

INTRODUÇÃO

Carlos Braz Saraiva

A depressão tem sido apresentada, de uma forma didática, como uma perturbação do humor. Trata-se de uma visão mitigada, mas é assim que consta das nomenclaturas internacionais. A depressão, sendo também uma doença de emoções, de afetos, de ritmos, de vazios existenciais, não pode ser confundida com o sentimento de tristeza, próprio da condição humana. Na verdade, quem não teve momentos de tristeza na sua vida? Ao contrário, a depressão é mais intensa e estável, mais duradoura, com prejuízo funcional e obedece a diversos critérios sintomatológicos, conforme a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), apresentados no final deste livro. A maior parte dos quadros depressivos dura menos de um ano, mas cerca de 25% ultrapassam este tempo. Aproximadamente 15% dos doentes manterão os sintomas durante mais de dois anos, evoluindo para um padrão cronicado. O risco de recorrência da depressão é elevado: cerca de 30% a 10 anos e cerca de 60% a 20 anos^[1].

■ DEPRESSÃO MAJOR

Os aspetos nucleares da depressão *major* são o humor depressivo e a anedonia, isto é, a incapacidade para sentir prazer por aquilo que anteriormente dava prazer. As patologias do sono, exemplificadas na insónia inicial (custar a adormecer) e terminal (acordar cedo demais), ou mesmo pesadelos, são das queixas mais comuns dos doentes deprimidos. Do mesmo modo, é frequente referirem-se ao sono como superficial e fragmentado. Em associação, surgem: astenia, mesmo logo pela manhã; dificuldade de concentração; dificuldade em tomar decisões e lentificação psicomotora. Os quadros clínicos com agitação são menos frequentes. Tais queixas apresentam-se como mais aceitáveis do ponto de vista social e isso facilita o assumir do papel de doente. De facto, perpassa frequentemente pelo doente o receio de ser avaliado, julgado ou rotulado de “louco”. Aqui ancoramos no tremendo problema do estigma, da insensibilidade e do preconceito em relação aos doentes do foro psiquiátrico,

onde ainda há muito trabalho a fazer em Portugal, na comunidade, nas famílias e na comunicação social.

Acrescem àqueles sintomas, outros, ditos biológicos, como a variação diurna do humor, perdas da libido, apetite e peso, associados a uma multiplicidade de sintomas mais cognitivos, como sentimentos de autodesvalorização, ideias de pessimismo, culpa, morte ou mesmo ideias de suicídio, ou ainda outros sintomas que afetam a interação social. O critério tempo é essencial para a confirmação do diagnóstico de depressão *major*: existência do quadro clínico há, pelo menos, duas semanas.

Em certos casos, a depressão pode apresentar-se “mascarada” sob a forma de uma qualquer somatização, descrita usualmente como um desconforto ou dor, não explicável por um achado patológico atribuível a doença física. Destacam-se, de entre as dezenas de somatizações observadas na prática clínica, cefaleias de tensão, dispepsia ou epigastralgia (não ulcerosa), cólon irritável, tonturas, parestesias, fadiga crónica, palpitações, dor torácica atípica (não cardíaca) e lombalgias^[1].

■ A DEPRESSÃO E OUTRAS PATOLOGIAS

Das relações estreitas entre depressão e disfunções endócrinas, têm sido mais evidenciadas o hipotireoidismo, a síndrome de Cushing, a diabetes *mellitus* e a menopausa. Outras patologias a ter em conta no que diz respeito a esta interligação, além da enorme relevância do vasto campo das doenças oncológicas, são certas doenças infecciosas (por exemplo, sífilis, tuberculose, vírus da imunodeficiência humana – VIH), neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla, doença de Parkinson), cardiovasculares (por exemplo, enfarte de miocárdio), respiratórias (por exemplo, asma brônquica), inflamatórias (por exemplo, lúpus, vasculites), entre outras^[1].

■ A DEPRESSÃO E O SUICÍDIO

A depressão é, portanto, uma realidade clínica incontornável dos nossos dias e a principal doença que leva ao suicídio, conforme os estudos de autópsias psicológicas têm comprovado^[2]. Estima-se que cerca de 15% dos deprimidos, nas suas formas mais graves, poderão vir a cometer suicídio, ou seja, aproximadamente 20 vezes mais que a população geral^[1]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mesmo que a depressão se tornará uma das doenças mais incapacitantes do século XXI. Neste sentido, o absentismo e

os custos macroeconómicos têm vindo a ser cada vez mais valorizados, designadamente nos países desenvolvidos.

