



Associação de Apoio aos Doentes
Depressivos e Bipolares

IPSS de utilidade pública com fins de Saúde

A Depressão é uma doença que se trata



Este texto foi feito a pensar não só nas pessoas que têm experiência de depressão, mas também em todos os que com elas convivem.

Serafim Carvalho

Médico Psiquiatra

José Manuel Jara

Médico Psiquiatra

Inês Bandeira Cunha

Médica Psiquiatra

Atualização: Março de 2017- Sónia Cherpe, Psicóloga Clínica

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão será a segunda causa de incapacidade em 2020 e prevê-se que em 2030 seja a primeira causa de mortalidade e morbidade a nível mundial (World Federation for Mental Health, WFMH, 2012). A depressão é um estado intenso e pervasivo de sofrimento. Dado que as recaídas em estados depressivos ocorrem com elevada frequência, é de primordial importância reconhecer, identificar os primeiros sinais e procurar ajuda – médica, psicológica, de amigos - para que o seu tratamento se inicie o mais precocemente possível. Apresenta-se como um estado que tende a ser recorrente e frequentemente crónico, sendo necessário, muitas vezes, terapêutica médica, psicoterapia e até outras ações complementares (como Grupos Psicoeducativos), durante vários anos, incentivando-se a inclusão de familiares, amigos, entidades patronais – tão nucleares para o bem estar - muitas vezes desinformados, outras vezes partilhando o “peso” destes estados dolorosos.

1. O que é a depressão?

2. Qual a frequência?

3. Quais as causas?

4. O que fazer?

a) Terapêutica com medicamentos antidepressivos

- Diferenças entre os antidepressivos
- Os antidepressivos são drogas?
- Quanto tempo demoram os antidepressivos a atuar?
- Que sintomas os antidepressivos melhoram?
- Em que doses se tomam os antidepressivos?
- Os antidepressivos são sempre eficazes?

b) Electroconvulsioterapia

c) Intervenção Psicológica

d) Outras intervenções complementares

5. Frases que NÃO SE DEVEM DIZER a uma pessoa em depressão

6. Frases de apoio à pessoa em depressão

1. O que é a depressão?

A depressão é uma perturbação do estado do humor que atinge a esfera dos interesses, da vontade, da capacidade cognitiva e a regulação dos instintos. Não deve ser confundida com sentimentos de alguma tristeza (o “estar em baixo” ou “desmoralizado”), geralmente em resposta a acontecimentos marcantes da vida, que passam com o tempo e que, geralmente, não impedem a pessoa de ter uma vida de acordo com o que pretende e com um estilo protetor do próprio.

Na depressão, os sintomas tendem a persistir durante um certo tempo (pelo menos, duas semanas seguidas, durante a maior parte dos dias e do dia) e podem agrupar-se de forma variável em cada pessoa, sendo os mais frequentes os seguintes:

- Sentimentos de tristeza, vazio e aborrecimento;
- Sensações de irritabilidade, tensão ou agitação;
- Sensações de aflição, preocupação, insegurança e medos, contudo, os receios tendem a ser infundados;
- Diminuição da energia, fadiga e lentidão;

- Perda de interesse e prazer nas atividades diárias;
- Perturbações do apetite, do sono, do desejo sexual, e variações significativas do peso (mais frequentemente no sentido da diminuição podendo contudo ocorrer aumento);
- Pessimismo e perda de esperança;
 - Sentimentos de culpa, de auto desvalorização e ruína, que podem atingir uma dimensão delirante (sem fundamento real);
- Alterações da concentração, memória e raciocínio;
- Sintomas físicos não devidos a outra doença (dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica, mal estar geral);
- Ideias de morte e tentativas de suicídio.

Exemplos

“Não ligo a nada, nada, nada... nada me alegra, sem gosto, nem de me arranjar, nem de sair, nada... não tenho vontade de fazer a minha vida”

“Fastio, desencanto, aborrecimento...”

“Não tenho alegria nenhuma, tanta tristeza... não tenho mais cura... quero morrer, andar neste mundo não dá interesse nenhum.”

