



A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 49

www.adeb.pt



EVOLUÇÃO E DEPRESSÃO

A PSICOTERAPIA E A PSICOEDUCAÇÃO NO QUOTIDIANO DOS DOENTES BIPOLARES

Convocatória aos Associados para Assembleia Geral Ordinária para o dia 29 de Novembro 2014, no Anfiteatro da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha - Lisboa, Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, 1350-125 Lisboa:

- 1** 10.00 horas • Análise e Aprovação do Programa de Acção e Orçamento para o ano 2015
Eleição dos Corpos Gerentes para o quadrénio 2015-2018
- 2** 11.30 horas • Colóquio subordinado aos temas:
 - Evolução e Depressão
 - A Psicoterapia e a Psicoeducação no Quotidiano dos Doentes Bipolares

(Ver Convocatória na contra-capa desta revista)



A melhor atitude para elevar autoestima e estabilidade emocional é ter o sentido dos limites e sentido do equilíbrio...!

Este lema poderá servir de bússola e proporcionar à maioria das pessoas com o diagnóstico da doença Unipolar e Bipolar um maior conhecimento, reconhecimento da doença e prevenção de recidivas, tendo em vista mais ganhos de saúde, qualidade de vida, autonomia e cidadania.

Os artigos inovadores, ora, publicados nesta revista subordinados aos temas “Evolução da Depressão” e sobre “A psicoterapia e Psicoeducação no quotidiano dos doentes bipolares” têm como objetivo informar e educar as pessoas de modo a terem uma atitude vigilante aos sinais de crise a fim de evitar um surto depressivo, “maníaco” ou eufórico assim como uma viragem para a depressão.

Hoje as pessoas diagnosticadas têm uma maior acessibilidade ao tratamento psiquiátrico, clínico e reabilitação psicossocial, assim como a uma variada gama psicofármacos os quais proporcionam menos recorrências de crises e sofrimento.

Ao evitar estados clínicos extremos, as pessoas poderão usufruir de uma vida saudável, dar um maior valor à vida e gerir a sua vida familiar, profissional, afetiva e social, com maior equilíbrio, sustentabilidade e fraternidade.

A ADEB, fundada em 5 de Junho de 1991, vai festejar no próximo ano o 25º Aniversário, a qual se tem revelado durante estes anos de vida associativa clínica e social, a maior instituição a nível nacional no campo da saúde mental, no apoio e ajuda às pessoas com doença Unipolar, Bipolar e familiares.

Cumprido salientar que a ADEB conta atualmente com cerca de 4.000 associados registados na sua Base de Dados, os quais participaram e usufruíram, temporariamente, nos principais objetivos e valências instituídas: Reabilitação Psicossocial e Educação Médica Especializada, e obtiveram e elevaram a sua autoestima e estabilidade emocional.

É gratificante constatar a consideração, o respeito e apoio das tutelas: Ministério da Saúde e do Trabalho, da Solidariedade de Social, bem como a participação técnica e financeira para a implementação dos objetivos e valências da ADEB.

Este saldo positivo é fruto do empenho e dedicação de um coletivo de dirigentes, trabalhadores técnicos e administrativos da ADEB, colaboradores e voluntariado social, os quais tem o engenho e arte para promover e proporcionar à comunidade “uma porta aberta e um reduto efetivo”.

Assim, se convocam todos os associados a estarem presentes na **Assembleia Ordinária**, seguido de um Colóquio subordinado aos temas de capa da revista, cuja convocatória e ordem de trabalhos se encontra publicada na página 24 desta revista Bipolar nº 49.

Presidente da Direção da ADEB
Sócio nº 8. Um dos fundadores da ADEB
Diretor da revista “**Bipolar**”
Delfim Augusto d`Oliveira

SÍNTESE DO ESTATUTO EDITORIAL

- Editoriais temáticos;
- Publicação de documentos técnicos e científicos sobre as doenças mentais em geral, e em especial sobre a doença Unipolar e Bipolar;
- Informação pedagógica de modo a contribuir para a Reabilitação, Educação e Prevenção daqueles que sofrem da doença Unipolar e Bipolar;
- Entrevistas, artigos de opinião e documentários;
- Divulgação e testemunhos de pacientes e familiares;
- Relatório das atividades sociais desenvolvidas pela ADEB;
- Consultório jurídico abrangendo todos os ramos do Direito;
- Espaço para divulgação das potencialidades dos associados no campo cultural, recreativo e social;

ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Índice

Evolução e Depressão	3
A Importância da Intervenção Psicológica na Doença Bipolar	6
A Psicoterapia e a Psicoeducação no Quotidiano dos Doentes Bipolares	7
Défice Cognitivo na Doença Bipolar - Será Uma Inevitabilidade	9
Bipolar Positiva	10
Trazer a Doença Bipolar para o Foco	14
Formar e Sensibilizar as Famílias a Cuidar	18
Antologia Poética	19
Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental	20
Almas Libertas	21
Testemunho	22
Poesia	23
Convocatória Assembleia Geral	24

Evolução e Depressão

“Depressão” é um nome que se ouve frequentemente, e sempre mais, em vários canais de comunicação, no dia a dia. Surge como um fenómeno associado a um problema de saúde pública, à segunda causa de incapacidade em 2020 e primeira causa de mortalidade e morbilidade a nível mundial em 2030, com uma carga grande em termos de custos (World Federation for Mental Health [WFMH], 2012). Um dos maiores custos é e será o sofrimento psicológico, e o seu prolongamento.

O nome “Depressão” remete para uma resposta suficientemente durável no tempo (pelo menos duas semanas, todos os dias, durante a maior parte do dia) ao ponto de afetar a vida diária alterando-a até em comportamentos automáticos (por exemplo, a higiene). É designada como uma alteração do humor e manifesta-se através de sintomas (necessários pelo menos 5) em que o humor depressivo (ou irritável) e a perda de prazer (ou interesse) são dois dos sintomas nucleares, acompanhados por outros como alterações significativas do peso, do apetite, do sono; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de

energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva (ou inapropriada); diminuição da concentração ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca da morte, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio (American Psychiatric Association, 2013).

Para se analisar, e conhecer, um comportamento há pelo menos 3 vetores essenciais a ter em conta. A ontogénese (a aprendizagem individual de cada um), a cultura em que se está inserido e a filogénese (a genética da espécie).

A natureza universal do sofrimento mental sugere que a «psicopatologia» faz parte de natureza humana (Nesse, 2000; Price, 2002). Grande parte da “psicopatologia” pode ser entendida no âmbito da evolução como predisposições que foram úteis e desencadeadas por um contexto relevante. Os que não tinham mecanismos para avaliar e regular o comportamento, de acordo com o contexto, estariam em desvantagem. O contexto em que grande parte da evolução humana teve lugar pode ter desaparecido, mas o seu impacto no pensamento (cognição) per-



siste porque o funcionamento cerebral, em rede, não é assim tão facilmente modificado pela experiência ou pelo contexto atual (Gilbert, 2004).

As evidências da frequência alta da “Depressão” (e da ansiedade), em todas as culturas, sugerem que os seres humanos, em todo o lugar, não estão livres da disforia e da ansiedade (Meyer & Deitsch, 1996; Weissman, Bland, Joyce, & Newman, 1993). A “Depressão” como uma resposta/comportamento, relacionada com alterações do sistema do humor, tem acompanhado a história da Humanidade e este texto tem como objetivo uma abordagem do legado evolucionário da depressão, não obstante todo o sofrimento pessoal que lhe subjaz e a complementaridade da ontogênese e da cultura.

A modularidade da inteligência (Cosmides & Tooby, 2002) enfatiza a importância de diferentes tipos de processos cognitivos pré-adaptados à informação com significância evolutiva, ie, dirigidos à resolução de problemas/desafios relacionados com a sobrevivência. Num ambiente primitivo, a Humanidade enfrentou desafios como encontrar fontes de alimentação, procriação e proteção dos predadores. Uma componente central da evolução dos sistemas de humor é a necessidade de responder à variação. Por exemplo, quanto às fontes de alimentação, estas podem variar quanto à sua densidade (alta-baixa), distribuição (previsível-irregular) e sazonalidade (Shettleworth, 1998). A exploração das fontes de alimentação envolvia o risco de exposição a predadores, o distanciamento do próprio grupo e dispêndio de energia. Assim, a mente primitiva necessariamente avaliava os custos-ganhos entre explorar uma área em relação a outra ou, em alternativa, optar por não explorar de todo. Embora uma suposição imediata seria que o otimismo e a atividade seriam as melhores estratégias para utilizar, o pessimismo e o evitamento são muitas vezes preferidas (Leahy, 2001). Os comportamentos relacionados com a depressão eram muitas vezes motivados pelo desejo de “proteger o ninho” e evitar uma perda, ou uma perda maior (Leahy, 1997, 2001). As disposições e estratégias evoluíram para servir objetivos de sobrevivência e não necessariamente de promoção de felicidade (Buss, 2000).

Considerem-se duas dimensões de pessimismo, uma focada no passado e uma outra focada no futuro

Considerem-se duas dimensões de pessimismo, uma focada no passado e uma outra focada no futuro. A primeira, pessimismo reflexivo, leva a que a pessoa se foque na avaliação de perdas, ameaças ou erros. A pessoa em depressão ruma sobre os arrependimentos do passado, criticando-se muitas vezes a si mesmo pelos erros ou perdas. A capacidade de utilizar esta informação pode levar à auto-correção com o objetivo de evitar mais erros (Beck, 1987; Stevens & Price, 2000). A segunda dimensão sugere que o pessimismo leva à inibição ou facilitação de certos comportamentos. O pessimismo antecipatório assume a forma de preocupação e desesperança, dirigidos para a avaliação de possíveis problemas, sua resolução e motivação para fazer melhor (Borkovec, Ray, & Stoeber, 1998; Wells, 2000; Dugas, Buhr, e Ladouceur, 2004), ou a previsão que nada poderá ser eficaz e, portanto, a redução do comportamento (Alloy, Abramson, Metalsky, e Hartledge, 1988). Num contexto percebido como escasso, em que o próprio avalia que tem poucos recursos no presente e no futuro, manifestam-se comportamentos congruentes como o que designamos por “Depressão”, estrategicamente relacionados com a redução

do risco. Na “Depressão”, o sistema de inibição comportamental é ativado face a percepção de uma perda (Leahy, 2001). A decisão recai sobre a maximização de ganhos e a minimização de perdas, sendo que a investigação sobre a depressão e a ansiedade aponta que a atenção seletiva se direciona para informação sobre ameaças (Gotlib & Neubauer, 2000). Num estudo (n = 489) de Murphy et al (2001) foi sugerido que o auto-criticismo (sentimentos de inadequação pessoal) está fortemente associado ao risco para depressão, ao longo da vida. Teasdale & Cox (2001) apontam para que as pessoas deprimidas são mais auto-críticas do que as pessoas que nunca estiveram deprimidas. Mongrain, Vettese, Shuster, e Kendal (1998) sugerem ainda que a auto-crítica se associa, muitas vezes, com percepção de inferioridade, comportamentos de submissão e diminuição de relações afiliativas. A ativação de um determinado tipo de sistema/programa cognitivo (“priming”) pode surgir através do efeito da desregulação do estado de humor, e quando este baixa,

é mais facilmente ativado um conjunto de respostas (luta, fuga, submissão). Embora hoje em dia, a irritabilidade, a ansiedade poderem afastar os outros (diminuição da vinculação), em tempos, estas manifestações poderão ter sido úteis aquando a ocorrência de uma perda e, conseqüentemente, uma possível posição mais vulnerável no grupo (Nettle, 2004). Beck (1987, 1999) sempre defendeu a importância da compreensão do desenvolvimento de mecanismos mentais que sustentam os processos cognitivos. Por exemplo, argumentou que a depressão é mediada através de mecanismos inatos que regulam a vinculação (a sua perda) e a derrota (Beck 1996, 1999; Gilbert, 1992, 2004).