Dados epidemiológicos recentes apontam para que, em Portugal, cerca de 23% das pessoas sofram de uma qualquer patologia do foro psiquiátrico e que aproximadamente 8% estejam deprimidas, incluindo a globalidade dos quadros *major*, *minor* e bipolar, o que significa mais de 800 mil portugueses. Num estudo de há cerca de 10 anos, em cuidados de saúde primários, provavelmente só 20% dos doentes deprimidos estariam medicados com antidepressivos. Perante tais números, que não nos podem deixar indiferentes, sendo aliás dos mais elevados do mundo, facilmente se compreende que haverá, pelo menos, um doente do foro psiquiátrico em todas as famílias portuguesas^[3, 4].

Quando nos referimos anteriormente à possibilidade de um doente deprimido ficar enclausurado num sofrimento de culpa, ideação de morte ou mesmo ideação suicida, claro que estamos a descrever situações cuja gravidade pode fazer enveredar o doente por um processo suicida, como se fosse um trilho de memórias perturbadoras e de vivências que amedrontam. Por vezes há mesmo um reemergir de memórias traumáticas de infância ou adolescência, em que o doente faz analogias e balanços. Diálogos internos ao estilo “Eu não presto para nada, sou um falhado na vida, o mundo é muito perigoso, já não espero nada de bom no futuro” representam um bom exemplo da dificuldade da abordagem terapêutica^[5]. Claro que não poderemos confundir uma ideação de morte ativa com uma ideação de morte passiva. Exemplo para a primeira situação: “Vou-me matar no mesmo poço onde o meu pai se matou”, repete o doente idoso a quem o médico acaba de fazer o diagnóstico de cancro do pulmão; exemplo para o segundo caso: “Se Deus me levasse era uma benção”, refere a doente idosa, católica praticante, com graves artroses dos joelhos e que mal consegue andar. Portanto, no primeiro quadro existe uma ideação suicida associada a um plano suicida concreto, o que recomenda um redobrar de atenção e uma intervenção terapêutica mais robusta, incluindo a possibilidade de ativar um internamento.

■ O FENÓMENO DO SUICÍDIO

Em relação ao suicídio, ainda hoje é válida a definição de 1897 do sociólogo francês Durkheim^[6]: “Toda a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um indivíduo que conhece o resultado desse seu comportamento.” Na compreensão do fenómeno do sui-

cídio, o autor valoriza duas grandes dimensões sociais: integração e regulação. A primeira como as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo e a segunda como os requisitos normativos e morais exigidos para pertença ao grupo. O sociólogo considera quatro tipos de suicídio: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. No egoísta existiria baixa integração na sociedade (por exemplo, o divorciado); no altruísta, alta integração na sociedade (por exemplo, *sati* da viúva hindu; *kamikaze*, como exemplo ulterior); no anômico, baixa regulação da sociedade (por exemplo, o desempregado); no fatalista, alta regulação da sociedade (por exemplo, o homem oprimido). O singular conceito de anomia pode ser transportado para o nosso tempo, principalmente numa altura de grave crise económico-social. As relações entre anomia, depressão, desesperança e suicídio parecem por demais evidentes. Existe hoje, na sociedade, uma insatisfação generalizada pela não concretização de expectativas de uma melhor qualidade de vida quando comparada com aquela que os pais usufruíram no passado. Há atualmente indivíduos que se sentem abandonados e excluídos, o que pode redundar num perigoso sentimento de não pertença e consequente aumento do risco de suicídio.

Na passagem do determinismo da sociologia para a visão psicanalítica dos mecanismos da mente, 1917 é não só o ano da morte de Durkheim, mas simultaneamente o ano de “Luto e Melancolia” de Freud, um ensaio da compreensão das suas diferenças; o luto, como reação à perda, onde o mundo se torna vazio, e a melancolia, onde o ego se torna empobrecido. A partir daí, por exemplo em *Além do Princípio do Prazer* (1920), surgirão as pulsões de morte (*thanatos*) em oposição ao instinto sexual e pulsões de vida (*eros*).

