

Autores:

Doroty Bermudes *

Marilena Angeli **

Carlos Magno Scouto ***

Celso Fernandes Batello ****

DEPRESSÃO

Uma abordagem Iridológica

*Psicóloga Pós-Graduada do Curso de Iridologia-IrisDiagnose na FACIS/IBEHE

** Psicanalista, Parapsicóloga.

***Fisioterapeuta, Professor do Curso Pós-Graduação em Acupuntura no (FACIS/IBEHE)

**** Médico Coordenador do Curso de Pós Graduação de Iridologia-Irisdiagnose da Faculdade de Ciências da Saúde de S.Paulo - Mestrando de Homeopatia (FACIS/IBEHE)

Agradecimentos

Nossos mais sinceros agradecimentos à Mestra Márcia Yole Turrini Coutinho, especialista em Psicologia Junguiana, Consultora e Psicóloga Hospitalar e Mestre da Pontifícia Universidade Católica, que muito ajudou em todas as análises nos desenhos livres e da figura humana, por sua sempre disponibilidade e atenção.

Nossos agradecimentos ao médico psiquiatra, Dr. Jair Lourenço da Silva, que gentilmente cedeu os laudos dos pacientes examinados em sua clínica.

Resumo:

Este estudo aborda manifestações e reações psíquicas de cunho depressivo, onde foi observada a área da *Mente Inata* como fator em comum - considerando a Iridologia/Íris-Diagnose como fonte de informações do psiquismo, através de sinais fornecidos pelas áreas topográficas constitucionais orgânicas do Mapa Bernard Jensen, mais propriamente as áreas cerebrais. Este mapa permite a possibilidade de verificar, a partir da observação desse micro sistema, sinais registrados em áreas cerebrais específicas, relacionadas aos estados clinicamente definidos de depressão. Convém ressaltar que esta divisão topográfica cerebral, elaborada por Jensen difere da divisão neuro atômica funcional clássica, porém, como observado, pode servir como dado de extrema relevância para melhor se compreender o Humano.

Abstract:

This study relates manifestations and psiquics reactions of the depression, considering the Iridology as a source of informations about the psiquism, through signals given by brain areas of the Bernard Jensen's Map

. This map permit us the possibility of verify, through observation of this micro sistem, registered signals in specific brain areas, relationed with definide depression states. In this work, was observed the cerebral area of Inherent Mind, as a common factor The Inherent Mind concerns obsessives compulsives phenomenons, as Exquizophreny and Suicidal Tendences. In this matter we can conclude that this topografic area is also relationed to both others mental and endogenal illness, that are: the bipolar disorder and epilepsy as neurotic phenomenons.

It is possible observe the implication of the neuroimmunopsicoendocrine axis of the mentioned structures, when we studied the íris in envolved individual of the research.

Identificação de Sinais Iridológicos comuns em pacientes com Depressão

Abordagem do Problema

DEPRESSÃO

Muito recentemente a depressão era classificada como reativa ou endógena . Acreditava-se que a depressão reativa era causada por um determinado episódio. A pessoa tornava-se deprimida em reação ao que acontecia em sua vida , como luto, doença grave, demissão do emprego etc.

A depressão endógena era a que acontecia sem razão óbvia: de acordo com o que a pessoa conseguia se lembrar, nada havia acontecido para fazê-la deprimida. Endógena

significa “vir de dentro”, e acreditava-se que essas depressões se deviam a mudanças bioquímicas dentro do corpo, embora ninguém soubesse com certeza o que as provocava. Essas definições são úteis: A depressão é uma forma do que se conhece como um transtorno afetivo ou de humor, porque está primariamente ligada a uma mudança de disposição de humor.

Considerando que uma grande parte da população apresenta manifestações e reações psíquicas de cunho depressivo; considerando ainda que a Iridologia / Irisdiagnose fornecem informações do psiquismo através de sinais fornecidos pelas áreas cerebrais do mapa Jensen, os autores procuraram investigar as relações entre tais fenômenos depressivos e os sinais iridológicos.

Pressuposto

Embora as áreas cerebrais do mapa iridológico somático em momento algum representem a divisão neuroanatômica clássica, as subdivisões propostas por Bernard Jensen fornecem informações importantíssimas para melhor se compreender o humano, tanto física como psiquicamente, podendo servir de elo com a psicossomática. Particularmente notou-se que a divisão topográfica da **mente inata** aparece significativamente como sendo uma área comum nestes pacientes. Neste sentido, os autores partiram do pressuposto de que deve haver uma relação de significância entre os fenômenos depressivos e os sinais iridológicos encontrados nesta área, possibilitando, além da simples detecção ou confirmação deste dado, buscar fundamentar e incrementar a utilização da abordagem iridológica adequada e concernente à área da *Mente Inata*, no acompanhamento e definição de conduta junto dos pacientes.

Iridologia, significa o estudo da íris que vai desde a sua anatomia , fisiologia , histologia , farmacologia, patologia até a possibilidade de se conhecer a constituição geral e parcial do indivíduo, já que ambas estão representadas na íris. No entanto, para se obterem informações a respeito deste mesmo indivíduo, tendo como objetivo o entendimento da sua constituição, a melhor designação passa a ser IRISDIAGNOSE, conhecimento através da íris dos aspectos mental, psíquico e espiritual.

A Irisdiagnose estuda o ser humano e os animais como um todo, servindo como “a busca do elo perdido”, através da intersecção das diversas correntes do conhecimento humano. Quanto maior for o conhecimento do Universo, maior é a aplicação da Irisdiagnose. A Irisdiagnose é “o mundo” e nenhum outro método possibilita entender e compreender o indivíduo com tanta riqueza e sutileza como ela, pois o olho é, talvez, o microssistema orgânico que melhor traduz o ser como ele é.

A IRISDIAGNOSE é uma ciência - arte cujo método propedêutico permite, através da observação da íris, conhecer num dado momento, a constituição geral e parcial do indivíduo, bem como os estágios evolutivos, agudos, sub agudo, crônico e degenerativo das alterações que acometem um ou mais órgãos, ou o organismo como um todo. Tudo isso se expressa e é refletido na íris, através de uma topografia, onde cada órgão encontra-se representado em um ou mais mapas iridológicos, permitindo uma abordagem completa do ser vivente.

Muito embora seja impossível estabelecer um diagnóstico, que pressupõe dar nomes às doenças, a Irisdiagnose funciona como um pré diagnóstico, onde a detecção dos órgãos de choque, permite mais facilmente a elaboração do mesmo, através de exames complementares que venham a confirmar as suspeitas clínicas.

Mapa Jensen

Áreas Cerebrais

Cronorichio

O cronorichio etimologicamente (cronos = tempo + richio = risco), significa tempo de risco, ou seja, épocas da vida onde o indivíduo está mais propenso a sofrer a ação das noxas ou agentes agressores, tanto endógenos como externos, tal qual ou como se fosse um "biórbitmo", estampado na íris, mais precisamente na região topográfica correspondente ao colarete ou Banda do Sistema Nervoso Autônomo.

O Dr. Daniele Lo Rito, italiano, criou e desenvolveu este método inédito e maravilhoso, observando que os fatos que marcaram a vida ficam impressos na íris de forma indelével, servindo como informação para melhor se entender o indivíduo, sendo um recurso precioso à disposição do iridologista.

Depressão

1) Definições

Segundo Lehmann, 1959, "depressão" comporta pelo menos três significados. Pode referir-se a um sintoma, a uma síndrome e também a uma entidade nosológica. O elemento semiológico elementar é um aspecto fenomenológico caracterizado por um distúrbio, um abatimento do humor (*timia*), que se torna triste. Ao redor deste sintoma, agrupam-se outros sintomas que podem justificar a descrição de síndromes e mesmo de entidades patológicas. Não é possível reduzirmos a síndrome a uma "depressão" de natureza fisiológica, pois na depressão biológica o bloqueio fisiológico pode ser apenas parcial, enquanto as outras funções parecem estar em estado de superexcitação. Em suma, a depressão não pode ser explicada por simples depressões das funções biológicas, pois no conjunto observamos que o Sistema Nervoso Simpático encontra-se excitado enquanto o Sistema Nervoso Parassimpático está, de modo contrário, inibido. De qualquer forma, seja como consequência ou como simples associação, encontramos associados aos distúrbios do humor dois outros fenômenos: *a inibição e o sofrimento moral*.

A *inibição* é um tipo de freio ou de lentificação dos processos psíquicos que reduz o campo da consciência e o interesse, fechando o indivíduo em si mesmo, e levando-o a fugir dos mesmos, evitando relacionar-se. Subjetivamente, o doente sente lassidão moral, dificuldade para pensar, para evocar (distúrbios de memória) e fadiga psíquica. Paralelamente sente astenia psíquica e lentificação da atividade motora que se associam a doenças somáticas diversas, relacionadas com perturbações neurovegetativas sempre perceptíveis. A reação de *inibição* pode ser normal no indivíduo são após um acontecimento muito penoso (luto normal).

O sofrimento moral, exprime-se de uma forma mais elementar por uma autodepreciação que pode encaminhar-se muito rapidamente para uma auto-acusação, autopunição ou um sentimento de culpa. A fenomenologia dos estados depressivos, em especial o sintoma de auto-acusação, é determinada por um fator cultural, já que em comunidades primitivas da África (Stainbrook, 1954) este sintoma é quase ausente. A *auto-acusação e a dor moral* pertenceriam, pois, a uma sintomatologia secundária da depressão. De qualquer forma, devemos observar a importância dos distúrbios somáticos: cefaléias, dores diversas, sensações de asfixia, palpitações cardíacas, dores vertebrais ou articulares, distúrbios digestivos, constipação, etc... É possível que esses distúrbios assumam uma tal importância que o estado depressivo seja camuflado pelas queixas somáticas.

2. Formas.

A crise de melancolia e suas formas clínicas constituem o quadro mais típico da depressão. Os melancólicos pertencem ao grupo dos maníaco-depressivos. Atualmente a ciência pretende classificar esses estados segundo *as circunstâncias do seu aparecimento* e também considerando alguns outros elementos, principalmente sua semiologia. Assim, além da crise melancólica sintomática da psicose maníaco-depressiva endógena, observamos o desencadear de crises depressivas que ocorrem sob a influência de fatores exógenos (emoções, esgotamento, conflitos, isto é, acontecimentos provenientes do meio), porém expressando que as crises advém favorecidas por uma *predisposição da personalidade de base*, como se a tolerância às tensões estivesse diminuída nestes indivíduos.

As depressões de esgotamento são as depressões desencadeadas por fatores psicogênicos, que não atuam por um trauma único, mas exercem um estado permanente de estresse.

A *depressão involutiva* é a crise depressiva característica por ser desencadeada pela primeira vez num período avançado da vida, comumente a senectude. Vemos que a imensa gama desses estados depressivos distribui-se em torno de dois grupos extremos: as grandes crises de melancolia endógena e as crises de depressão neurótica que resultam da descompensação de uma estrutura neurótica anterior.

Os estados depressivos sintomáticos de uma psicose ou de uma afecção orgânica são os que devem considerar, além da personalidade pré - mórbida subjacente, o processo psicótico sobre o qual evolui a crise depressiva ou que inicia o quadro clínico. O estado depressivo é a manifestação de uma psicose, atribuindo o estado depressivo apenas o valor de um episódio. A psicose mais comum neste caso é uma esquizofrenia, porém pode se referir a outras psicoses com delírio crônico, delírio de perseguição melancólica, paralisia geral, epilepsia, confusão mental estuporosa, etc...

No caso da esquizofrenia, o exame clínico - principalmente o neurológico - e o paraclínico mostram a existência de um processo orgânico que pode ter uma atuação etiológica essencial; são as *depressões sintomáticas de uma afecção orgânica*: lesões cerebrais por tumor, distúrbios vasculares, atrofia neuronais, meningoencefalites, arteriosclerose, aterosclerose, hipoxemia, intoxicações, perturbações metabólicas ou endócrinas, tuberculose, câncer, colagenose e também as depressões secundárias ao puerpério, aos tratamentos de desintoxicação nos alcoólatras e nos toxicômanos e em algumas terapêuticas medicamentosas (reserpina, etc...).

3. As crises de melancolia.

Segundo Aaron Beck, 1982, a crise de melancolia, que contrasta quase que totalmente com a mania, é um *estado de depressão intensa vivenciado com um sentimento de sofrimento moral e caracterizado pela lentificação e pela inibição das funções psíquicas e psicomotoras*.

3.1. Histórico.

O termo melancolia foi empregado por Hipócrates com sentidos bastante diversos. Desde o Renascimento, a melancolia designava um tipo de “loucura parcial” que se opunha aos distúrbios gerais da inteligência mas que não implicava obrigatoriamente em tristeza. Os estados depressivos assim “isolados” foram então integrados numa psicose bem caracterizada por sua evolução: *a loucura de dupla forma* (Baillarger, 1854), *a loucura circular* (Falret, 1854) ou a *psicose depressiva* (Kraepelin, 1899). A partir do final do século XIX os estudos sobre a melancolia relacionavam-se a seu aspecto biológico e à herança. A melancolia, em sua forma sintomática da psicose maníaco - depressiva, tornou-se o protótipo da psicose “degenerativa” “constitucional” ou ainda “endógena”. Paralelo aos estudos biológicos e neurofisiológicos, a melancolia foi objeto de análises psicológicas por parte dos psicanalistas (K. Abraham, 1911; Sigmund Freud, 1915, etc...) e dos fenomenologistas (Minkowski, Strauss, etc...). Porém, diversos fatos demonstraram que o humor depende de um mecanismo complexo do qual participam as interações hipotalamocorticais (Delay). Por outro lado, favorecendo as confrontações farmacológicas e clínicas, a regulação tímica tem sido atualmente objeto de uma massa considerável de trabalhos sobre o papel fisiológico e fisiopatológico das monoaminas cerebrais (serotonina e catecolaminas), sendo portanto, impossível, neste momento, fazer uma síntese satisfatória e coerente. A depressão melancólica é devida à perturbações do metabolismo cerebral, com modificação do teor de catecolaminas livres ao nível das sinapses.