Longe de se terem abordado todos os aspetos da evolução que possam estar relacionados com a ativação de um sistema cognitivo/programa associado com a depressão, poder-se-á reter que os comportamentos avaliados como mais vantajosos estão relacionados com estímulos, frequência, duração e intensidade. No entanto, estes comportamentos podem tornar-se fonte de suscetibilidade se facilmente acionados - muito frequentes, demasiadamente intensos ou de muito longa duração (Nesse, 1999; Nesse & Williams, 1995). Assinale-se que isso não significa que a depressão clínica representa um comportamento vantajoso, uma vez que os mecanismos envolvidos são cronicamente hiperativados ou desregulados (Nesse, 2000; Nettle, 2004, 2009). Independentemente do caráter automático de ativação das respostas/programa depressivas (peran-

te uma perda, significada, por exemplo, como uma humilhação, rejeição, falha) a compreensão do legado evolucionário pode ser útil para entender as características fundamentais que lhe estão associadas. Devido às evidências não só do caráter automático da manifestação, da frequência alta, mas também da sua reincidência, mesmo após tratamentos eficazes - 5% de probabilidade de reincidência após um primeiro episódio, 70% após o segundo episódio e 90% após o terceiro episódio (Depression Guideline Panel, 1993; Judd, 1997) - foram desenvolvidas (e estudadas) abordagens diferentes no tratamento da depressão e transversais a outros sofrimentos psicológicos - terapias focadas no *mindfulness* e na compaixão. Não sendo o tópico desta breve abordagem sobre a evolução e a depressão, estas abordagens têm demonstrado contributos promissores (Hayes, 2004; Gilbert, 2005; Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007). No início de uma descida do humor, não é o humor em si que causa o maior dano, mas sim a reação a essa descida. É também através do conhecimento dos algoritmos evolutivos da resposta depressiva que se poderá explorar o próprio pensamento de uma forma mais distanciada e menos reativa ao contexto aumentando a consciência compassiva - sentir a tristeza é assim tão incorreto e culpa sua?

Dr.ª Sónia Cherpe

Psicóloga Clínica

As referências bibliográficas constam do artigo original e podem ser solicitadas à ADEB.



A importância da Intervenção Psicológica na Doença Bipolar

“Nesta altura da minha existência não me imagino a levar uma vida normal sem tomar lítio e sem ter tido benefícios da psicoterapia. O lítio evita os meus “altos”, sedutores mas destrutivos, diminui as minhas depressões (...) e torna a psicoterapia possível. Mas infelizmente, a psicoterapia cura. Dá algum sentido à confusão, põe rédeas aos horríveis pensamentos e sentimentos, devolve algum controlo e esperança e capacidade de aprender com tudo isto.” (Jamison, 1995, citado por Mondimore, 2003)

A Doença Bipolar tem uma base biológica e como tal, a sua estabilização passa pela prescrição de medicamentos como os estabilizadores de humor, eventualmente complementados com outros tipos de fármacos. No entanto, esta intervenção farmacológica é frequentemente insuficiente, na medida em que minimiza a frequência e intensidade das oscilações patológicas de humor, mas não permite a melhoria da gestão de alguns factores de extrema importância para a manutenção dessa estabilidade, tais como os agentes relacionais, sociais, profissionais, etc., igualmente determinantes na evolução desta doença.

O papel da intervenção psicológica é determinante, pois fornece um olhar sobre estas outras dimensões, tão importantes, e sobre o impacto que estas têm nas perturbações de humor, nomeadamente na doença bipolar. As pessoas que compreendem melhor a sua doença e os respectivos tratamentos, que fazem uma melhor gestão do stress, dos seus ciclos de sono, e das contrariedades e desafios da sua vida e cujas famílias estão também devidamente informadas sobre a doença, tendem a ter uma melhoria significativa no curso da sua doença bipolar. A investigação tem vindo a desenvolver modelos de terapia psicológica dirigidos aos doentes bipolares (Mondimore, 1999), que abordam temas como o stress, resolução de conflitos, relação interpessoal e familiar e psicoeducação.

A Terapia Cognitivo Comportamental é uma forma de intervenção que lida com os pensamentos e comportamentos que afectam a pessoa no presente, interligando-os com crenças que cada um constrói acerca de si, devido ao seu percurso e experiências a que esteve sujeito durante a sua vida. Existe uma avaliação e conceptualização inicial de cada situação, procurando-se identificar os acontecimentos que contribuíram para fomentar o funcionamento emocional e psicológico actual. Ao longo do tratamento é suposto que se identifiquem os padrões de pensamento e pensamentos automáticos associados, se reflecta sobre as relações entre estes, as emoções, comportamentos, e crenças centrais de funcionamento e se substitua a interpretação das mesmas por algo mais realista, identificando e alterando crenças e esquemas que estão na origem dos padrões disfuncionais do pensamento. O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional ou distorcido (que influencia o humor e o comportamento), pode, após uma avaliação realista e modificação no pensamento, ter uma melhoria através da modificação das crenças básicas disfuncionais (Beck, 1997).

Foi progressiva a aceitação da necessidade de complementar a terapia farmacológica com outras abordagens de intervenção psicológicas na doença bipolar, mesmo entre os profissionais de saúde. Uma visão excessivamente biológica da doença nem sempre per-

mitiu valorizar estas abordagens hoje vistas como importantes e relevantes para uma mais eficaz aceitação e gestão desta doença.

Ao ser confrontado com um diagnóstico de doença bipolar, para além da estabilização biológica (ausência de sintomas activos graves da doença), é importante privilegiar o apoio à pessoa no seu todo. Mesmo tendo em conta que alguns activadores de fases da doença bipolar (como a sazonalidade por exemplo), têm uma origem externa, é sempre possível minimizar este impacto através da identificação, reflexão e adopção de estratégias mais adequadas para controlo do embate que têm na vida destas pessoas.

A melhoria da auto estima, auto confiança, aceitação de si e da doença, sentimento de maior controlo e compreensão acerca do que se passa, do que sente e da forma como se age, são factores determinantes para uma melhoria clínica na doença bipolar. Na realidade, muitas vezes a doença bipolar amplifica problemáticas psicológicas e emocionais pré existentes dando-lhes na fase de crise uma dimensão muito mais acentuada e disfuncionalizante. O medo das recaídas, a incompreensão acerca do que se está a passar, o desenvolvimento de quadros adicionais psicopatológicos são factores elevados de risco de recaída nesta doença, que o apoio psicológico e a psicoterapia podem ajudar a conter ou resolver.

A ADEB vem desenvolvendo uma intervenção de apoio psicológico e psicoeducação desde há vários anos, como complemento essencial à estabilização da doença bipolar, numa abordagem que integra elementos de várias orientações teóricas ao nível da intervenção clínica, e em que se destacam estratégias cognitivo comportamentais, mas não só, pois valorizamos uma abordagem mais integrativa, que recorre aos instrumentos que melhor se adequem à pessoa que nos procura, não se circunscrevendo apenas à sua origem teórica.

A nossa intervenção abrange o apoio psicológico individual, com os grupos psicoeducativos e grupos de auto ajuda como importantes complementos à terapia, bem como actividades complementares mais lúdicas (yoga, música, ginástica, artes plásticas), disponíveis para os nossos associados. Estas actividades complementares funcionam como actividades de socialização, combate ao isolamento, aumento de sensação de bem-estar e estimulação cognitiva.

Renata Frazão
Psicóloga Clínica

Mondimore, Francis (2003), *Perturbação Bipolar. Guia para doentes e suas famílias*, Lisboa, Climepsi Editores.

Kay, Jamison (1995), *An Unquiet Mind*, Nova Iorque, Vintage Books.
Beck, Judith (1997), *Terapia Cognitiva. Teoria e Prática*, Porto Alegre, Artes Médicas.

Beck, Aaron et al. (1997), *Terapia Cognitiva da Depressão*, Porto Alegre, Artes Médicas.

A psicoterapia e a psicoeducação no quotidiano dos doentes bipolares

Quando se vive com uma qualquer doença de longa duração, como é o caso do distúrbio bipolar, a incerteza e a imprevisibilidade - como características mais marcantes de algumas das fases da doença - ganham uma dimensão específica. É a “novidade” das experiências que permite, ao doente e aos seus próximos sociais distinguir, na trajetória da doença, um período antes e um período depois da ruptura biográfica. Quando se começa a viver com uma doença com estas características, muito do que parecia ir por si torna-se problemático, na “gestão” do quotidiano, na relação consigo e com os outros. Estas formas de viver o dia-a-dia, que são aprendidas pelo corpo e pelo cérebro -, numa parte pensadas, noutras incorporadas -, «obriga» a que todos, o doente e os outros pertinentes nas relações com ele, encontrem novas maneiras de viver. Quando se aceita a doença como tendo por resultado a assunção de uma outra condição social, os implicados mais directamente na “gestão” relacional da doença tentam rentabilizar todos os recursos ao seu dispor: actuais e actualizáveis; que permita accionar estratégias de “normalização” que não são independentes das relações entre as esperanças subjectivas dos indivíduos e as suas possibilidades objectivas. Para “normalizar” as diferentes relações com o mundo - em que a doença é um constrangimento e uma das dimensões mais significativas - é necessário “controlar” a doença na sua trajetória, tanto nos períodos de rotina como nas “crises”. Para se ter esperança na possibilidade condicionada de alguma vez poder vir a ter uma experiência “feliz” na relação com a doença, como elemento das relações consigo e com os outros, é preciso tentar prevenir e responder às “crises”, mantendo-se atento à possibilidade de controlo dos sintomas, não descurando a atenção a todas as componentes do regime terapêutico, nomeadamente e com particular acuidade à adesão medicamentosa mas também às prescrições normativas que “orientam/aconselham” como se “pode/deve” viver com a doença (Garrucho Martins, José J. 2014).

