

revisão

Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta

Association between childhood loss trauma and depression in adulthood

Maria Lucrecia Scherer Zavaschi^a, Fabíola Satler^b, Daniela Poester^c, Cláudia Ferrão Vargas^d, Rafael Piazenski^b, Luís Augusto Paim Rohde^e e Cláudio Laks Eizirik^f

^aDepartamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ^bMedicina da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ^cMedicina da ULBRA. Canoas, RS, Brasil. ^dMedicina da PUC-RS. Porto Alegre, RS, Brasil. ^eDepartamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. ^fDepartamento de Psiquiatria e Medicina Legal e Coordenador da Pós-graduação em Psiquiatria da FAMED/UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo Observações clínicas efetuadas por psicanalistas sugerem que psicopatologias da idade adulta podem ter sido originadas na infância. Estudos publicados na última década identificaram associação entre trauma na infância e depressão na vida adulta. Vivências traumáticas na infância, como a perda de vínculos afetivos devido à morte de pais ou de irmãos ou, ainda, a privação de um ou de ambos os pais por separação ou abandono constituem importantes fatores associados à depressão na vida adulta. O objetivo do presente artigo é revisar a literatura dos últimos dez anos, considerando os fatores associados à depressão, particularmente aqueles relacionados aos estressores presentes na infância. A metodologia utilizada foi de busca *on-line* nas bases de dados Medline, PsycINFO, Cochrane e Lilacs, referentes ao período de maio de 1991 a maio de 2001. A maioria dos estudos incluídos nesta revisão encontrou uma associação significativa entre trauma por perdas na infância e depressão na vida adulta, com variação na intensidade das associações observadas.

Descritores Acontecimentos que mudam a vida. Depressão. Associação.

Abstract Clinical observations from psychoanalysts suggest that psychopathologies in adulthood might have been originated in childhood. Studies published in the last decade identified a significant association between childhood trauma and depression in adulthood. Trauma experienced during childhood such as ruptures due to the death of parents or siblings, or deprivation of one or both parents due to separation or abandonment are important factors associated to depression in adult life. The objective of the present paper is to review the last ten years of literature regarding the factors associated to depression, particularly those related to childhood stressors. Literature search was based on Medline, PsycINFO, Cochrane and LILACS, referring to the period from May 1991 to May 2001. The majority of studies included in this review found a significant association between childhood loss trauma and depression in adult life, with variation in the magnitude of the observed associations.

Keywords Life experiences. Stressful events. Depression. Association.

Introdução

A depressão tem apresentado maior prevalência nos estudos ao longo dos anos, cobrando um alto preço social à humanidade. As taxas da doença em todo o mundo variam de 4% a 10% na população em geral. Ao longo da vida, a prevalência varia de 10% a 25% para as mulheres e 5% a 12% para os homens.^{1,2} No Brasil, foram encontradas as seguintes taxas de prevalência: 2,8% (Brasília), 1,9% (São Paulo) e 10,2% (Porto Alegre).^{3,4}

O principal documento da Organização Mundial da Saúde

(OMS) – o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – que focou exatamente “a saúde mental, os novos conhecimentos e as novas esperanças”,⁵ confere à depressão o quarto lugar entre as 20 doenças de maior AVAD (anos de vida perdidos por morte prematura e por “descapacidade”). O conceito de AVAD avalia a morbidade combinando a informação relativa ao impacto da morte prematura e a relativa a outros problemas de saúde “descapacitantes”, mas não mortais. As projeções para os próximos 20 anos são de que a depressão alcance o segundo lugar

entre as doenças de maior AVAD. A depressão rouba mais anos de vida útil nos EUA do que a guerra, o câncer e a AIDS juntos. O custo *per capita* anual de cada cidadão deprimido nos EUA é de seis mil dólares. No Brasil, não foram encontradas estimativas acerca do custo social desta doença.

Sendo matéria de tamanha relevância, justifica-se todo estudo relacionado à etiologia da depressão, fatores de risco e fatores associados a esta entidade nosológica.^{3,4,6}

Entre os fatores associados à depressão na vida adulta, encontram-se a exposição a estressores na infância, como a morte dos pais ou substitutos, as privações materna ou paterna por abandono, separações ou divórcio, entre outros.