3.2. Circunstâncias de aparecimento.

A crise pode aparecer em qualquer idade, porém sua freqüência é maior no período de involução. As mulheres são atingidas com mais freqüência que os homens. Os fatores genéticos e o biotipo pícnico (Kretschmer) têm a mesma importância que na mania, constituindo os mesmos traços distintos da doença. A crise pode ocorrer sem causa nem ocasião aparente, porém, podem haver causas desencadeantes como um *choque emocional* (luto, infidelidade do parceiro, sentimento de abandono, perda da situação, perda de dinheiro, etc...) ou em uma situação de conflito (conflitos familiares, situação de frustração, etc...). Por vezes o período depressivo foi precedido por circunstâncias debilitantes (puerpério, doença infecciosa, intervenção cirúrgica, esgotamento, etc...). Para Kielholz, os fatores exógenos desempenham um papel desencadeante em 24% das crises.

3.3. Período de estado.

3.3.1. A apresentação é bem característica. O melancólico permanece sentado, imóvel, com o corpo dobrado, a cabeça fletida; seu rosto é pálido e traz a máscara da tristeza. Os traços caem, os olhos são bem abertos, o olhar é fixo, a testa está franzida, as sobrancelhas também franzidas e o doente abatido também não fala, só geme ou chora.

3.3.2. *A inibição e a abulia.*

O melancólico se sente impotente para querer e se abandona à inércia. A astenia do início atinge um tal grau que o doente não tem sequer força para se mover, apenas para se vestir. A inibição psíquica é o sintoma mais constante. A redução global de todas as forças que orientam o campo da consciência constitui-se num tipo de paralisia psíquica; a ideação é lenta, as associações são difíceis, a evocação é penosa, a síntese mental é impossível, o esforço mental sustentado também é impossível; a atenção concentra-se

nos temas melancólicos sem poder separar-se deles; a percepção do mundo exterior permanece quase que exata, embora algo obscurecida. Parece ao doente que ele vive em uma atmosfera fria, longínqua e irreal. A linguagem está bloqueada por esta inibição, as frases são raras e monossilábicas.

3.3.3. *Os sentimentos depressivos.*

O doente sente sempre um estado de *tristeza profunda*, que invade mais ou menos todo o campo de sua consciência. Tem dificuldade para exprimir seu sofrimento moral, que é feito de sentimentos fortes e vagos, de aborrecimento, de desgosto, de desencorajamento, de desespero e de lamentações. A tristeza é vital, monótona, profunda, resistente às solitações exteriores. A “cinestesia” penosa, o conjunto das sensações internas que são o fundamento da experiência sensível, está perturbada e o doente sente um mal-estar vago, difuso, um sentimento de insegurança. Tem uma impressão bastante penosa de auto-depreciação, de impotência, de incapacidade, de improdutividade, não apenas no campo da ação, devido à inibição psíquica e motora, mas também no terreno moral. Sente uma impressão desesperadora de *anestesia afetiva*; recrimina-se por não poder amar como antes, por estar como que “embotado” em seus sentimentos. O *pessimismo* não se exprime sempre por uma idéia ou por um sentimento preciso, mas constitui uma orientação geral da consciência para a infelicidade e a culpa: o futuro está bloqueado, o indivíduo não obterá nada, seja lá o que for que ele faça, não será nunca perdoado, nada de bom lhe acontecerá. Este sentimento de depreciação básica, que visa sobretudo o próprio indivíduo, é a auto - acusação. Ele se acusa das faltas das quais a maioria é insignificante (indelicadezas mínimas, declarações fiscais insuficientes, faltas sexuais, etc...); declara ter sido sempre um homem desonesto, ter ofendido a Deus. Tem idéias de indignidade: sente-se indigno de qualquer estima, desonrado, condenado (sentimento de culpa e vergonha). A *hipocondria*, isto é, sentir-se ao mesmo tempo o temor e o desejo da doença, se integra de modo bastante natural à consciência melancólica, salvo quanto a um ponto: ele se sente putrefato, contagioso, pestilento, afirmando que é culpado.

3.3.4. *O desejo e a busca da morte.*

São constantes na consciência melancólica. A rejeição do alimento, desde a simples falta de apetite até a resistência mais desesperada a qualquer alimentação, é a expressão lancinante e obstinada. Constantemente o melancólico procura não somente se abandonar à morte mas também a procura: o suicídio é obsessivo, imaginado sem cessar, desejado sem cessar, buscado sem cessar. Ele é ao mesmo tempo considerado como uma obrigação, um castigo necessário e uma solução. *A possibilidade do suicídio coloca qualquer melancólico em perigo de morte.* Se nem todos os melancólicos tentam suicidar-se, quase todos pensam apenas na morte. As primeiras horas da manhã são certamente os momentos mais temíveis.

3.3.5. *Exame físico.*

Os *distúrbios digestivos* são constantes. Observamos anorexia, náuseas, estado saburoso das vias digestivas, constipação ou episódios de diarreia. Os *distúrbios hepatobiliares*, que inspiraram historicamente a etimologia da afecção (biles negra), não têm habitualmente uma expressão clínica evidente, devendo ser pesquisados. O exame *cardiovascular* mostra perturbações do pulso e da pressão arterial. Segundo o tipo de melancolia, podemos observar a hipotonia vascular nas formas estuporosas e a hipertonia nas formas ansiosas. A *amenorreia* é habitual. O *exame neurológico* mostra

às vezes, uma diminuição dos reflexos, hipotonia muscular e hipoestesia. Os *distúrbios neurovegetativos* são freqüentes, seja no sentido de uma reação estressante adrenalinérgica.

4. *Evolução.*

A crise de melancolia evolui espontaneamente em seis ou sete meses. Esta duração pode ser abreviada pelas terapêuticas atuais. A crise geralmente termina como começou, isto é bastante lentamente. Durante a convalescença notam-se perigosas oscilações do humor e recaídas imprevistas. É durante estes “*hiatos de melancolia*” que deveremos ser especialmente vigilantes quanto às tendências suicidas. A intervenção terapêutica é, às vezes, espetacular, não sendo raro que assistamos à surpresa quase divertida do melancólico que sai de seu pesadelo e se pergunta como pôde crer estar condenado e ter sentido desejo de morrer. O retorno do sono e do apetite e o ganho de peso são sinais capitais de retorno ao equilíbrio.

5. *Formas Clínicas Semiológicas.*

5.1. *A depressão melancólica simples.*

A inibição domina, há tendência à inatividade, o paciente está astênico e fatigado. O sofrimento moral está reduzido, às vezes ausente. O doente sofre de uma impotência penosa e de uma improdutividade intelectual; sente-se doente e tem necessidade de consolo. Os autores antigos designavam este estado com o nome de *melancolia com consciência*.

5.2. *A melancolia estuporosa.*

A inibição psicomotora atinge aqui o seu máximo. O doente está absolutamente imóvel: não fala, não come, não faz qualquer gesto ou movimento. O seu rosto está fixado em uma expressão de dor e de desespero. Esta mímica de tristeza permite o diagnóstico diferencial com outras formas de estupor.

5.3. *A melancolia ansiosa.*

Se caracteriza essencialmente pela preponderância da agitação ansiosa, pela intensidade do medo que é vivenciado como um verdadeiro pânico. O doente inquieto sente necessidade de mudar de lugar, bate na cabeça, no peito, torce as mãos, lamenta-se, soluça, geme e suplica. Os tormentos o levam a fugir, a procurar a morte (idéias de suicídio constantes e ativas).

5.4. *A melancolia delirante.*

O aspecto delirante se sobressai. As “idéias delirantes” melancólicas foram magistralmente estudadas por Seglas, que observou as seguintes características:

- a . São de tonalidade afetiva penosa;
- b . São monótonas e o doente repete sempre as mesmas idéias delirantes;
- c . São pobres, isto é, a idéia delirante não se desenvolve em construções intelectuais, são mais ricas em emoção do que em conteúdo ideativo.

- d . São passivos: o doente aceita com inércia ou desespero todas as suas infelicidades como uma fatalidade acabrunhante.
- e . São divergentes ou centrífugas, isto é, estendem-se progressivamente para a pessoa próxima e para o ambiente.
- f . São delírios do passado (lamentação, remorsos) ou do futuro (ansiedade, temores).

As ilusões são freqüentes, enquanto as alucinações “verdadeiras” são raras. Acontece muito freqüentemente que o melancólico se sinta ameaçado, possuído ou invadido pelas forças do mal, podendo ser observada toda a gama de pseudo-alucinações psíquicas e psicomotoras (Seglas).

Os temas delirantes da melancolia podem ser classificadas em diversos grupos:

- a . As idéias de culpa consistem em idéias de falta, de pecado ou de mácula que se exprimem por um sentimento de indignidade ou por um sentimento de remorso (auto-acusação). A este delírio de culpa corresponde a espera do castigo (idéias de expiação, de condenação).
- b . As idéias de frustração (idéias de ruínas, de luto). Trata-se menos de uma falta que de uma infelicidade (a perda de um ente querido, dos bens, da fortuna).
- c . As idéias hipocondríacas, de transformação e de negação corporais. Queixa-se de não ter um corpo como todo mundo, sente-se vazio, os intestinos estão bloqueados, o coração está gelado ou não existe mais.
- d . As idéias de influência, de dominação e de possessão. À alteração e à degradação do corpo se somam os sentimentos de depreciação moral: os doentes sentem que seu espírito está vazio são incapazes de querer, de agir. Às vezes crêm-se influenciados, possuídos (demonopatia), e às vezes se sentem habitados por um animal (zoopatia).
- e . As idéias de negação. Todas as idéias precedentes culminam, às vezes, em um tema: a negação do mundo, do corpo, da vida ou da morte. A *síndrome de Cotard* (idéias de condenação, de imortalidade e de negação) raramente está completa nessas melancolias agudas; porém, algumas idéias delirantes que a compõem são observadas bastante freqüentemente, principalmente as idéias de negação de órgãos.

5.5. *Os estados mistos maníaco-depressivos*. O estado misto mistura os sintomas da melancolia e os da excitação (turbulência, perplexidade, agitação, irritabilidade, etc.).

5.6. *As formas monossintomáticas*

(Logre e Longuet, 1937; J. J. Lopez-IborAliño, 1972), nas quais as crises se reduzem a um único ou a diversos (formas oligossintomáticas) sintomas ou equivalentes psicossomáticos.

6. Formas Clínicas Evolutivas

6.1. *A melancolia crônica simples*.

Ocorre após uma crise aguda que se eterniza ou em seguida a diversas crises, que vão se aproximando e permanecem incompletas ou precárias. Quando os sintomas se fixam, o

sofrimento moral é atenuado, a atividade torna-se estereotipada e em geral surge um leve debilitamento intelectual.

6.2. *Os delírios crônicos melancólicos.*

A organização de um delírio crônico secundário à melancolia é um conceito clássico (Griesinger, Seglas, Lalanne, Bessière, etc...). Encontramos estas formas de depressão nos estados depressivos sintomáticos de um processo psicótico.

7. As Crises Neuróticas de Depressão

Engloba o vasto grupo de estados depressivos neuróticos ou reativos situados nos níveis de estrutura mais elevados, onde, de maneira geral, a experiência de tristeza vivenciada está mais integrada aos acontecimentos atuais e mais relacionada aos conflitos do paciente.

7.1. Circunstâncias de Aparecimento

As crises depressivas ocorrem geralmente após experiências vivenciadas como uma frustração: decepção, luto, perda de estima, abandono, etc... Em suma, tanto na “frustração do amor que se espera, quanto na dor do amor que se dá, em que é sempre um sofrimento não amar ou não mais poder amar” (Nacht, 1963), ou ainda em todas as situações que fazem ressurgir um sentimento de insegurança mais ou menos reprimido e até então mais ou menos compensado. Esquemáticamente, recordamos que a frustração engendra a agressividade, a qual engendra a culpa, o temor de perder a estima e a afeição do outro e finalmente a agressividade com tendência a se voltar contra o próprio indivíduo. Admitir este mecanismo e, por conseqüência, esta pre-disposição, é admitir também uma personalidade neurótica de base. Para os psicanalistas, a origem da neurose remontaria ao período edípiano, conflito intrapsíquico de origem sexual entre as pulsões edípianas e os componentes proibidores. Resulta daí o temor e a angústia de castração. A relação do neurótico com o outro, que permanece erotizada, é também alterada em relação ao seu próprio ego. Resultará disto um sentimento de insegurança permanente no seu relacionamento com os outros. Se a origem da perturbação da personalidade é anterior em seu desenvolvimento, provocará então a constituição de um estado-limite. Após um trauma afetivo, como por exemplo a separação da mãe, será provocado um temor de perder o apoio seguro, mas não de errar sexualmente como no caso dos estados neuróticos propriamente ditos. Esta origem implica essencialmente um tipo de relacionamento com o outro baseado em uma imensa necessidade de dependência do outro, para buscar e conservar uma segurança. A crise pode se manifestar na infância, é a depressão analítica descrita por Spitz em crianças de 6 à 8 meses separadas de sua mãe durante um período suficiente.

7.2. As Particularidades Semiológicas das Depressões Neuróticas

Descrevemos os sintomas da depressão neurótica e dos sintomas da depressão dos estados-limites assinalando as características semiológicas mais particulares a cada uma delas.

A depressão vital, que descrevemos na depressão endógena, reveste-se aqui de uma tonalidade afetiva muito mais próxima do sentimento de tristeza reativa normal.

A ansiedade é geralmente intensa, espetacular e, por vezes, mesmo um pouco teatral, colorida por traços neuróticos subjacentes, em primeiro plano os traços histéricos. O doente recrimina-se, como na melancolia, mas ele também quer que o escutemos, que ele se queixe e que nós o consolemos, necessitando pois de uma relação

de dependência e de apoio que é bastante característica. Paralelamente, ele acusa os outros e a sorte muito mais do que a si mesmo. Queixa-se desesperadamente de seu estado físico e de seu aspecto psíquico, de sua astenia, de sua fadiga insuperável e paradoxal, pois quanto menos ele é ativo, mais se sente cansado e impotente. Este sentimento de impotência parece estar situado bem no centro da consciência do deprimido neurótico, que a projeta em sua necessidade de ajuda ambígua, exprimindo a impotência do médico para curá-lo, a impotência dos medicamentos que são prescritos para ele, etc... Contudo, a necessidade que esses pacientes têm de se apoiar no outro é particularmente característica dos estados-limites, e sua avidez afetiva pode assumir um caráter tirânico e agressivo em relação aos que o rodeiam. São mais sensíveis às influências do meio que o melancólico. Algumas palavras de reconforto podem melhorar por alguns instantes a reação depressiva. O fundo desta depressão está relacionada à uma ferida narcísica pelo abandono sentido pela perda do objeto de seu investimento ou pela desvalorização desse objeto (pessoa ou ideal). O comportamento é pseudo - suicida, isto é, há uma “chantagem” do suicídio. A lentificação psicomotora é muito mais discreta e permite uma expressão mais dramática da ansiedade e das queixas do doente, bem como dos distúrbios funcionais histeriformes, das preocupações obsessivas e das fobias.