A psicoterapia e a psicoeducação fazem parte dos recursos disponíveis, mas desigualmente acessíveis aos doentes e seus próximos sociais, que podem ser apropriados para a “gestão” da doença: não só nos seus aspectos acidentais como no facilitar a construção duma estrutura identitária de doente bipolar. Dada a importância, do ponto de vista etiológico,

das dimensões biológicas e genéticas da doença, é de realçar a centralidade das estratégias terapêuticas medicamentosas que explica que tanto a psicoeducação como a psicoterapia sejam valorizadas como terapias adjuvantes. Assim se entende em parte o facto das agendas de investigação sobre esta doença ter privilegiado o estudo das dimensões biológicas, não dando a mesma pertinência aos factores que, em sentido genérico, chamaríamos psicossociais.

Estas formas de intervenção procuram responder a um conjunto de situações que estão presentes na “gestão” desta doença: problemas de “adaptação”, isolamento, relações interpessoais, problemas relacionados com a adesão à terapêutica (Scott, Jan; 1995: 582 – 584).

Segundo E. Vieta, C Daban et F. Colom (2005: 135), as investigações sobre as intervenções psicológicas para doentes bipolares são recentes, posteriores a 1999: este facto “contrasta por um lado com os avanços da psicoterapia ou da reabilitação cognitiva para outras doenças psiquiátricas graves (depressão unipolar ou esquizofrenia, por exemplo) e por outro lado com a qualidade da clínica e da farmacologia dos distúrbios bipolares”. Esta situação modificou-se de modo a que “actualmente dispomos de vários estudos de intervenções psicológicas perfeitamente aprovados que mostraram a sua eficácia na maioria dos casos de doentes bipolares” (ibidem: 136).

As análises dos estudos de avaliação da psicoterapia e da psicoeducação no distúrbio bipolar, embora algumas das investigações que são referidas como base de análise mostrem insuficiências metodológicas, demonstram existir uma eficácia notória destas formas de intervenção. Sendo importantes em variados domínios da relação com a doença, como sejam: a reacção aos stressores interpessoais, à adesão medicamentosa e à “adaptação” (num sentido genérico) à doença (Scott, Jan; 1995: 581). Numa perspectiva de estratégia terapêutica holística, há investigadores que sugerem que a psicoterapia “pode aumentar os efeitos da farmacoterapia” (Frank, Ellen; Swartz, Holly A; Mallinger, Alan G; Thase, Michael E; Weaver, Elizabeth V; et al.; 1999: 587). Os estudos disponíveis evidenciam a eficácia e recomendam, como parte da estratégia terapêutica, a terapia cognitiva - comportamental, a terapia de grupo e a terapia comportamental de gestão dos comportamentos familiares. A terapia familiar e a psicoeducação são

muito recomendadas (Parikh, Sagar V; Kusumakar, Vivek; Haslam, David RS; Matte, Raymond; Sharma, Verinder; Yatham, Lakshmi N. 1997: 74S). A psicoeducação é eficaz para o conhecimento da doença – por parte dos doentes e seus próximos sociais – e da medicação, assim como se demonstra ser facilitadora da implementação de estratégias de suporte social. Contribui igualmente para o aumento da adesão ao regime medicamentoso, assim como diminui significativamente o número de admissões hospitalares (ibidem; 1997: 75S).

C. Mirabel – Sarron (2005: 119) refere que “as terapias comportamentais e cognitivas são hoje propostas aos doentes bipolares na forma de programas terapêuticos específicos cujos objectivos são o aumento do cumprimento das orientações medicamentosas, o reconhecimento precoce das flutuações de humor e a melhor gestão dos stresses pessoais e ambientais; estas três modalidades devem permitir reduzir a intensidade e a frequências dos estados depressivos ou maníacos”.

E. Vieta; C. Daban; F. Colom. (2005: 136) referem que a psicoeducação em grupo apresenta um conjunto de vantagens: é muito eficaz, integrou-se facilmente no modelo médico da doença bipolar, tem um custo reduzido – precisa de pouco tempo é feito em grupo, “ a sua aplicação é simples e facilmente generalizável”. Para estes autores “a psicoeducação integra os aspectos mais pertinentes que resultam dos outros tratamentos testados para o distúrbio bipolar: a detecção precoce dos sintomas, a regularização dos hábitos, a melhoria do cumprimento terapêutico, a gestão dos sintomas e a resolução de problemas” (ibidem, 2005: 136).

No caso da terapia familiar, esta por sua vez, reduz também as taxas de não adesão ao medicamento, assim como as reincidências, promovendo a

comunicação familiar e podendo ter efeitos positivos na comunicação em geral. A terapia cognitiva – comportamental, que é utilizada tanto na psicoeducação como na gestão dos comportamentos familiares, é eficaz na promoção dos efeitos anteriormente referenciados. Quanto à terapia de grupo, esta contribui para a redução persistente das taxas de hospitalização e para a melhoria do funcionamento psicossocial, facilitando também a inserção no mundo do trabalho (ibidem, 1997: 76S). Existem evidências que tanto a terapia cognitiva – comportamental como os grupos de psicoeducação “podem ser eficazes na prevenção de reincidências em indivíduos estabilizados” (Beynon, Suzanne; Soares – Weiser, Karla; Woolacott, Nerys; Duffy, Steven and Geddes, John R. 2008: 5).

Nas referências à psicoterapia não poderemos deixar de referir a importância da terapia interpessoal e da terapia de ritmo social. Na avaliação destas terapias também elas mostraram ser um recurso eficaz na “gestão” da doença. Segundo alguns autores (Parikh, Sagar V; Kusumakar, Vivek; Haslam, David RS; Matte, Raymond; Sharma, Verinder; Yatham; lakshmi. 1997: 76S), “este modelo terapêutico tenta unificar os modelos social e interpessoal do distúrbio afectivo e a hipótese da estabilidade do ritmo social”, assente no pressuposto que a “regulação do humor está em parte relacionada com a regularidade das actividades quotidianas e com a estimulação de padrões, na medida em que estes afectam biologicamente a base dos ritmos circadianos”.

José Joaquim Garrucho Martins
Doutorado em Sociologia

As referências bibliográficas constam do artigo original e podem ser solicitadas à ADEB.



Défice cognitivo na doença bipolar - será uma inevitabilidade?

As alterações cognitivas, quer nos episódios maníacos, quer depressivos são conhecidas desde os textos de Kraepelin (1856-1926) e descritas sob a forma de perturbações da atenção, da memória a curto e a longo termo e da eficiência mental. Em relação ao intervalo entre as crises, o próprio Kraepelin afirmava que nas fases iniciais da doença os doentes pareciam estar bem, mas à medida que a doença evoluía e as crises se repetiam com frequência as modificações psíquicas tornavam-se aparentes – uma falta de iniciativa, lassidão e diminuição da capacidade de trabalho. Nessa época pela inexistência de tratamentos eficazes os episódios seguiam a sua história natural e os doentes ficavam hospitalizados durante longos períodos. Esta hospitalização prolongada em grandes hospitais psiquiátricos, contribuía para acentuar os défices psicossociais devido ao isolamento e falta de estimulação interpessoal e social.

A literatura moderna sobre o funcionamento cognitivo dos doentes Bipolares indica que os défices neuropsicológicos podem corresponder a traços da doença, presentes muito para além dos episódios agudos. Os principais défices que tem sido encontrados na fase eutímica, dizem respeito à atenção mantida, inibição do controle, funcionamento executivo, memória de trabalho e memória verbal. Estes défices são mais acentuados nos doentes com episódios múltiplos (principalmente maníacos) e que com história de sintomas psicóticos. Sabemos que só um sub-grupo de doentes bipolares tem défices cognitivos mas ainda não é possível identificar quais os doentes que poderão evoluir para uma relativa incapacidade.

Os primeiros estudos sobre o défice de funcionalidade na doença bipolar foram publicados em 1995 por M J Gitlin e colaboradores no *American Journal of Psychiatry*. Estes investigadores estudaram o curso da doença em 82 doentes Bipolares em terapêutica de manutenção durante 4.3 anos (em média) com escalas de funcionamento psicossocial. Verificaram-se múltiplas recorrências em dois terços dos casos e, ainda, mau funcionamento psicossocial paralelo com o mau curso sindromático. A disrupção ocupacional era um preditor de recorrência dos episódios. Estas conclusões pessimistas foram confirmadas anos mais tarde, em 2007, por N Huxley e Baldessarini. Estes investigadores verificaram que só 1/3 dos BP atingiam uma remissão social e ocu-

pacional completa com retorno aos níveis anteriores de funcionamento. O défice funcional parecia ser uma característica da doença bipolar, pelo menos num sub-grupo de doentes e poderia estar presente desde as fases iniciais da doença, não sendo não explicado pelos sintomas do humor. O número de episódios maníacos parece ser o factor de curso que tem maior influência na amplitude do défice cognitivo em várias áreas do funcionamento intelectual (a memória verbal visual não parece ser atingida mas sim a fluência verbal, a atenção mantida e a função executiva).

Actualmente há suficientes dados de evidência que permitam afirmar que existe uma associação entre a redução da velocidade de processamento da informação, o numero de hospitalizações, a ocorrência ao longo da vida de sintomas psicóticos no contexto da mania e um maior numero de episódios.

Não se pode, por outro lado, excluir o papel dos fármacos e os seus efeitos secundários sobre a cognição, ainda insuficientemente conhecidos com rigor.

Os futuros estudos terão de incluir: amostras maiores; combinar métodos funcionais, neurocognitivos, genéticos e clínicos; avaliar as mudanças neurobiológicas em maiores períodos de tempo e incluir comparações com outros grupos clínicos; considerar a standardização das avaliações em estudos multicêntricos; seleccionar grupos mais homogêneos e controlar factores confundentes que incluam as modificações do desenvolvimento, efeitos da doença prolongada e do tratamento.

Quanto mais cedo a doença bipolar for diagnosticada e mais precoce for o tratamento, mais eficaz será a profilaxia das crises e a melhoria do prognóstico. Um segundo aspecto a salientar é que os clínicos devem promover uma parceria com os doentes e as famílias para identificar os primeiros sintomas das crises, principalmente maníacas. O seu tratamento precoce, evitando a hospitalização pode ser um factor que contribua para diminuir a probabilidade de um défice funcional. Essencial é obter uma boa adesão aos tratamentos profilácticos, o que só se consegue obter com uma boa aliança terapêutica com os doentes e familiares.