A segunda geração psicanalítica explorará mais aprofundadamente: os desejos de matar, ser morto e morrer (Menninger); o ataque seletivo ao mau *self* (Klein); o desejo de suicídio por reunião (Zilboorg); o suicídio como fracasso social e vitória do egocentrismo (Adler); como desenvolvimento de uma personalidade neurótica desde a infância (Horney); como coisificação e alienação do ser humano com perda do sentido do *self* (Fromm); ou como ato de hostilidade e mensagem para os vindouros (Sullivan)^[7].

Portanto, também a nosso ver, ninguém se suicida a partir do vazio, ninguém se suicida para ser ignorado. Ou seja, há sempre uma história ou narrativa para contar. As mensagens de desesperança e de desespero podem ser mais ou menos explícitas. Não tenhamos dúvidas: podem aparentar estar escondidas, mas quase sempre existem. Há que procurar. Uma das regras de ouro é não temer falar sobre a ideação de morte. Um médico que no seu mis-

ter se sente desconfortável em abordar estas inquietações, assaz comuns nos doentes deprimidos, é porque ele próprio nunca se libertou da ilusão da onipotência ou não percebeu que a morte faz parte do ciclo da vida. Isto independentemente da possibilidade da persistência de mágoas, dores ou perdas pessoais perturbadoras, ainda que espúrias.

■ DEPRESSÃO ENDÓGENA/EXÓGENA E UNIPOLAR/BIPOLAR

De entre as diversas formas de depressão, teremos de perceber que as principais dicotomias clássicas são endógena *vs* exógena e unipolar *vs* bipolar.

Na depressão endógena valorizamos mais os fatores de vulnerabilidade neurobiológica e a gravidade dos sintomas clássicos. Em certas formas, menos comuns, poderá surgir o designado componente psicótico da depressão, como ideias deliroides de culpa (por exemplo, o doente achar-se culpado de todo o mal que está a acontecer na família), ruína (por exemplo, ser realmente rico e achar que vai ficar a viver na rua), ou niilismo (por exemplo, achar que está a apodrecer, variante conhecida como síndrome de Cotard)^[1].

Em todas as apresentações da depressão, a impulsividade pode desempenhar um papel muito relevante em certos comportamentos disruptivos, incluindo a passagem ao ato suicida. Com o desenvolvimento das neurociências, incluindo as novas tecnologias e os estudos genéticos, foi possível perceber que as regiões cerebrais relacionadas com a suicidalidade (isto é, ideação suicida e atos suicidas) não se restringem ao tronco cerebral, mas envolvem também o hipotálamo, o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal. Fruto de trabalhos de investigação da última década, principalmente após a sequenciação do genoma humano em 2003, são dezenas de genes candidatos a estar envolvidos na suicidalidade. Entre eles os mais conhecidos são os do sistema serotoninérgico (por exemplo, genes *5-HTT*, *TPH1*, *TPH2*, *5-HTR1A*, *5-HTRB*, *5-HTR2A*, *5-HTR2C*, *5-HTR5A*). Outros sistemas têm sido estudados: noradrenérgicos, dopaminérgicos, GABAérgicos, glutamatérgicos, óxido nítrico, neurotrofinas. Dentro das neurotrofinas existe um particular foco de interesse pelo défice de BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) e pelo gene *P75NTR* (*neurotrophin receptor P75NTR*)^[8].

Na depressão exógena, também por vezes dita reativa, detemo-nos preferencialmente nos acontecimentos de vida (AV) negativos e nas suas repercussões sobre as pessoas. A magnitude e a manutenção dos fatores precipitantes da doença e as facetas da personalidade, com os seus mecanismos de lidar

com as emoções e a conflitualidade nas esferas familiares ou sociais, são aspetos essenciais não só para a compreensão da psicopatologia mas também para a ponderação acerca do prognóstico.

