

Comunicação apresentada nas VII Jornadas de Saúde Mental do Idoso
(Porto, 26 e 27 de Março de 2009)

Psicoterapia da Depressão no Idoso

João Francisco Barreto

Escola Superior de Tecnologia da Saúde

Instituto Politécnico do Porto

Quem se proponha abordar o assunto que aqui nos ocupa, detém-se desde logo perante estes três termos, *psicoterapia*, *depressão* e *idoso*, altamente carregados de significados e implicações conceptuais. Tomado como ponto de partida, cada um convidaria a um percurso diverso através do tema. Colocados lado a lado, transformam-se mutuamente, e nenhum sai ileso da reunião.

Começemos, pois, pelo tema da depressão. Parece-nos útil, antes de mais, introduzir algumas considerações nosológicas, uma vez que, como sabemos, não existe *uma* depressão, mas várias. A distinção que aqui nos parece oportuna é aquela proposta por Coimbra de Matos (1980/2001), eminente psicanalista e estudioso do tema, segundo a qual poderíamos falar de “três depressões”, ou, mais precisamente, de Depressibilidade, Depressão e Depressividade. Para facilitar, falaremos de uma **depressão saudável**, habitualmente reactiva e também designada por processo de *luto*; de uma **depressão patológica**, seguindo o modelo do que já foi designado como depressão *anaclítica* (Spitz, 1991) e por vezes atingindo a forma a que se chama *melancolia* (Freud, 1917/1999); e de **depressividade**, que define as personalidades depressivas que parecem estruturar-se em torno de um permanente esforço para não deprimirem (Coimbra de Matos, 1980/2001, 1985/2001, 2004; Coelho, 2004; Sá, 2003).

Daqui, e abstendo-nos de entrar em detalhes excessivamente teóricos, começáramos por reter o seguinte: existe pelo menos um grupo de depressões que podem ser enquadradas dentro de processos saudáveis de reorganização psicológica. Com efeito, vários autores das correntes psicodinâmicas, desde as perspectivas psicanalíticas mais

ou menos ortodoxas (Freud, 1917/1999; Klein, 1935/1997; Grinberg, 2000) às teorias da vinculação (Bowlby, 1997; Worden, 2001), acentuaram o processo de luto como mecanismo saudável de integração das perdas, reais ou simbólicas, num *self* unitário, processo que previne, portanto, várias formas de ruptura psicológica. Nesta perspectiva, está mais em risco a saúde mental do indivíduo “incapaz de se deprimir” do que a daquele que, confrontado com a perda (de pessoas queridas, de projectos, de ideais, de relações amorosas, de partes de si mesmo, etc.), elabora o seu luto e, na sequência deste processo, reinveste em novos sentidos para a sua existência.

Quanto aos restantes grupos de depressão, eles remetem para dimensões estruturais do sujeito psicológico ou, se se preferir, da sua personalidade, tipicamente marcada por sentimentos crónicos de vazio, desamparo, abatimento e/ou inferioridade (Coimbra de Matos, 1980/2001, 1985/2001; Coelho, 2004) mais ou menos bem contidos pelos mecanismos de defesa e adaptação do indivíduo. Nesse sentido, as condições de vida actuais nunca fornecem explicação suficiente para estas depressões, funcionando quando muito como activadoras e sendo frequentemente impossível identificar no presente da pessoa uma causa plausível para o seu estado.

Ora, se é verdade que todas estas formas de depressão acarretam considerável sofrimento para o indivíduo, não nos parece, por outro lado, que a intervenção deva ser a mesma em todos os casos. Mesmo atendo-nos à intervenção psicoterapêutica, que além de não ser a única possível não é sempre, quanto a nós, a intervenção prioritária, diríamos que, ao contrário do que se passa com a depressão saudável, as outras formas de depressão implicariam, idealmente, o recurso a psicoterapias de longa duração (PLD). Embora pouco populares hoje em dia (cf. Coren, 2001), estas continuam a ser, segundo nos parece, as que melhor asseguram a reorganização de dimensões nucleares do sistema pessoal do sujeito – a par, evidentemente, de toda a gama de experiências de vida transformadoras que escapam ao âmbito da intervenção, de entre as quais as relações amorosas reúnem o máximo capital reparador – como, de resto, patogénico, ou, nas palavras de José Mário Branco, *tritador*¹.