BIPOLAR POSITIVA

Desde a década em que foi diagnosticada com a bipolar I que Sara L. desenvolveu algumas ideias sobre o que poderá chamar “a elevação de humor” na doença.

Isto é só a minha modesta teoria, explica Sara, de 39 anos, acho que a bipolar confere personalidade e características como energia, ambição, entusiasmo e auto estima. E quando se está bem essas coisa surgem duma forma positiva e pro-social.

Claro que Sara conhece o lado negro da bipolar. Sendo uma rocker punk com humores negros, ela passou a década dos seus 20 anos a abusar do álcool e da marijuana. Quando saiu duma depressão profunda para uma extrema mania, depois dum relacionamento falhado, teve sintomas como ilusões religiosas, discurso incoerente e agitação que a levaram ao internamento.

Com medicação para atenuar as suas mudanças de humor e terapia para diluir o pensamento distorcido da depressão, ela consegue encontrar algumas vantagens em ter a bipolar.

“A investigação tem mostrado que há ligações entre a criatividade e perturbação bipolar”, explica Sara, que está agora a estudar para o mestrado em psicologia de aconselhamento.

“Eu penso que falta saber exactamente se e como mas na minha vida pessoal sempre fui criativa.

A combinação de criatividade e energia ajudou Sara a tornar-se uma cantora-escritora de canções gravando e fazendo tournées com a sua banda indie-pop, um projecto bem recebido chamado Gay.

Ela ainda conta com a sua banda e ocasionalmente com outros músicos mas confrontada com a bipolar surgiu-lhe uma nova paixão: ajudar outras pessoas com doença mental.

Sara desenvolveu a perspectiva de que uma dada ideia a sobre a perturbação bipolar pode efectivamente quebrar a nossa capacidade para viver bem. Penso que quando as pessoas recebem a mensagem “Oh, esta doença é crónica, é melhor nem tentar agir e ir vivendo muito limitada naquilo que faço” – “as pessoas interiorizam essa mensagem”, diz ela.

Eu penso que ainda é uma luta dia após dia para todos os que sofrem da bipolar por causa das mudanças de humor... isso requer vigilância e é preciso resiliência”, acrescenta Sara. “ E eu penso que uma parte disso é tomar consciência das coisas positivas que nos traz”.

Características positivas:

Enquanto pode parecer surpreendente colocar



“bipolar” e “positivo” na mesma frase, uma análise publicada no “Journal of Affective Disorders” em FEv.2011 chegou à conclusão de que ter perturbação bipolar pode realçar “algumas características psicológicas específicas... que são geralmente vistas com válidas e beneficiam moral ou socialmente”.

Os autores reuniram 81 estudos em que tomaram em consideração características positivas em pacientes com bipolar e descobriram uma forte associação com 5 qualidades: espiritualidade, empatia, criatividade, realismo e resiliência. Nassir Ghaemi e colegas do Tufts Medical Center em Boston concluiu que encorajando uma apreciação dos aspectos positivos da bipolar, pode ajudar a combater o estigma e a melhorar as crises.

Ghaemi o psiquiatra que dirige o Mood Disorders Program em Tufts foi um pouco mais longeno seu recente livro “Uma Loucura de Qualidade” desvendando os laços entre liderança e doença mental. Este livro largamente publicitado argumenta que pelo facto dos líderes com depressão ou perturbação bipolar terem qualidades mais fortes de empatia, realismo, criatividade e resiliência, estarão mais equipados para os tempos de crise.

“A depressão realça a empatia e o realismo e a mania realça a criatividade e resiliência... então quando as pessoas têm bipolar, elas têm a gama toda de benefícios.” diz Ghaemi.

Por contraste a investigação no sentido do conhecimento positivo mostra que as pessoas sem doença mental tendem a sobrestimar tanto as suas capacidades e o seu controlo sobre o meio, assim como interpretam os acontecimentos com uma lente optimista.

Durante uma crise, diz Ghaemi, é melhor ser capaz de encarar as situações mais claramente – devido a um traço que os investigadores identificaram como “realismo depressivo” – e ter a grande flexibilidade mental e maior tolerância em relação ao risco que acontece na hipomania

No seu livro Ghaemi escreve que a sua tese contraria a assunção geralmente aceite de que a doença mental é “inerentemente má”. Ele distingue porém entre sintomas leves que podem ajudar e sintomas graves que levam à disfunção.

Ghaemi diz que “Uma Loucura de Qualidade” foi inspirado por pacientes com bipolar com bastante sucesso em negócios e política. Para assegurar a confidencialidade destes últimos, ele tomou em consideração os líderes histórico trazendo à tona esses exemplos numa forma publicamente acessível às pessoas.

Melhor com a Bipolar?

Enquanto a tese de Ghaemis tem alguns detractores, ele não está sozinho na descoberta de vantagens em ter a Bipolar.

Muito particularmente Kate Redfield Jamison mostrou a sua criatividade em “Touched with Fire” e uma paixão pela vida em “Exuberância” como

Ele distingue porém entre sintomas leves que podem ajudar e sintomas graves que levam à disfunção.

marcos positivos da perturbação bipolar.

No seu livro de 2005: “A Fronteira da Hipomania”: a ligação entre (Um pouco de) Loucura e (Muito) Sucesso na América, o psicólogo clínico John D. Gartner defende que uma forma branda de mania alimentou a inovação americana. Gartner relaciona a relativamente alta taxa de bipolaridade nos U.S. a um gene presente nos imigrantes. A ideia é que muitos imigrantes deram o salto para um novo país graças a traços hipomaniacos como a energia empreendedora, uma alta tolerância ao risco, visão criativa e boa auto-estima.

O mestre em auto-ajuda Tom Wootton desenvolveu a sua “vantagem bipolar” que reflecte muito do pensamento de Ghaemi. Aceitando e gerindo bem a doença, ensina Wootton, um indivíduo com bipolar pode realçar elementos de hipomania como a criatividade e a produtividade. A introspecção da depressão pode levar a uma maior consciência e visão interior. Uma dor emocional pode ser um catalisador para o crescimento pessoal.

Steven B. ficou particularmente impressionado quando leu os livros de Wootton. Ele relaciona a mensagem de Wootton com um comentário feito por um amigo de sucesso que tem a perturbação bipolar.

O meu amigo, que é um autor de sucesso diz que uma grande parte da razão porque fazemos o que fazemos não é necessariamente apesar de (ter bipolar), é porque a temos” explica Steve, 54 anos, um agente de seguros que fundou a organização estadual “Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA).

Há ocasiões em que os pensamentos acelerados e o discurso rápido podem levar a uma data de problemas mas também podem ajudar a vender e ser capaz de resolver problemas.

Se conseguir subir um pouco e não cair para o outro lado, é fantástico aquilo que pode fazer.

Steve acredita que foram traços associados à sua bipolar I que o ajudaram a criar e fazer funcio-



nar o não lucrativo “Brain Storm Career Services for Psychiatric Disability”, uma subsidiária da DBSA, mantendo o emprego diário.

“As qualidades de líder, creio eu, estiveram sempre lá” diz Steve, que é também organizador da comunidade e antigo presidente da Câmara do “El Paso County Democratic Party”. Mas quando eu descobri porque é que ajo como ajo, e quando ultrapassei os comportamentos disfuncionais, aí sim, a bipolar acelerou sem dúvida a minha capacidade de liderança.

O PONTO DE VIRAGEM

Descobrir a fronteira hipomaniaca despoleta alarmes para muitos profissionais que tratam pessoas com perturbação bipolar. Russ Federman vê uma tendência perigosa entre os estudantes com bipolaridade a quem ele aconselha na Universidade da Virgínia, onde é director de aconselhamento e serviços psicológicos. Nos primeiros estágios de “baixos níveis de hipomania”, diz ele, “os estudantes sentem-se mais produtivos do que usualmente. Aí eles evitam o tratamento para protegerem o seu humor energético”.

David Miklowitz, director das perturbações de humor nas Crianças e Adolescentes na UCLA, coloca assim a questão: eu penso que entramos no problema quando está implícito que as pessoas com bipolar são mais criativas que as outras e então o salto lógico que essas pessoas pensam é “Bem, eu vou parar a medicação, aí serei mesmo criativa”. E é quando os desastres tendem a ocorrer!

Em 2006 um estudo no jornal húngaro “Clinical Neuroscience” cita a teoria do U invertido. Humores elevados facilitam a criatividade até certo ponto, a seguir ao qual a subida continuada de humor tem um efeito adverso. O ponto de viragem marca uma porta para um raciocínio caótico, ilusões de grandiosidade e os comportamentos destrutivos da mania.

Big Daddy Tazz, um stand up comedy diz, de 42 anos, pai de 2 crianças: “Se eu pudesse ter os pés no chão e mesmo assim ser maníaco, o que nunca mas nunca vai acontecer...é quando o meu cérebro trabalha melhor. Eu sou tão criativo e desejo tanto correr o risco; e assim o meu pensamento deixa de ser

linear, É um nível diferente de pensar mas também é o mais destrutivo... é como não ter um interruptor para desligar. Ele diz que lhe levou 7 anos, de 1994 a 2001, até aceitar completamente que tem bipolaridade e que precisa de ser continuamente medicado. Isto não parece ter afectado a sua carreira: as suas aparições após o início do tratamento incluíram o CBC Winnipeg Comedy Festival, o festival “Só para rir” em Montreal, as series Comedy Now e o show Mixed Blessing onde ele interpretou o melhor amigo do protagonista. Em seguida Tazz organiza espectáculos como “Buda Bipolar” dedicado a espalhar esclarecimentos sobre a doença mental com humor.

“Eu entendo que outras pessoas pensem que a maior bofetada que apanhei foi quando me deram o diagnóstico de bipolar ou uma doença mental ou o que lhe quiserem chamar. Ainda não me reconciliei com ela mas brinco e falo sobre ela numa luz positiva” diz ele.

VACINA MENTAL

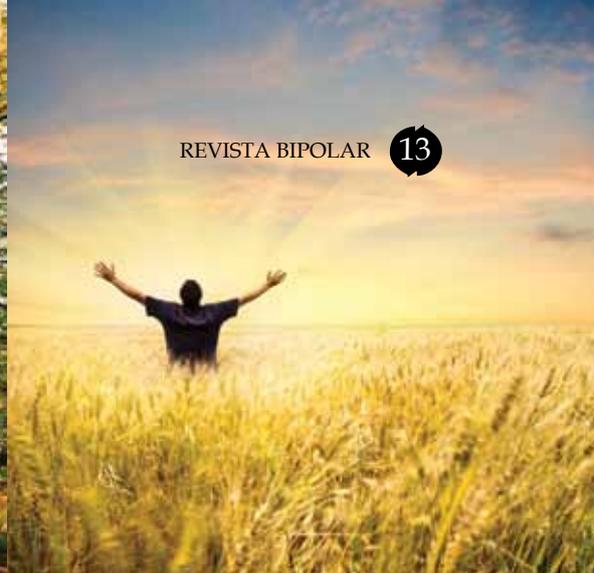
Este tipo de reacção de como encarar as bofetadas da vida definem resiliência. Em “Loucura de Qualidade”, Ghaemi sumariza uma vista psicológica da resiliência como uma interacção entre temperamento e adversidade. Em conversa ele aponta para a investigação que sugere que ter um temperamento hipertímico fornece defesas contra o stress pós-traumático. Em sentido mais lato, a exposição à adversidade pode fornecer o que Ghaemi apelida de uma “vacina mental” contra um futuro difícil.