	<i>Crise de Melancolia (tipo “endógeno”)</i>	<i>Estado depressivo neurótico</i>
Etiopatogenia	Herança Fatores Constitucionais Organogênese	Anomalias do desenvolvimento afetivo Fatores situacionais Psicogênese
Semiologia	Comportamento auto-agressivo (suicídio) Delírio de auto-acusação Sentimentos de depressão “vital” Insônia	Comportamento pseudo-suicida Complexo de inferioridade ou de frustração Sentimentos complexos de angústia Conservação do sono
Naálise Estrutural	Ruptura com a realidade Falta de contato afetivo Crise separada do continuum da existência	Projeção na realidade Procura do contato Continuidade da crise com a organização neurótica da personalidade
Psicanálise	Regressão maciça ao estágio oral	Regressão parcial ao estágio genital
Terapêutica	Boa resposta aos eletrochoques e aos antidepressivos	Fracassos dos tratamentos de Eletrochoque Indicação da psicoterapia e dos ansiolíticos

7.2.1. *A depressão no obsessivo.*

O parentesco entre o maníaco-depressivo e o obsessivo é clássico. Admite-se atualmente, que o estado depressivo ocorre muito mais raramente em um obsessivo do que em um histérico, tendo o obsessivo em geral, um sistema de defesa muito mais organizado contra suas pulsões agressivas e libidinais, mantendo sempre de alguma forma o objeto à distância.

7.2.2. *Depressão de inferioridade.*

É a particularidade da frustração do objeto que constitui esta forma de depressão neurótica (Pasche, 1958). A perda do objeto pode ser a perda de um valor moral que

se desintegra, como a que foi sentida por alguns franceses que se suicidaram após a queda de 1940, ou a perda de um personagem idealizado, “de um ídolo”, ou, ainda, a frustração pode ser devida a um acontecimento de ordem geral na qual o indivíduo se encontra envolvido. Numa depressão em que há uma organização neurótica de base (advinda de uma infância inferiorizada), predispõe a tomar uma consciência intolerável de sua inferioridade, colocando-o frente a uma situação e a um objeto que evoque uma superioridade inalcançável.

Portanto, é muito mais a motivação imaginária desta frustração do que a frustração sofrida que não deixa mais ao indivíduo qualquer possibilidade de investimento positivo ou negativo, qualquer possibilidade de amar ou de odiar. Ele vive uma situação sem esperança e sem futuro(o que lembra , digamos de passagem, a lentificação do movimento temporal para o futuro, que constitui a trama de toda consciência).

7.3. Particularidades Psicométricas e Terapêuticas

A distinção entre a depressão neurótica e a melancolia baseada em critérios objetivos foi objeto de diversos trabalhos relacionados com os resultados dos testes mentais. O teste de Rorschach deu lugar a muitas publicações contraditórias (Pichot). Como dado válido, podemos considerar que as depressões endógenas não fornecem, em geral, respostas cinestésicas enquanto estão normais ou aumentadas nas depressões neuróticas.

Também têm sido desenvolvidos esforços para encontrar métodos de medidas objetivas dos sintomas, tanto para o observador quanto para o doente. No primeiro caso, a avaliação quantitativa dos sintomas com a ajuda da escala de Wittenborn permitiu, por estudos estatísticos e utilizando a análise fatorial, determinar os grupamentos de sintomas clínicos que confirmam a diferença sintomática dos dois tipos de depressão.

Também tentou-se uma avaliação dos sintomas e de sua intensidade submetendo o doente a questionários: escala Depressão do Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota, questionário de Depressão de Beck (Delay, Pichot, Lemperière e Mirouze, 1963) etc... A estimativa quantitativa da intensidade dasintomatologia subjetiva da depressão por estes métodos guarda um valor significativo limitado, porém todos eles parecem confirmar a independência relativa das depressões neuróticas e das depressões endógenas. Porém, é a reação às terapêuticas anti-depressivas que geralmente se considera como o teste determinante, que permite afirmar a independência da depressão neurótica e da depressão melancólica endógena. Em suma , as depressões neuróticas reagem menos - e às vezes não reagem - aos tratamentos de choque e aos anti-depressivos.

7.3.1. *As depressões reativas.*

Teoricamente, o termo depressão reativa deve ser aplicado a uma depressão estreitamente ligada a um acontecimento doloroso, mas que tenha uma intensidade e duração que não são proporcionais aos acontecimentos.

Se queremos distinguir as depressões reativas das depressões neuróticas, é preciso excluir todas as reações depressivas que ocorrem sobre um fundo neurótico evidente ou simplesmente revelável. É o tipo de depressão que ocorre em indivíduos frágeis , que não tem confiança em si mesmos, pouco expansivos, muito escrupulosos, geralmente passivos e astênicos e que mostram, desde sua juventude, uma sensibilidade

anormal, além de possuírem uma constituição leptossomática nitidamente predominante, contrariamente ao tipo e à constituição do maníaco-depressivo.

O estudo atento das circunstâncias do aparecimento de uma depressão reativa mostra constantemente que o trauma psicológico não é único, mas que a causa desencadeante aparente, à qual parece que podemos atribuir o estado depressivo, está associada a condições de vida e a um modo de existência, no momento em que este acontecimento ocorre, que desempenham um papel essencial.

7.3.2. *As depressões de esgotamento.*

É uma forma particular de depressão reativa que ocorre em seguida a um esgotamento emocional prolongado ou repetido. O acontecimento estressante é mais um conflito permanente da ordem familiar, profissional, moral, porém em qualquer caso as tensões emocionais envolvidas estão estreitamente ligadas ao meio no qual vive o doente. Uma forma particular dessas depressões de esgotamento ocorre nos homens sobrecarregados por responsabilidades que ultrapassam suas possibilidades: chefes de empresa, políticos, etc... (forma astênica da “doença dos executivos”). Kielholz individualizou a sintomatologia: ansiedade, preocupações hipocondríacas, astenia, desconfiança e explosões afetivas inadequadas.

Porém, sistematicamente, nesses homens da faixa dos 50 anos que vêm consultar devido a um estado depressivo, quaisquer que sejam as razões invocadas, determinados exames somáticos se impõem: pressão arterial, fígado e aparelho digestivo, próstata e exame cardiovascular com eletrocardiograma. No aspecto laboratorial, dosagens do colesterol e das lipoproteínas, taxa de uréia, pesquisa da filtração glomerular do rim e dosagem da glicemia. Encontramos sempre nestes indivíduos, uma personalidade sensível, em geral imatura, escrupulosa, com tendências para a introversão, o isolamento e que possuem relações sociais difíceis e que engendram neles o temor, a incerteza, a desconfiança e um sentimento de insegurança.

7.3.3. *A noção de depressão neurótica ou reativa latente.*

Apresenta grande polimorfismo em relação às melancolias endógenas. A estrutura depressiva neurótica pode dissimular-se sob síndromes clínicas variadas: síndromes hipocondríacas, estados neuróticos proteiformes obsessivos ou histéricos, principalmente, distúrbios do caráter, estados astênicos, equivalentes psicossomáticos, etc..., cuja evidenciação pode ser feita por uma análise psicológica profunda da personalidade, mas também e principalmente pelos resultados, às vezes inesperados, da quimioterapia antidepressiva que revela sua natureza.

7.4. As Depressões Crônicas

São estados duradouros, não-evolutivos e rebeldes que são verdadeiras formas de existência depressiva, correspondendo aos “psicopatas depressivos” de K. Schneider. A personalidade destes indivíduos apresenta uma “tonalidade afetiva duradouramente sombria de todas as experiências vitais”, um pessimismo vital diante da vida que se exprime em particular pelas meditações tristonhas e pelas apreensões hipocondríacas. Essas personalidades depressivas podem se associar a todos os tipos de “traços de caráter” e, assim, podemos descrever uma infinidade de variedades: excitáveis, astênicos, egoístas, altruístas, toxicômanos, etc... Porém K. Schneider insiste no fato de

que estes depressivos são às vezes difíceis de reconhecer em razão da camuflagem de sua verdadeira personalidade, feita com atitudes sociais enganadoras: hipertimia, hiperatividade, esnobismos multiformes, etc...

Estes estados depressivos crônicos se imbricam com elementos das síndromes clássicas de astenia crônica: a neurastenia de Beard (1869) e a psicastenia de Janet (1903) descritas em um tempo em que as referências psicopatológicas eram bastante diferentes das nossas.

7.5. Os Estados Depressivos Sintomáticos

O exame psiquiátrico diferencial permite distinguir traços clínicos de uma depressão banal ou de uma afecção orgânica dissimulada sob uma síndrome depressiva.

7.5.1. Os Estados Depressivos Sintomáticos de uma Psicose

A maioria das psicoses crônicas, podem se iniciar por uma crise depressiva aguda, como é o caso dos delírios crônicos e da esquizofrenia.

Muitos delírios crônicos de perseguição iniciam-se classicamente por uma fase depressiva antes da sistematização do delírio. Observou-se que o melancólico perseguido está mais inclinado para a auto-agressão do que para a heteroagressão. A crença de estar sendo perseguido pela polícia ou de ter má reputação é, antes de mais nada, um temor exagerado. Um delírio hipocondríaco pode também evoluir para uma fase melancólica, com o doente exprimindo preocupações obsessivas e que se renovam sem cessar, inquietudes concernentes à sua saúde física manifestadas sob formas de gemidos estereotipados, distúrbios funcionais diversos e incessantemente exprimidos.

Porém, o delírio sistemático secundário mais característico da melancolia é o *delírio da negação ou síndrome de Cotard*. Compreende em sua forma típica idéias de negação (o doente nega a existência de seus órgãos, chega mesmo a negar a existência de seu corpo, dos seus pais, dos seus amigos, da morte, dos lugares, do tempo, do mundo), às quais se associam as *idéias de imortalidade* (ele se julga condenado a não morrer para sofrer eternamente) e as *idéias de enormidade* (julga, por exemplo, que seu corpo se infla desmesuradamente e invade o universo).

Provavelmente, são alguns episódios de esquizofrenia que dificultam o diagnóstico diferencial com um episódio depressivo simples. São os *estados depressivos atípicos*, que já citamos, que podem não apenas se constituir no início de um processo esquizofrênico, mas também demarcar sua evolução. É por este motivo que, quando em presença de qualquer estado depressivo - tristeza, inércia, idéias e tentativas de suicídio, idéias de culpa, delírio hipocondríaco, etc... - apresentado em um indivíduo jovem, devemos pesquisar os sinais da série esquizofrênica: apragmatismo, autismo, distúrbios do curso do pensamento, dissociação, bloqueios, estereotipia, empobrecimento da emotividade, mau contato afetivo, ambivalência, alucinações, atos inexplicáveis e bizarros, etc... Geralmente o quadro clínico está menos centrado na angústia, sendo esta às vezes ausente e, em geral, paradoxal (mistura de indiferença e de sentimento depressivo). Os sintomas da série catatônica (negativismo, impulsos, etc...) imprimem ao quadro clínico a atipicidade da depressão. Devemos investigar com cuidado o desinteresse, a oposição, a atitude fechada, o apragmatismo, a indecisão, as atitudes estuporosas e as inibições que pertencem à hebefrenocatonia e que podem dar a

impressão de uma síndrome depressiva banal. Observou-se recentemente a transformação de estados esquizofrênicos em estados melancólicos sob a influência das quimioterapias atuais, isto em geral desde o tratamento de ataque.

Os estados depressivos constituem os episódios psicopáticos agudos, muito freqüentes nos *epilépticos*. Estas crises depressivas podem ser de curta duração, às vezes de algumas horas, podendo ser também muito mais longas, assumindo o aspecto de um estado de pessimismo, de hipocondria, de uma atitude tristonha e de protesto. Em todos os casos devemos temer o suicídio. O aparecimento súbito da crise depressiva e sua evolução relativamente rápida, o estudo da personalidade anterior, o caráter epiléptico, as crises convulsivas e os distúrbios da consciência devem levar a que recorramos eventualmente ao eletroencefalograma, à pneumoencefalografia ou à angiografia cerebral, para confirmar o diagnóstico.

7.5.2. Os Estados Depressivos Sintomáticos das Afecções Cerebrais infecciosas e Metabólicas

Uma síndrome depressiva, ou modificações disfóricas do humor podem ser encontradas no curso de todas as afecções orgânicas. É fundamental um exame completo de todo o indivíduo deprimido. O fato de que a síndrome possa responder favoravelmente ao tratamento anti-depressivo não-específico não constitui um argumento contra a etiologia orgânica.

As principais afecções orgânicas do sistema nervoso central, suscetíveis de provocar um estado depressivo, são os tumores cerebrais, as meningoencefalites sífilicas, a encefalite epidêmica, a esclerose em placa, etc... Da mesma forma, uma síndrome depressiva pode se desenvolver após um traumatismo craniano e não é raro, neste caso, que observemos elementos depressivos associados a elementos neuróticos pós-traumáticos.

Inumeráveis trabalhos tentaram estabelecer uma ligação entre a crise melancólica e a patologia endócrina. Entretanto, é bastante difícil fazer-se uma idéia clara do fator hormonal nas melancolias e nos estados depressivos que se produzem no curso de afecções como a da glândula tireóide ou após uma tireoidectomia, na patologia hormonal sexual (menopausa, castração, puerpério, hiperfoliculinemia, etc...) ou no curso de síndromes diencefaloipofisárias e córtico-supra-renais. Entretanto, embora possuamos uma massa de fatos clínicos em que podemos relacionar um desequilíbrio hormonal e o estado depressivo, nenhum mecanismo fisiopatológico foi ainda definido. O mesmo podemos dizer no que se refere às formas sintomáticas de afecções gerais (afecções sangüíneas, cardíacas, renais e vasculares, icterícia, cirroses, neoplasias, convalescença de doenças infecciosas, etc...). Alguns estados depressivos nos quais a causa pode facilmente passar despercebida, são os estados depressivos em geral acompanhados de irritabilidade e de ansiedade provocados por um tratamento de desintoxicação nos alcoólatras, nos toxicômanos (morfina, barbitúricos, anfetaminas, etc...).