Nos primórdios da psicanálise, Freud atribuiu às neuroses dos adultos a traumas infantis, sendo que a extensão dos danos decorrentes do trauma variava de acordo com a vulnerabilidade de cada indivíduo.⁷⁻¹⁰ A depressão ou “melancolia” seria multicausal, sendo um dos fatores concorrentes a perda de um ente querido ou representante deste.⁸

De origem grega, o termo trauma significa ferida, furar,¹¹ sendo utilizado na medicina para identificar as conseqüências de uma violência externa.¹² Freud transpôs o conceito de trauma para o plano psíquico, conferindo-lhe o significado de um choque violento capaz de romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo. O trauma pode se referir a um único acontecimento externo ou a um acúmulo deles. Freud assinalou também o duplo destino do trauma: a) aquele que estrutura e organiza o ego, permitindo, através de eventos sucessivos, a repetição, a rememoração e a elaboração; e b) o trauma negativo, que se torna um verdadeiro entrave para o desenvolvimento do psiquismo, funcionando como um corpo estranho que impede o processo do pensar, levando em alguns casos à devastadora desorganização do ego.¹³ Assim, Freud formulou a hipótese de que o psiquismo seria estruturado a partir do patrimônio genético, modelado pela primitiva relação do bebê com seus pais, constituindo-se no que chamou de “experiências infantis”. Essas experiências desempenham um papel crucial, tanto na resolução das diferentes etapas de desenvolvimento, quanto no enfrentamento das vicissitudes decorrentes de traumas. Para ele, a etiologia das neuroses também estava relacionada à qualidade desse patrimônio genético, que incluía a bagagem pré-histórica do indivíduo, acrescida de suas experiências infantis e de um fator traumático precipitante.¹⁴

Freud postulou que a relação primitiva do bebê com sua mãe se estabelece de forma inalterável, sendo o protótipo de todas as relações posteriores e fundando o ego, que se constrói ao longo do desenvolvimento. Diante da ameaça de separação da mãe, o bebê responde com ansiedade e, perante sua perda real, com a dor do luto.¹⁵

As respostas psicológicas do indivíduo no longo prazo e as vicissitudes como perdas na infância podem ser consideradas também no contexto da teoria do “attachment”.¹⁶⁻¹⁸ Assim, se as necessidades da criança encontrarem disponibilidade por parte do adulto, se estabelecerá progressivamente um vínculo seguro, estruturando um *self* autoconfiante, capaz de fazer frente

a situações de estresse, percebendo o mundo externo de forma confiável. Inversamente, o não estabelecimento de um vínculo seguro leva à construção de um *self* frágil, com a percepção de um mundo externo hostil. Quanto mais jovem, mais vulnerável pode se encontrar o indivíduo para fazer frente a eventos traumáticos.

Psicanalistas como Anna Freud,¹⁹ Melanie Klein,²⁰ Abraham,²¹ Green,²² Cohen,²³ Fonagy,²⁴ Bemporad,²⁵ Shengold,²⁶ Shechter,²⁷ entre outros, desenvolveram teorias a respeito dos traumas de infância de seus pacientes e as repercussões nocivas em sua vida adulta. Tais repercussões se prendiam a prejuízos na qualidade de vida e nas relações interpessoais e até em manifestações clínicas como depressão, entre outras patologias.

Teóricos e clínicos que sucederam Freud têm corroborado seus achados.^{25,26,28,29} Há pesquisadores que encontraram relação entre experiências infantis adversas, de gravidade cumulativa, com diversas doenças da vida adulta, tendo inclusive a morte como possível desfecho.³⁰

O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura dos últimos dez anos no que diz respeito aos fatores associados à depressão na vida adulta, especificamente aqueles relacionados a traumas durante a infância ou adolescência (antes dos 18 anos de vida). Para fins desta revisão, a avaliação se restringirá a eventos estressores intrafamiliares, de natureza específica, como perdas ocorridas por morte de um ou de ambos os pais, separação permanente da criança de seus pais por divórcio ou abandono e separação da criança de seus irmãos por morte ou por fator de outra natureza. A definição de separação não implica que os filhos nunca mais tenham visto seus pais, mas que estes nunca mais moraram juntos.

Método

Foi utilizada a busca *on-line*, em que as bases de dados foram a Medline, PsycINFO, Cochrane e Lilacs; o período revisado foi de maio de 1991 a maio de 2001.

Os termos de busca foram: “*loss*”, “*death*”, “*parents*”, “*mother*”, “*father*”, “*trauma*”, “*distress*”, “*stress*”, “*child*”, “*children*”, “*childhood*”, “*depression*”, “*depressive*”, “*adult*”, “*adults*”, “*adulthood*”.