Na sua perspectiva, as alterações de humor criam um bom meio para cultivar a resiliência.

“As pessoas com perturbação bipolar têm episódios traumáticos de mania ou episódio de depressão que depois desaparecem. Elas efectivamente recuperam destes episódios”, explica ele

Para Tazz a experiência e educação alimentaram a resiliência que o ajuda nas mudanças de humor com o clima.

“Eu já estive nos mais profundos poços, alguns cavados por mim e eu consigo sair dele”, diz ele. Também sei que o próximo pensamento é só um sentimento. Se estou a sofrer uma depressão é só



uma depressão. É talvez o resultado de alguma química.

Então será a resiliência um atributo do temperamento hipertímico ou desenvolve-se através do facto de se gerirem bem as mudanças na bipolaridade? Serão as características como a criatividade e espírito de liderança inerentemente ligada à perturbação bipolar ou simplesmente realçada pelo humor elevado?

Este debate de galinha/ovo por vezes encaminha para a espiritualidade e empatia. Será que são os estados alterados de mania e depressão que produzem visões interior ou são as pessoas com bipolar que precisam mais do conforto da fé?

Existirá uma relação neurológica entre depressão e empatia ou o sofrimento pessoal aumenta a compaixão pelo sofrimento dos outros?

“Pessoalmente creio que as pessoas com perturbação bipolar têm uma forma única de perceber o mundo” diz Roume Millev, director do departamento de psiquiatria da Universidade de Queens, Ontario e director clínico da Investigação sobre perturbações de humor. “Elas têm uma maior sensibilidade. “Por exemplo, quando as pessoas estão deprimidas, elas experienciam o mundo numa forma diferente. Elas tornam-se mais sensitivas ao mundo e à sua dor”.

UM MELHOR RESULTADO

Miklowitz prefere focar um aspecto diferente: como algumas características psicológicas positivas podem contribuir para um melhor resultado em relação à bipolar. Na sua opinião vale a pena cultivar a espiritualidade, a criatividade e a resiliência como amortecedores protectores. Ter uma fé em comunidade ou uma actividade satisfatória como pintar ou tocar um instrumento contrabalança os extremos do humor.

“É muito importante para pessoas com perturbação bipolar pensarem nos seus objectivos pessoais para a recuperação- não é só tomar a medicação. Tentar procurar outras coisas que poderão auxiliar na sua qualidade de vida a longo prazo.”

Beth A., uma veterinária de N.York, encara a espiritualidade como uma das “actividades” que ela aprendeu para lidar com a sua bipolar.

Beth diz que cresceu num ambiente cristão, mas a sua fé já não era muita por ter sido internada uma série de vezes por depressão ao longo dos anos 90.

Ela sentia-se zangada com Deus por estragar a sua vida. A sua visão começou a mudar depois dum exercício durante uma terapia de grupo.

O terapeuta pôs os pacientes a escrever todas as suas ansiedades: passado, futuro, presente. A seguir eles tinham que descobrir quais os itens da lista que podiam influenciar nesse dia. Tudo o resto era colocado numa simbólica “caixa da preocupação” e deixada nas mãos dum poder superior.

Beth conta a sua iluminação: “Nós não podemos mudar as pessoas, não podemos alterar as suas reacções. Ajudou-me a realizar o quanto eu não tenho controlo e eu penso que isso me ajudou a desenvolver uma fé.

Há tantas coisas que temos que largar e pôr nas mãos dum poder superior seja ele o que for, e simplesmente tentarmos segurar-nos a esse sentido de fé que aí as coisas se tornarão melhores com o tempo.

Beth diz que quando não consegue sentir nenhuma esperança durante um episódio depressivo, a fé assegura-lhe que esse período escuro irá chegar ao fim. Ela diz que a espiritualidade a ajuda a considerar que a perturbação bipolar é mais uma bênção do que uma maldição.

“Eu sinto uma ligação e energia com toda a humanidade... Sinto que Deus me desafiou com esta doença para eu desenvolver empatia pelos outros e não dar nada por garantido”.

Steve B. diz que a empatia que desenvolveu ao longo da sua bipolar “dá-me uma razão para me levantar de manhã”.

Quando foi diagnosticado ficou muitíssimo abalado. Ficou convencido de que nunca iria ter outro negócio e que iria falhar em tudo que tentasse fazer. Quando começou a envolver-se com a comunidade local ele descobriu uma onda de poder para rivalizar com a hipomania.

“Estou num mundo que nunca pensei que existisse... a ajudar gente que eu nunca pensei querer ajudar”, explica ele. “E isso dá-me energia”

Artigo retirado do “BP MAGAZINE”

Trazer a Doença Bipolar para o Foco

Imagine um grande museu cheio de retratos amplamente variados. A figura cintilante num quadro ornamentado a ouro sob os seus cartões de crédito, cruza os bares e descola em viagens espontâneas a cada primavera. Próximo dele está uma imagem monocromática, com apenas um toque de vermelho, um homem que vive com depressão, mas tem um episódio maníaco no seu passado.

Por aqui é uma mulher fotografada em cores vibrantes, refletindo o sentimento exuberante da sua hipomania. De frente para ela está uma imagem cubista que transmite uma mistura desconfortável de energia inquieta, irritabilidade e uma espécie de infelicidade. Uma pequena tela representa sintomas que passam em dias, enquanto um estado de espírito que persiste por semanas ocupa uma tapeçaria do tamanho da parede.

No Manual DSM-IV, a psiquiatria tem feito o seu melhor para capturar todas as cores individuais de experiência e fervê-las num conjunto de critérios comuns para a perturbação bipolar, ou melhor, transtornos bipolares, porque há um punhado de diferentes diagnósticos, sob a égide bipolar.

Na outra extremidade do espectro maníaco fica a doença bipolar I. Em seguida, vem a doença bipolar II: depressão com uma porção de hipomania.



Depois, há a ciclotimia, que descreve as mudanças frequentes de humor que nunca chegam a um episódio de “full-blown” de depressão ou mania, e uma categoria conhecida anteriormente como “não especificados”, usado para condições que não se encaixam com precisão nas outras categorias.

A Bipolar II é muitas vezes vista como uma forma “suave” ou mais branda da doença do que a bipolar I. Não é assim, diz Ellen Frank. Na perturbação bipolar II, diz ela, “as depressões podem ser tão incapacitantes e terem uma longa duração. As manias da bipolar I são muito dramáticas e chamam a atenção das pessoas e, sim, as pessoas podem fazer muitos danos financeiros e interpessoais durante a mania, mas sabemos como tratar a mania muito bem”.

A ciclotimia pode parecer mais suave ainda, mas,

por definição, o diagnóstico significa que os períodos estáveis de uma pessoa não duram mais de dois meses. “Se você não pode realmente contar se está excessivamente enérgico ou otimista ou pessimista demais e não é capaz de fazer qualquer coisa, se você não pode contar com essa estabilidade, isso torna a vida muito difícil”, diz Frank.

Infelizmente, a vida nem sempre joga pelos livros, e quando o seu retrato específico de distúrbio bipolar não combina perfeitamente com as descrições da DSM, pode ser mais difícil desenvolver um plano de tratamento que realmente o ajude.

Frank fazia parte de um grupo encarregado de atualizar a secção sobre perturbação bipolar na DSM-IV (ou quarta edição), que a Associação Psiquiátrica Americana publicou em 1994. Ele diz que a quinta edição, chamada DSM-5, tenta aproximar-se do que os clínicos vêem na prática.

Ela diz que o grupo se propôs a abordar vários problemas, incluindo “o intervalo de tempo entre os primeiros sintomas e um diagnóstico preciso. Os indivíduos que têm doença bipolar muitas vezes esperam de 7 a 10 anos para um diagnóstico correto. Isso significa que eles costumam esperar de 7 a 10 anos para o tratamento adequado”.

Há aspetos que nenhuma revisão pode corrigir.

Se as pessoas não procuram ajuda por causa do estigma ou por algum outro motivo, elas não vão ser diagnosticadas de outra forma.

E um diagnóstico inicial de depressão pode realmente ser correto na fase inicial da doença, porque a hipomania ou mania podem não surgir até um bom tempo depois.

O que a DSM-5 não tenta resolver é a tarefa complicada de esmiuçar sinais que indicam bipolar em vez de depressão. Os médicos de cuidados primários podem estar mais familiarizados com o reconhecimento de depressão, mas por tempo limitado com os seus pacientes e a falta de ferramentas de rastreio abrangentes significa que aqueles sinais esquivos tendem a passar despercebidos. Mesmo os médicos experientes podem ter dificuldades “a menos que o indivíduo esteja num episódio de mania flagrante”, diz Frank.

De acordo com o psicólogo clínico Eric Youngstrom “Não há nada no instantâneo da depressão bipolar que seja diferente de qualquer outro tipo de depressão. A única maneira que nos ajuda a reconhecer é perguntar sobre todos os diferentes tipos de episódios de humor no passado e no presente”.



Youngstrom é diretor do Centro de Excelência para Pesquisa e Tratamento da perturbação Bipolar na Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, onde também é professor de psicologia e psiquiatria. A sua clínica tem vindo a trabalhar num “roteiro para melhor avaliação” que se conecta com uma grande quantidade de informações além dos sintomas da DSM, para fazer um diagnóstico mais preciso.

Para diagnosticar um episódio de humor de acordo com os critérios da DSM, os médicos analisam uma lista de sintomas que são criados “da coluna A e da coluna B”. Para mania ou hipomania, que incluiu um sintoma principal: “. Humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável”.

No entanto, os sintomas de humor tendem a ser um marcador pouco fiável na prática clínica. Por um lado, muitas pessoas experimentam hipomania simplesmente como um estado melhor do que o usual, um período de ideias brilhantes e energia abundante -Então qual é o problema? Isto é conhecido como “falta de visão”.