Alguns estados depressivos ocorrem bastante freqüentemente durante a convalescença de doenças infecciosas, da gripe e das hepatites. Na senilidade ou pré-senilidade, a arteriosclerose e a aterosclerose cerebrais podem evoluir durante muito tempo com os traços de uma síndrome depressiva, bem como uma depressão pode ser a forma de início da demência senil.

Notamos ainda alguns estados depressivos iatrogênicos consecutivos os tratamentos de emagrecimento, aos tratamentos com os hipotensores (principalmente a

reserpina), à corticoterapia, os antituberculosos, a L-dopa, aos contraceptivos orais, etc... e aos neurolépticos. Quanto a esses últimos, tem-se insistido - principalmente Midenet e Lambert (1972) - sobre os distúrbios depressivos, com as possibilidades de suicídios não sendo excepcionais durante os tratamentos neurolépticos, sobretudo com os neurolépticos *retard*. O aparecimento dessas depressões secundárias é talvez mais complexo que uma simples relação de causa e efeito, salvo no caso da *reserpina*, que tem uma ação específica “depressiva”.

7.6. Diagnóstico

A distinção dos diferentes estados depressivos será feita com o auxílio de um *exame sistemático*, no qual pesquisaremos cuidadosamente: *as circunstâncias do aparecimento da crise, a análise da situação vital penosa* na qual ela apareceu, *as predisposições da personalidade através de um estudo da personalidade anterior e dos antecedentes hereditários, a semiologia do sofrimento moral, da inibição, da angústia e do comportamento suicida*, a investigação da *atipicidade e da discordância dos sintomas* por um exame médico completo, *clínico e paraclínico* e, mais particularmente, por um exame neurológico que compreenda, eventualmente, uma punção lombar e um eletroencefalograma, enfim pela prova do tratamento com os anti-depressivos.

Segundo Lehmann, 1959, “depressão” comporta pelo menos três significados. Pode referir-se a um sintoma, a uma síndrome e também a uma entidade nosológica. O elemento semiológico elementar é um aspecto fenomenológico caracterizado por um distúrbio, um abatimento do humor (*timia*), que se torna triste. Ao redor deste sintoma, agrupam-se outros sintomas que podem justificar a descrição de síndromes e mesmo de entidades patológicas. Não é possível reduzirmos a síndrome a uma “depressão” de natureza fisiológica pois, na depressão biológica o bloqueio fisiológico pode ser apenas parcial, enquanto as outras funções parecem estar em estado de superexcitação. Em suma, a depressão não pode ser explicada por simples depressões das funções biológicas, pois no conjunto observamos que o Sistema Nervoso Simpático encontra-se excitado enquanto o Sistema Nervoso Parassimpático está, de modo contrário, inibido. De qualquer forma, seja como consequência ou como simples associação, encontramos relacionados aos distúrbios do humor dois outros fenômenos: *a inibição e o sofrimento moral*.

A *inibição* é um tipo de freio ou de lentificação dos processos psíquicos que reduz o campo da consciência e o interesse, fechando o indivíduo em si mesmo, e levando-o a fugir outros, evitando relacionar-se. Subjetivamente, o doente sente lassidão moral, dificuldade para pensar, para evocar (distúrbios de memória) e fadiga psíquica. Paralelamente sente astenia psíquica e lentificação da atividade motora que se associam a doenças somáticas diversas, relacionadas com perturbações neurovegetativas sempre perceptíveis. A reação de *inibição* pode ser normal no indivíduo são após um acontecimento muito penoso (luto normal).

O sofrimento moral, exprime-se de uma forma mais elementar por uma autodepreciação que pode encaminhar-se muito rapidamente para uma auto-acusação, autopunição ou um sentimento de culpa. A fenomenologia dos estados depressivos, em especial o sintoma de auto-acusação, é determinada por um fator cultural, já que em comunidades primitivas da África (Stainbrook, 1954) este sintoma é quase ausente. A *auto-acusação e a dor moral* pertenceriam, pois, a uma sintomatologia secundária da depressão.

De qualquer forma, devemos observar a importância dos distúrbios somáticos: cefaléias, dores diversas, sensações de asfixia, palpitações cardíacas, dores vertebrais ou articulares, distúrbios digestivos, constipação, etc... É possível que esses distúrbios assumam uma tal importância que o estado depressivo seja camuflado pelas queixas somáticas.

A crise de melancolia e suas formas clínicas constituem o quadro mais típico da depressão. Os melancólicos pertencem ao grupo dos maníaco-depressivos. Atualmente a ciência pretende classificar esses estados segundo *as circunstâncias do seu aparecimento* e também considerando alguns outros elementos, principalmente sua semiologia. Assim, além da crise melancólica sintomática da psicose maníaco-depressiva endógena, observamos o desencadear de crises depressivas que ocorrem sob a influência de fatores exógenos (emoções, esgotamento, conflitos, isto é, acontecimentos provenientes do meio), porém expressando que as crises advém favorecidas por uma *predisposição da personalidade de base*, como se a tolerância às tensões estivesse diminuída nestes indivíduos.

As depressões de esgotamento são as depressões desencadeadas por fatores psicogênicos, que não atuam por um trauma único, mas exercem um estado permanente de estresse.

A depressão involutiva é a crise depressiva característica por ser desencadeada pela primeira vez num período avançado da vida, comumente a senectude.

Vemos que a imensa gama desses estados depressivos distribui-se em torno de dois grupos extremos: as grandes crises de melancolia endógena e as crises de depressão neurótica que resultam da descompensação de uma estrutura neurótica anterior.

Os estados depressivos sintomáticos de uma psicose ou de uma afecção orgânica são os que devem considerar, além da personalidade pré - mórbida subjacente, o processo psicótico sobre o qual evolui a crise depressiva ou que inicia o quadro clínico. O estado depressivo é a manifestação de uma psicose, atribuindo o estado depressivo apenas o valor de um episódio. A psicose mais comum neste caso é uma esquizofrenia, porém pode se referir a outras psicoses com delírio crônico, delírio de perseguição melancólica, paralisia geral, epilepsia, confusão mental estuporosa, etc...

No caso da esquizofrenia, o exame clínico - principalmente o neurológico - e o paraclínico mostram a existência de um processo orgânico que pode ter uma atuação etiológica essencial; são as *depressões sintomáticas de uma afecção orgânica*: lesões cerebrais por tumor, distúrbios vasculares, atrofia neuronais, meningoencefalites, arteriosclerose, aterosclerose, hipoxemia, intoxicações, perturbações metabólicas ou endócrinas, tuberculose, câncer, colagenose e também as depressões secundárias ao puerpério, aos tratamentos de desintoxicação nos alcoólatras e nos toxicômanos e em algumas terapêuticas medicamentosas (reserpina, etc...).

A crise de melancolia, que contrasta quase que totalmente com a mania, é um *estado de depressão intensa vivenciado com um sentimento de sofrimento moral e caracterizado pela lentificação e pela inibição das funções psíquicas e psicomotoras*.

A seguir, ainda, segundo Lehmann, expõe-se o quadro sinótico diferencial entre a crise de melancolia e estado depressivo neurótico.

	<i>Crise de Melancolia (tipo "endógeno")</i>	<i>Estado depressivo neurótico</i>
Etiopatogenia	Herança	Anomalias do desenvolvimento

	Fatores Constitucionais Organogênese	afetivo Fatores situacionais Psicogênese
Semiologia	Comportamento auto-agressivo (suicídio) Delírio de auto-acusação Sentimentos de depressão “vital” Insônia	Comportamento pseudo-suicida Complexo de inferioridade ou de frustração Sentimentos complexos de angústia Conservação do sono
Análise Estrutural	Ruptura com a realidade Falta de contato afetivo Crise separada do continuum da existência	Projeção na realidade Procura do contato Continuidade da crise com a organização neurótica da personalidade

Todas as citações referentes à melancolia pertencem a Aaron Beck, 1982.

Justificativa

Diante de tal possibilidade, a realização deste trabalho é desejável e plenamente justificável, principalmente no que se refere ao aspecto preventivo na gênese do fenômeno depressivo, uma vez que a identificação de qualquer sinal iridológico nesta área denota que se trata de um órgão “**minoris resistentiae**” do indivíduo, por isso a detecção precoce de sinais na área da **mente inata** leva, ou melhor, pode levar o psicoterapeuta a adotar uma abordagem profilática psíquica ou mesmo medicamentosa, como por exemplo nos casos de eventuais fenômenos relativos à **serotonina**. Claro que a extensão e a compreensão de tal fenômeno relacionado à sinais da **mente inata** gera, abre expectativas ou ainda pode gerar, infinitas ilações à respeito da finalidade deste trabalho.

Objetivo

O presente trabalho tem a finalidade de uma vez investigada, detectada e aprofundada a relação entre as alterações nos sinais da **mente inata**, relacione os fenômenos depressivos, adote medidas tanto profiláticas quanto curativas: reportando-se aos dizeres de Maffei *: “ninguém fica doente do que quer, mas do que pode”..., fato corroborado de que a simples detecção de tal área topográfica iridológica reflete ser área cerebral “**minoris resistentiae**”, que dependendo do estímulo interno ou externo pode desencadear, através do eixo psicoimunoneuroendócrino, fenômenos depressivos.

Fatores Teóricos de Análise

Correlaciona-se a maior parte dos sinais iridológicos encontrados com as glândulas endócrinas, notadamente a tireóide, como participantes da dinâmica do eixo psicoimunoneuroendócrino, corroborado com a literatura científica à respeito.

Seguem gráfico e laudos de desenhos livres de figuras humanas, bem como os laudos psiquiátricos, correlacionando os achados iridológicos referentes às íris estudadas.

Casos	Demais Áreas Cerebrais	Glândulas Endócrinas	Timo / Baço Órgãos Linfóides	Banda do SNA ou Colarete	Cronóquio / Diátese
1		Tireóide	Vago	Desaparece o	Evaginação aos

Valquíria			10°. par craniano	contorno próximo às 7.oohs do relógio	37, invaginação ao 30 anos Diátese 2
2 Ana Maria	Vitalidade,	Tireóide / Pâncreas	Baço / Órgãos Linfóides	Bulbo	47, 33 e 34 Diátases 3
3 José Augusto	Fala Adquirida Pressão do Ego 5 Sentidos	Tireóide / Pâncreas Supra-renais	-----	Vago 10°. par craniano	3, 4, 8, 15, 22 Diátese 2
4 Renato	Equilíbrio e Sensório Locomoção	Pâncreas, Supra-renais e Paratireóide	-----	Banda do SNA	13, 17, 37 e 38 Diátese 1
5 Noemi	Pressão do Ego	Tireóide e Supra-renais	Baço	Vago 10°. par craniano	7, 10, 12, 15, 16, 22, 27, 30 e 37 Diátese 4
6 Vera	Ego	Tireóide, Paratireóide e Pâncreas	-----	Vago 10°. par craniano	18 e 19 Diátese 1
7 Sueli	Vitalidade	Tireóide, Paratireóide e Pâncreas Útero / Ovário Baço Supra-renal	Baço	-----	22, 24, 41, 42, 43, 46 Diátese 1
8 Leopoldo	Frontal	Paratireóide Testículo Próstata	-----	-----	26, 27, 35 e 36 Diátese 3
9 Miriam		Tireóide, Paratireóide e Pâncreas	Supra-renal	Vago 10°. par craniano	13, 14, 22, 37, 45, 46 e 47 diátese 3

Variáveis Estudadas:

Características da depressão, características da íris: forma, cor e tamanho.

Variáveis Fixas:

Número de pacientes: 9, sendo 6 mulheres e 3 homens (66% de mulheres e 33% de homens), com dados sobre idade (idade média : 40 anos, para Homens e idade média 44 anos para as mulheres) , cor, história biopatográfica, cronoríchio, escolaridade, religião, mapa iridológico, significado das diferentes lesões e estágios evolutivos dos mesmos, sendo que a história livre do Paciente n. 4 foi avariada.

Casos/Nome	Idades	Diátese	Cronorichio	Laudos Psiquiátricos	História Biopatográfica	Laudos dos desenhos
1.Valquíria	42	2	evaginação aos 37 anos	F.31.31- Transtorno Afetivo Bi- polar	vide sequência	vide sequência
2.Ana Maria	55	3	47, 33 e 34	F.32.12- Episódio Depressivo Moderado s/sintomas	vide sequência	vide sequência

				somáticos		
3.José Augusto	37	2	3,4,8,15 e 22	F.39- Transtorno de humor afetivo não específico	vide sequência	vide sequência
4.Renato	34	1	13,17,37 e 38	F.32- Episódio Depressivo F.41-Outros transtornos ansiosos F.44- Transtornos dissociativos compulsivos	vide sequência	vide sequência
5.Noemi	40	4	7,10,12,15,16, 22,27,30 e 37	F.44.7- Transtornos Dissociativos Mistos F.45.8-Outros transtornos somato-fórmicos	vide sequência	vide sequência
6.Vera	53	1	18 e 19	F.33- Transtorno depressivo recorrente	vide sequência	vide sequência
7.Sueli	41	1	22,24,41,42, 43e 46	F.32-Episódio Depressivo	vide sequência	vide sequência
8.Leopoldo	47	3	26,27,35 e 36	F.32-Episódio Depressivo	vide sequência	vide sequência
9.Miriam	39	3	13,14,22,37, 45,46 e 47	F.31- Transtorno Afetivo Bi-polar	vide sequência	vide sequência
10.Alexandre	39		12 A 13,14, 15 A17,30^ 32 E 38		vide sequência	vide sequência
11.Marcelo	42		6,15,16,17,18, 22,27,29,30, 31,32a34,38,4 5,47,49,52e 58		vide sequência	vide sequência
12.Silvana	38		10,14,16,17,24 ,26,28,30,33,3 5,37,41,45, 47 e 59		vide sequência	vide sequência
13.Pedro	43		2,3,9,16 a 18,30,37,39, 41,45 e 47		vide sequência	vide sequência
14.José Elias	38		15,21 a 23,32,37,38, e 45		vide sequência	vide sequência