Além disso, houve uma pesquisa de ineditismo do tema por meio de consulta às bibliotecas e às bases de dados de pesquisa nas seguintes universidades: UFRGS, PUCRS, UFBA, UFC, UFF, UFMG, UFPR, UFRJ, UNB, Unesp, Unicamp, Unifesp, USP e teses brasileiras (IBICT). Os termos de busca para esta pesquisa foram *depressão*, *depressivo*; os tipos de documentos foram teses e dissertações. Para garantir a abrangência de busca foram utilizados apenas os termos depressivo e depressão. Foi realizada uma análise manual de todos os títulos recuperados, visando a identificação de algum título que se referisse à associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta no Brasil. Não se encontrou nenhuma tese ou dissertação específica quanto a perdas e depressão, ainda que o tema não seja alheio a relevantes pesquisas no Brasil, enunciadas no texto a seguir.

Revisão da Literatura

Vários transtornos psiquiátricos em adultos têm sido relacionados a algum trauma na infância. A magnitude do problema é variável, sendo que alguns estudos apontam para a ocorrência de traumas na infância em aproximadamente 50% dos adultos com psicopatologia.³¹

Autores como Kirtland³² acreditam que depressão maior, transtorno afetivo bipolar e distímias estejam associados a traumas na infância. O abuso sexual está mais relacionado a transtornos dissociativos, o estresse pós-traumático a acidentes,³³ enquanto perdas por morte ou separação estão relacionadas à depressão.^{34,35}

Ainda são escassos no Brasil, ou na América Latina, os estudos de associação de trauma na infância com psicopatologias na vida adulta.^{3,4,36-38} Em 1996, foi realizada uma pesquisa transversal, de base populacional, na cidade de Pelotas RS, Brasil, para estudar eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência e sua possível associação com transtornos psiquiátricos menores na idade adulta. Foram entrevistadas 841 pessoas, havendo uma prevalência de 23,8% de transtornos psiquiátricos menores. Tais transtornos estavam associados, de forma estatisticamente significativa, com eventos estressantes na infância. Os eventos estudados foram: perda por morte ou abandono de pessoa afetivamente significativa, separação dos pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar com doença crônica ou grave e presença de familiar que bebia muito.³⁷ Além da associação entre eventos negativos e depressão maior, a percepção e reedição do evento parecem também ser fatores predisponentes para depressão.⁴

Na América Latina³⁹ encontrou-se uma outra referência sobre estresse durante a infância e psicopatologia na vida adulta, na qual Numhauser Tognola et al examinaram 256 mulheres, donas de casa, atendidas na unidade de Saúde Mental do Hospital de Ancud, Chiloé, Chile. Encontraram que 220 delas (86%) apresentavam alguma forma de depressão clínica. Das pacientes que relataram sua história infantil, (n=147), 91,8% informaram ter sofrido experiências traumáticas na infância.

No plano internacional, no entanto, um volumoso número de pesquisas tem demonstrado uma associação entre traumas na infância e depressão na vida adulta, especialmente estudos realizados nos EUA e na Europa. Kessler, Davis e Kendler,⁴⁰ a partir da Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), nos EUA, observaram 26 tipos de adversidades, incluindo, por exemplo, situações de perda (divórcio parental), psicopatologias parentais (depressão materna) e outros traumas (estupro). Essas adversidades estavam associadas de forma consistente com o início, mas não com a persistência, dos transtornos de humor, ansiedade, abuso e dependência de substâncias e conduta. A partir da análise multivariada, verificaram que o peso de cada fator foi sendo somado aos demais, tendo efeitos cumulativos relacionados com o início dos transtornos. As adversidades apresentaram pouca especificidade; no entanto, seus efeitos persistiram além da infância desses indivíduos. Os pesquisadores concluem que o conjunto das adversidades na infância e as comorbidades ao longo da vida indicam a necessidade de pre-

caução quanto à interpretação de que uma única adversidade poderia estar relacionada a um transtorno isolado. Eles recomendam também que novos estudos sejam efetuados no intuito de verificar se os efeitos adversos estão principalmente relacionados ao desencadear do transtorno ou se criam vulnerabilidades que levam a um persistente aumento do risco

Os mesmos autores, na busca de modelos etiológicos integrados⁴¹ estudaram 680 pares de gêmeas a partir de uma amostra populacional, utilizando nove variáveis preditoras de depressão. O modelo preditivo de variância foi o que mais se ajustou em relação à depressão (50,1%). Enquanto 60% do fator genético estava diretamente relacionado à depressão, os 40% restantes se relacionavam de forma indireta, mediados por história prévia de episódios depressivos e outros eventos estressores. O modelo sugere que pelo menos quatro dos seguintes fatores de risco, interagindo, são necessários para a compreensão da etiologia da depressão maior: (a) experiências traumáticas, (b) fatores genéticos, (c) temperamento e (d) relações interpessoais.

Em outro estudo, com pares de gêmeos, Goldberg⁴² sugere que o ambiente familiar primitivo tenha importância menor na etiologia da depressão. Nesse caso, a maior parte da variância é atribuível à genética ou a fatores ambientais não compartilhados. Essa pesquisa conclui que os fatores sociais influenciam na prevalência da depressão, mas o seu efeito não é independente da vulnerabilidade geneticamente determinada.