“Falamos sobre os sintomas da cebola e do alho”, diz Youngstrom, usando uma metáfora do falecido Dennis Cantwell: “ Os sintomas da cebola afetam-nos a nós quando estamos com elas e os sintomas do alho afetam primeiro todos os que estão à nossa volta. A depressão está relacionada com os sintomas de cebola. A hipomania está relacionada com os sintomas de alho. “

Do ponto de vista das pessoas que estão em hipomania: “Elas não falam demais, elas só têm coisas realmente emocionantes que são mais interessantes do que o que qualquer outra pessoa está a dizer”, diz ele. Isso vale em dobro para a mania e o efeito

parece perdurar mesmo depois de um episódio ter passado.

Em geral, Frank diz: “Realmente é difícil definir mudanças de humor. Mas quando você pergunta a alguém: “Como é o seu nível de variação de energia ou o seu nível de atividade muda com frequência? Geralmente a memória retrospectiva é melhor. “

A DSM-5 utiliza “com características mistas” como uma descrição (ou especificador) que podem estar ligados a outros tipos de episódios de humor.

O clínico tem agora uma maneira de indicar “depressão misturada com um pouco de hipomania ou mania misturada com alguma depressão”, diz Frank. Não só é muito mais verdadeiro, como é mais uma oportunidade para encurtar o tempo para um diagnóstico bipolar.

Além disso, o novo especificador “ características mistas” tem implicações para o prognóstico, pois sabemos que este episódio vai ser mais difícil de tratar”, explica Frank.

Isso é realmente o objetivo final do jogo de nomes: medicamentos correspondentes e enfoques psicoterapêuticos para a situação. É claro que não há um conjunto rígido de critérios que possam explicar as muitas facetas da experiência. A avaliação psiquiátrica completa vai estar muito mais atenta ao trabalho do indivíduo e à vida doméstica, aos fatores de risco, como a história familiar e às condições médicas relevantes.

“A DSM não cobre todas as possibilidades, todas as imagens que os médicos veem quando estão a trabalhar com as pessoas”, Youngstrom observa. Por outro lado, “dá-nos uma linguagem e um conjunto de descrições a usar.”

Para uma melhor compreensão, aqui vai um resumo dos vários diagnósticos bipolares:

Bipolar I:

Embora a depressão seja o estado de humor predominante para muitas pessoas que têm um diagnóstico bipolar, são os sintomas maníacos que ditam que determinado diagnóstico é dado. No entanto, há uma exceção em cada categoria para episódios de humor causados por uma condição médica ou jurídica. Os episódios maníacos são difíceis de ultrapassar (embora a pessoa em estado de mania possa nem vê-lo). Um diagnóstico de Bipolar I geralmente ocorre quando alguém é hospitalizado e aí os familiares devem obter ajuda.

Bipolar II:

Este diagnóstico exige pelo menos um episódio de depressão major e pelo menos um episódio de hipomania. Pode ser um desafio para os médicos distinguir bipolar II do transtorno Depressivo Major, porque as pessoas podem não reconhecer a hipomania. “Elas têm mais energia do que o normal, elas são mais criativas do que o habitual, mas não veem isso como um problema”, diz Youngstrom. E quando o médico pergunta sobre o passado histórico, “as pessoas vão se lembrar se foram hospitalizadas ou se estiveram presas, mas qualquer coisa menos grave não vai parecer importante, uma vez que o tempo passou.”

Ciclotimia:

Este diagnóstico indica que “tem havido problemas de humor, mas que não preenchem os requisitos para o diagnóstico de depressão, nem se caracterizam como mania, mas duram um longo período de tempo”, diz Youngstrom. Especificamente, períodos de sintomas maníacos e os períodos de sintomas depressivos ocorrem com frequência durante o período de pelo menos dois anos, causando sofrimento significativo, mas nunca se qualifica como um episódio de humor diagnosticável. Além disso, o indivíduo não fica mais de dois meses livre de sintomas.

Outras especificações:

Anteriormente era chamado de Doença Bipolar

Sem Outra Especificação. Este é um tipo de “tapa-buracos” quando os sintomas não indicam claramente um dos outros diagnósticos bipolares. Por exemplo, os períodos de hipomania repetem-se sem interlúdios depressivos, ou há episódios quase hipomaniacos que não duram quatro dias ou não tem o número certo de sintomas. A DSM-5 dá mais detalhes sobre as várias opções para “outras especificações” e apresenta mais documentação sobre “por que a pessoa não preenche todos os critérios para Bipolar I ou Bipolar II”, diz Frank. “Isso dá-nos mais informações clínicas sobre como tratar, sobre o prognóstico, e assim por diante.”

Ciclos rápidos

Esta não é realmente uma categoria diagnóstica. Pelo contrário, é um “especificador” que é adicionado ao diagnóstico para indicar que quatro ou mais episódios de humor, em separado, ocorreram dentro de um único ano. É também um termo muito mal compreendido, muitas vezes usado para descrever sintomas que variam de dia para dia ou mesmo de hora a hora. Youngstrom prefere “reincidente rápido” ou “episódio rápido” para indicar as recorrentes mudanças de humor.

Com características psicóticas

Este especificador pode ser aplicado a qualquer episódio maníaco ou depressivo para indicar uma ruptura com a realidade, como alucinações (ver ou ouvir coisas que não existem) e delírios (acreditar em coisas que não são verdadeiras). Ouvir vozes, receber mensagens especiais, assumir uma identidade diferente (muitas vezes a de uma figura religiosa ou famosa), e estar convencido de uma missão especial (de novo, muitas vezes religiosa) são sintomas psicóticos comuns. Paranoia e pensamento desordenado são outras características da psicose. Catatonia (paralisia dos movimentos e da fala) pode ocorrer durante a depressão grave.

Com características mistas

Este novo especificador toma o lugar do “episódio misto” e pode ser aplicado quando as características depressivas estão presentes durante um episódio de mania ou hipomania.

Este especificador foi adicionado para indicar sintomas de ansiedade que não atendam a todos os critérios para perturbação do pânico, perturbações de ansiedade generalizada ou uma das outras perturbações de ansiedade. “Esta é uma tentativa de reconhecer o facto de que até mesmo a ansiedade, que não atende todos os critérios para uma doença, é algo importante a observar e tem implicações para o tratamento”, diz Frank.



Episódio maníaco

Vários elementos devem estar presentes para diagnosticar um episódio maníaco. Em primeiro lugar, deve haver um período distinto, durante o qual são identificadas mudanças de humor anormalmente elevadas, expansivas ou nível de energia irritável. Em seguida, o comportamento atípico ou o humor elevado deve durar pelo menos uma semana, ou necessitar de hospitalização. Em terceiro lugar, devem haver pelo menos três outros sintomas (ou quatro, se o humor anormal é irritabilidade) a partir da seguinte lista:

- auto-estima elevada ou grandiosidade;
- diminuição da necessidade de sono (por exemplo, sentir-se bem depois de dormir apenas algumas horas);
- mais falante ou sociável do que o habitual, ou pressão por falar;
- fuga de ideias ou a sensação de que os pensamentos estão a correr;
- facilmente distraídos por coisas sem importância ou irrelevantes;
- Aumento do nível de atividade, seja (como assumir novos projetos ou socializar mais) dirigida a objetivos ou uma ocupação;
- mergulhar em atividades imprudentes como as noitadas, promiscuidade ou negócios de alto risco

Além disso, os sintomas devem afetar substancialmente a capacidade de gerir o trabalho ou a escola, o desenvolvimento de atividades sociais habituais e os relacionamentos.

Episódio Hipomaniaco

Se os sintomas maníacos duram pelo menos quatro dias, mas menos de uma semana, o episódio é considerado hipomania. Os sintomas não interferem

muito com o trabalho, relacionamentos e atividades habituais. De facto, a hipomania, muitas vezes, traz uma sensação de energia e de ser-se capaz de realizar mais tarefas, mas, em contrapartida, traz alterações no sono e no comportamento, aspetos esses que são visíveis para os outros. A hipomania é um estado de fronteira, muitas vezes levado para dentro ou fora da mania, e às vezes alterna com a depressão. Para algumas pessoas, a hipomania pode induzir irritabilidade e agitação (disforia), em vez de uma produção elevada (euforia).

Episódio depressivo major

O diagnóstico baseia-se em cinco ou mais sintomas que ocorrem quase todos os dias, na maior parte do dia, durante um período de duas semanas. Um dos sintomas deve ser humor deprimido (sentir-se triste ou vazio, choro com frequência) ou perda significativa de interesse ou prazer nas atividades habituais. Outros possíveis sintomas incluem:

- ganho de peso ou perda de peso (quando não em dieta), ou um aumento ou diminuição do apetite;
- incapacidade de dormir ou dormir demais;
- inquietação observável ou movimentos estranhamente lentos;
- fadiga ou perda de energia;
- sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada;
- diminuída capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões;
- pensamentos recorrentes de morte ou suicídio

Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo significativo na vida quotidiana.

Elizabeth Forbes

Professora de psiquiatria e psicologia da Universidade de Medicina de Pittsburgh e diretora do Centro de Depressão e Prevenção da psicose maníaco-depressiva.



FORMAR E SENSIBILIZAR AS FAMÍLIAS A CUIDAR

A ADEB tem prestado apoio a quem sofre com a Doença Bipolar e Unipolar (Depressão), desde 1991, seja a quem tem o diagnóstico mas, também, aos seus familiares ou amigos, pois estas patologias também podem afetar bastante quem está mais próximo e as suas respetivas dinâmicas familiares.

Porque o adoecer de alguém no seio familiar traz consigo maior sofrimento quando familiares e amigos convivem com quem tem a doença, sem terem a informação necessária para lidarem com o impacto que ela tem nas suas vidas, é objetivo estatutário da ADEB “O Apoio à Célula Familiar” de modo a possibilitar aos familiares o acesso a serviços que facultam informações sobre a doença e seu tratamento. Desta forma, é nosso objetivo contribuir para uma perspectiva e expectativa mais realista sobre a doença, para uma atitude justa e assertiva, de modo a melhorar a dinâmica e estabilidade familiar.

Para além desse apoio psicoeducativo, aos familiares importa também um apoio que lhes permita cuidarem de si, possibilitando uma valorização dos seus sentimentos e emoções que, perante o desenrolar da doença, podem ser, entre outros, de frustração, impotência (perante a doença que não é fácil de aceitar), receios, inquietação, irritabilidade, mágoa pelos comportamentos que a doença faz ter a quem se gosta. Sendo que, ao exteriorizar e aceitar estes sentimentos, é mais fácil ficar, e continuar a ajudar, mesmo quando a doença parece capaz de quebrar todos os laços de uma vida. Enquanto familiares, perante o seu papel fundamental para um prognóstico mais favorável, é fundamental a devida atenção por parte dos técnicos de saúde mental, pois, perante a dor da doença na família, muitas vezes silenciada por um estigma social, quando vivida sozinha, leva mais facilmente a uma exaustão, e, até mesmo, a uma depressão. Por isso também, muitas vezes verificamos, que quem gosta nem sempre consegue ajudar. Por também precisar de ajuda.