Nos doentes bipolares é devida uma especial atenção ao risco de “viragem”, com eventuais perigosas ativações no início da passagem de uma fase depressiva para uma fase hipomaníaca ou mesmo maníaca; ou seja, um quadro clínico de irritabilidade intensa ou de euforia despropositada, acompanhado de uma grandiosa autoestima, agitação psicomotora, insónia, pressão do discurso, fuga de ideias, desinibição social, líbido exacerbada e envolvimento em atividades de prazer ou de risco sem medir eventuais consequências maléficas, como gastos disparatados ou otimismo absurdos. Como referia uma doente que dera entrada na enfermaria em fase depressiva há cerca de um mês, ainda com alguma crítica: “agora dizem que ando excitada, elétrica, agitada, sempre a fazer coisas”. Nos casos específicos de sintomatologia mista eufórico-depressiva, usualmente transitória, que se designa precisamente perturbação bipolar mista, é requerida uma certa vigilância face à possibilidade do agravamento do risco de suicídio. Dois aspetos importantes a justificar um maior controlo: agitação e impulsividade.

Ainda dentro do espectro da bipolaridade, duas breves referências: ciclotimia e perturbação bipolar de ciclos rápidos. A primeira cursa desde há anos e é uma variante esbatida da perturbação bipolar menos grave, com uma história de múltiplos episódios de sintomas hipomaníacos e depressivos que, todavia, não preenchem os critérios para depressão *major*; e a segunda reporta-se a um quadro de quatro ou mais episódios depressivos e mania ou hipomania durante o espaço de um ano, com existência de intervalos livres de sintomas.

■ PATOLOGIAS ASSOCIADAS ÀS PERTURBAÇÕES DO HUMOR

Entre as patologias afins, incluídas no grande grupo das perturbações do humor, relevam-se também a distímia e a perturbação afetiva sazonal. Raramente associadas à temática do suicídio, por um menor risco evidente, merecem aqui um apontamento sucinto.

A distímia corresponde a um quadro depressivo *minor* de longa duração, que cursa há mais de dois anos, onde são comuns sintomas como humor depressivo, perturbações do sono, perda de apetite, astenia, baixa autoestima, desesperança, dificuldades de concentração e dificuldades em tomar decisões.

A perturbação afetiva sazonal está relacionada com a persistente falta de luz no inverno. Muito mais comum no género feminino, caracteriza-se por uma sintomatologia de hipersónia, astenia, baixa autoestima, aumento de apetite, com maior ingestão episódica de hidratos de carbono (por exemplo, chocolates, bolos), do qual resulta frequentemente aumento de peso.

Tanto na distímia como na perturbação afetiva sazonal, os doentes, com maior ou menor dificuldade, vão conseguindo fazer as suas tarefas das esferas familiar, profissional, social ou escolar.

Um exemplo de um quadro clínico menos focado, e que sublinha a relevância de perceber pormenorizadamente a história clínica do doente deprimido ao longo dos anos, é a depressão dupla. Acontece que o próprio doente relata que uns episódios são diferentes de outros, quer a nível da subtileza dos sintomas quer da sua gravidade. Assim, na depressão dupla surge um quadro *major* que se sobrepõe à distímia^[1].

Existem ainda outras patologias correlacionadas, ou na interface das perturbações do humor, de que são exemplos a perturbação de adaptação ou ajustamento, a depressão pós-parto ou mesmo quadros polémicos, não consensuais, como a perturbação disfórica pré-menstrual. A primeira corresponde a uma reação depressiva breve, limitada no tempo (meses), consequente a um *stress* do quotidiano e denotando sintomas mistos ansioso-depressivos, com alteração da conduta e das emoções, por exemplo, crises de choro. A segunda ocorre aproximadamente em 10% das puérperas nos seis meses a seguir ao parto, com um “pico” às 3-4 semanas, e dura cerca de um mês. Finalmente, a terceira acompanha-se de elevados níveis de ansiedade, irritabilidade e labilidade emocional^[1].

■ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Estritamente dentro do âmbito da psiquiatria, os principais diagnósticos diferenciais dos quadros depressivos colocam-se mais com as múltiplas patologias da ansiedade, comportamento alimentar, personalidade, funcionamento intelectual limite, estados pré-demenciais, certas formas juvenis da esquizofrenia e consumo de substâncias, incluindo álcool^[1].