Patten⁴³ reuniu dados acerca de 2.432 sujeitos, por meio de uma metanálise, encontrando que, em relação às mulheres, houve uma significativa associação entre a perda de um dos pais antes dos 11 anos e depressão; concluiu também que perder a mãe mais cedo também pode representar um duplo risco para depressão. Houve uma incidência significativamente mais alta de perda na infância entre os indivíduos deprimidos do que entre os não-deprimidos. Sobre esta questão destaca-se o trabalho de Bron et al⁴⁴ que, a partir de uma amostra de 328 pacientes deprimidos, encontrou um aumento de incidência de tentativas de suicídio naqueles com experiência de perdas na infância, tanto por separação quanto por morte, sendo que o aumento da tendência suicida foi atribuído principalmente à perda do pai.

Uma extensa pesquisa de âmbito nacional foi realizada nos EUA para avaliar as conseqüências da ausência dos pais na infância a partir de 13.017 sujeitos. Aqueles que foram separados de um dos pais durante a infância apresentaram um escore mais alto para a depressão do que os que foram criados e cuidados continuamente por seus pais. A ausência dos pais, por qualquer motivo - como divórcio, morte e outras -, foi relacionada com elevados índices para depressão.⁴⁵

Landerman et al⁴⁶ examinaram 3.801 adultos quanto à questão da separação dos pais antes dos 10 anos de vida devido a divórcio, morte e doença mental nos pais durante os primeiros anos da infância. Eles consideraram que tais eventos estressantes aumentaram a probabilidade de múltiplos sintomas psiquiátricos durante a vida adulta. Os resultados sugeriram que (a) a doença mental de um dos pais aumenta a proba-

bilidade de que eventos estressantes resultem em depressão, (b) a separação dos pais por divórcio, interagindo com eventos estressantes, aumentaria também a vulnerabilidade aos problemas com álcool e transtornos psiquiátricos.

Ferguson et al⁴⁷ consideram que a conotação afetiva resultante dos eventos estressores, como medo, desafio ou perda pode implicar em fator de risco para a depressão.

Para outros autores, a associação entre perda parental na infância e depressão na vida adulta segue ainda controversa. Furukawa et al, estudando pacientes com doença afetiva bipolar, unipolar e um grupo controle, verificou que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à incidência de morte de pai, de mãe ou separação antes dos 16 anos entre os pacientes bipolares e controles. No entanto, as mulheres com depressão unipolar haviam experimentado maior perda materna do que os controles correspondentes.⁴⁸

Mireault & Bond,⁴⁹ estudando 140 sujeitos que haviam perdido pai ou mãe antes dos 18 anos, comparando-os com um grupo controle (n=239), ao contrário das expectativas, não encontrou diferenças quanto à ansiedade e depressão. Os sujeitos enlutados pontuaram escores levemente mais altos que os controles, no que diz respeito à vulnerabilidade percebida. A análise de regressão logística apóia a noção de que essa vulnerabilidade pode agir como mediador cognitivo no desenvolvimento de ansiedade e de depressão. O suporte social pode ajudar a minimizar a ansiedade e a depressão nos adultos que perderam um pai na infância.

Alguns autores encontraram associação de traumas na infância com sintomas específicos, de caráter neurovegetativos, em pacientes depressivas adultas.⁵⁰

Entre os estudos da última década, destaca-se o trabalho de Agid et al⁵¹ que, considerando os fatores genéticos predisponentes, buscaram pesquisar no ambiente, em especial no início da vida, a perda parental como fator concorrente para a patologia psiquiátrica na vida adulta. Para tanto, realizaram um estudo caso-controle, no qual consideraram a perda dos pais, devido à morte ou separação permanente, antes dos 17 anos, em pacientes com depressão maior (n=136), transtorno bipolar (n=107) e esquizofrenia (n=160). Compararam esses pacientes com 170 controles, provindos da população saudável. Encontraram que a perda parental durante a infância aumentava significativamente o desenvolvimento de depressão maior durante a vida adulta: (OR=3,8; p=0,001). O efeito da perda devido à separação permanente (p=0,008) foi maior do que o da perda por morte. Quando a perda ocorria antes dos nove anos (OR=11,0; p=0,003) comparada com perdas mais tardias também teve uma associação evidente com a depressão na vida adulta. De maneira geral, a perda precoce dos pais também foi significativa em outras patologias como no transtorno bipolar (OR=2,6; p=0,048), e esquizofrenia (OR=3,8; p=0,01), principalmente quando a perda ocorreu antes dos nove anos (OR=4,3; p=0,01).