Surge assim o propósito do projeto “*Formar e Sensibilizar as Famílias a Cuidar*”, cofinanciado pelo Instituto da Segurança Social, I.P., através do Apoio Financeiro do Estado às Associações de Famílias – AFEAF-2013. Este projeto procura informar e formar sobre estas patologias, desconstruindo mitos e preconceitos que levam ao estigma social, aproximando sem discriminar, ao gerar uma rede de suporte aos familiares de modo a possibilitar ganhos de saúde e, conseqüente melhoria das condições de vida pessoais e familiares.

Assim, a ADEB, ao longo deste ano de 2014, tem

continuado a desenvolver um conjunto de ações e boas práticas, com a capacidade efetiva de promover a saúde mental junto das famílias desfavorecidas pela presença de uma doença crónica num dos seus membros, que na falta de tratamento, e em casos graves, pode chegar a potenciar ideações suicidas e, no limite um ato de suicídio.

Portanto, no âmbito da saúde mental, e no que se refere ao projeto “Formar e Sensibilizar as Famílias a Cuidar”, a ADEB vem desenvolvendo as seguintes atividades, em meio institucional e na comunidade:

1) Realização de Grupos Psicoeducativos para Familiares, que são uma abordagem que envolve familiares de pessoas com Perturbação Bipolar ou Unipolar. Os familiares podem, deste modo, aprender mais sobre as patologias, o seu tratamento e, estratégias para gerir o impacto da doença nas suas vidas. Estes grupos têm a duração de 8 sessões;

2) De modo, a podermos melhorar, cada vez mais, a nossa intervenção junto dos nossos associados, pretendemos realizar um estudo sobre o impacto da participação dos familiares nos nossos Grupos Psicoeducativos para Familiares nas suas vidas, posteriormente a ser divulgado pela ADEB;

2) Realização de 2 “Encontros de Saberes e Memórias entre Gerações” alusivos à temática “Impacto da doença na Pessoa com Depressão ou Doença Bipolar e sua família”;

3) No âmbito da divulgação e informação sobre as Perturbações Unipolar e Bipolar, para uma maior consciencialização das mesmas e do seu tratamento, a ADEB realiza uma ampla divulgação e distribuição de informação psicopedagógica junto dos seus associados e comunidade em geral. Com o desenvolvimento deste projeto estamos a reeditar os guias sobre a “Família” e o “Estigma e Saúde Mental”, e editamos um novo guia sobre as “Perturbações de Humor e a Adolescência”;

Convidamos a visitar o nosso site www.adeb.pt, para informação mais detalhada, assim como a visitar a nossa pagina do facebook, www.facebook.com/adeb.pt.

Contamos consigo na divulgação e informação para um justo combate ao estigma social, causa de sofrimento para quem sofre com estas patologias, que leva ao isolamento social, prejudicando a procura de um tratamento adequado que se traduza em ganhos de saúde e qualidade de vida. Conte connosco!



Onze anos depois a ADEB vai editar a segunda **ANTOLOGIA POÉTICA**, onde reúne os melhores poemas dos seus associados, que através da escrita demonstram o seu grito de liberdade:

Liberdade de dizerem na escrita aquilo que a sua voz não faz ouvir!

Liberdade de mostrarem os seus sentimentos, pondo a nu a sua alma!

Liberdade de escreverem que podem ser bipolares, mas são criativos, inteligentes, sensíveis e estão ...aqui!

Estão na sociedade, nas famílias, no trabalho, no mundo, e querem ser amados, respeitados e aceites pelo que são, não estigmatizados ou devotados ao ostracismo.

Estes Homens e Mulheres demonstram através da poesia, os seus sonhos, os seus valores, as suas alegrias, as suas capacidades de pessoas diferentes e ...tão iguais.

O sentimento com que elaboram estes poemas é um rasgo de luz, num horizonte cinzento onde sabem que são muitas vezes ignorados.

Mas quem lê isto, não pode ignorar a escrita daqueles que com sacrifício fazem da fraqueza, força, da tristeza alegria e da poesia a sua bandeira de liberdade!

Vamos ler com amor, com paixão e dar valor a todos aqueles que com muito esforço marcaram no papel um pouco de si!

Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental

“ Encontros de Saberes e Memórias Entre Gerações”

Tal como no ano 2013, a Delegação Norte da ADEB comemorou o dia 10 de Outubro de 2014 – DIA MUNDIAL DA SAUDE MENTAL em parceria com o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), - Serviço de psiquiatria - na Biblioteca Municipal de Santa Maria da Feira, subordinado ao tema “**Encontros de saberes e Memórias Entre Gerações**”.

A Sessão contou com duas partes, a da manhã dirigida a todos os profissionais interessados, e que se caracterizou com uma Reunião de Trabalho – Encontro de Instituições, que se pautou pela partilha de saberes entre instituições, locais que prestam apoio a pessoas com a doença mental na área de Entre Douro e Vouga.

Estiverem presentes o Serviço de Psiquiatria do CHEDV, a CASTIIS, a UCC de Oliveira de Azeméis, a ACES Entre Douro e Vouga II – USF Nordeste – Polo Cesar, a Ecos Urbanos e a ADEB cuja comunicação esteve a cargo da Dr.ª Lídia Agueda, Psicóloga Clínica da Delegação Norte que apresentou todas as valências e trabalho desenvolvido juntos dos associados e seus familiares.

A parte da tarde iniciou com a Sessão de Abertura, em que estiveram presentes: o Presidente da Administração do CHEDV Dr. Fernando Silva e a Directora Técnica do Serviço de Psiquiatria Dr.ª Sara Mariano, a Vereadora da Câmara Municipal da Vila da Feira Dra. Cristina Tenreiro, o Dr. Adrian Gramary em representação da Santa Casa da Misericórdia do Porto e da RARP, e o Dr. Antonio Vieira membro da Direção e Coordenador da Região Norte da ADEB, em representação do Presidente da Direção Nacional da ADEB, Delfim Oliveira.

Como oradores convidados participaram a Dra. Lurdes Sousa (ACES Entre Douro e Vouga II), a Dra. Vanessa Pais (CHEDV), a Dra. Isabel Milheiro (CHEDV), a Dra. Diana Aguiar (ADEB), a Enf.ª Mecia Bucio (CHEDV) e o Dr. João Figueiredo (CHEDV).

Esta Sessão terminou com Workshops – Partilha de experiências, que se dividiu em: Relaxamento, GAM's e Psicoedução, que foi dirigido a todos os interessados e que se regeu por pré-inscrição e tiveram excelente adesão.

A realização deste evento pela ADEB insere-se na vertente da Promoção e Educação para a Saúde Mental, como meio de proporcionar à comunidade, aos associados da ADEB bem como aos seus familiares, informação especializada, permitindo aceder a elementos fundamentais na educação para a saúde, de modo a gerar um maior conhecimento e uma proximidade interpessoal mais salutar.

A Sessão contou com a presença de cento e dez pessoas, entre as quais representantes da Autarquia local, unidades de saúde, representantes do hospital local e do serviço de psiquiatria, representantes de várias entidades públicas e privadas, profissionais de reabilitação psicossocial, estudantes, bem como associados e familiares.

Este evento foi Co-Financiado pela Segurança Social: AFEAF'2013 / Apoio Financeiro do Estado às Associações de Família.

Orlanda Correia
Técnica de Serviço Social



“Almas Libertas”

O Grupo Amador de Teatro “Almas Libertas” surgiu para mim na altura certa.

Encontrava-me num estado de Depressão Major e a atravessar um período de Luto mal resolvido.

A Adeb Norte em boa hora avançou com este projecto.

A minha Psicóloga falou-me que seria bom para mim inscrever-me, pois já me conhece e sabe o quanto me identifico com estas iniciativas. Confesso que ao início nem me apetecia ir, nem me apetecia sequer sair de casa...

Estava cansada, psicológica e fisicamente.

Nas primeiras sessões os exercícios de aquecimento deixavam-me exausta. Nas leituras a minha voz era baixa, enfim... parecia uma mortaviva.

Com a continuação fui recuperando a “Força”, com um texto de outra sócia e um poema de um autor conhecido consegui fazer finalmente a minha Catarse.

Mas, a cada passo dado falava com a minha Psicóloga, até que ponto estava a ser ou não vantajoso fragilizar durante as sessões de Teatro. Tive sempre a sua salva guarda.

O Apoio de todo o Grupo “Almas Libertas”, também foi fundamental em todo o processo pelo



qual fui passando.

As emoções outrora congeladas libertaram-se para a vida, as lágrimas também...

Agradeço por isso à ADEB Norte, à nossa Dramaturga e Encenadora – Inês Garrido, ao nosso Músico - Pedro Melo (os dois voluntários exteriores à Adeb); e às restantes “Almas Libertas”, o Espírito, a Essência e a Dinâmica criada para o resultado do todo – O Espectáculo realizado em Coimbra no dia 12 de Outubro no âmbito “Saúde Mental e Arte”.

Cristina Henriques
(Sócia nr. 3499)



Testemunho

A separação definitiva aconteceu no dia 20 de julho, depois do divórcio ter sido assinado no dia 23 de fevereiro. Desde então, sinto-me como um autómato, comandada por vontades que parecem não ser as minhas, porque as minhas já não sei quais são. Deixei de pensar direito. Não sei o que é certo, o que é errado, porque os pensamentos vão e vêm num turbilhão e a confusão instala-se. Vivo o dia-a-dia de humores, quase sempre com uma espécie de raiva contida. Ansiedade, revolta, nervos, tudo misturado, fazem um cocktail de emoções que, de vez em quando, explode em forma de lágrimas. Pensar já não é um exercício fácil, com coerência também não e a tristeza invade-me o corpo, entorpecendo-me os sentidos.

Os meus filhos são a minha âncora, todos já crescidos, mas ainda a viver comigo. Deles tenho tido apoio, conselhos, carinho, amor, tudo o que se pode desejar numa fase complicada como esta. Eles são o pilar do meu equilíbrio emocional, pessoas adoráveis, que amo incondicionalmente, os meus três filhos, os meus tesouros. Eu sei, é lamechas, pode até ser cliché, mas não me importo de o dizer, porque o sinto, porque me orgulho de ser MÃE! Com eles cresci como mãe, mas, sobretudo como pessoa. Aprende-se tanto com eles!