¹ Da canção *Nem Deus nem Senhor*, incluída no disco *Resistir é Vencer* (2004, EMI – Valentim de Carvalho, Lda.).

Mas se há ponto praticamente consensual do que podemos pesquisar é a inadequação do uso de PLD junto de idosos (Blazer, 2003; Costa, 1998; Fontaine, 2000; Post, Miller e Schulberg, 2009; Rebelo, 2007). Na verdade, algo do que respeita à psicoterapia, como à depressão, de resto, deve ser repensado quando falamos da terceira idade. Como se sabe, este é um período da vida marcado, do ponto de vista normativo das culturas ocidentais, por um conjunto de desafios, de entre os quais destacaremos: o envelhecimento e, frequentemente, a doença, acarretando limitações funcionais físicas e psicológicas a par de alterações da vivência do corpo e da sua imagem; a mudança da estrutura de vida, implicando a perda de hábitos, rotinas, ocupações e, talvez mais importante ainda, a perda de papéis sociais e familiares, agravada ainda pelo desaparecimento da família alargada que demasiadas vezes vota o idoso ao isolamento; e a perda de pessoas significativas, seja o cônjuge ou sejam outros elementos da rede social mais ou menos próxima (Blazer, 2003; Costa, 1998; Fontaine, 2000). Estes desafios são ainda atravessados por um outro problema, que porventura introduz a verdadeira marca distintiva da terceira idade: a proximidade da morte, seja ela anunciada, imaginada, evitada, desvalorizada ou mesmo contestada. A verdade é que a adaptação aos desafios da terceira idade é, dentro do previsível, a adaptação a uma estrutura de vida final. A última, não apenas a seguinte.

Mas antes de apresentarmos as nossas reflexões a este respeito, voltaríamos um pouco atrás. Admitamos que a depressão do idoso pode enquadrar-se em qualquer dos três modelos antes vistos. Efectivamente, a consumação ou a iminência dos vários tipos de perda entretanto mencionados é suficiente para desencadear, na personalidade mais saudável, exigentes processos de luto (por pessoas, por papéis sociais, por uma vida anterior, por capacidades, etc.), e, em personalidades mais vulneráveis, quadros depressivos de maior gravidade, além de outros quadros psicopatológicos. E o que tem sido, então, a intervenção na depressão do idoso?

Começaríamos por destacar toda a gama de intervenções não clínicas, em que se privilegiam abordagens *ecológicas*, para utilizar o termo cunhado por Urie Bronfenbrenner (1979). Reunindo profissionais das mais diversas áreas, desejavelmente organizados em equipas multidisciplinares ou, idealmente, transdisciplinares (Lopes dos Santos, 2000), estas intervenções incidem sobre os contextos de vida do idoso, abarcando a sua relação com vários sistemas (família, instituições, comunidade) e a

relação destes sistemas entre si (Roncon e Menezes, 1993). Naturalmente, estas modalidades de intervenção escapam ao tema central de que aqui nos ocupamos, mas não poderíamos deixar de lhes fazer menção. Como antes dissemos, não julgamos que a psicoterapia seja sempre a intervenção exclusiva ou prioritária a considerar. O que mais se aplica à terceira idade, quando são tão evidentes as dimensões da estrutura de vida do idoso em que se pode e deve intervir.

Feito este apontamento e regressando, pois, à esfera clínica da depressão, sobressaem desde logo as intervenções farmacológicas e as psicoterapêuticas. Alguma investigação tem sido consagrada à comparação da eficácia destas duas abordagens e de diferentes modelos psicoterapêuticos (cf. Scazufca e Matsuda, 2002; Reynolds III *et al.*, 2006; Post, Miller e Schulberg, 2009). Embora os resultados nem sempre sejam conclusivos, parece genericamente aceitável assumir que ambas as abordagens demonstram eficácia e beneficiam em ser combinadas. Mas a este respeito parece-nos importante fazer o seguinte comentário.