McLeod,⁵² analisando dados provenientes de 884 mulheres e de 777 homens com perda dos pais na infância por morte ou divórcio, concluiu que a perda por divórcio estava relacionada

mais fortemente a conseqüências negativas na vida adulta do que à perda por morte. Estas correlações eram mais fortes nas mulheres do que nos homens.

Kendler et al⁵³ examinaram o impacto da perda dos pais antes dos 17 anos sobre a psicopatologia na vida adulta, sob o ponto de vista epidemiológico e epidemiológico-genético. Examinaram 1.018 pares de mulheres gêmeas, verificando se a perda na infância estava associada a maior risco para depressão, ansiedade generalizada, pânico e fobias na vida adulta. O risco para depressão foi significativamente relacionado à história de separação dos pais, mas não para a morte dos pais. Resultados semelhantes foram encontrados no Japão.⁵⁴

Em um estudo canadense utilizando uma amostra da comunidade, De Marco⁵⁵ encontrou que em 1.393 adultos o início ou a recorrência de episódios depressivos, entre outros, estavam relacionados a traumas e experiências infantis precoces, associadas ao abuso de substâncias ou doença mental dos pais, sendo preditores significativos para o início de depressão maior. Os pais portadores de doença mental, de ordem genética ou não, muitas vezes não conseguem dispensar os cuidados necessários aos filhos, tornando-se pais ausentes, o que gera prováveis repercussões sobre o psiquismo do filho, a exemplo da configuração caracterizada como “mãe morta” pelo psicanalista André Green.²²

Bemporad & Romano,²⁵ revisando 17 estudos acerca de experiências infantis e depressão na vida adulta, encontraram que os pacientes deprimidos apresentavam história de privação paterna e materna inicial, pais superprotetores, rejeitadores ou menos afetivos, quando comparados aos controles.

A elaboração do luto, no entanto, pode atenuar os efeitos deletérios decorrentes das perdas. Saler & Skolnick,⁵⁶ estudando 90 adultos que haviam perdido seus pais na infância, avaliaram a qualidade dos cuidados parentais do pai sobrevivente e o ambiente familiar após a morte. A ausência aos rituais de morte do pai ou da mãe acarretou maiores índices de depressão e sentimentos de culpa. Este achado enfatiza a importância de apoio e permissão para que a criança possa falar abertamente sobre sua dor com os familiares sobreviventes.

Nessa mesma direção, Luechen,⁵⁷ aplicando questionários a dois grupos de sujeitos, um com perda parental (n=30) e outro sem perda (n=31), encontrou, a partir de uma análise multivariada, que aqueles com perda de um dos pais na infância apresentavam aumento de hostilidade, relações familiares atuais empobrecidas, maior intensidade de sintomas depressivos e menor suporte social quando essa perda era sucedida de frágeis vínculos com os familiares sobreviventes.

Entre os fatores que podem modificar a probabilidade do desenvolvimento de depressão após a morte de um dos pais estão, portanto, as condições pré, peri e pós-morte. Esses fatores se referem à qualidade da relação com o pai que faleceu, às circunstâncias da perda e aos cuidados do pai sobrevivente.⁵⁸

Com o objetivo de investigar melhor a relação entre perda na infância e depressão na vida adulta, Brown, Harris e Bifulco⁵⁹ examinaram um grupo de 255 mulheres separadas de suas mães na infância. Aquelas que desenvolveram de-

pressão tiveram experiências adversas no período pós-perda, enquanto as outras descreveram uma continuidade de cuidados após a perda da mãe.

Outro aspecto identificado pelos pesquisadores diz respeito ao caráter sazonal de alguns quadros depressivos, que de fato correspondiam a reações de aniversário associadas a intensas experiências traumáticas na infância, adolescência ou vida adulta. Os autores sugerem que as reações de aniversário podem constituir-se em um subgrupo dos transtornos afetivos sazonais, que são precipitados primariamente por fatores psicológicos e não apenas por condições climáticas.⁶⁰

Okley Browne et al⁶¹ estudaram a influência da morte dos pais, separação ou divórcio parental, outros tipos de perda antes dos 15 anos, como fator de risco para depressão maior em mulheres adultas de 18 a 44 anos. Foi realizada análise de regressão logística para controle dos fatores de confusão. A perda dos pais esteve associada a períodos de depressão ao longo da vida, mas seu efeito foi menos significativo quando ajustado para outros fatores como a separação prolongada de ambos os pais. Implicou um risco três a quatro vezes maior de episódios depressivos atuais e ao longo da vida, além de riscos aumentados para transtornos na infância. Entretanto, há várias associações de fatores sociais e contextuais presentes nessas famílias, anteriores à separação dos pais.