“Estou cansado, muito cansado... não faço nada de jeito...”

“Sinto a cabeça oca, sinto-me empedernida, comprimida, um aperto grande por toda a cabeça.”

“A minha cabeça está fraca, a memória está gasta...”

“Choro sozinho, outras vezes é um aperto que não me deixa chorar...”

Estes sintomas perturbam significativamente o rendimento no trabalho, a vida familiar e o simples existir da pessoa, que sofre intensamente.

Há diferentes formas e graus de gravidade de depressão.

Em alguns casos, geralmente graves, os sintomas podem surgir sem relação aparente com acontecimentos traumáticos da vida, sob forma de episódios que perduram por vários meses. Muitas vezes os episódios repetem-se ao longo da vida.

Noutros casos, a intensidade dos sintomas é menor, as pessoas vão conseguindo trabalhar, mas permanecem com uma sensação de fadiga, tristeza, desinteresse e tensão, que se arrasta durante anos. Estes estados são designados por estados distímicos.

Por vezes, a pessoa não se sente triste, manifestando-se, então, a depressão por sintomas, como a irritabilidade, fadiga, dores várias, pressão no peito, insónia, perturbações gastrointestinais (náuseas, vómitos, diarreia, etc.), o que leva a pessoa a pensar que sofre de outros estados que não os depressivos, dificultando o diagnóstico.

Algumas depressões, aparecem associadas a fases de excitação, euforia, nos quais o estado do humor é persistentemente elevado, expansivo (entusiasmo incessante e indiscriminado) ou até, e também, irritável. São estados depressivos que se encontram relacionados com a perturbação bipolar. Nas fases eufóricas, a auto estima das pessoas está engrandecida e existe uma certa perda de noção da realidade, que pode levar a pessoa, neste estado, a fazer gastos excessivos e a iniciar negócios inoportáveis.

A depressão é diagnosticada, considerando o todo da pessoa, no sentido físico, psicológico e social.

Convém ter presente que os sintomas depressivos podem fazer parte do quadro de outras doenças (Doença de Parkinson, Doenças da Tireoide, Suprarrenal e outras); resultar do uso de certas substâncias (álcool e outras drogas) e de alguns medicamentos (para a tensão arterial, hormonas e outros).

Por isso, o médico pesquisa não só os acontecimentos traumáticos da vida da pessoa, mas também os medicamentos que está a tomar, e a existência de outros contextos habitualmente associados à depressão. Uma boa parte das pessoas com outro tipo de doenças crónicas (p. ex., osteoarticulares, da pele ou cardiovasculares), podem vir a sofrer de depressão.

Certos períodos da vida, como a infância, a adolescência e a senescência podem facilitar o desencadeamento de crises depressivas. Na mulher o período pós-parto e a menopausa predis põem à depressão. Há casos em que a depressão está associada às estações do ano.

2. Qual a frequência?

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, globalmente, 350 milhões de pessoas sofram de estados depressivos.

“Em relação à morbilidade, são as doenças infecciosas, e as doenças mentais, nomeadamente a depressão, inclusivamente sobre as crianças e adolescentes, as mais frequentemente alvo de atenção” (Augusto, 2014; Marques, 2014; McKee, 2012; Mota, 2014; Duarte, 2015 *in Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de primavera, 2015*).

A depressão pode afetar o ser humano em qualquer idade. Ao longo da vida, 25% das mulheres e 10% dos homens vêm a sofrer de depressão. Em cada momento, cerca de 6% da população Portuguesa sofre de depressão.

3. Quais as causas?

Ainda que não seja totalmente claro o que causa, especificamente, os estados depressivos, a investigação aponta para que seja uma combinação de fatores genéticos, biológicos, contextuais e psicológicos.

Existe uma predisposição hereditária para alguns tipos de depressão, embora não se conheçam ainda as formas precisas dessa transmissão. Sabe-se, por exemplo, que em certas depressões, gémeos, separados à nascença, têm cerca de 70% a 80% de probabilidade de iniciar uma depressão, mesmo tendo vivido num ambiente diferente. O sistema serotoninérgico, particularmente o polimorfismo funcional no gene transportador da serotonina (5-HTTLPR), está significativamente relacionado com a depressão e existem evidências suficientes sobre a sua interação com o contexto (Sheikh et al., 2008; Homberga & Hoveg, 2012).