Como já foi dito, é razoavelmente consensual a inadequação de PLD às características do idoso. Com efeito, parece mais relevante, neste período da vida, que os resultados terapêuticos sejam *imediatos* do que *duráveis*, o que não invalida que se procure sempre, na terceira idade como nos outros períodos do ciclo vital, que os progressos sejam o mais imediatos e o mais duráveis possível. As PLD privilegiam a durabilidade dos seus efeitos em relação à imediaticidade, e orientam-se para a reorganização de dimensões nucleares de todo o sistema pessoal, não se limitando a áreas específicas do funcionamento do sujeito. Por este motivo, e considerando ainda a menor plasticidade das estruturas psicológicas de alguns idosos (observação que nem todos os autores subscrevem (Blazer, 2003)), têm sido utilizadas modalidades psicoterapêuticas de mais curta duração e, no caso da depressão, predominantemente focais, isto é, mais centradas na resolução de problemas específicos e menos na pessoa como um todo. Incluímos neste grupo de intervenções as abordagens psicoterapêuticas mais investigadas e mais apontadas na literatura sobre a depressão no idoso, em que se destacam a Terapia Cognitiva, a Terapia Interpessoal, a Terapia Cognitivo-Comportamental e as Terapias de Grupo (predominantemente de orientação Cognitiva) (Fontaine, 2000; Post, Miller e Schulberg, 2009; Reynolds III *et al.*, 2006; Scazufca e Matsuda, 2002). Todas estas intervenções têm em comum o facto de incidirem directamente sobre os sintomas,

equiparando-se, neste aspecto, às abordagens farmacológicas. A este respeito, a literatura aponta, ainda assim, diferenças importantes: as psicoterapias tendem a ter vantagem em termos de manutenção dos efeitos após o termo da intervenção, nos casos em que o idoso recusa ser medicado e ainda em face de possíveis interacções medicamentosas indesejáveis; a farmacoterapia tem como principais vantagens a obtenção de resultados mais imediatos, a necessidade de menores recursos e, de acordo com dados recentes, a maior capacidade de prevenção de recaídas mediante manutenção do tratamento (Post, Miller e Schulberg, 2009; Reynolds III *et al.*, 2006; Scazufca e Matsuda, 2002).

Mas atentemos no seguinte: compreensivelmente postas de lado as PLD, parte-se directamente para as abordagens chamadas *instrutivas*. Este termo foi proposto por Joaquim Luís Coimbra (1991) para designar um conjunto de modelos com forte cariz didáctico e prescritivo, orientados para o ensino e o treino de formas específicas de pensar e de agir, e obedecendo a uma lógica atomista, na medida em que se focam em dimensões isoladas do sujeito. Ora, se são indiscutíveis os ganhos destas intervenções para o bem-estar do idoso, não deixam ainda assim de nos suscitar algumas reflexões que gostaríamos agora de apresentar.

Em primeiro lugar, retomamos a ideia de que existirá um potencial sanígeno em alguns quadros do espectro depressivo. Enquanto forma de o idoso elaborar as suas perdas dentro de um processo que pode ser qualificado como uma transição desenvolvimental (Rebelo, 2007), a depressão, ou, neste caso, o(s) luto(s), pode(m) beneficiar com uma abordagem menos prescritiva, menos directiva e mais focada no sujeito como um todo e na criação de condições promotoras dos seus processos espontâneos de auto-organização (Coimbra, 1991) ou, nas palavras de Coimbra de Matos (2002), da *deriva integradora do pensamento*. Vale a pena recordar a perspectiva de Erik H. Erikson (1968) sobre aquele que descreveu como o último estágio de desenvolvimento do sujeito, caracterizado pelo conflito entre *integridade* e *desespero*. Há mesmo quem associe a depressão do idoso a este desespero (Blazer, 2003) e, nesse sentido, à impossibilidade do sujeito de perspectivar o seu passado e a sua condição actual com um sentimento de integridade pessoal a que corresponde a *sabedoria*. Pensamos que a ajuda psicoterapêutica ao idoso a braços com este desafio terá que assentar numa relação terapêutica empática, mais aberta *ao emergente* do que focada no controlo.