Há dias, no entanto, um misto de tristeza e alegria invadiu-me. Senti que um pedaço de mim me tinha sido roubado. Saramago dizia que os filhos não são nossos, são-nos apenas emprestados por uns tempos e que chega uma altura temos que os deixar ir, viver as suas vidas. A minha filha foi estudar para a cidade dos estudantes, Coimbra e senti que me foi um pouco roubada, disse-me o coração, quando se sentiu triste, apertadinho, no abraço de despedida, ao deixá-la naquela cidade, para iniciar uma nova etapa da vida. O mesmo aconteceu com o mais velho, quando um dia viajou para a Suécia, em férias e o mais novo, para Praga, num intercâmbio escolar. Dar asas a um filho é como cortar um pedaço de nós, mas é também sentir o orgulho de mãe, de o ter visto crescer, com carácter, personalidade, responsabilidade e, sobretudo, respeito pelos outros.

Esta doença de que padeço há já alguns anos também não ajuda neste momento menos bom que agora vivo e tento manter-me forte e distrair-me, sobretudo no trabalho, um dos locais onde me vou sentindo bem, porque adoro o que faço e a que me dedico de alma e coração e onde ainda poucas pessoas vão sabendo da minha separação. Tento guardar para mim e não deixar que nada interfira com as minhas tarefas diárias e pelo menos, o facto de gostar do que faço, e ser um trabalho exigente e de muita concentração, ajuda a que seja mais fácil abstrair-me do resto. É como se naqueles momentos que ali estou, o mundo fosse outro.

Tento sorrir para a vida, na esperança que ela me retribua com uma gargalhada. Mas por vezes ela brinca comigo, deixando-me triste, ansiosa e com vontade de correr para o meu refúgio, lá, junto ao mar, naquele meu local predilecto, onde acompanhada por um bom livro me perco horas sem fim a olhar o horizonte e a imensidão daquelas águas. Com o mar tenho uma relação de confidente, quase amigo, aquele que me escuta, sem me ouvir e me responde com o ondular das ondas que vou admirando. Cada uma que desagua na praia, assemelha-se ao meu estado de espírito, por vezes turbulento, outras mais calmo. Adoro sentir o calor do sol no rosto, que se mistura com a brisa do vento nas estações mais frias, porque é nessa altura que para lá me dirijo, onde tudo é mais sereno, não há tanta gente e posso ficar até bem tarde, àquela hora em que finalmente as cores do céu se fundem com o azul do mar, num momento mágico de total plenitude em que a noite começa a descer sobre a terra. Comigo trago um companheiro, um pequeno livrinho de notas, onde vou escrevinhando pequenos desabaços, pensamentos soltos de uma vida cheia de coisas para contar, enquanto beberico um chá ou saboreio um café bem quente.

Estas minhas visitas à praia são um bálsamo. Penso muito sobre como tem sido a minha vida. Medito sobre tudo o que fiz de errado, faço balanços de uma vida com muitos altos e baixos, quem os não tem!? Não vivo no passado, do qual me libertei há pouco tempo, embora, inevitavelmente, tudo o que vivemos faça parte da nossa essência, daquilo em que nos transformámos e há sempre um longo caminho a percorrer. Olhar em frente é agora o meu objectivo e tenho muito pelo que lutar, não só por mim, como mulher independente que sempre fui e agora ainda mais aguerrida, mas por aqueles que me são queridos.

Perdi o medo da solidão, de pensar que podia não ter alguém do meu lado que amparasse os meus males, medos, tormentos e aprendi que companheiros podem ser os filhos para a vida inteira, irmãos e amigos, aqueles das horas de aflição, podemos contar com todos eles, porque nos ajudam a erguer-nos com uma palavra amiga, um abraço. Sinto-me livre, independente. A vida é uma caixinha de surpresas. E como todas as surpresas, estas podem ser boas ou más, e só nós podemos decidir e estar preparados para enfrentar o que cada uma delas nos reserva. Procuo viver cada momento com intensidade e força, contra todas as adversidades, porque ninguém os pode viver por mim.

Os desabaços que aproveito para ir escrevinhando no meu pequeno livro ajudam-me a conhecer-me um pouco melhor, porque medito sobre as minhas preocupações, as emoções, tomo resoluções, podem não ser as melhores, talvez, mas são só minhas agora, porque disse BASTA e resolvi seguir o meu caminho, avançando cada dia mais um passo na longa caminhada do meu destino, para dizer como Scarlett O'Hara, no filme "E Tudo o Vento Levou", "...Amanhã será outro dia!"

DESTE ROCHEDO À BEIRA MAR

Deste rochedo à beira mar
 Escrevo-te em tom de poema;
 Deste mineral feito azul
 Sei-te céu e mar, meu tema;
 Desta existência na existência de nunca mais voltar
 Procuro-te de Norte a Sul;
 Desta manhã emergente da escuridão
 Vislumbro-te Estrela Solar.
 Nesta bola azul prata ao entardecer
 Amanhece sempre a esperança
 Na promessa de novo ser,
 O poeirento barro de ADN outra vez Criança
 Nesta rota orbital oscilante:
 Coexisto sem cessar,
 Oscilo sem parar;
 Paro para pensar;
 E não cesso de partir.
 Elevo-me acima da atmosfera,
 Qual movimento contrário ao da Terra,
 E no salto que este encerra;
 Subo-te á tua grande esfera;
 Despeço-me num longo adeus...
 No impermanente momento,
 Em que a radiação solar, feita de novo vento
 - É já Júpiter movimento lento...
 Sou já eu sem me ser
 Leva-me sem ter presença
 Para além do grande vazio... de Deus!
 Já sem corpo ter, nem alma haver,
 Sou-o eu o universo
 Fluindo eternamente!

Nuno Rodrigues



SEM ABRIGO

Na portada do edifício, deitado
 O sem-abrigo!!!
 Passos apressados na calçada!
 Ninguém repara, nem quer ver nada!
 Pensei e vi
 O que aquele homem me contaria de si
 Tivera talvez no passado amigos!
 Mulher e até talvez filhos!
 Aqueles que agora lhe dizem não
 Aos seus pedidos de compaixão!
 Um emprego e profissão!
 Respeito e consideração!
 Dinheiro!
 E um ar presenteiro!
 Tivera pais!
 Que lhe acudiam aos seus ais!
 Uma casa para viver!
 Para dormir e conviver!
 Deitado no chão!
 Lembro que podíamos ser tu ou eu meu irmão!
 Dorme ao relento!
 Faça chuva ou faça vento!
 Passa fome!
 E a sua solidão é enorme!
 Recorda o seu passado!
 Agora violentado!
 Deitado no chão!
 Mendigando o seu pão!
 O SEM-ABRIGO!!!!.....

José Torres





Associação de Apoio aos Doentes
Depressivos e Bipolares

IPSS de utilidade pública com fins de Saúde

ADEB

CONVOCATÓRIA

Assembleia Geral Ordinária

29 de Novembro de 2014

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, ADEB, a comparecer no dia 29 de Novembro de 2014, às 10:00 horas, na Assembleia-Geral Ordinária ao abrigo dos n.ºs 1) e 2) do artigo 27º dos Estatutos da ADEB, a realizar no Anfiteatro da Escola de Saúde da Cruz Vermelha, sita na Avenida de Ceuta, Urbiceuta-Lisboa, subordinada à seguinte ordem de trabalhos:

DAS 10h00 ÀS 11h00

- I. Análise e aprovação do Programa de Ação e Orçamento para o ano 2015.
 - II. Eleição dos Corpos Gerentes para o quadriénio 2015-2018.
- Nos termos do n.º 1 do artigo 29 dos Estatutos, a Assembleia-Geral Extraordinária reunirá à hora marcada na Convocatória se estiverem mais de metade dos associados com direito a voto, ou uma hora depois com qualquer número de presentes. O Programa de Ação e Orçamento para o ano 2015 está disponível na Sede para consulta de todos os associados

DAS 11h30 ÀS 13h00

2. COLÓQUIO:

Hora	Tema	Orador(a)
11h30	Evolução e Depressão;	Sónia Cherpe, Psicóloga Clínica
12h00	A Psicoterapia e a Psicoeducação no Quotidiano dos Doentes Bipolares;	José Joaquim Garrucho Martins Doutorado em Sociologia
12h30	Debate	

ALMOÇO CONVÍVIO

Caro Associado e Amigo, na sequência da Assembleia-Geral Ordinária e Colóquio, terá lugar um Almoço/Convívio no restaurante “Mercado de Alcântara” – sito na Rua Leão de Oliveira, Alcântara-Lisboa.

DAS 13h30 ÀS 15h30

- Almoço:
Ementa:
 - Entradas: Pão e Manteigas
 - Prato: Churrasco Alentejano ou Filetes de Cherne com Arroz de Tomate
 - Bebidas: Vinho da Casa, Sangria, Cerveja e Sumos
 - Sobremesa: Pudim Flan ou Ananás
 - Café

Inscrições até ao dia 26 de Novembro de 2014 na Sede Nacional da ADEB ou pelos telefones 218 540 740/8, TM: 968 982 150 ou email: adeb@adeb.pt
Preço do almoço por pessoa €14,90.

DAS 15h30 ÀS 16h00

- Convívio e Momento Musical com “Nota Contranota”

COMPAREÇA e PARTICIPE

Presidente da Assembleia Geral da A.D.E.B.
Dr. José Manuel Jara



ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Ficha Técnica

Revista Bipolar n.º 49
Ano XVII, 1.º trimestre de 2014
Proprietário: ADEB, NIF n.º502 610 760
Editor: ADEB
Diretor: Delfim Augusto Oliveira
Sub-Diretora: Cristina Dinis
Coordenador da Redação: Delfim Augusto Oliveira
Colaboradores: Sónia Cherpe, José Joaquim Garrucho Martins, Maria Luísa Figueira, Renata Frazão, Sérgio Paixão, Orlanda Correia, Cristina Henriques, Rita Silveira, Nuno Rodrigues e José Torres
Produção Gráfica: Graficoisas, Lda.
N.º depósito Legal: 143533 / 99
Registo no ICS: 121 888
Distribuição gratuita aos sócios
Preço: €2,50

Contactos

Sede Nacional da ADEB
Quinta do Cabrinha, Av. de Ceuta, n.º 53, Loja F/G, H/I e J
1300-125 LISBOA
Tel: 218540740/8, Fax: 21 854 07 49,
Tlm: 968982150, adeb@adeb.pt
Delegação da Região Norte da ADEB
Urbanização de Santa Luzia, Rua Aurélio Paz dos Reis, n.º 357, Torre 5, r/c, Paranhos
4250-068 PORTO
Tel: 226066414 / 228331442, Fax 228331443,
Tlm: 968982142, regiao_norte@adeb.pt
Delegação da Região Centro da ADEB
Rua Central n.º 82 - Mesura - St.ª Clara
3040-197 COIMBRA
Tel/Fax: 239812574, Tlm: 968982117
regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt



Apoios



SEGURANÇA SOCIAL

Co-Financiado pelo Instituto da Segurança Social: AFEAF 2013
Apoio Financeiro do Estado às Associações de Família