Numa outra perspectiva acerca do suicídio, poderemos sempre interpretar o fenómeno como resultado da confluência de fatores predisponentes com fatores precipitantes e rapidamente se percebe que certos “gatilhos” podem ser a gota de água que leva a esse ato de desespero. Há ainda que estar atento a perigosas comorbilidades, como o consumo de álcool ou de substâncias,

que agravam o prognóstico. Nestes casos específicos, é recomendável pesquisar se o padrão de consumo se modificou. Saber, por exemplo, se um consumidor regular de bebidas de baixo teor alcoólico se tornou num abusador noturno de bebidas de alto teor alcoólico, com vista a induzir o sono ou a esbater a angústia; se um consumidor regular de *Cannabis sativa* passou para os opioides fumados ou injetados; se começou a ingerir anfetaminas-*like* ou outras substâncias simpaticomiméticas. Estes registos são importantes para distinguir o que é primário do que é secundário, até porque muitas vezes a depressão surge em comorbidade.

■ RESILIÊNCIA

Tudo isto que temos vindo a expor pode ser complicado pelas ferramentas psicológicas usadas pela personalidade de cada um, com as chamadas estratégias de adaptação ao *stress* e aos conflitos emocionais. Sabemos que há indivíduos que têm uma maior capacidade de resiliência, de encaixar as agruras da vida e os dias mais cinzentos. Indivíduos que não catastrofizam os sinais do quotidiano, que conseguem sempre encontrar um raio de sol no meio da tempestade. Portanto, uns são mais tolerantes, estimulam a concórdia; outros são mais rígidos, estimulam a “lei do tudo ou nada, do 8 ou 80”, o designado pensamento dicotómico. Estes olham para a vida a preto e branco, não conseguem ver cinzentos. Dir-se-ia que o seu cérebro usa a linguagem digital dos computadores e não a linguagem analógica dos afetos, aquela que permite uma maior plasticidade e espaço para o estabelecer de compromissos^[9].

Precisamente por tudo o que temos vindo a referir se diz que os suicidas parecem radicais. Procuram uma solução para acabar de vez com uma dor que sentem como inevitável, intolerável e interminável. Querem parar a consciência. Acreditam que não conseguem continuar a viver sem certas necessidades psicológicas básicas, incluindo a de ser amado. Acham-se sem esperança e desesperados, numa grande solidão interior, sem quaisquer perspectivas ou horizontes^[10, 11]. Frequentemente impulsivos, sentem que têm de fugir, mas como acontece amiúde, a sua ambivalência, este pêndulo do querer-não-querer morrer, vai até ao fim, conforme múltiplos relatos de sobreviventes de suicídio frustrado, por métodos de elevado potencial letal, que temos observado ao longo da experiência clínica de mais de 30 anos^[9].

Noutra vertente, afinal quem são aqueles jovens que dão entrada nos Serviços de Urgência depois de uma sobredosagem medicamentosa ou mesmo

depois de cortar os pulsos? Ainda que em casos raros alguns venham a cometer suicídio no futuro, a quase totalidade incorpora um outro conceito: uma entidade designada por comportamento autolesivo, correspondente àquela figura mais lata desfocadamente chamada de tentativa de suicídio (TS) ou mesmo de parassuicídio, entre outras terminologias^[12-14]. Contudo, apesar de todas as polémicas conceptuais mais acesas no século XXI, a maior parte dos investigadores desta área prefere, atualmente, afastar o vocábulo suicídio de fenómenos que, podendo estar na “fronteira”, ou ainda que em casos muito especiais ligeiramente interligados, são diferentes do ponto de vista epidemiológico e clínico^[15-17]. Assim, recordando, em Portugal os suicídios são mais frequentes no sexo masculino, acima dos 45 anos, mais na Grande Lisboa e no Alentejo, principalmente de maio a julho, sendo os métodos mais utilizados: enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidção. Ao invés, os comportamentos autolesivos (sobredosagens medicamentosas) são mais frequentes no sexo feminino, entre os 15 e os 24 anos, e ocorrem em todo o país^[18-20].