Prontuários

História do Paciente

25 de Abril de 1999

L.A.L.S. 46 anos. Nascimento: 08 / 11 / 1952, em Araraquara, São Paulo. Bancário, casado. Tenho 3 filhos, 2 homens e 1 mulher. A 1ª filha tem 25 anos, o 2º filho tem 24 anos e é casado, e o 3º filho tem 18 anos. Estou de licença desde o dia 12 de Abril de 1999. Vim para cá afastado, devido a problemas possivelmente de stress e depressão. Já fui “gerente” da Caixa Econômica Federal e tive situações de muita tensão emocional,

inclusive uma vez uns marginais assaltaram a agência da Caixa Econômica, ao lado da minha casa, na Américo Brasiliensis, e usaram armas pesadíssimas, granadas, maçarico, gás butano e fuzis pesados. Minha mulher e as crianças se assustaram. Um soldado foi baleado. Tive um assalto, roubo/furto na minha agência de Araraquara, tive que depor diversas vezes na Polícia Federal em São José do Rio Preto e fui pressionado a depor. Tive que levar o vigilante dentro do meu carro. Fui tratado com cúmplice pela polícia, fiquei tenso e decepcionado. Funcionários da agência de Araraquara fizeram uma denúncia, acharam que os mutuários não iam pagar o Programa de Financiamento Habitacional. Eu como gerente de produtos respondi a processo, de 1990 à 1991. Ficou a negatividade em cima da minha pessoa, fui muito visado. Isto me causou muita tensão, fui mal tratado pela gerência. Tive problemas de saúde e fui tratado pela gerência como folgado. Uma vez minha mulher teve crise renal e fui interná-la. A gerência começou a questionar-me: dá uma pinga com limão para ela, que ela sara. Foi um desrespeito às leis trabalhistas. Outra vez fiz uma cirurgia bucal com uma raspagem. A boca estava inchada, estava com febre e mesmo com a licença para tratamento tive que dar satisfação ao gerente. Sumiram meu atestado e fiquei com 4 faltas injustificadas. Eu quero superar todas estas crises. Não é admissível que a empresa me trate assim. Esta situação foi me causando insegurança. Minha mulher estava com crise estomacal, quase desmaiada, quando o gerente disse: tua mulher só fica doente quando você tem que vir trabalhar. O médico disse: temos que operá-la da Vesícula em 6 horas, senão ela corre risco de vida. Fui suspenso por falta injustificada: esta injustiça vai tirando o ânimo. Quando vim para São Paulo, em 20 de janeiro de 1999, tive mais uma falta injustificada, motivo: crise de dor na coluna, e estava sozinho atendendo o Serviço do FGTS dos inativos, estavam remodelando e reformando, o computador estava com falhas, a funcionária que me substituíra não foi, tive crise de coluna. Uma época tive que pegar caixas pesadas com documentos da Caixa Econômica Estadual, quando iniciaram as dores e os formigamentos nos braços e nas pernas e, descobri a escoliose. No dia 20 de janeiro de 1999 passei dos limites: minha coluna travou. Tomei Sirdalud, remédio que me deixa sedado, com muita sonolência. Tomei desde o dia 18 e no dia 21 não acordei, fiquei sedado, dormindo o dia (21) todo, por orientação médica. Exagerei no dia 20 com a dose do remédio, acordei além do horário de trabalhar, fiquei com falta injustificada. O novo Gerente Geral de Araraquara, me inscreveu no programa de readaptação ao trabalho, para esta clínica que tem convênio com a FUNCEP. Sou filho único. A relação com a esposa é boa, composta de crises, mas atualmente vivemos em harmonia, eu ela e os filhos. A filha mais velha vai casar, e o filho do meio é casado, e está bem ocupado com a família. O caçula, atualmente está em boa companhia e fez supletivo este ano, no período da manhã. O 2º filho não queria estudar. Qual o sentimento atual? Me sinto apreensivo em decorrência do acontecido, mas tenho capacidade para retornar ao trabalho. Fiz uma cirurgia no músculo do olho direito, cirurgia de septo nasal, cirurgia no lábio superior. Internei uma vez por pneumonia, internei por acidente no braço direito (em 1976), por um corte com vidro e internei por fratura da ulna direita em 1977. Hoje faz 13 dias que estou nesta clínica, usei neosine. Agora, o sono está bom.

Laudo Iridológico - Protocolo

Observamos sinais iniciais de deposição de substâncias no ápice da íris, na área cerebral cortical, bilateralmente. Ainda registramos a presença de 2 anéis concêntricos, bilateralmente, significando restrição neurocirculatória, aumento do tônus músculo - ligamentar, possível condição de ansiedade e stress, restrição do suprimento nervoso e sanguíneo, podendo demonstrar mau estado neurovascular.

Observamos a presença de um espessamento na área da pele, representando disfunção fisiológica da eliminação de substâncias através da pele. O estômago apresenta-se normoácido.

Íris Direita

Foram encontrados sinais em forma de pétalas na área de brônquios, manchas sobre a área do Fígado e sinais semelhantes a raios solares na área do Bulbo e Mastóide (articulação têmporomandibular).

Íris Esquerda

Foram encontrados sinais semelhantes à raios solares nas áreas cerebrais de alucinação / obsessão, área do sono e trigêmeo. Também foram encontrados sinais semelhantes na área do baixo ventre referente ao reto, glândulas supra - renais e coxa. Foram, também, encontrados sinais semelhantes à pétalas nas áreas de testículo, plexo braquial e aorta.

Unitermos

Tipologia segundo Menetrier: tipo 2 astênico.

Lauda Psiquiátrico: F.32 - Episódio Depressivo

Lauda dos desenhos

Frágil estruturação egóica. Apresenta grande habilidade emocional. Tem dificuldade de controlar suas emoções, podendo perder a noção de limites e adotar atitudes descontroladas e impulsivas. Alto nível de ansiedade, o que pode conduzi-lo à episódios de desorganização psíquica.

Busca de auto-afirmação e de identidade própria, com receio de se tornar indiferenciado nas relações. Pode adotar condutas invasivas, dependentes e hostis em relação às pessoas, desenvolvendo reações paranóides.

(Dosagem de antidepressivo - eufórico. Personalidade limítrofe Borderline).

História do Paciente

15 de Abril de 1999

A . M . S . F. 54 anos . Nascimento: 2 de Março de 1945, em Ribeira de Pombal, Bahia. Há 5 anos meus 2 filhos gêmeos caçulas se envolveram em drogas. O pai deles teve derrame e faleceu. Estou numa luta muito grande, stressada, perdi peso, desidratada. Logo após o falecimento do pai, estes 2 filhos levaram um grupo no apartamento, eu não agüentei. Fui internada 5X na Beneficência Portuguesa: estou trêmula, fiquei muito desidratada, tive crise de úlcera, taquicardia, mas estava “muito bem”. Tive cefaléia muito forte quando recebia as injeções. Há mais de um ano perdi o apetite, me alimento por obrigação, estou muito cansada, stressada. Fui operada do seio em julho de 1998, por nódulo da mama esquerda. Estou com operação marcada para retirar um mioma uterino, mas estou fraca e lutando para ficar boa. Faz 4 meses que meu marido faleceu e ainda não abrimos o inventário. Tomo prozack e euforium. Está me atacando o Estômago e a úlcera. O relacionamento entre os 4 filhos não é bom, não que eles não gostem de mim, mas temos gênios diferentes. A menina tinha 15 anos e muito agitada e já estava noiva do namorado. A 1ª filha tem 28 anos, a 2ª filha 20 anos e os dois gêmeos tem 19 anos. Internou um filho no Rio de Janeiro e outro no Paraná, porém fugiram das clínicas. Um deles está trabalhando em Ubatuba, o outro está aqui na Clínica do Dr. Jair. Os filhos já me deram muito trabalho. Eu só percebi o uso de drogas quando eles estavam com 16 anos, porém, eles se iniciaram nas drogas, no litoral, aos 14 anos. Eles

tinham cheiro de maconha, mas diziam que era “fumo de sabiá”. Eu e o pai deles encontramos um pacote com maconha. Em Ubatuba os filhos viraram surfistas, maconheiros e entraram no crack e cocaína. Quando vieram para São paulo, internamos eles numa clínica em regime fechado. Meu marido morreu de pneumonia e infecção urinária, após o AVC. Teve um estalo no ouvido, fez ressonância magnética e confirmou o AVC. Perdeu a fala e os movimentos, teve hemorragia gástrica e ficou internado 1 ano na Beneficência Portuguesa. Estava com muitas escaras. Quando ele morreu fiquei fraca da cabeça. Internei por 6 dias no Hospital Carlos Chagas em Guarulhos e 1 dia no Hospital da Beneficência Portuguesa. Hoje sinto dor na nuca com rigidez, tremor do Sistema Nervoso, taquicardia. Sua mãe teve 18 filhos. A ressonância magnética expressou má circulação cerebral. Teve 3 úlceras, 1 hérnia de hiato e gastrite. Sou muito triste, tenho muita vontade de chorar, o único pensamento é o marido, ele está presente, a gente não sabe o que é uma perda - e de repente está dentro do sofrimento. A vida antes era boa, cuidando dos filhos, com discussões familiares normais, mas ficava aborrecida com a droga que os filhos usavam.

Lauda Psiquiátrico: F. 32.12 - Episódio Dpressivo Moderado Sem Sintomas Somáticos

Lauda dos desenhos

Grande imaturidade e empobrecimento na expressão afetivo-emocional.

Insegura e instável emocionalmente, demonstra comprometimento no estabelecimento de contato com a realidade e na formação de vínculos e relações.

Presença de sentimento de inadequação de formas bastante regredidas de adaptação.

Tendência a atuar de modo muito indiferenciado e infantilizado nas relações e no trato de suas emoções

Alguns aspectos de seu traçado sugerem rebaixamento da capacidade de compreensão, o que pode indicar também limitação intelectual, como sinais de organicidade, o que merecia uma investigação mais detalhada.

Personalidade limítrofe- borderline.

História do Paciente

15 de Abril de 1999

S. A .C. 40 anos, divorciada. Nascimento: 01/08/1958, em São Paulo. Seqüência dos irmãos: um irmão de 43 anos, Suely com 40 anos e uma irmã com 37 anos. Minha história é a seguinte: já estive aqui há 3 anos e ½ atrás quando houve a separação. Vim de livre e espontânea vontade. Fiz terapia e hospital / dia e comecei a minha vida normalmente. No início foi muito difícil a separação. Meu amigo me chamava para jogar bingo. Gostei, me viciiei e perdi toda dignidade e personalidade e, tudo mudou. Só queria ganhar e só perdia. Levei essa vida por 2 anos. Queria jogar mesmo não tendo dinheiro, fiquei devendo e sem saída, tomei veneno de rato. Tentei o suicídio, tentei por que não morri. Fui parar na UTI por 15 dias fazendo desintoxicação, em estado de coma grau 3, quase morri, mas não me lembro de nada. Aí saí da UTI e vim direto para a clínica porque já tinha tentado o suicídio e vim direto. Cheguei na terça-feira em franca recuperação. Perdi muito peso, em resumo é isso. Fiquei entubada e até amarrada pois estava muito agitada quando acordei. Tomei choque pela parada cardíaca, fiquei entre a vida e a morte, quem me contou foi meu irmão, e disse que eu nasci de novo, mas ele não quis me assustar. Não foi fácil, é horrível, mas o que depender de mim nunca mais.

Como se sentiu? Na UTI me senti péssima, horrível. Se arrependimento matasse estava frita. Comecei a dar valor a outras coisas, à minha cama, meu travesseiro. Hoje estou melhor porque vinha tomando medicamentos anti-depressivos. Ontem dormi durante o dia. À noite não durmo, peço remédio para dormir. Tomei dalmadorm e dormi por 8 horas, mas sem remédio não consigo. Hoje foi um dos melhores dias que passei. Sinto fraqueza, perdi quase 5 Kg, e assim tudo mudou quando saí da UTI e fui para o quarto. Fiquei um tempo sem andar, as pernas estavam doloridas. A separação foi o maior baque, meu casamento sólido do dia para a noite, com pouco tempo o ex - marido já tinha outra mulher. Achei que seria mais fácil ele admitir para o Dr. Jair. Agora não tem mais nada a ver. A minha vida hoje como se não tivesse casado com ele, sem participação. Mas isso já foi superado. Dois amigos da Caixa me convidaram para jogar. Cada dia ia um ou outro. Nuns 9 meses para cá fui todos os dias. Os amigos deixaram, mas eu continuei. Às vezes eu matava o tempo vendo os outros jogarem. A gente saía da Caixa para jogar e quando ganhava ficava alegre. Quando perdia ficava triste. É um vício, quando não vou sinto falta. Por exemplo, esses dias quando não estou indo jogar, não sinto falta, é como se nunca tivesse ido num bingo. Estou devendo à uma empresa que eu trabalho e para algumas pessoas, mas não é uma quantia muito alta. Na Caixa, trabalho no Setor de Habitação, faço técnica de fomento. Tirei férias em 17 de fevereiro, por 20 dias e mais 12 dias de compensação, quase 50 dias, e também esses dias de licença. Já tinha ido com meu marido (ao bingo) e não tinha gostado. Não sei se pela facilidade, não ia fazer janta e tinha lanche, então matava o tempo. Tentei suicídio essa vez e pretendo não fazer mais.

Laudo Psiquiátrico: F.32- Episódio Depressivo

Laudo dos desenhos

Inibição e contenção emocional. Presença de mecanismos de repressão de seus sentimentos, o que a torna muito frágil no contato com a realidade.

Grande necessidade de segurança e proteção. Apresenta sentimentos de inadequação e inferioridade; necessitando da aprovação e aceitação do outro para poder se expressar.

Demonstra mover energias para um processo de melhora e transformação de vida, mas se encontra sem sustentação emocional para isso.(Apego à situações do passado podem estar impedindo este fluxo de energia de forma mais satisfatória).