Creemos que reside aqui um ponto fundamental: na abertura às dimensões emergentes do sujeito (isto é, ao novo sujeito), sempre imprevisíveis quanto à forma e ao momentos em que afloram dentro da relação terapêutica; só perceptíveis dentro do movimento empático mais cuidado; e obrigando à permanente disponibilidade do terapeuta para se deixar ir atrás da deriva subjectiva do outro. Esta abertura implica também, por exemplo, reconhecer o *direito à tristeza*, que João dos Santos (1983) tão eloquentemente defendeu para as crianças. Aceitar e compreender, antes de combater, os aspectos mais dolorosos da vivência depressiva do idoso pode significar oferecer-lhe uma oportunidade única de se ver espelhado em todas as suas dimensões, desejáveis e indesejáveis, ajudando-o a recuperar o dito sentimento de integridade. Não o fazer pode significar abandonar o idoso aos seus sentimentos mais disruptivos e patogénicos, particularmente actantes quando menos aceites, e vedar-lhe o acesso a um sentido na sua experiência depressiva. E nada atenta mais contra a Saúde Mental do que a incapacidade de criar e recriar sentido para a experiência. Como espécie, estamos condenados a esta necessidade de dotar o mundo de sentido. Somos radicalmente simbólicos. Como citou Augusto Abelaira², *O homem é o único animal que sabe distinguir a água benta da água vulgar*.

Não deve confundir-se esta abordagem com uma atitude derrotista perante o sofrimento depressivo do idoso. Pelo contrário, trata-se de criar condições para a emergência de processos mais saudáveis de auto-organização. O que nos conduz a outra ideia.

O termo *auto-organização* remete para o menor controlo do terapeuta em direcção a determinado resultado esperado. Ouvimos com frequência a ideia de que a depressão do idoso se associa ao aumento da externalidade, isto é, ao sentimento de menor controlo, semelhante ao desânimo ou desamparo aprendido descrito por Seligman (Blazer, 2003; Fontaine, 2000). Mas, paradoxalmente, procura-se responder a este problema com intervenções altamente controladas pelo psicoterapeuta. Mesmo incorrendo em alguma simplificação do problema, pensamos que este paradoxo revela algo da cultura em que vivemos, à qual não escapa a Ciência.

² Do livro *O único animal que?* (1986, 2ª edição, Edições «O Jornal»).

É aqui que retomamos a reflexão sobre a dimensão existencial da depressão do idoso. Na verdade, diríamos que toda a depressão comporta uma dimensão existencial, em que se joga o sentido da vida. Mas, como dissemos há pouco, a terceira idade é a “última estação”. Qualquer esforço de controlo, por mais sofisticado que seja, acabará por esbarrar na nossa relativa impotência no que toca às leis da vida e da morte. Por muito tempo, ao longo da vida, podemos encontrar formas de desmentir a nossa finitude, sobre pressupostos de “omnipotência”. Mas a terceira idade convida-nos a uma espécie de “diálogo irrecusável” com a morte, agora mais indesmentível do que antes – situação que faz lembrar o jogo de xadrez encenado por Ingmar Bergman no seu clássico filme *O Sétimo Selo* (1957, Svensk Filmindustri). Na nossa cultura, fugimos a este diálogo permanentemente. Certamente, não suportaríamos um “contacto contínuo”. Mas há circunstâncias limite em que somos chamados a este diálogo – momentos habitualmente marcantes para a nossa organização psicológica ou agravantes da psicopatologia. Sabemos quantas personalidades vulneráveis se ocultam sob estruturas de vida estáveis e altamente controladas. Ora, a falha destas estruturas, própria da transição para a terceira idade, põe a descoberto as maiores fragilidades pessoais (Costa, 1998), desencadeando as formas mais graves de psicopatologia e, para o que aqui nos ocupa, de depressão.