■ PERFIL DA PESSOA COM COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS

A Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que recentemente comemorou os seus 20 anos (1992-2012), com uma plêiade de eventos científicos e culturais (Ciclo de Literatura, Ciclo de Cinema, Exposição “Entre o Vazio e a Vida”, numa parceria com o Coletivo *Os Pescadas*, 9.^{as} Jornadas sobre Comportamentos Suicidários, Luso), há muito que revelou o perfil da sua população de doentes, a quase totalidade configurando comportamentos autolesivos, oriundos do Serviço de Urgência, registando-se nesta introdução apenas uma brevíssima síntese dos principais dados de 448 jovens observados, devido a uma melhor homogeneidade da amostra e atendendo a aspetos conceptuais intrínsecos^[21]:

- 19 anos – média de idades;
- 80% – sexo feminino;
- 70% – intoxicação medicamentosa;
- 60% – mau relacionamento familiar; doença psiquiátrica de familiar;
- 50% – fumadores excessivos;
- 40% – suicídio ou tentativa de suicídio de familiar;
- 30% – maus tratos na infância; sem atividades de grupo;

- 20% – vítimas de abuso sexual; abusadores de álcool; não religiosos;
- 10% – intoxicação por pesticidas; admissão na Urgência por “cortes”; educados em instituição; internamentos prévios em Psiquiatria.

Estes comportamentos autolesivos decorrem da conjunção *stress*-vulnerabilidades, onde a evocação de memórias traumáticas ocupa um papel significativo; dependem ainda da personalidade e sua estrutura cognitiva, de um balanço entre múltiplos fatores de proteção e de risco. Na verdade, estamos a falar de comportamentos-doença subjacentes a uma patologia de afetos, ajustamentos, personalidade e interação familiar e social.

Entre os aspetos mais chocantes das centenas de observações contam-se as referências a episódios de maus tratos (físicos e psicológicos) e abuso sexual na infância ou princípio da adolescência^[22, 23].

Do ponto de vista diagnóstico, é frequente encontrar nos doentes com comportamentos autolesivos recorrentes (cerca de 20% apresentam três ou mais) a seguinte comorbilidade:

- Depressão ou perturbação de adaptação (reação de ajustamento);
- Perturbação da personalidade (*cluster* B>C>A), *borderline*, histriónica, dependente, obsessiva, etc.;
- Consumo de substâncias psicoativas (álcool, substâncias);
- Perturbação do controlo do impulso (impulsivos-explosivos).

Tais dados são colhidos quer pela observação clínica quer pela aplicação do nosso instrumento preferencial, a Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários (EACOS), que pode ser consultada no final deste livro^[22-24]. Muitos destes doentes, que adotam comportamentos recorrentes deste tipo independentemente de estarem deprimidos ou não, apresentam perturbações da personalidade, como a limite e a histriónica. Estamos a falar basicamente de uma população que não tolera a frustração e a conflitualidade do mundo dos afetos, de doentes que se dizem não amados e rejeitados, mesmo pela família nuclear, como algo persistente ao longo dos anos, a que chamámos de Rejeição Sentencial Familiar (RESF)^[22, 23]. A partir do nosso trabalho clínico empírico de centenas de casos, propusémos também uma tripla patologia para a generalidade deste tipo de doentes, mormente os recorrentes: do sentir, do tempo e do poder. Ou seja, sentem tudo muito excessivamente, lidam mal com o tempo, pela sua impaciência, e a nível das relações de poder ficam

desconfortáveis quando se interpretam como minorizados ou marginalizados dentro da família^[9, 22, 23].

Efetivamente, as tentativas de compreensão da associação entre comportamentos autolesivos e estratégias de lidar com emoções têm interessado muitos autores, mas apesar de vasta literatura na área, persistem ainda muitas dúvidas sobre o que representa ou significa esta “linguagem corporal”, designadamente na adolescência^[25]. Noutra prisma, também as famílias destes doentes revelam frequentemente um padrão de rigidez e conflitualidade, com elevados níveis de emoção expressa onde imperam o sobre-envolvimento emocional e o hipercriticismo^[26].