Os conhecimentos atuais, permitem evidenciar a existência de alterações em algumas substâncias cerebrais na depressão (neurotransmissores, i.e., serotonina, noradrenalina ou dopamina).

Os acontecimentos traumáticos, adversos, da vida contribuem também para o aparecimento da depressão. Problemas familiares, o stress diário, ou não, a morte de alguém próximo, os estados de doença, uma crise financeira, conflitos prolongados, podem funcionar como precipitantes, ou facilitadores, de episódios depressivos.

O estilo atitudinal da pessoa para lidar com os acontecimentos da vida, e conseqüentemente com os estados depressivos, podem também correlacionar-se com uma maior predisposição, ou manutenção, para estados depressivos.

4. O que fazer?

O médico de clínica geral situa-se numa ação de primeira linha. Os médicos psiquiatras atendem os casos mais difíceis. A orientação terapêutica depende do tipo e gravidade da depressão, bem como da presença de outras doenças, medicações concomitantes e de outros fatores.

A intervenção de outros técnicos, como os enfermeiros, os psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, são ações complementares necessárias, sabendo-se que só as terapêuticas combinadas asseguram uma recuperação mais eficaz a longo prazo.

a) Terapêutica com medicamentos antidepressivos

É o tratamento médico mais utilizado e indicado para tratar as depressões, sendo indispensável para a maioria dos doentes deprimidos.

Início do tratamento: É um período muito importante, que se segue ao diagnóstico da depressão. O médico seleciona o(s) medicamento(s) apropriado(s), indica as doses, informa sobre a evolução dos sintomas, disponibilizando-se para um contacto, caso seja necessário.

A motivação para o tratamento é essencial: uma interrupção precoce ou a redução das doses sem o consentimento médico resulta num fracasso do tratamento. As melhorias registam-se, em geral, após 2 a 3 semanas de tratamento contínuo. Os efeitos secundários são um fator que também pode levar à interrupção da terapêutica. É muito importante que procure esclarecer todas as suas dúvidas com o seu médico acerca destes efeitos, para não pôr em causa o seu tratamento.

Em casos mais complicados, quando não há apoio familiar, ou quando a gravidade da depressão assim o aconselhe, será necessário um internamento hospitalar.

Para qualquer dúvida contacte o médico.

Fase de manutenção: Pode durar 6 ou mais meses, dependendo da gravidade e tipo de depressão. É o período de consolidação das melhorias, consultas menos frequentes e estabilização da dose terapêutica.

Prevenção de recaídas: Em certos casos é necessário manter o apoio terapêutico muito mais prolongado do que o habitual, ou até de modo permanente, para evitar que a doença não se agrave ou se instale de novo.

É de realçar que na Doença Depressiva é mais frequente haver tendência para episódios repetitivos, sendo o episódio depressivo único a “exceção”. Se a recorrência dos episódios é frequente, justifica-se a prevenção psicofarmacológica antidepressiva.

No caso dos episódios serem Bipolares (crises de euforia alternando com períodos de depressão) a prevenção deverá ser feita com estabilizadores do humor, como o carbonato de lítio, o Valproato ou a Carbamazepina. Nestes casos a utilização prolongada de medicamentos antidepressivos é prejudicial, podendo ocasionar um aumento de crises.

Os fármacos antidepressivos são medicamentos cuja ação decorre no cérebro, modificando e corrigindo a transmissão neuro química em áreas do Sistema Nervoso que regulam o estado do humor (o que equivale para o doente deprimido, a tristeza, angústia, desinteresse, desmotivação, falta de energia, alterações do sono e do apetite e muitos outros sintomas). Os medicamentos antidepressivos não atuam quando o estado do humor é normal.