Outro artigo,⁶² analisando os resultados de uma pesquisa com 249 mulheres que perderam suas mães antes dos 17 anos, tanto por morte como por separação, constataram um risco dobrado para depressão e transtornos de ansiedade. Houve um índice particularmente alto para aquelas que perderam suas mães antes dos seis anos. A experiência com a mãe antes da perda, possivelmente vinculada a doença prévia, explica a ligação entre a depressão, a ansiedade e a perda prematura.

Além das manifestações clínicas da depressão no adulto, a partir das vivências traumáticas na infância, as pesquisas têm buscado também encontrar marcadores neurobiológicos para esta condição. A possibilidade do estudo simultâneo dos processos neurobiológicos, das medidas neurofisiológicas, técnicas de imagem cerebral e comportamento, permitem a busca de elos entre a aparente dicotomia cérebro-mente. Em acréscimo à contribuição genética para o estudo da vulnerabilidade a transtornos do humor e de ansiedade, foi postulado um papel proeminente aos eventos adversos precoces.^{16,63} Os traumas por perda na infância não só se manifestam por depressão na vida adulta, como podem exercer mudanças definitivas no metabolismo neuroquímico.⁶³

A maioria das informações acerca dos efeitos da privação precoce sobre o desenvolvimento cerebral provém de experimentos com animais. Tais estudos têm demonstrado que períodos breves e repetitivos de separação materna levam a uma reação de estresse nos filhotes recém nascidos, que se expressa por aumento da secreção de glicocorticóides, com resultante morte de células hipocâmpais. Um dia de privação materna foi suficiente para diminuir, nesses animais, a quantidade do fator neurotrófico neuronal no hipocampo, levando à morte celular.⁶³

Alguns estudos propuseram que os eventos adversos no iní-

cio da vida podem levar o indivíduo humano a uma vulnerabilidade aos efeitos estressores resultando em aumento no risco de psicopatologia por alterações duradouras nos circuitos neuronais.^{64,65}

Outros autores, como Heim et al⁶⁶ também sugeriram que o estresse no início da vida resulta em uma sensibilização ou hiperatividade do fator liberador de corticotrofina do SNC, podendo contribuir, desta forma, para o desenvolvimento de transtornos do humor e de ansiedade.

Discussão e conclusões

A maioria dos estudos apresentados nesta revisão, com exceção de dois^{48,49} encontrou uma associação significativa entre trauma por perdas na infância e depressão na vida adulta, sendo que o grau de associação variou conforme o estudo. Alguns autores preferiram, ao invés de estudar isoladamente os traumas, agrupá-los por similaridade e, desta forma, estabelecer as correlações com a depressão na vida adulta.

A totalidade dos autores estudados, independentemente da corrente de pensamento a que se filiem, acredita que a etiologia das doenças afetivas seja de natureza multifatorial. A discordância quanto a essa questão reside em uma série de fatores. Entre eles, encontra-se a divergência quanto à proporção com que cada fator concorre para a configuração da depressão na vida adulta. Além disso, o modo de interação desses fatores, seja de forma direta ou indireta, e a influência que exercem um sobre o outro, ainda são objeto de questionamentos e pesquisas.⁶⁷

Outro questionamento, ao longo desta revisão, encontrado também na maioria dos estudos retrospectivos, corresponde ao que os pesquisadores denominam viés de memória, devido ao qual os pacientes adultos deprimidos podem apresentar uma tendência a distorcer suas lembranças, geralmente no sentido de piorá-las ou focar com mais intensidade os aspectos negativos dos eventos, acarretando um viés de aumento de casos de falsos positivos nos achados.^{25,67}

Os autores consultados na presente revisão acreditam que o trauma, incidindo sobre um indivíduo geneticamente vulnerável, pode desencadear o primeiro episódio depressivo. Desta forma, o indivíduo poderá ficar mais vulnerável, a partir desse primeiro episódio depressivo, uma vez que, além da experiência dolorosa apreendida, poderá haver uma alteração em nível neuroendócrino que favorecerá a reedição de novos episódios depressivos diante de diferentes estressores, conferindo-lhe uma qualidade aditiva.

