A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 52

www.adeb.pt

10 PERGUNTAS, 10 RESPOSTAS SOBRE A DEPRESSÃO

A Psicoterapia Cognitivo - Comportamental e os seus benefícios para as pessoas com vivência de episódios depressivos e/ou (hipo) maníacos

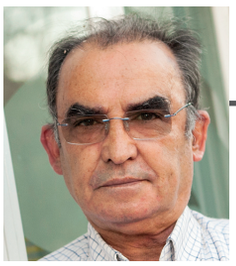
Convocatória aos Associados para Assembleia Geral Ordinária para o dia 28 de Novembro de 2015, no Anfiteatro da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa- Lisboa, Av. De Ceuta, Edifício Urbiceuta, 1350-125 Lisboa

10:00 Horas: Análise e Aprovação do Programa de Ação para o ano de 2016

11:30 Horas: Colóquio subordinado aos temas:
- 10 Perguntas, 10 Respostas sobre a Depressão. Dr. José Manuel Jara, Médico Psiquiatra
- A Psicoterapia Cognitivo - Comportamental, (...) Dr.ª Sónia Cherpe, Psicóloga Clínica

12:30 Horas: Debate

13:00 Horas: Apresentação do livro de ensaios sobre "Psiquiatria Refletida" da autoria do Dr. José Manuel Jara, Psiquiatra.



Editorial

INOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS ESTATUTOS DA ADEB

A Direção da ADEB, durante o ano de 2015, viu-se na contingência de inovar e alterar os Estatutos da ADEB, ao abrigo dos Estatutos das IPSS aprovado pelo D.L. nº119/83 de 23 de Fevereiro, alterado pelo D.L. nº172-A/2014 de 14 de Novembro, que altera o Estatuto das IPSS. As principais propostas desta revisão assentam principalmente na reformulação da definição de instituições particulares de solidariedade social, na clara separação entre os fins principais e instrumentais das instituições, entre outros pressupostos que têm como objetivo que "este novo ciclo da economia social possa assentar em alicerces mais sólidos e sustentáveis, do ponto de vista económico- financeiro, e que sejam salvaguardados os esforços e os progressos já realizados" (D.L. nº172-A/2014 de 14 de Novembro). Neste sentido, a Direção da ADEB e equipa técnica prepararam e apresentaram um novo projeto de estatutos. Para tal, todos os associados foram convocados para uma Assembleia Geral Extraordinária no passado dia 10 de Outubro de 2015, no qual foi aprovado por unanimidade.

De acordo com as novas alterações, no que concerne ao âmbito de ação, a ADEB visa desenvolver a sua atividade em todo o território nacional, por via da criação de Delegações ou Núcleos Distritais ou de estabelecimento de acordos de cooperação com entidades terceiras, abrangendo pessoas com o diagnóstico de Depressão (Unipolar), perturbação Bipolar e outras comorbilidades associadas, familiares, cuidadores, médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e outros profissionais da área da saúde mental (art.º 3º). Os objetivos principais da ADEB são: **a)** Implementar respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental destinadas a pessoas com o diagnóstico da doença Unipolar e Bipolar e outras comorbilidades associadas, de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, cujas respostas estão previstas na Lei; **b)** Promover, educar e formar, de forma especializada, na área da Saúde Mental, tendo em vista divulgar e elevar o conhecimento das pessoas com o diagnóstico de doenças Unipolar e Bipolar e seus familiares ou cuidadores para a prevenção e (re) habilitação; **c)** Apoiar e orientar os jovens e adultos associados da ADEB em situação de desemprego, no percurso de inserção ou reinserção no mercado de trabalho em cooperação com as unidades locais do IEFP, I.P. **d)** Desenvolver o Fórum Sócio Ocupacional, com base na legislação em vigor aplicável (art.º 4º). Assim, os novos Estatutos da ADEB encontram-se publicados e disponíveis no SITE da ADEB, www.adeb.pt.

Esperamos, desta forma, continuar a apoiar as pessoas que sofrem de Depressão e Doença Bipolar, seus familiares e cuidadores em busca da estabilidade, bem-estar e qualidade de vida.

O Presidente da Direção da ADEB,
Sócio nº 8. Um dos fundadores da ADEB
Diretor da Revista "**Bipolar**"
Delfim Augusto d'Oliveira

Índice

3 10 Perguntas, 10 Respostas sobre a Depressão

6 A Psicoterapia Cognitivo - Comportamental e os seus benefícios para as pessoas com vivência de episódios depressivos e/ou (hipo) maníacos

9 O Diagnóstico da Patologia Bipolar - Procurar Ajuda

12 Mindfulness - Meditação da atenção plena

15 Dignidade em Saúde Mental

17 A forma como as perturbações do humor afetam a vida familiar

19 Mente sã gera corpo são e bem-estar

20 25º Aniversário da ADEB - Um evento a recordar...