No caso particular dos jovens que se cortam, sabe-se hoje que se trata de um problema de Saúde Pública em certos países, tendo sido avançados números preocupantes e a inclusão na nomenclatura psiquiátrica americana (DSM-5) de uma nova doença em 2013: *Non-Suicidal Self-Injury* (NSI)^[27-30]. A maior parte destes comportamentos parece obedecer a um padrão de secretismo, uma forma de “loucura privada” ou de “alienação solitária”, mas quase sempre longe da intenção suicida. O objetivo pretendido é o alívio rápido de um estado de angústia. As referências a solidão, tristeza, tédio, vazio ou raiva são muito comuns, embora muitos destes doentes tenham dificuldade em expressar por palavras o que sentem. Precisamente por isso exibem a “revolta” possível pelo corpo, como uma variante da alexitimia. “Na oscilação entre a fantasia e a realidade, o sangrar é o alívio. Serve para baixar a tensão emocional da amargura ou do desamparo, para resolver no imediato um sofrimento tido como atroz e infundável.”^[9] É possível encontrar ainda uma diversidade de interpretações, algumas com suporte em análises matemáticas que evidenciaram quatro fatores, ou seja, reforço automático negativo (por exemplo, parar sentimentos desagradáveis), reforço automático positivo (por exemplo, para relaxar), reforço social negativo (por exemplo, evitar ir à escola), reforço social positivo (por exemplo, pedir ajuda), e outras, quicá, com considerações mais fantasiosas ou especulativas, sobre o fenómeno^[31]. Todavia, o mais importante é mesmo ouvir o que os doentes usualmente têm para dizer: “Prefiro a dor do corpo à dor da alma”.

Recentemente têm sido também enfatizados traços temperamentais de uma maior vulnerabilidade, importantes para a passagem ao ato, tais como perfeccionismo, baixa autoestima, impulsividade e perturbação da identidade. Estes dois últimos estão intrinsecamente relacionados com perturbação limite da personalidade, uma área um pouco nebulosa que alguns autores defendem ser uma variante de certas perturbações do humor, mas fora do âmbito deste livro^[32].

Todas estas preocupações sobre os comportamentos suicidários serviram de inspiração para a abertura de consultas especializadas em hospitais psiquiátricos para doentes que protagonizaram estes gestos (Lisboa, Coimbra, Braga, Portalegre e Guimarães são disso exemplos) e, simultaneamente, têm vindo a interessar diversos investigadores em Portugal, quer por múltiplas publicações, conferências, oficinas de trabalho ou outros contributos sobre a matéria, como a criação da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, em 2000, quer ainda através de Teses de Doutoramento na área da Suicidologia^[4, 18, 22, 33-41].

Na verdade, o médico de família é um elemento essencial quando se aborda a problemática das relações estreitas entre a depressão e o suicídio. A grande maioria dos doentes deprimidos recorre primeiramente ao seu médico assistente e este capital de confiança deve ser valorizado e enriquecido. É desejável que a psiquiatria dos hospitais e das universidades desça da sua “torre de marfim” e se aproxime dos cuidados de saúde primários numa articulação simplificada e desburocratizada, além de uma disponibilidade total para os aspetos da formação permanente, o que só pode revelar-se profícuo para todos nós cidadãos, principalmente em 2013, ano da elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS)^[42].

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Semple D, Smyth R. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- [2] Lonnqvist JK. Psychiatric aspects of suicidal behavior. In: *Suicide and Attempted Suicide*, pp. 107-20. Eds. K Hawton & Van Heeringen: Wiley; 2000.
- [3] Caldas de Almeida JM, Xavier M. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1.º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf; 2013.
- [4] Gusmão RD. *Depressão: Detecção, Diagnóstico e Tratamento. Estudo de Prevalência e Descrição das Perturbações Depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2005.
- [5] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press; 1979.
- [6] Durkheim E. *O Suicídio*. Lisboa: Editorial Presença; 1977.
- [7] Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de Psicanálise*. Brasil: Zahar; 1998.
- [8] Mann JJ. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 2009; 65: 556-63.