A associação de trauma por perda na infância com depressão na vida adulta, sugerida por psicanalistas e psiquiatras do século passado, vem sendo também estudada atualmente em diferentes dimensões. As abordagens neurobiológica e genética têm buscado alguns dos elos que subjazem aos conhecidos fenômenos clínicos. As alterações funcionais e estruturais do cérebro, decorrentes de adversas experiências precoces, identificam padrões neurobiológicos que fornecem substrato para a maior vulnerabilidade e regulação dos afetos; porém, a maior parte dos estudos nesse âmbito é ainda com animais.¹⁶

Outros estudos promissores pesquisam os efeitos das primeiras relações entre a mãe e o bebê, que, segundo Freud,¹⁵ estabelecem o protótipo das demais relações ao longo da vida. Os padrões de “attachment” identificados entre as mães e seus bebês,¹⁶⁻¹⁸ já vêm encontrando algum paralelo com os achados neuroquímicos irreversíveis encontrados nos filhotes de rato quando separados de suas mães.⁶⁸

Estudos desde diferentes perspectivas poderão aproximar pesquisadores que buscam o entendimento de doenças crô-

nicas como a depressão, sobretudo no que diz respeito a fatores de risco.^{6,42}

A utilidade das pesquisas acerca dos fatores de risco para a depressão reside na possibilidade de que sejam estudadas as intervenções precoces apropriadas.⁶⁴

O estudo de fatores psicossociais, que supostamente limitem a expressão hereditária associada à depressão, também validam esta busca de fatores de risco, que poderão servir de subsídio para uma definição e elaboração de futuro plano preventivo.

Referências

1. Dan G, Blazer II MD. Mood disorders epidemiology in kaplan e sadock comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams e Wilkins; 2000. p. 1298-302.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-9.
3. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatr* 1997;171:524-9.
4. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:1-5.
5. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
6. Chisholm D, Amir M, Fleck M, Herrman H, Lomachenkov A, Lucas R, et al. Summary Longitudinal Investigation of Depression Outcomes (The LIDO Study) in primary care in six countries: comparative assessment of local health systems and resource utilization. *Int J Method Psychiatr Res* 2001;10(2):59-71.
7. Freud S. A etiologia da histeria. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1896. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 3. p. 215-49.
8. Freud S. Luto e melancolia, 1917/ 1915. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. vol. 14. p. 271-348.
9. Freud S. Estudos sobre a histeria, 1893-1895. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. vol. 2. p. 13-308.
10. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, 1905. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. vol. 7. p. 123-252.
11. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa [revisada e ampliada]. 2^o ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.
12. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 5^a ed. Santos: Livraria Martins Fontes; 1979.
13. Freud S. Moisés e o monoteísmo, 1939. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 23. p. 13-161.
14. Freud S. Teoria geral das neuroses, 1917, 1916. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 16. p. 289-539.
15. Freud S. Esboço de psicanálise, 1938. In: S. Freud obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 165-321.
16. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatr* 2000; 48(8):778-90.
17. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969. p. 3-56.
18. Liem JH, Boudewyn AC. Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self and social functioning: an attachment theory perspective. *Child Abuse Neglect* 1999;23(11):1141-57.
19. Freud A. Comments on psychic trauma, 1967, 1964. In: The writings of Anna Freud, research at hampstead child therapy clinic and other papers 1956-1965. New York: International Universities Press 1967; p. 221-41.
20. Klein M. El duelo y su relación com los estados maniaco-depressivos, 1940. In: Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós y Horme; 1975. p. 259-301.
21. Abraham K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago; 1970. p. 32-50.
22. Green A. narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Editora Escuta; 1988. p. 247-82.
23. Cohen DJ. Enduring sadness – early loss, vulnerability and the shaping of character. *Psychoanal Stud Child* 1990;45:157-78.
24. Fonagy P, Target M. Understanding the violent patient: the use of the body and the role of the father. *Int J Psycho-Anal* 1995;76:487-501.
25. Bemporad JR, Romano S. Childhood experience and adult depression: a review of studies. *Am J Psycho-anal* 1993;53:301-5.
26. Shengold L. Maus tratos e privação na infância: assassinato da alma. *J Am Psychoanal Assoc* 1979;27:533-59.
27. Shechter, RA. Recovering edipal bliss in grief resolution: a case study of early object loss. *Issu Psychoanal Psychol* 1998;20:1:29-41.
28. Paris J. Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Canad J Psychiatr* 1998;43:148-53.
29. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long term sequelae of child and adolescent abuse. *Child Abuse Neglect* 1996;20:709-23.
30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE). *Study. Am J Prevent Med* 1998;14(4):245-58.
31. Craine L, Henson C, Colliver J, & MacLean D. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39 (3), 300- 304.
32. Kirtland P, Prout M, Schwarz R. Post-traumatic stress disorder a clinician’s guide. New York: plenum press; 1991. p. 118-21.
33. Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 43-60.
34. Figueroa EF, Silk KR, Huth A, Lohr NE. History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Compr Psychiatr* 1997;38:23-30.
35. Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Beery, LC, Silberman R, Priigerson J, & Reynolds CF. Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 154 (7) 1003-1009.
36. Barros F, Victora C. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec-Unicef; 1994.
37. Ustárroz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [Dissertação de Mestrado]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1997.