Diferenças entre os antidepressivos:

- Os antidepressivos pertencem a grupos farmacológicos diferentes, com diferentes mecanismos de atuação no cérebro.
- Perfil de ação terapêutica diferente, sendo uns mais ativadores melhorando mais a inação, a falta de energia e lentificação), outros melhores para a angústia ou a agitação que podem ser proeminentes no quadro clínico.
- Importantes diferenças nos efeitos secundários (indesejáveis), os quais podem contraindicar alguns dos antidepressivos em função desses efeitos adversos, tendo em conta a idade, a tolerância, outras doenças que possam coexistir com a depressão, contraindicações formais, etc. É importante que o médico saiba de outras doenças, como, por exemplo, as cardíacas, as dos olhos, da próstata, etc. É importante dar a conhecer medicamentos que se tomem regularmente e antidepressivos que já tenham sido prescritos, e sua eficácia e respetiva tolerância.
- A diversidade das depressões, cujas causas e mecanismos são potencialmente diferentes, justifica a necessidade de diferentes grupos de antidepressivos, com diversos mecanismos de ação, pois um doente pode não melhorar com um antidepressivo e melhorar com outro. Por vezes é necessária a combinação de dois antidepressivos com diferentes mecanismos de ação.
- Os antidepressivos investigados mais recentemente caracterizam-se por terem menos efeitos anticolinérgicos (i.e. secura de boca ou obstipação) e por serem mais seletivos sobre os neurotransmissores cerebrais, mas não são mais eficazes que os primeiros, que continuam a ser muito úteis.

Os antidepressivos são drogas?

Não. Os antidepressivos são medicamentos que não produzem dependência, sendo a sua ação terapêutica resultante de um reequilíbrio da perturbação depressiva. São medicamentos que só atuam em pessoas doentes, não modificando o estado psíquico de quem não tem depressão.

Quanto tempo demoram os antidepressivos a atuar?

Em geral, a ação terapêutica dos antidepressivos é relativamente lenta. Depois de iniciada a toma do medicamento, com a dose correta, deve-se esperar o começo da melhoria dos sintomas de depressão ao fim de cerca de 15 dias, mas a recuperação pode tardar um mês. É importante saber esperar, confiar no médico e no tratamento.

Que sintomas os antidepressivos melhoram?

As depressões são muito diferentes, tanto nos sintomas que apresentam, como na sua gravidade, evolução e reação do doente à depressão. Há depressões muito graves, outras moderadas e leves. Há depressões de duração breve, média e longa (por vezes, crónica, tendência frequente).

O tratamento antidepressivo, corretamente prescrito pelo médico, produz, em geral, um importante alívio da maioria dos sintomas depressivos, como a tristeza, a angústia, a lentificação, a diminuição da energia, a falta de concentração, o desinteresse, as alterações do sono e do apetite, e das ideias negativas (de culpa, de auto desvalorização e de suicídio). Por vezes é útil e necessário combinar a medicação antidepressiva com medicamentos específicos para a ansiedade que com muita frequência acompanha a depressão.

Em que doses se tomam os antidepressivos?

A recomendação absoluta é seguir a dose prescrita pelo médico. Muitas vezes inicia-se o tratamento com uma dose mais pequena, que se eleva gradualmente até ao nível considerado terapêutico. Se se registarem no início efeitos indesejáveis, p. ex.: secura de boca, tonturas, obstipação, enjoos ou sonolência, há que informar o médico, mas isso não significa que o medicamento esteja a fazer mal. Em alguns casos, devido à intolerância produzida no início, pode ser necessário reduzir a dose ou mudar para outro antidepressivo. Não se deve esquecer que o medicamento pode levar algumas semanas até começar a aliviar a depressão. Acredita-se que os antidepressivos abaixo de uma certa dose são ineficazes, ao contrário dos tranquilizadores que têm sempre um efeito terapêutico, mesmo em doses pequenas.

Reduzir a dose sem ser por indicação médica é um erro, pois pode impedir a recuperação. Uma dose exagerada, como com a maioria dos medicamentos, é sempre perigosa.

Os antidepressivos são sempre eficazes?