- [9] Saraiva CB. *Estudos sobre o Para-suicídio*. Coimbra: Redhorse Indústria Gráfica; 2006.
- [10] Shneidman ES. *Definition of Suicide*. New York: Wiley; 1985.
- [11] Mayo DJ. What is being predicted? Definitions of "Suicide". In: *Assessment and Prediction of Suicide*, pp. 88-101 Eds. RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger e RI Yufit. New York, London: The Guilford Press; 1992.
- [12] Morgan H, Burns-Cox C, Pollock H, Pottle S. Deliberate self-harm: clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *British Journal of Psychiatry*. 1975; 126: 564-74.
- [13] Kreitman N. *Parasuicide*. London: Wiley; 1977.
- [14] Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof A, De Leo D, Lonnqvist J, Platt S. Background and introduction to the study. In: *Attempted Suicide in Europe. Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*, pp. 3-15. Eds. A Kerkhof, A Schmidtke, U Bille-Brahe, D De Leo e J Lonnqvist. Leiden (Holanda): DSWO Press; 1994.
- [15] O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996; 26: 237-52.
- [16] De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior – Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006; 27(1): 4-15.
- [17] Hawton K, Saunders K, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012; 379(9834): 2373-82.
- [18] Santos JC. *Suicídio e Autópsia Psicológica – Estudo Compreensivo e Redefinição das Estratégias de Categorização das Mortes Auto-infligidas*. Tese de Doutoramento em Medicina Legal. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1998.
- [19] Campos MA, Leite S. O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*. 2002; 81-106.
- [20] Veiga FA, Saraiva CB. Age patterns of suicide: Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*. 2003; 24(2): 56-67.
- [21] Saraiva CB. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*. 2010; 31(3): 185-205.
- [22] Saraiva CB. *Para-suicídio: Contributo para uma Compreensão Clínica dos Comportamentos Suicidários Recorrentes*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 1997.
- [23] Saraiva CB. *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto; 1999.
- [24] Saraiva CB. Entrevista de Avaliação dos Comportamentos Suicidários (EACOS). *Psiquiatria Clínica*. 1998; 19(4): 251-74.
- [25] Guerreiro DF, Cruz D, Frasilhinho D, Santos JC, Figueira ML, Sampaio D. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: A critical review of the last 10 years' literature. *Archives of Suicide Research*. 2013; 17: 91-105.
- [26] Santos JC, Saraiva CB, Sousa L. The role of expressed emotion, self-concept, coping, and depression in parasuicidal behavior: A follow-up study. *Archives of Suicide Research*. 2009; 13: 358-67.
- [27] Klonsky ED, Muehlenkamp JF, Lewis SP, Walsh B. *Nonsuicidal Self Injury*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; 2011.

- [28] Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Joiner TE. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A preliminary Study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2012; 3(2): 167-75.
- [29] Reis M, Matos MG, Ramiro L, Figueira I. Understanding self-harm in young people: an emotional unbalance in need for intervention. *Problems of Psychology in the 21th century*. 2012; 4:50-61.
- [30] American Psychiatric Association. *Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [31] Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Jul; 41(5): 759-73.
- [32] Orbach I, Iohan-Barak M. Psychopathology and risk factors for suicide in the young; theoretical and empirical. In: *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, A Global Perspective*, pp. 633-41. Eds. D Wasserman & C Wasserman. UK: Oxford University Press; 2009.
- [33] Sampaio D. *Tentativas de Suicídio na Adolescência: Interpretação Sistêmica e Redefinição de Estratégias Terapêuticas*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1985.
- [34] Cruz JP. *Terapia Cognitiva de los Intentos de Suicidio: Cambiando Historias de Muerte por Historias de Vida*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Sevilha; 2000.
- [35] Santos JC. *Emoção Expressa e Comportamentos Para-suicidários*. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto; 2006.
- [36] Castilho PC. *Modelos de Relação Interna: Autocriticismo e Autocompaixão, uma Abordagem Evolucionária Compreensiva da sua Natureza, Função e Relação com a Psicopatologia*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2012.
- [37] Cruz DM. *Viver com a vida, “morrer com a vida” – proteção e risco em trajetórias auto-destrutivas na adolescência*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 2013.
- [38] Rothes IM. *Suicidal Behaviours: explanations, current practices and difficulties of health professionals and the impact of patient suicide*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto; 2013.
- [39] Brás MS. *Condutas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia da Universidade do Algarve; 2013.
- [40] Guerreiro DF. *Comportamentos autolesivos em adolescentes em idade escolar: a sua relação com mecanismos de coping, temperamento e psicopatologia*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2013.
- [41] Santos SA. *O impacto dos suicídios nos familiares: sintomatologia psicopatológica e ideação suicida*. Tese de doutoramento. Departamento de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Évora; 2013.
- [42] Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Disponível em www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf; 2013.