23 O sentido da felicidade

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 oipinião e documentários;
- Divulgação e testemunhos de pacientes e familiares;
- Relatório das atividades sociais desenvolvidas pela ADEB;
- Consultório jurídico abrangendo todos os ramos de Direiro;
- Espaço para divulgação das potencialidades dos associados no campo cultural, recreativo e social.

ESCREVA E DIVULGE A REVISTA BIPOLAR

10 Perguntas, 10 Respostas sobre a Depressão:

JOSÉ MANUEL JARA
Médico Psiquiatra
Presidente da Assembleia Geral e do Conselho Científico da ADEB

1. A DEPRESSÃO É DOENÇA?

O **reconhecimento da depressão como doença** não tem sido fácil. Mas sem qualquer margem para dúvidas, só por preconceito ou desconhecimento se poderá negar que a depressão, ou melhor, as depressões, são doenças. São estados patológicos de alteração do humor de duração variável, com abaixamento do estado de ânimo, sofrimento psíquico por vezes muito intenso, perda de interesse e energia, com repercussão significativa na capacidade adaptativa. As depressões são uma das causas de mais duradoura incapacidade laboral nos países desenvolvidos.

2. QUAIS AS CAUSAS DAS DEPRESSÕES?

As causas das depressões são muito diversas. Em primeira linha devem-se considerar fatores hereditários (genes envolvidos nos sistemas neurofisiológicos que regulam o humor no cérebro), mais relevantes nas depressões recorrentes e mais graves. No entanto, mesmo quando esses fatores estão identificados por uma história familiar de depressão, conjugam-se com outros, psicológicos, familiares e sociais. Há depressões em que os fatores situacionais, reativos são predominantes, havendo interação entre a personalidade e uma situação de perda marcante, com significado afetivo e emocional, ou um *stress* ou conflito prolongado que esgota a pessoa. Nas depressões é muito importante a ponderação de todos os fatores, que se combinam de modo peculiar em cada caso. Entre as causas da depressão também se contam as alterações orgânicas do Sistema Nervoso Central, em doenças como o Parkinson, as epilepsias, as doenças degenerativas, vasculares e outras. Também nas doenças endócrinas, em especial nas da tiroide e da suprarrenal podem verificar-se estados depressivos. As substâncias que atuam no Sistema Nervoso podem causar depressão, tanto as drogas, incluindo o álcool, como alguns fármacos terapêuticos com efeitos secundários depressivos.

3. COMO SE MANIFESTAM AS DEPRESSÕES?

Os **sintomas das depressões** conjugam-se de modo peculiar em síndromas que são muito variados. Há depressões ansiosas, depressões inibidas, depressões asténicas, depressões culposas, depressões hostis, depressões delirantes e psicóticas, depressões agitadas, depressões com queixas físicas e dolorosas, etc.

E a mesma pessoa, ao longo da vida pode ter episódios depressivos com sintomas diferentes. De modo muito sumário podemos dizer que os sintomas podem ser psicológicos, emocionais, físicos e comportamentais. A perda da autoestima, a depreciação de si próprio, a tristeza até ao desespero, o desinteresse, a perda da alegria e da capacidade de gostar de viver, o pessimismo e a desesperança, a culpabilização excessiva, as ideias de morte e de suicídio (e a conduta suicidária), eis exemplos de sintomas frequentes nas depressões. Nas depressões designadas "Major", o número de sintomas é maior, sendo a sua intensidade variada. Outros sintomas importantes são na esfera das capacidades intelectuais, como desatenção, perda da memória, inibição do intelecto, levando a pessoa a pensar que está em risco de demência, se for uma pessoa idosa. Outra área importante são as alterações do sono, sono excessivo ou insónia com despertar precoce, as alterações do apetite, com predomínio de perda, mas também de aumento, a perda de peso e a diminuição do desejo sexual. As sensações físicas estão alteradas, com fadiga, dores no corpo, alterações gastrintestinais, aperto no peito ou um mal na cabeça, sensações por vezes difíceis de descrever e com muito sofrimento. A conduta retrai-se, a pessoa deixa de conviver, fala pouco, não tem energia para trabalhar, perde a motivação para a vida. É frequente a depressão ser acompanhada por sintomas ansiosos, obsessões, fobias, condutas impulsivas, e abuso de substâncias. Nas depressões reativas, motivadas, psicogéneas, o centro das preocupações gira à volta dos conflitos num enredo difícil de deslindar. Noutras depressões a mente sente-se esvaziada, perdida, e a pessoa sente-se desvitalizada e apagada. Noutras ainda, predomina a angústia, com desespero e agitação.