Nesta medida, cremos que muitas das dificuldades do idoso são as dificuldades adiadas, e agravadas, do Homem da nossa cultura, que parece ter cortado relações com a morte e não conseguir aceitar a vida como algo que não controla em absoluto. Não surpreende, por isso, que também a intervenção junto do idoso possa replicar estas dificuldades, como num “*acting-out* contratransferencial colectivo” (passe o excesso inventivo do jargão). Porque, efectivamente, proporcionar ao idoso uma relação terapêutica onde possa triangular os conteúdos altamente ameaçadores do confronto com a morte e transformá-los em *conteúdos de relação*, exige do terapeuta um convívio razoável com os seus próprios “temas existenciais”.

Mas terminamos com esta ideia: o diálogo com a morte equivale ao diálogo com a vida. É na plena assunção da sua finitude que o ser humano mais aprofunda a relação e o comprometimento com a vida. Nisto reside o enorme potencial da terceira idade, que só sabemos apreciar na medida da nossa própria *vitalidade*. Desligados dela, como

magistralmente escreveu Natália Correia, (...) *a nossa dimensão/ não é a vida, nem é a morte*³.

Referências Bibliográficas

- Blazer, D. (2003). *Depressão em idosos* (3ª Edição). São Paulo: Editora Andrei.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Coelho, R. (2004). *Depressão: Perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Coimbra, J. L. (1991). *Estratégias cognitivo-desenvolvimentais em consulta psicológica interpessoal*. Porto: Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento.
- Coimbra de Matos, A. (1980/2001). Depressão, depressividade e depressibilidade. In *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (1985/2001). Enquadramento genético da síndrome depressiva. In *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2004). Olhando as estrelas: Uma leitura focalizada da imensidão. In R. Coelho, *Depressão: Perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Coren, A. (2001). *Short-term psychotherapy: A psychodynamic approach*. London: Palgrave.
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena*. São Paulo: Ágora.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freud, S. (1917/1999). Luto e melancolia. In *Artigos sobre metapsicologia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Klein, M. (1935/1997). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (Obras Completas de Melanie Klein, Volume 1). Rio de Janeiro: Imago.
- Lopes dos Santos, P. (2000). A perspectiva organizacional na abordagem do desenvolvimento humano: Um modelo de enquadramento metanarrativo das práticas transdisciplinares em intervenção precoce. In *Actas do Congresso Internacional "Os mundos sociais e culturais da infância"*. Braga: IEC.
- Post, E. P., Miller, M. D., & Schulberg, H. C. (2009). Utilização da psicoterapia interpessoal para tratar a depressão dos doentes idosos nos cuidados primários de saúde. *Geriatrics (Edição Portuguesa)*, 25 (5), 15-22.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 543-557.
- Reynolds III, C. F., Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Frank, E., Miller, M. D., Houck, P. R., Mazumdar, S., Butters, M. A., Stack, J. A., Schlernitzauer, M. A., Whyte, E. M., Gildengers, A., Karp, J., Lenze, E., Szanto, K., Bensasi, S., & Kupfer, D. J. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *The New England Journal of Medicine*, 354 (11), 1130-1138.

³ Do poema *Queixa das almas jovens censuradas*, inserido na colectânea *O nosso amargo cancionero* (1972, Edição Livraria Paisagem).

- Roncon, J., & Menezes, I. (1993). Consulta psicológica comunitária e terceira idade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 29-36.
- Sá, E. (2003). *Textos com psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Santos, J. (1983). *Ensaio sobre educação - II: O falar das letras*. Lisboa: Horizonte.
- Scazufca, M., & Matsuda, C. M. C. B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (I), 64-69.
- Spitz, R. (1991). *O primeiro ano de vida: Um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Worden, J. W. (2001). *Grief counselling and grief therapy : A handbook for the mental health practitioner* (Third Edition). New York: Routledge.