Não. Estudos em grandes grupos de doentes com um antidepressivo isolado, revelam que só cerca de 60 a 70% dos doentes deprimidos melhoram. Por vezes um doente terá de fazer dois ou mais medicamentos antidepressivos sequencialmente, ou em combinação, e em associação com outros fármacos que potenciam os antidepressivos. Em alguns casos a depressão não cede aos antidepressivos por diversas razões, em que se inclui a coexistência de doença física, o uso de álcool ou de drogas, a gravidade dos fatores psicossociais ou tão só a não resposta da doença depressiva aos medicamentos.

Os medicamentos antidepressivos são um grupo terapêutico excepcionalmente importante no tratamento das depressões e na sua prevenção. Dada a importância individual, familiar e social das doenças depressivas, com o sofrimento que as caracteriza, a incapacidade que produzem, a incompreensão e rejeição a que muitas vezes conduzem os pacientes e o risco de suicídio, e seu tratamento guinda os medicamentos antidepressivos a um nível de importância a par de muitos outros fármacos eficazes indispensáveis para a medicina e a psiquiatria.

b) Electroconvulsioterapia (ECT)

A maioria das pessoas que fazem ECT encontram-se em estados depressivos. Embora hajam tratamentos medicamentosos para a depressão, algumas pessoas não recuperam totalmente e outras demoram muito tempo a recuperar. É uma terapêutica importante e pode até ser

indispensável em depressões graves com risco de suicídio, em depressões resistentes aos antidepressivos e em psicoses depressivas. Obriga ao consentimento informado da pessoa, ou de um familiar próximo.

- Qual é a eficácia da ECT?
Oito em cada dez pessoas em estados depressivos que estão a fazer ECT melhoram significativamente, o que torna a ECT o tratamento mais eficaz para a depressão grave. As pessoas que melhoraram com ECT dizem que voltaram a ser como eram e que a sua vida voltou a valer a pena ser vivida.
- O que não se deve esperar da ECT?
Os efeitos da ECT aliviam os sintomas da depressão, mas não fazem desaparecer as circunstâncias da vida. Uma crise de depressão pode associar-se a alguns conflitos, a mal entendidos com os outros, em casa ou no trabalho. Estas situações continuarão a existir no fim da ECT, carecendo de intervenções complementares. Pelo facto dos sintomas depressivos terem diminuído, ou se terem dissipado, a pessoa estará em melhor condição para se focar noutros aspectos da sua vida. Por outro lado, depois da melhoria do estado depressivo, e de acordo com o médico assistente, a medicação para estabilizar o humor, e prevenir novos estados, deverá manter-se.
- Quais os tratamentos alternativos?
Os medicamentos antidepressivos podem ser eficazes no tratamento de estados depressivos e podem resultar tão bem como a ECT. Competirá ao seu médico a avaliação e proposta de tratamento.

Os preconceitos contra este tratamento são regra geral fruto da ignorância e de medos incutidos socialmente. A maioria das pessoas recupera a capacidade de trabalhar e de levar uma vida produtiva depois do tratamento com ECT.

c) Intervenção Psicológica

É ilegítimo tentar caracterizar os medicamentos antidepressivos como pílulas milagrosas ou entender que a intervenção em estados depressivos se limita à prescrição de um medicamento. Sendo importante a medicação, como em outras áreas da medicina, ou até outros estados de sofrimento psicológico, é também importante a compreensão, a explicação, a intervenção psicológica individual e/ou familiar.

Há pessoas, com certos tipos de depressão (estados depressivos unipolares, leves ou moderados) que melhoram só com a psicoterapia (por exemplo: psicoterapia cognitivo-comportamental ou psicoterapias de grupo), muitas outras obtêm vantagens com a associação da psicoterapia à medicação antidepressiva.

No estabelecimento de uma relação terapêutica, em acordo mútuo, existe a intenção de um aumento de consciencialização do que são estados depressivos, de uma ação de acordo com a identificação/ação o mais precoce possível na interrupção da evolução de um estado inicial e na (re)ativação dos recursos pessoais (quer de relação interpessoal, quer de projetos e valores de vida). Conta muito para uma recuperação efetiva, o esforço ativo desta dupla, da pessoa em vivência do estado depressivo e do psicólogo, dispondo da medicação como uma ajuda importante, mas sem ignorar a necessidade de conhecer vulnerabilidades, escolher comportamentos, formas de estar com os pensamentos, e emoções, mais protetoras do bem estar próprio.