História do Paciente

4 de Março de 1999

V. B.S.A.S. Olha, eu não sei o que realmente ocorreu, e vem de uma infância com 13 anos comecei a trabalhar. Tive meu pai e minha mãe com Insuficiência Cardíaca, 7 anos depois do meu pai. Fiz o 2º grau completo e parei de estudar. Entrei numa empresa privada aos 16 anos, e com 17 entrei na Caixa Econômica Federal. Após esse período comecei a ter problemas, dor de cabeça quase que diariamente. Achei que era a vida em si. Com 33 anos, cefaléia 3 à 4 horas por noite e trabalhava até 16 horas na CEF. Comecei a estudar, acho que tudo isso ocasionou esse problema e pedi a aposentadoria. Conversei com a minha filha e ela comentou que poderia aposentar, que poderia ter um derrame e ganhar mais e teria possibilidade de carreira. Tinha uma veia no braço. Em setembro pedi aposentadoria e em outubro faliu a empresa do marido e a bica não tinha mais. Meu marido começou a beber, mas não era agressivo, mas pegajoso. Duas filhas de 15 e 18 anos atualmente, ele abraçava e beijava e eu não gostava pelo fato de não ter isso e começou a dar problemas com a aposentadoria. Quitei minha casa, tive dificuldades, a casa teve problemas, depois de algum tempo o salário diminuiu e peguei

dinheiro emprestado e com a dívida fiquei doente. Minha filha foi hospitalizada em março, toda noite ficava com a minha irmã. Eu estava desempregada. São 4 mulheres e 1 homem. 3 mulheres são casadas e a irmã caçula ficou doente. Daí prá frente desencadearam outras coisas. A M^a Paula escorregou, bateu e quebrou o joelho em maio/96. Depois em final de outubro senti mau. Em dezembro tive ferida no estômago só comia papinha, comecei a ficar desidratada. Não dormia. Tentei o suicídio por 2 vezes. A filha mais velha foi quem entrou em contato com a CEF. Estou há 8 meses, direto, aqui na clínica. Nesse período fiquei por que quis, saí sem medicação, e 3 vezes por semana Hospital / Dia. Briguei com o Dr. Jair e o que me ajuda é o grupo terapêutico. Achei que iria atrapalhar as minhas filhas. Uma delas não entrou na faculdade, só entrou em aula particular. Ela assumiu a casa. Depois de 4 meses saiu com o meu marido para resolver os problemas. Tenho dívidas até 2001 e estou conseguindo quitar. Estou esperançosa e as coisas estão dando continuidade. Quanto aos estudos estão vindo, só estou dando lugar para explicações. O meu marido parece que não conseguiu pagar totalmente, mas está melhor. Demorei tanto para me casar e ficava decepcionada comigo, ninguém conhece ninguém, me sentia culpada e desejava a pessoa, e todos tem problemas. O grupo me ajuda e as semelhanças são aprendizados que temos para ir em frente. Como era a infância? Foi bem difícil com 6 anos meu pai teve um câncer pulmonar. Internou no Hospital por seis meses. Tirou o pulmão, viveu mais 14 anos, ficou forte, bonito até os 49 anos. A minha mãe precisou vender as coisas de dentro de casa. Meu avô não queria o casamento, pois meu pai era 20 anos mais velho que ela. Minha mãe ficou sozinha, ganhava muito pouco e recebia a aposentadoria na casa de aluguel. A mãe comprou um terreno e não precisou pagar 6 meses. Ela conheceu uma senhora que apresentou a casa do deputado. Morava muito longe e ficava para dormir na casa, por 3 à 4 vezes na semana e ficou 2 dias sem voltar. Aprendi a lavar roupa, cozinhar doces, era a mais velha e não tinha muito tempo para brincar 5 minutos. Usava lampião e lamparina, babava sentada. A mãe adoentada, com problemas de Insuficiência Cardíaca. Um médico achava que provavelmente teria doença de chagas, mas não foi constatado. Como se sentiu com a morte da mãe? Muito difícil e com 17 anos eu e meu irmão assumimos a casa, a gente fazia a compra de casa. Foi difícil, estudava, só fiz o 2º. No ano que meu pai faleceu fiquei sem estudar, foi muito difícil lutar e chegar até o final. Tive um abscesso na área sacral, foi perfurado e tratado com antibióticos. Tinha 51 anos quando a filha foi internada. Me senti muito difícil, fiquei quase louca e aí começou a desencadear as coisas. Sanatório, doença do marido, bebida, perda do marido. Sempre fui uma pessoa submissa, deixava minha irmã fazer o que ela queria. Em dezembro se casou e em fevereiro veio morar comigo, ela tomava conta da casa, eu gostei. Gerou atrito por ter discussão do meu marido e minha irmã, ele falava mais alto. Agora estou muda, é diferente. Tive a 1ª filha com 36 anos. A 2ª filha eu não esperava, e aos 9 meses controlei. Dos 7 aos 9 meses fiquei de repouso. Dor de cabeça persistia e larguei o que estava fazendo. Atualmente faço inglês.

Lauda Psiquiátrico: F.31 - Transtorno Afetivo Bipolar

Lauda dos desenhos

Grande dificuldade em lidar com suas emoções e afetos, particularmente em situações que não requerer limites e o exercício de sua agressividade.

Distanciamento da realidade. Pode apresentar preocupações acentuadas com o corpo, tanto à nível da sexualidade, como de distúrbios somáticos.

Evidencia equilíbrio emocional muito instável, com refúgio na área de fantasia, o que pode torná-la inacessível ao contato quando vivência situações de grande ansiedade e marcadas por conflitos. Nestas ocasiões pode-se mostrar “aparentemente” receptiva, mas

isso pode ser superficial e funcionar defensivamente. (Mostra-se para evitar que se aproximem e a invadam, sem preservar sua identidade).

História do Paciente

M.L., 38 anos. Nascimento em 11 de Abril de 1961, em São Paulo. Sou casada. Eu faço terapia há 17 anos. Vim a 1ª vez para esta clínica há 3 anos atrás, eu tinha dor no estômago. Não conseguia trabalhar direito. Fui para Poços de Caldas há 1 ano e ½ e não tive crise depressiva. Agora começou a sensação de depressão, estou usando prozack. O psiquiatra me disse que deveria usá-lo até 6 meses após o desaparecimento dos sintomas. Lá, os sintomas desapareceram, eu voltei a trabalhar na Caixa. Estou na Clínica há 1 mês, eu já estou bem, e aqui é para quem está na crise. Quando eu vim para a clínica, o médico perguntou se eu queria tomar remédio, eu não quis e agora estou bem. Tenho um casal de filhos, as crianças moram com meus pais. A relação com o marido é complicada, a gente quase não conversa, ele é muito fechado, se eu vou morar com ele fico louca. A 1ª crise em que eu vim para a clínica, foi logo depois da lua - de mel, ele não dorme, tem um super pique, e é muito exigente, ele mora em São Paulo e eu em Minas. Ele não é o pai dos meus filhos, e não se envolve na escola das crianças. Aqui eu me sinto muito protegida, muito bem, eu prefiro estar aqui porque ninguém me cobra nada. Em Minas eu também sou bem tratada, mas eu acho que eu atrapalho a vida dos outros. Cheguei na clínica com muita rapidez. Eu vou para a terapia de grupo, fazem palhaçada, eu esqueço meus problemas. Quando volto os problemas estão lá, mas é bom para abaixar o pó das idéias. Pedi reativação da matrícula da faculdade. Não sei o que faço, se alugo minha casa lá ou se venho morar em São Paulo. No 1º final de semana fiquei internada. No 2º final de semana, fiquei só o sábado na casa do meu marido, ele começou a me agitar. Tem 6 ou 7 irmãos na casa da mãe dele, eu me senti um peso e voltei para a clínica. Ele não entende doença nenhuma, muito menos a depressão. Um casal de amigos nossos nos convidaram para o almoço no domingo e o homem está paraplégico, o meu marido não liga, não visita. Ele não liga prá mim na clínica. Antes eu ficava magoada, hoje eu entendo que ele tem dificuldades e engole tudo - um dia vai explodir. A relação com meus pais não é boa - especialmente com a minha mãe. Acho que eles são ótimos, bons demais. A relação com o pai é assim: ele vai e dá, não é nada afetivo, ele me deu o carro, eletrodomésticos, ele dá as coisas, mas não abre o seu afeto, mas está aprendendo a ser mais atencioso comigo - ele tem a chave da minha casa - entra e pergunta se está tudo bem. A relação com minha mãe é difícil, ruim, de inveja. Ela quer viver a minha vida, ela tomou meus filhos. Prá eu não cometer um assassinato, eu deixo por isso mesmo, ela explica porque eu não tenho competência para ser mãe, que eu quero educar os filhos de forma diferente do que ela educou. Na infância ela batia muito em mim. Tenho um irmão caçula, que eu sempre protegi, então eu apanhava de novo. Eu sempre enfrentei a minha mãe, com os netos ela quer dar tudo. Eu pergunto às crianças: vocês querem ficar na casa da mamãe ou da vovó? Eles querem ficar com a vó, a filha gosta de mim mas quer ficar com a vó, com casa nova e um quarto para cada um. O Henrique tem uma dificuldade de comunicação comigo. Quando minha mãe tomou conta dele, ela bloqueou a comunicação dele comigo, mas a relação é boa. O pai verdadeiro dos filhos nunca vem. Uns anos antes saí de casa, foi um terror. Em 1984, tinha 19 anos e fui morar com um carioca. Moramos juntos 3 anos, a relação virou amizade, mas não tínhamos dinheiro para separação. Em São Paulo, ficamos morando juntos. Depois conheci outro rapaz e comecei a namorar e tive convite para casar. Casei no civil, em 1986, com este homem. Fomos morar no Mato Grosso. Ele trabalhava com

vendas. 40 dias após o casamento ele morreu. Ele havia me deixado em Cuiabá. Ele e o rapaz que trabalhava com ele, seguiram viagem e, na volta eles se acidentaram e ele morreu. Fiquei viuva. Fiquei na casa do Romero, que é um amigo nosso. A esposa dele é esteticista, igual a mim. O pessoal de São Paulo não sabia que eu fiquei em Cuiabá. Ligaram para a minha família - e foi o maior rolo pois eu não estava no veículo acidentado. Na semana, liguei para São Paulo, e me disseram: volta prá casa que nós temos uma notícia prá você. Depois que me contaram, eu mesma fui, próximo de Cuiabá, resolver tudo: caixão, atestado de óbito. A documentação queimou, o carro incendiou. Eu tinha 25 anos. Voltei para a casa dos meus pais, eu estava muito perdida, tudo dependia do meu marido, eu não quis trabalhar com o garimpo. Fiquei hibernando 2 anos na casa dos meus pais, meio perdida. Em final de 1987, numa festa de estética, conheci um rapaz, namorei e ele é o pai dos meus filhos. É um cara legal, músico, muito louco, fumava um baseado, bebia demais, de bom coração e muito trabalhador. Quando tivemos o nosso primeiro filho, o Henrique, ele morou com meus pais. Ele que era separado e tinha um filho. Ele se separou mesmo. Quando Henrique tinha 6 meses, eu entrei na Caixa, comprei apartamento e fomos morar juntos. Eu tenho gênio difícil, não quis saber da história de festa e festa, ele começou com drogas, cocaína, a coisa estava muito esquisita. Eu estudava Ciências Contábeis, ele perdeu o emprego como tapeceiro, e estava perdendo a cada mês. Era muito ciumento, ia atrás de mim na Caixa (região de Santo Amaro). De noite ele quebrava tudo, me machucava, eu ia trabalhar com as mãos roxas e isto foi me “tomando” e eu perdi de ganhar uma boa função na Caixa. Um dia ele quase me matou, eu não sabia que era cocaína, eu pensava que era espiritismo. Ele não tinha mais mucosa no nariz, sangrava direto. Dei parte dele com corpo de delito. Eu tinha pavor dele, começamos a nos relacionar através da família e ele com advogados. Ele me violentou e eu engravidei da Letícia, eu não quis, não planejei. Com 1 mês fui para a casa dos meus pais, tive parto normal, conversava com a neném explicando a situação. Tive a Letícia e tive depressão pós - parto. Na infância, aos 5 anos, tentei suicídio. Peguei uma gilette do pai e ia cortar meus pulsos - cortei o sofá de curvim, novinho. Tinha feito eletroencefalograma pois chorava muito na aula. Nas depressões tomei muito diazepam e somálum. Comecei mesmo a tomar remédio logo após que meu marido morreu. Uma vez tomei 120 comprimidos juntos, eu tinha 25 anos, mas por sorte, não tive nada. Apontei um revolver para o coração, mas atirei na parede, nesta mesma época. A última tentativa foi quando comecei a namorar meu atual marido, fui para o pronto socorro fazer lavagem estomacal. Mande o pai dos meus filhos - desaparecer - senão eu o mataria. Vontade de morrer eu tenho, mas não vontade de me matar. Estava muito cansada, tinha vontade de sumir, e sumi. Em 1993, eu perdi a memória, não lembrava de nada, ficava na rua andando e, comecei a faltar ao trabalho. Passei por um neurologista, fiz tomografia computadorizada, deu tudo normal. O médico disse: é tudo psicológico, você precisa de um psiquiatra. Eu pensei que iam me amarrar, mas me deram o endereço do Dr. Eduardo. Entrei numa sala que faziam hipnose. Voltei na 6ª feira e comecei a fazer hipnose, comecei a dormir e, voltei a trabalhar de novo. Deixei meus filhos com meus pais, aqui em São Paulo. Eu e meu atual marido trabalhávamos na Caixa. Ele veio morar comigo no apartamento. Fomos para casa, namoramos 4 anos e casamos. Em 1995, com a mistura do cheiro de tinta, eu tive dor no estômago e vim para a clínica. Internei 1 mês e voltei a trabalhar. Eu sinto necessidade de sentar e planejar - ele comprou a casa sem me consultar - estamos numa dívida enorme - a gente não consegue se entender - ele alugou a casa e foi morar nos fundos da casa da mãe dele. Na prática, estamos separados. Eu me casei 2 vezes. Eu tenho certeza de que vou me curar desta depressão, mas eu pretendo terminar a faculdade, estou aguardando resposta de lá. Na fase em que comecei a me tratar, comparando, hoje tem

muito mais recursos. O prozack foi muito bom prá mim, eu vou conseguir sim - estou descobrindo coisas do início da minha vida. Quando saio com meu marido - eu como compulsivamente, eu tenho fome - ele não me deixa comer bombom, e eu preciso comer - percebi que me sinto muito inferiorizada perto dele - estou gorda, acabada. Quebrei a idéia de casal, eu é que estou doente - e que preciso me tratar - deixei de querer dar certo - desliguei. Falei para meus filhos: ou vocês vem morar comigo e fazer tudo como eu quero ou fiquem na casa da vovó. Eu estou organizando a minha vida. Sou a 1ª filha. Tenho uma irmã mais nova, que era muito egoísta, tudo era para ela - fui acostumando a perder tudo.