38. Villano LAB, Nanhay ALG. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações atendidas em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil: revisão dos estudos nos últimos vinte anos. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos. Rio de Janeiro: Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental; 1997.
39. Numhauser TJ, Schwartz RN. Mujeres sobrepasadas, el drama médico-social de las jefas de hogar politraumatizadas desde la infancia: revisión clínica de 256 casos. Rev Psiquiatr 1999;4:221-9.
40. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the us national comorbidity survey. Psychol Med 1997;27(5):1101-19.
41. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. Am J Psychiatr 1993;150(8):1139-48.
42. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illnesses. Br J Psychiatr 2001;40 (Suppl):69-71.
43. Patten SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. Canad J Psychiatr 1991;36(10):706-11.
44. Bron B, Strack M, Rudolph G. Childhood experience of loss and suicide attempts: significance in depressive states of major depressed and dystimic or adjustment desordered patients. J Affec Disord 1991;23(4):165-72.
45. Amato PR. Parental absense during childhood and depression in later life. Sociol Quarter 1991;32(4):543-56.
46. Landerman R, George LK, Blazer DG. Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experienced and recent stress. J Nerv Mental Dis 1991;179(11):656-63.
47. Ferguson E, Lawrence C, Matthews G. Associations between primary appraisals and life-events while controlling for depression. Br J Clin Psychol 2000;39(2):143-55.
48. Furukawa TA, Ogura A, Hirai T, Fujihara S, Kitamura T, Takahashi K. Early parental separation experiences among patients with bipolar disorder and major depression: a case control study. J Affec Dis 1999;52(1-3):85-91.
49. Mireault GC, Bond L. A Parental death in childhood: perceived vulnerability and adult depression and anxiety. Am J Orthopsychiatr 1992;62(4):517-24.
50. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania and gender. Am J Psychiatr 1998;155(12):1746-52.
51. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. Mol Psychiatr 1999;4(2):163-72.
52. McLeod JD. Childhood parental loss and adult depression. J Health Soc Behav 1991;32(3):205-20.
53. Kendler KS, Neale MC, Kessler V, Ronald C, Heath AC, et al. Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. Arch Gen Psychiatr 1992;49(2):109-16.
54. Kunugi H, Sugawara N, Aoki H, Hirose T, Kazamatsuri H. Early parental loss and depressive disorder in Japan. Euro Psychiatr Clin Neuroscien 1995;245(2):109-13.
55. De-Marco, Richard R. The Epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample. Canad J Psychiatr 2000;45:1:67-74.
56. Saler L, Scholnick N. Childhood parental death and depression in adulthood: roles of surviving parent and family environment. Am J Orthopsychiatr 1992;62(4):504-16.
57. Luecken LJ. Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression and social support. J Psychosom Res 2000;49:85-91.
58. Knijnik J, Zavaschi ML. Fatores de risco associados à perda parental na infância que dificultam a elaboração do luto. Rev Psiquiatr RS 1994; 16(2):171-5.
59. Harris T, Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of parental care. Psychol Med 1986; 16:641-59.
60. Beratis S, Gourzis P, Gabriel J. Psychological factors in the development of mood disorders with a seasonal pattern. Psychopathol 1996;29(6):331-9.
61. Oakley BM, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Disruptions in childhood parental care as risk factors for major depression in adult women. Australian N Zealand J Psychiatr 1995;29:437-48.
62. Bifulco A, Harris T, Brown G. Morning or early inadequate care? Reexamination of maternal loss in childhood with adult depression and anxiety. Develop Psychopatol 1992;4(3):433-49.
63. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain: a review. J Child Psychol Psychiatr 2000;41:97-116.
64. Heim C, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. Persistentes mudanças nos sistemas de liberação da corticotrofina devido a estresses no inicio da vida: sua relação com a psicopatologia da depressão maior e do estresse pós-traumático. Psychopharmacol Bull 1997;33(2):185-92.
65. Yehuda R. Psychoneuroendocrinology of post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am Psychoneuroendocrinol 1998;21(2):359-79.
66. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-Adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. J Am Med Assoc 2000;284(5):592-7.
67. Johnson L, Andersson-Lundman G, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Age of onset in affective disorder: its correlation with hereditary and psychosocial factors. J Affec Dis 2000;59(2):139-48.
68. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med 2002;346(2):108-14.

Correspondência:

Maria Lucrecia Zavaschi
Avenida Cavallhada, 5205 casa 7
91751-830 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: zavaschi@terra.com.br