A Psicoterapia Cognitivo-comportamental (Artigo 4.º, ponto 2., alínea c) dos Estatutos da ADEB) é uma linha da psicoterapia que promove uma diversidade de abordagens, com vista ao desenvolvimento de estratégias e instrumentos para lidar com situações de maior cuidado e atenção, no quadro dos estados depressivos unipolares ou bipolares.

d) Outras intervenções complementares (patentes no Artigo 5.º dos Estatutos da ADEB)

- **Grupos Psicoeducativos (GPE)**
De forma a melhorar a adesão à terapêutica farmacológica; reconhecer os sintomas de recaídas e prevenir possíveis futuras recaídas; promover a consciencialização e

proporcionar aos associados (incluindo familiares e/ou outros cuidadores) aptidões para lidar com estados de sofrimento psicológico;

- **Grupos Terapêuticos de Stress e Ansiedade (GTSA)**

Dado que, não raras vezes, os estados depressivos acontecem associados a emoções de ansiedade e de contextos indutores de *stress*;

- **Grupos de Prevenção de Ideação e Comportamento Suicida (GPICS)**
Abordam este fenómeno complexo e multidimensional de ordem psicopatológica, antropológica, psicológica e social;

A possibilidade do suicídio deve estar presente. O recurso às várias entidades de saúde (quer hospitalares, quer comunitárias) deve ser incentivado, de modo a que possa iniciar-se uma intervenção/ação adequada o mais rapidamente possível, contribuindo assim decisivamente para atenuar esse risco.

- **Atividades sócio-ocupacionais**

Nomeadamente, apoio e reabilitação psicossocial nas atividades de vida diária; apoio sócio-ocupacional, incluindo convívio e lazer (atividades sócio- culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade) e apoio de grupos de autoajuda.

- **SOS: Sentir ADEB**

Meio de apoio à distância, mais acessível e prático, para que as pessoas, em estado de angústia, ansiedade e ideações suicidas, obtenham informações sobre estados depressivos, tendo em vista ajudar a atenuar o sofrimento. Este serviço engloba a resposta através de diferentes meios: telefone, correio eletrónico e postal.

5. Frases que NÃO SE DEVEM DIZER a uma pessoa em Depressão

“EU PENSAVA QUE TU ERAS MAIS FORTE”

“ISSO É TUDO DA TUA CABEÇA”

“TENS É QUE TER FORÇA DE VONTADE”

“DEIXA DE TE LAMENTARES”

“HÁ PESSOAS QUE ESTÃO MUITO PIOR DO QUE TU”

“TU TENS TUDO PARA SER FELIZ, PORQUE ANDAS ASSIM?”

“NÃO DEVIAS TOMAR TODOS ESSES MEDICAMENTOS”

“FAZ MAS É UMA VIAGEM”

“BEM, TODA A GENTE ESTÁ EM BAIXO DE VEZ EM QUANDO”

“PORQUE NÃO SORRIS À VIDA?”

“O MUNDO NÃO É ASSIM TÃO MAU”

“NÃO PENSES NISSO”

“É TUDO CULPA TUA”

Dado que, muitas vezes, os estados depressivos não são identificados pelo próprio, nem diagnosticados/sinalizados, surgem comentários de desvalorização da pessoa por parte de outros (incluindo a família, amigos, colegas), como “fraco”, “incapaz”, “preguiçoso”, “maluco”, “não tens força de vontade”, “precisas é de te distrair e de não pensar tanto”(…). Estes julgamentos diminuem ainda mais a imagem pessoal, acentuam a culpa, devido à avaliação injusta e desinformada na maior parte das vezes, das dificuldades que se associam a um período, por si só já doloroso, de quem experiencia o “estar” depressivo, não sendo úteis.

6. Frases de apoio ao doente deprimido

“GOSTO MUITO DE TI.”

“PODES CONTAR COMIGO.”