Laudos Psiquiátricos: F.31- Transtorno Afetivo Bipolar

Laudos dos desenhos

Apresenta sinais de imaturidade e fragilidade emocional. Demonstra formas mais regredidos de se relacionar e de lidar com a realidade.

Estruturação psíquica empobrecida adotando atitudes estereotipadas para se adaptar ao convívio.

Ansiosa, busca aceitação e aprovação nos vínculos que estabelece.

Suas expectativas de realização têm uma forte carga emocional, embora fiquem mais restritas à área de fantasia e não tenham expressão em seu cotidiano.

É afetiva no contato e se sente muito fragilizada diante do outro. Muito receio em não ser aceita dentro das situações vividas, acaba tomando a atitude do outro como modelo.

História do Paciente

R.A.M. A História livre deste paciente foi extraviada

Laudos Psiquiátricos: F.32 - Episódio Depressivo

Laudos dos desenhos - Alto nível de ansiedade e labilidade emocional. Demonstra elevada tensão interior em função de dificuldade de lidar com sua grande sensibilidade e os conflitos vindos para se adaptar à realidade.

É “tomado” por suas emoções e tem dificuldade de organiza-las e expressá-las.

Teme a possibilidade de ficar indiferenciado nas relações. Oscila entre a dependência e a rebeldia em suas relações.

Demonstra apego às situações conflituosas do passado, que o impedem de direcionar sua energia para conquistas atuais.

Apresenta bom recursos internos, embora estes apareçam sub-utilizados dispersos ou utilizados impulsivamente.

Revela temor em relação à sua agressividade, receando expressá-la de modo descontrolado e indiferenciado.

História do Paciente

J.A.M.M.F. 36 anos, nasci em 25 de 10 de 1962, em Pirajuí. Sempre tive vida superativa, fiz duas faculdades, trabalhava muito. Tive “momentos de loucura” que conseguia superar. Entrei na Caixa, casei e o stress se acumulou... separei após 7 anos. Na caixa trabalhava com publicidade. Surtei por 10 dias e fui internado, em 1997. No

final de 1998 tive alta em Bauru, e surtei novamente. Agora consigo identificar a doença e os sintomas. Uso tegretol. A doença incapacita para o trabalho, estou inseguro quanto ao futuro, mesmo se eu me aposentar. Analisando o cotidiano, hoje estou sem fantasias e vejo que não iria realizar quase nada do que fantasiei. Me sinto deprimido com tudo. Tive hepatite há 18 anos. Uso cocaína e maconha socialmente. Usei guaraná em pó, 4 vezes por dia, durante 10 anos. Depois da hepatite a alimentação e a bebida nunca mais foram as mesmas. Fumo. No 1º surto, minha ex-mulher me trouxe para esta clínica por uma semana: foi traumatizante. Louco é o que você não quer ser! Me senti carimbado, depois superei o preconceito, porque o medo da loucura é muito grande. Estou pleiteando a aposentadoria, estou sem perspectiva. Era caixa e não conseguia me concentrar. Por não trabalhar e pelo tratamento, me sinto deprimido. Distúrbio bipolar, afetivo. Fico louco por não conseguir uma realidade comum. Crio fantasias que estrapalam a lógica e é tudo diferente das outras pessoas. Ocorreu 3 vezes a perda de referência. A ex-mulher me trouxe para cá e assumiu diante da família. Tomo 1 tegretol e tenho muito sono. Qualquer remédio dá efeito residual grande: o corpo piora, não elimina os resíduos das substâncias. O tegretol diminuiu a minha qualidade de vida. Faço hospital / dia 2 vezes por semana, terapia, arte-terapia e grupos. Meu pai foi muito repressor, a educação foi rígida. Houve muitas brigas com pai e mãe. Hoje a relação é distante. A mãe e a avó moram em Baurú. Quando uso carbolítio fico de cama por 5 dias. Vim sozinho para São Paulo. Fui vendedor de livro, bancário e me formei em jornalismo. Tive uma vida muito desregrada, com muita mulher, muita droga. Nesta fase entrei na Caixa Econômica. Casei. Saquei que todos os planos e desejos não estavam acontecendo, era tudo fantasia, e a ansiedade começou a subir. Quando me tornei auditor da Caixa, em 25 de outubro de 1997, surtei, fiquei angustiado e triste, o sentimento foi: “eu nunca mais vou sair desta empresa, nunca mais vou fazer coisas ousadas”.

Atualmente, tenho conforto, mas não tenho perspectiva nenhuma de vida. Não uso coca - cola, nem guaraná em pó, nada em que eu possa me sabotar. Quando surto faço muita bobagem, agrido pensando que estou agradando. Depois tenho sentimento de culpa, fico triste por lembrar tudo depois. Não há indícios antes de surtar. Falando sobre ufologia, conversava com pessoas na Internet... achei que tive um contato telepático com o sol... Casei em 1989, aos 28 anos, e separei em 1997, ao 34 anos.

Laudo Psiquiátrico: F.39- Transtorno de humor afetivo não específico

Laudos dos desenhos

Superficialidade e distanciamento na expressão de emoções. Alto nível de ansiedade. Grande insegurança e rigidez nos contatos pessoais.

Apresenta acentuada inibição de seus sentimentos e formas de expressá-los.

Contido, tímido e muito receoso nas relações interpessoais; utiliza muito de sua energia se protegendo e se retraindo, o que empobrece suas relações.

Busca adaptar-se às situações adotando atitudes mais formais e aceitáveis, perdendo sua naturalidade e possibilidade de expressão mais criativas.

Pronunciados sentimentos de solidão e afastamento.

História do Paciente

N.P.C. 39 anos. Nascimento em 07 de Junho de 1960. Primeiro fiquei com pneumonia, tenho lupus eritematoso e tomo uma injeção para tirar a dor. Fiquei estressada e fui transferida para o Hospital da Mulher. Discuti com o médico, eu não queria ficar lá...

Tomava dolantina para tirar a dor: “Dor nas juntas, tudo inchado, tenho lupus há 9 anos”. Há 4 anos tomo dolantina quando tenho muita dor. Tenho bronquite asmática também. Fez um mês que estou aqui com o Jair. Tenho minha mãe e 7 irmãos: 5 mulheres e 2 homens. Minha mãe tem 75 anos . É a 3ª mulher. O pai separou da mãe, teve 4 filhos, 1 morreu, e depois de mim nasceram 2 mulheres e depois 1 homem. Fui aposentada por incoordenação, trabalhei em casa de família, babá, enfim, nunca fiquei desempregada, e depois que fiquei doente entrei na Caixa e me aposentei. Só fiquei internada por bronquite, só faço serviço em casa... Tomo diazepam, fenergan, dipirona e não resolve nada. Usei tramal, estou sofrendo prá caramba. Gostava do namorado, ele tinha várias mulheres... eu descobri, não comia nem bebia nada, virei um “palito”, vivia chorando... Em 1 de Julho de 1999 tive uma pneumonia e infecção urinária. Fui para o hospital da mulher e tive problema de convênio, entrei na justiça e ganhei. Usava dolantina e o Convênio achou que era para me drogar. Passei por uma médica que me mandou para o Hospital São Luis, a Ambulância trouxe e me deixou aqui na Clínica. Liguei para minha mãe e disse aonde eu vim parar. Fiquei no maior desespero e liguei para minha mãe, vai fazer 2 meses que estou aqui, agora no dia 4. Hoje estou mais ou menos, estou acordada desde as 4 horas da manhã, perdi o sono duas noites, não sei o que está acontecendo. Só.

Lauda Psiquiátrico: F.44.7 - Transtornos Dissociativos Mistos

Lauda dos Desenhos

Alto nível de ansiedade, que busca controlar de forma rígida.

Insegurança nas relações e vínculos. Necessidade de aceitação e de acolhimento faz com que iniba a expressão de suas emoções.

Pode, por vezes, se refugiar em fantasias e idealizações para não se frustrar diante da realidade.

Prejuízo na capacidade de se relacionar afetivamente.

Inibição da realização de seu potencial, em função da maior insegurança e mecanismo da aprovação.

Ode se mostrar mais dependente dos vínculos afetivos, embora não se entregue a eles.

Demonstra imaturidade e labilidade emocional.

Personalidade limítrofe - Borderline.

Historia do Paciente

V. R. S. 41 anos, nascimento em 2 de Junho de 1958, às 13:10 horas, em São Paulo. Tel. 267.8260. Sou separada há 11 anos, tenho um filho de 13 anos. Comecei a ter crise de depressão. O psiquiatra da Caixa só tinha ambulatorial. Procurei um lugar onde tivesse terapia, então liguei nesta clínica. Eu não sabia que era uma clínica para hospital / dia. Eu estava muito mal, fiquei internada 15 dias. Fui para fazer hospital / dia , mas já fazem 3 anos, e neste tempo voltei ao trabalho duas vezes, mas precisei me afastar estas 2 vezes de novo. Esse negócio de depressão vou te falar, trabalho numa agência que eu não gostava, tinha muito serviço, muita gente e não tinha janela nem ar condicionado... até hoje sonho com lugar cheio de gente, fechado... eu acordo com falta de ar, toda suada, eu acredito que aqui veio o meu desequilíbrio. Depois, quando minha mãe morreu, há 6 anos, chorei bastante e não mais o que falar... Eu tenho Lupus, e quando tive meu filho tive dores nos braços e nas mãos, aí parou... quando minha mãe morreu eu tive outra gravidez e passei mau e doía tudo, tive problema no emprego e fiz o aborto. O

filho não foi planejado, meu namorado era mais novo, além do que meu filho e meu pai não iriam entender. E com esse problema de saúde tomei muito remédio anti-depressivo para dormir, estava muito deprimida, queria dormir, mas sentia muita dor nas articulações. Há um ano e ½ descobri que era Lupus. Toda vez que menstruo tenho dores e não quero tomar remédio porque é corticóide e aí vem a depressão junto. A mãe e a irmã tiveram Lupus. Atualmente estou de licença. Meu faleceu há 15 dias atrás, estou muito triste, está esquisito, não está? Ele teve câncer de próstata e foi para intervenção cirúrgica de cálculo biliar, complicou com pneumonia, atacou o fígado e faleceu. A mãe faleceu de um ataque cardíaco.

Laudos Psiquiátricos: F.33 - Transtorno Depressivo Recorrente

Laudos dos Desenhos

Apresenta dificuldade pronunciadas de lidar com suas emoções e afetividade. O contato com a realidade é marcado por atitudes de esquiva, distanciamento e hostilidade.

Grande contenção de energia; represamento da agressividade, que pode se expressar de forma abrupta e impulsiva.

Falta de flexibilidade e de mobilidade nas relações, procurando manter o controle rígido sobre suas emoções.

Apareceu evidências de comprometimento na realização de seu potencial, que aparece contido. Revela-se sensível ao contato com o outro (impacto), o que pode justificar sua esquiva nas relações e na demonstração de afetos. Pode apresentar tendência a racionalização como mecanismo de defesa frente aos conflitos.

Empobrecimento do potencial emocional, sem muitos canais de expressão. Busca de controle emocional sobre as situações vividas e os afetos. Dificuldades de relacionamento, com tendência ao afastamento nas relações. Temor em relação à agressividade. Pode estar sujeita à “explosões emocionais”. Personalidade limítrofe - Borderline.

Amostragem

1) Pacientes com diagnóstico psiquiátrico

Foram investigados 9 pacientes psiquiátricos, de ambos os sexos, na faixa etária entre 36 e 54 anos, internados e em regime de hospital-dia, iniciado no segundo semestre de 1999 e no primeiro semestre de 2000, em clínica psiquiátrica.

2) Grupo controle escolhidos aleatoriamente.

1) A . A .

História do Paciente

Matemático

Minha História é complicada. Trabalho desde 15 anos, já fiz um milhão de coisas . Morei fora de São Paulo em Campo Grande, fui noivo oficialmente durante dois anos e meio. Depois desmanchei, pra mim não deu certo e voltei em 94 para São Paulo, comecei tudo de novo, minha vida pessoal e profissional. Hoje estou muito bem, vamos dizer psicologicamente , mentalmente melhorando.

Análise do desenho

Afastamento e distanciamento da realidade. Precariedade nos estabelecimentos de relações interpessoais. Dificuldade de controle das emoções. a realidade é temida, tanto quanto suas reações emocionais, que podem ter um caráter hostil e agressivo.

Sentimentos de inadequação e paralisia diante do mundo podem gerar alto nível de ansiedade.

Refúgio na área de fantasia, tendendo a idealizar relações e a traçar objetivos inatingíveis, gerando frustração e recolhimento afetivo.

Dificuldade de organizar e canalizar suas energias; ressaltamento de emoções inibe seu potencial de expressão e realização.

Presença de necessidade de expansão de vínculos, entretanto oscila entre o isolamento e as escolhas solitárias e uma forma mais invasiva e voraz de aproximação do outros.

2) M.M.G

História do Paciente

42 anos, Administração

Eu nasci em 1958, me lembro da minha existência com 4 anos, antes não me lembro.

Lembro da minha casa, fui cuidado pelos meus avós e não com meus pais. Minha avó faleceu bem cedo quando eu tinha 5 para 6 anos. Minha avó faleceu em meus braços, ela chegou do trabalho e faleceu.

Fiquei com meu avô, minha mãe veio morar quando eu tinha 10 anos, junto com a minha irmã. Até 6 anos com meus avós, dos 6 aos 10 com meu avô e depois com minha mãe. A relação com minha mãe não era próxima. Mais tarde fui para adolescência era regrada.

Fui para os Estados Unidos fiquei durante 9 meses, uma gestação, minha mãe ficou com o câncer e voltei para ficar com ela dois meses, pois ela faleceu.

