas», cuja realidade clínica vos peço o benefício de

Quadro III

Esboço das características dos grupos segundo a intervenção psicoterapêutica efectuada

1) Acompanhamento e reajuste à situação anterior — grupo sem alterações anteriores acentuadas da personalidade, interpessoais ou sociais; — sem depressão ligeira anterior.
2) Psicoterapia breve e focal — grupo muito variado, com alterações em algumas das áreas anteriores (mais frequentes conflitos e dificuldades interpessoais actuais); — grupo com maior incidência de depressão prévia ligeira, nalguns casos com obediência aos critérios de Perturbação Distímica da DSM-III.
3) Psicoterapia prolongada orientação analítica — Casos com Melancolia Personalidade obsessiva, com ordenalidade. — Perturbações neuróticas, caracteriais, «border-line».

aceitarem, mas que correspondem sem dúvida, à análise das fichas e ao conhecimento pormenorizado que possuía deste grupo de doentes.

Queria terminar, com uns comentários sobre estes dados.

Vimos várias vantagens em relação ao tratamento das Depressões Graves, na utilização da forma bifásica das Terapêuticas Mistas. Uma delas, e parece-me a fundamental, é a organização de um Programa Terapêutico Sequencial.

O doente em Depressão Grave traz consigo muita ganga sintomática da depressão que mascara muitas vezes, outras amplifica, as reais dificuldades anteriores pessoais. A tentativa de elaborar um plano psicoterapêutico ao início, parece-nos, está como vimos condenado ao fracasso. A saída autónoma do doente de depressão grave, e tantas vezes, da depressão ligeira prévia associada, permite-lhe um avanço substancial na resolução das dificuldades anteriores, reforçando inclusive, o seu desejo de ir mais longe nessa resolução.

A terapêutica bifásica permite uma maior selectividade do método psicoterapêutico e é outra das suas grandes vantagens.

Por outro lado, em muitas situações depressivas agudas e graves, encontramos a antecedê-las, períodos longos, de anos, de uma situação depressiva ligeira. Nunca nos debruçamos suficientemente nas implicações que a constância desses sintomas tem sobre a pessoa e sobre o seu aparelho psíquico. Muitas destas características secundárias são consideradas pelo doente como estruturais e não lhes é difícil denegarem que nem sempre foram assim, ou seja, reconhecem falsamente como forma de ser o que é afinal uma forma prolongada de estar. Por mais experiente que o terapeuta possa ser, ao valorizar numa forma estrutural tais dificuldades, é possível que cometa um erro que vai ter implicações no processo psicoterapêutico.

Temos visto muitos destes doentes referirem uma sensação de estranheza ao retomarem atitudes prazenteiras, lidarem melhor com os seus problemas, não se irritarem ou ofenderem-se, etc., e reconhecerem em tais atitudes, coisas suas há longos anos perdidas.

As terapêuticas mistas, e em especial a forma bifásica, permitem-nos recolocar a nossa velha questão: «O que é personalidade e o que é doença?» dum modo mais coerente, ou pelo menos, dum forma mais descortinável, nas perturbações depressi-

vas. Tudo nos sugere que há um sentido biunívoco que tem que ser restabelecido na clínica, e ainda, com mais força, na intervenção psicoterapêutica.

Sabemos que a personalidade determina a depressão, mas o espectro de probabilidades da forma que essa determinação assume é demasiado variado para que se possa recorrer a uma única formulação. Desde factor etiológico, determinando pela perda das defesas habituais do Eu a vulnerabilidade a stress, a perdas de objecto ou alterações na auto-estima, como factor patoplástico, determinando o colorido do quadro clínico e também como factor de resposta terapêutica, tudo isto pode ser importante e individualizar tipos de intervenção específica.

Mas começamos a saber, ou voltamos a saber, porque muitos clássicos já disso falaram, como a depressão clínica determina também a personalidade. Há hiatos teórico na compreensão desta interacção, mas é um fenómeno clínico que devemos ponderar para um maior rigor e selectividade da nossa acção terapêutica.

REFERÊNCIAS

- AKISKAL, H. S. (1983) — Dysthymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes, *American Journal of Psychiatry*, 140: 11-20.
- ELKIN, I., PARLOFF, M. B., HADLEY, S. W., AUTRY, J. H. (1985) — NIMH, Treatment of Depression Collaborative Research Program (Background and Research Plan). *Archives of General Psychiatry*, 42: 305-316.
- FRIEDMAN, A. S. (1975) — Interaction of drug therapy with marital therapy in depressed patients, *Archives of General Psychiatry*, 32: 619-637.
- KELLER, M. B., SHAPIRO, R. W. (1982) — «Double depression»: Superimposition of Acute Depressive Episodes on Chronic Depressive Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 139: 438-442.
- KLERMAN, G. L., DIMASCIO, A., WEISSMAN, M. M. et al. (1974) — Treatment of depression by drugs and psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 131: 186-191.
- KLERMAN, G. L. (1981) — Conceptual Issues in Combined Treatment. In GREENHILL, M. H., GRALNICK, A. (Eds.), *Psychopharmacology and Psychotherapy*, London, The Free Press.

RESUMO

KLERMAN, G. L., SCHECHTER, G. (1982) — Drugs and psychotherapy. In PAYKEL, E. S. (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*, Edinburgh, Churchill Livingstone.

LUBORSKY, L., SINGER, B. (1975) — Comparative studies of psychotherapies, *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.

OSTOW, M. (1960) — The use of drugs to overcome technical difficulties in psychoanalysis. In SARWERFONER, G. J. (Ed.), *Dynamics of Psychiatric Drug Therapy*, Springfield, Charles C. Thomas.

OSTOW, M. (1981) — Influence of Psychiatric Drug Therapy on the Future of Psychoanalysis. In GREENHILL, M. H., GRALNICK, A. (Eds.), *Psychopharmacology and Psychotherapy*, London, The Free Press.

ROUNSAVILLE, B. J., SHOLOMSKAS, D., PRUSOFF, B. A. (1980) — Chronic mood disorders in depressed out patients. *Journal of Affective Disorders*, 2: 73-88.

WEISSMAN, M. N. (1979) — The psychological treatment of depression: Research evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison and in combination with pharmacotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 36: 1261-1269.

WEISSMAN, M. N., PRUSOFF, B. A., DI MASCIO, A., NEU, C., GOKLANEY, M., KLERMAN, G. L. (1979) — The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes, *American Journal of Psychiatry*, 136: 555-558.

Após uma revisão das terapêuticas mistas (medicação antidepressiva e psicoterapia) e do fenómeno clínico da «dupla-depressão», o artigo focaliza a estratégia bifásica destes tratamentos como um dos tratamentos electivos do episódio depressivo agudo.

Descreve-se a importância clínica do emprego prévio da farmacologia como uma forma de excluir a sintomatologia específica da crise. Da análise de 47 doentes tratados por esta estratégia, sugere-se que é também um meio adequado para uma selectividade correcta da técnica psicoterapêutica a ser empregue.

ABSTRACT

After a review of depression combined treatments (anti-depressive drugs and psychotherapy), and the «double-depression» phenomena, this article deals with the two-stage strategy as the acute depressive episode treatment of choice.

Clinical relevance of the acute depressive episode pharmacotherapy as a way of «cleaning» the episode symptomatic effect is appointed. From the analysis of 47 patients the two-stage sub-type is suggested also as indicator for the correct selectivity of the psychotherapy to be employed.