“ESTOU AQUI.”

“SE ME ACONTECESSE O MESMO, EU TAMBÉM ESTARIA ASSIM. É HUMANO ESTARES ASSIM.”

“LAMENTO QUE ESTEJAS A SOFRER, CONTA COMIGO”

“ÉS IMPORTANTE PARA MIM E O QUE SENTES TEM MUITA IMPORTÂNCIA”

“SINTO QUE ESTÁS A SOFRER MUITO. QUE TAL PROCURARMOS APOIO JUNTO AO TEU MÉDICO?”

“O QUE ACONTECEU É UMA FASE QUE PASSA”

“ESTÁS NUMA FASE DE DEPRESSÃO PARA A QUAL EXISTE SAÍDA, COMO ACONTECEU EM FASES ANTERIORES”

“PRECISAS DE DESCANSAR, E TENS ESSE DIREITO, PARA TE PODERES REESTABELECEER E CONTINUAR A TUA VIDA”

Na vivência de estados depressivos – “80 % das pessoas demonstram melhorias significativas quando a intervenção é adequada. Daí ser crucial aprender os sintomas da depressão e agir rapidamente.” (Depression and Bipolar Support Alliance)

TESTEMUNHO

Sou sócio da ADEB desde abril de 2014. Cheguei com uma depressão major. A noção do que me rodeava, sequer, era muito limitada. As minhas expectativas eram nulas. Posso agora descrever o meu ingresso na ADEB como um quadro negro, bem escuro mesmo.

Ao longo dos meses seguintes fui descobrindo a ADEB. Descobrindo que não é só consultas de carácter psicoterapêutico mas sim um organismo vivo, denso de interligações entre a seriedade de um apoio psicológico e a promoção da sociabilidade entre os milhares de membros espalhados pelo país, traduzindo-se essa sociabilização por encontros formais e informais, palestras, colóquios, exposições, workshops, publicações, etc.

A ADEB funciona como um elemento centrípeto, abraçando os seus associados e puxando-os para um centro de participação num grupo onde as semelhanças se reconhecem, onde as experiências de vida (muitas delas profundamente dolorosas) são partilhadas, onde as estratégias empregues por cada sócio para lidar com a sintomatologia são difundidas e discutidas, questionadas, testadas. É um pouco através desta partilha quase ancestral em torno da fogueira que a ADEB representa na noite da Depressão e Bipolaridade que se transmite o conhecimento que cada membro tenta depois adaptar ao seu próprio caso, à sua própria personalidade, à sua vida com vista a obter alívio e até solução para o seu problema em particular.

Uma das dificuldades neste género de doenças consiste em quebrar o isolamento pessoal, em conseguir sociabilizar, em conseguir forças anímicas e psicológicas para reagir à vida, às pessoas em volta, ao mundo na sua multiplicidade de estímulos constantes. A ADEB, através

das suas atividades constantes, desde música, a teatro, a ioga, e a um calendário contínuo de workshops e pequenos eventos, gera um continuum de atividade através do qual os seus membros acabam por criar rotinas de frequência da ADEB, tornando-se assim um elemento motivador e útil ao longo do tempo.

Neste momento, a minha depressão ainda não está ultrapassada. Mas está muito melhor do que quando me tornei sócio da ADEB. Aqui, além de um apoio psicoterapêutico de excelência que tem sido fundamental para o meu processo de cura ou controlo da depressão, tenho sentido fazer cada vez mais parte do tecido constituído por todos os sócios da ADEB, criando novas amizades, sentindo-me integrado com pessoas diferentes de mim mas com os mesmos problemas, que me sabem ouvir, compreender e partilhar o que funcionou e o que não funcionou com elas. Através do programa de atividades eu próprio acabei por realizar workshops para os restantes membros, o que me tem fortalecido a autoestima assim como criado uma gratificação enorme ao poder partilhar conhecimentos artísticos com os outros membros.

Em suma a ADEB, mais que um apoio, é um farol e um porto de abrigo na noite escura e solitária da depressão e bipolaridade.

Carlos Geadas

Sócio nº 4022