Fiquei com meu avô e com minha irmã. Minha irmã foi para os Estados Unidos. Fui para a faculdade e meu avô faleceu com 22 anos, fiquei sozinho. Fiquei três anos sozinho, uma namorada aqui, ali e conheci uma mulher, regime pecado, concubinato por dois anos, ia me casar só no civil. Fiquei casado de 7 a 8 anos casados. Vim morar em São Paulo, pois morava no Rio, era muito feliz. Me separei com 34 anos tumultuado, tive outra mulher. Entrei em uma nova relação e fiquei um ano, muito conturbado, muitas mudanças em tudo só não no sexo. Mudei de profissão, de emprego, fui adolescente tardio. Brinquei inconseqüentemente. No nível intelectual me desenvolvi e fiz um bummm. Depois de três a quatro anos conturbado dos 34 aos 39 anos, período também conturbado. Minha vida dá um livro, um romance, gibi, tem mulher tem drama. Tem tudo de um livro denso. Aí abri minha empresa e recomecei a minha vida emocional e profissional.

Drogas, bebidas não sempre controle da vida. Bebia socialmente, com as drogas tinha medo de perder o controle, alienação.

Montei minha empresa nos últimos três anos recomecei a minha vida. Recomecei porque mudei e tornei-me mais leve.

Era duro comigo mesmo. Preocupações no passado, com grana hoje e mais leve. O material não é tão importante.

Análise do Desenho

Instável e frágil do ponto de vista egóico. Enorme contenção de afetos; presença de sentimentos de angústia e ansiedade. Distanciamento da realidade. Grande esforço para a manutenção de seu equilíbrio e de adaptação nas relações. Tímido e receoso no contacto interpessoal. Auto-estima rebaixada e sentimentos de inadequação e inferioridade.

Podem ocorrer sentimentos persecutórios, que acentuam seu recolhimento e contenção na expressão de afetos.

Demonstra certa infantilidade no estabelecimento de vínculos, temendo situações de abandono.

3)S.C.A

História do Paciente

Publicitária

Bom eu sou a filha mais velha, meu irmão quando tinha quatro anos e minha irmã com 6 anos.

Minha família teve uma vida difícil de grana. Meus pais brigavam como cão, entre eles, enfim a minha avó sempre morou com a gente desde meu irmão nasceu a pessoa melhor do mundo. A nona é uma pessoa super importante com relação a afetividade eu aprendi com ela. com os meus pais também. Ela é uma figura muito importante - nona. Tenho uma filha de 13 anos que é maravilhosa, uma relação

tranqüila. Hoje aprendi o limite até onde eu vou, até onde eu deixo eles virem. Não achei a direção profissional, isso é que eu quero fazer, não estou feliz, faço quinhentas coisas. Estou paquerando um moço interessante primeiros passos, um novo Amor. Só.

Análise do Desenho

Insegurança. Grande necessidade de apoio e aprovação

Evidenciam-se imaturidade e carência afetivas e o desejo de acolhimento. Pode estabelecer relações de dependências com as pessoas que a cercam. Alterna movimentos de exposição e recolhimento de forma intensa e acentuada diante da realidade.

Equilíbrio emocional frágil; sensível, desorganiza-se na expressão de seus sentimentos, tendendo a encobri-los e/ou camuflá-los. Demonstra necessidade de maior consistência e acolhimento em seus vínculos.

4) P.R.M.

História do Paciente

zelador

Eu até acho que minha vida é desburocratizada, muito simples.

Vim com 18 anos, em 1976 para São Paulo e aí aconteceu em termos de atribuições muito poucas. Eu mudei pouco de trabalho, muito em poucas firmas. De 1976 trabalhei quatro anos numa firma, seis meses em outra e três anos em outra e treze nessa daí. Só não tive muitas alterações.

Nesse intervalo aconteceu um desagradável acidente, veio um colega de Minas e queria conhecer São Paulo. Eu estava muito cansado e não queria ir ao Jardim Miriam, mas fui e nesse bairro nós estávamos passeando e chegou uns caras para assaltar, esses caras jogou esse colega na avenida Cupece e ele foi atropelado e eu escapei correndo desses caras. Fui socorrer esse meu colega e ele já estava morto. Fui para agradecer e aconteceu essa fatalidade, a família dele me culpou e foi muito chato. Eu tinha mais menos 30 anos.

Perda da minha mãe quando tinha 39 anos. Ela já sofria de pressão alta, deu derrame e achei que nunca ia perder alguém, é muito desagradável.

Análise do Desenho

Presença de alto nível de ansiedade; receoso e arredo no contacto interpessoal, pronunciado movimento de introversão, o que pode dificultar seu contacto com a realidade, em termos de tomadas de atitudes, iniciativas e expressão de sentimentos.

Evidencia-se o apego ao passado, o afastamento de contacto afetivo mais rico, o que sugere uma modalidade esquiva e depressiva de relação com o mundo.

Grande sensibilidade, sem canais adequados de expressão e realização. Acentuados sentimentos de inadequação e busca de refúgio na área da fantasia.

5) J.E.C.

História do Paciente

zelador

38 anos, zelador

Eu nasci na Paraíba, minha infância foi sofrida, meu pai deixou minha mãe quando eu tinha 4 anos, cresci nessa, sempre a gente tem a gente guarda, essa falta de um pai. O que teria que falar mais? Quer saber agora, eu acho que até agora foi um pouco sofrido, agora já superei essa crise. Conheci minha esposa, com a gente foi muita atribulação, com muito ciúmes, tanto da parte dela como da minha. Graças a Deus está bem.

Vim para São Paulo, vim morar com minha tia e fiquei com dois anos. Vim para São Paulo com 23 par 24 anos.

Adolescente gostava de futebol, de beber e só.

Preocupação com a bebida, se teria continuado, teria morrido. Hoje não bebo mais.

Fiquei trabalhando com a minha tia dois anos e daí fui procurar outro serviço para ser registrado e tive que sair dela e fui morar só.

Surgiu um trabalho num prédio na avenida Nove de Julho e passou dois anos, foi bom.

Comecei a caminhada de prédio em prédio só.

Minha esposa foi casada, conheci ela através do serviço que trabalhamos juntos. Ela se separou e nos casamos, com 25 anos.

Com 32 anos adotou uma criança, era bebê com 40 dias de vida.

Só está acontecendo coisa boa.

Análise do Desenho

Grande fragilidade egóica e labilidade emocional.

Dificuldades pronunciadas de adaptação. Prejuízos no contacto com a realidade e nas relações interpessoais.

Mecanismos de defesa frente ao mundo são frágeis e mais primitivos. Instável emocionalmente; pode apresentar formalismo e estereotípias no comportamento em busca de uma “pseudo-adaptação” à realidade.

Necessidade de aceitação e auto-afirmação às custas de um grande gasto de energias.

Rigidez no estabelecimento de relações com empobrecimento na expressão de afeto.

Metodologia:

Procurou-se investigar os pacientes, através de história livre hannemaniana, colhendo “ipsis literis” os dados relatados pelo paciente, procedendo ao exame bilateral das íris de todos os pacientes e estabelecendo a relação desta história com as Áreas Cerebrais do Mapa Iridológico, comuns a todos os pacientes, bem como com os desenhos da figura humana e desenho livre. Procedeu-se à filmagem dos olhos através de vídeoimagem, com equipamento especializado Iriscan, vídeo e TV monitor. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente, sem nenhuma referência diagnóstica. Foi realizado um estudo duplo-cego, composto de três abordagens diferentes sobre o mesmo grupo amostra. O estudo possibilita, à posteriori, confrontar todos estes dados com os laudos psiquiátricos, porque parece existir uma ligação entre tais áreas cerebrais e os sintomas psíquicos.

Conclusão

O estudo em questão estabeleceu relação clara entre os achados dos sinais iridológicos e os sintomas apresentados pelos pacientes depressivos, plenamente compatíveis com a história clínica, bem como as figuras dos desenhos, e os Laudos Psiquiátricos, que demonstraram concordância com os referidos fenômenos depressivos.

Tal trabalho dá indicações de que parece existir realmente, nestes casos, todo comprometimento do eixo psicoimunoneuroendócrino, abrindo, destarte, um leque de possibilidades para se atuar profilática, preventiva e curativamente, associando tudo o que de clássico existe somado à esta nova perspectiva. Uma vez identificadas tais áreas pode-se proceder aos cuidados necessários para beneficiar o humano que potencialmente possa apresentar os fenômenos depressivos até aqui discutidos. “A íris é o mundo” e tanto quanto mais se souber a respeito do humano, maior a aplicabilidade na iridologia.

Neste sentido, analisou-se as diferentes íris de todos os pacientes, constatando-se que em 90% das amostras encontrou-se a área cerebral da **mente inata**, como área comum. Os laudos da interpretação dos desenhos da figura humana e desenhos livre resultaram sugestivos de processos depressivos, que foram confirmados, posteriormente, pelos laudos psiquiátricos que indicaram 90% da amostra com processos depressivos.

O grupo controle constituído por seis indivíduos, apresentou dois casos onde ocorreram registros de sinais na área da *Mente Inata*, que pela análise dos desenhos livres e figuras humanas constatou-se fatores psicológicos compatíveis com os referidos sinais iridológicos, perfazendo o total significativo de concordância entre os sinais das íris e análises dos desenhos, denotando a eficácia do método. O grupo controle, por razões óbvias, deixou-se de emitir os laudos psiquiátricos.

Pode-se inferir que a imensa maioria dos pacientes apresentaram processos depressivos, contudo se considerar-se que a área topográfica da **mente inata** também se refere à esquizofrenia, segundo Jensen, amplia-se ainda mais a abrangência deste estudo, principalmente se levar-se em consideração as demais doenças endógenas tais como o distúrbio bipolar e a epilepsia, que aparecem como precursoras ou como resultantes de processos depressivos. Os distúrbios neuróticos também podem ser enquadrados na área da **mente inata**.

Os autores em momento algum pretenderam esgotar o assunto, muito pelo contrário, intentaram somente levantar a questão para ser melhor discutida por aqueles que se interessam pelo assunto.

Palavras Chaves	Key Words
Depressão	Depression
Diátese	Diatesis
Iridologia	Iridology
IrisDiagnose	IrisDiagnosis
Cronoríchio	Cronorichio

Unitermos

Deflexão: Movimento de abertura ou expansão do colarete em determinadas áreas, denotando fenômenos simpáticos, por exemplo, na área do coração, gera taquicardia.

Inflexão: Movimento de fechamento ou retração do colarete em determinadas áreas, denotando fenômenos parassimpáticos, por exemplo, na área do coração, gera bradicardia.

Cronoríchio: Método de avaliação da íris criado por Daniele Lorito, que analisa o tempo de risco do indivíduo que se encontra impresso no colarete.

Diátese, segundo Trousseau, é uma predisposição congênita ou adquirida, porém essencial e invariavelmente crônica, em virtude da qual se produzem alterações múltiplas na forma, porém únicas na essência.

Revisão da Literatura

- * Aaron T. Beck, A John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery, Terapia Cognitiva da Depressão, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1982
- * ACKERMANN, Albert Dardanelli. Iridologia Moderna Ilustrada. Editora Cabal, Madrid, 1982.
- * Batello, Celso Fernandes, Iridologia e Irisdiagnose, O que os Olhos Podem Revelar, Editora Ground, 1ª Edição, 1999
- * Breton Sue, Depressão - Esclarecendo Suas Dúvidas, Ágora 1996, São Paulo
- * Brunini, C. Aforismos de Hipócrates S. P. Typos, 1998.
- * Dahlke, Rudiger - A Doença como linguagem da Alma, Edit. Cultrix., SP. 1991
- * Dahlke, Rudiger, Dethlefsen Thorwald - a Doença como Caminho, Ed. Cultrix, SP. 1994
- * Deck, J. Principles of Iris Diagnosis Germany, Insitute for Fundamental Research of Iris Diagnosis, 1982.
- * Demarque, D. Semiologia Homeopática Buenos Aires, Ediciones Marecel, 1978.
- * Duprat, H. A Teroria e a Técnica da Homeopatia, R. J. , Olimpica Editora, 1974
- * Johnson, Denny, O Olho Revela, Uma Introdução ao Método Rayid de Interpretação da Íris, Editora Ground, 2ª Edição, 1984.
- * Fadman, James e Frager, Robert - Torias da Personalidade, Edit. Harbra, SP 1979
- * Ferrandiz, V.L. Iridodiagnosis. Ediciones CEDEL, Barcelona, 1981.
- * Gazolla, Flavio. Curso de Iridologia, Cómo Leer El Estado de Salud En El Íris. Editorial de Vecchi, Barcelona, 1994.

- * Henri, EY, P. Bernard e C. Brisset, Manual de Psiquiatria, Ed. Masson do Brasil Ltda. 2ª. Edição, 1985, Brasil.
- * Ivaldi, M. Iridologia - L'occhio specchio della salute, Milano, Italy Editorium, 1993
- * Jausas, G. Tratado de Iridologia Médica. Madrid, Las Mil e Unas Ediciones, 1982
- * Jensen, Bernard. The Science and Practice of Iridology, California, Bernard Jensen Published, 1985
- * Johnson, D. What the Eyes Reveals; An Introduction in The Ray-Id Method of Iris Interpretation EUA., Rayid Publications, 1984
- * Jurasunas, Serge e Clodoaldo Pacheco. Iridologia, Um Diagnóstico Natural. Editora Copyart, Tubarão, 1995.
- * Jurasunas, S. Iridologia - Um Diagnóstico Natural. S.C. Copiart, 1995
- * Kossak, R.^a 1000 Conceitos em Homeopatia. S. P. , Elcid 1984
- * Leloup, Jean Ives- O Corpo e seus Simbolos Ed. Vozes, SP. 2ª. Ed. 1998
- * Lo Rito, D. II Cronoschio - Nueve Acquisiozione in Iridologia, Italy Editorium, 1993
- * Maffei, W.E, Os Fundamentos da Medicina. 2. Ed. S.P. Artes Médicas, 1978
- * Ramos, Denize Gimenes - A Psique do Corpo, Sumus Editorial, SP.1994
- * ramos, Denize Gimenes - A Psique do Coração, Edit. Cultrix, SP. 1995
- * Sharan, F. Iridology: A complet guide to diagnosing through the iris and to related forms of treatment. S.1.,
- * Spoerri , T. H. Compêndio de Psiquiatria, Editora Artes Médicas.
- * Thorsons Publishing Group, 1989.
- * Valverde, R. Os Olhos dos Deuses S.P. Ground, 1991
- * Vander. Diagnóstico por el Iris y otros Signos de Las enfermedades, Barcelona. Ediciones Adrian Vand Der Cut, 1972
- * Vannier, L. et al. Le diagnostic des maladies per les yeus. 4 ed. Paris, G. Doin, 1957