4. AS DEPRESSÕES TÊM CURA?

As depressões têm cura? Quando a causa de uma depressão está identificada, a terapêutica deve basear-se nesse conhecimento. Uma depressão motivada por uma perda séria, por uma situação de desgaste prolongado, deve ser resolvida pela superação do conflito e resolução psicológica das consequências da perda através de um apoio psicoterapêutico adequado. Contudo, e isto é muito importante, o diagnóstico do tipo de depressão deve ser feito por um médico que equacione todas as hipóteses médicas e psicológicas. Há depressões que evoluem na sua história natural por recorrências, com intervalos de anos ou meses. O tratamento das depressões deve orientar-se para a remissão do episódio agudo e depois para a prevenção das recorrências. Em muitos casos a cura e prevenção resultam em pleno, sem sintomas residuais. Noutros persiste um fundo depressivo atenuado. Há casos de depressões crónicas, com uma duração prolongada, de mais de dois anos, que podem não ceder ao tratamento medicamentoso e psicoterapêutico. Em depressões muito graves, com sintomas psicóticos (delírios de culpa, ruína, hipocondríacos e alucinações), resistentes à medicação, pode ter de se recorrer à eletroconvulsivoterapia. Há algumas novas terapêuticas, como a estimulação do nervo vago, a estimulação magnética transcraniana repetitiva e a estimulação cerebral profunda que também podem melhorar algumas depressões de mais difícil recuperação.

A "cura" da depressão é um processo complexo, que envolve meios terapêuticos adequados a cada caso. Depois do diagnóstico, o tratamento da crise atual. Depois o seguimento e eventual prevenção. Se o doente tiver alterações do humor nos dois sentidos, isto é tiver bipolaridade (fases de elevação do humor e hiperatividade a par de depressões),deverá ser tratada a perturbação bipolar. Nos casos de problemas da personalidade ou de hábitos nocivos, a abordagem dos mecanismos psíquicos da pessoa e do estilo de vida são de primacial importância.

5. COMO SE CURAM E TRATAM?

Como se disse anteriormente o processo de recuperação é possível e necessário, tanto através de medidas medicamentosas como psicológicas. A pessoa é parte ativa determinante para o sucesso do tratamento.

No tratamento das depressões é também muito importante valorizar um estilo de vida saudável, no plano físico, psicológico e social, que ajude a reforçar mecanismos adaptativos correspondentes à personalidade de cada um/a para uma existência plena de sentido. A pessoa não deve ser abordada num sentido estritamente individual, mas também no plano familiar, profissional, social e sociocultural ou espiritual.

6. OS ANTIDEPRESSIVOS SÃO REALMENTE EFICAZES? CAUSAM DEPENDÊNCIA?

Os antidepressivos surgiram na década de 50 do século passado. Desde então várias gerações de fármacos com propriedades antidepressivas foram criados e comercializados. São fármacos eficazes, mas não são milagrosos, como aliás em qualquer área da medicina. Há preconceitos contra os medicamentos psiquiátricos, por vezes gerados no terreno da própria medicina ou na psicologia. Sabemos que há substâncias que atuam no cérebro, produzindo alterações que temporariamente geram prazer ou algum efeito desejado pelo utilizador e produzem dependência. Não é o caso dos antidepressivos. Os antidepressivos são fármacos terapêuticos, que não geram dependência e cujo efeito terapêutico não é imediato, só ocorrendo semanas depois do início da medicação. A sua eficácia é maior nas depressões de base biológica/ fisiológica (com herança genética), mas abrange um vasto leque clínico. Nas depressões recorrentes unipolares (não bipolares), a prevenção de novos episódios pode e deve ser feita com a medicação antidepressiva. Alguns antidepressivos também são eficazes nos sintomas de ansiedade e nas obsessões.

O tratamento com antidepressivos não dispensa atos médicos, tanto no início, como na continuidade e no eventual termo ou prolongamento da medicação.

7. É POSSÍVEL SAIR DA DEPRESSÃO SEM TOMAR ANTIDEPRESSIVOS?

É possível sair da depressão sem tomar antidepressivos? Há reações de ajustamento depressivas que podem ser tratadas psicologicamente, procurando a superação do desajustamento da pessoa através de uma abordagem psicoterapêutica. A melhoria dos mecanismos adaptativos da pessoa pode ser alcançada através de uma terapia cognitivo-comportamental ou por terapias de grupo, incluindo a familiar. As depressões recorrentes unipolares ou bipolares devem ser tratadas numa parte importante com medicamentos apropriados, incluindo os antidepressivos. Se a pessoa tiver uma depressão leve pode recuperar com um apoio psicológico adequado. Mesmo sem tratamento as depressões melhoram muitas vezes, mas arrastam-se por mais tempo e podem recidivar.

A psicanálise não tem indicação para o tratamento da doença depressiva na fase aguda. Pode ter indicação para ajudar a superar problemas da personalidade cuja compensação contribui para diminuir a vulnerabilidade depressiva. Mas seria errado considerar que as terapêuticas psicológicas dispensam a abordagem medicamentosa em doenças depressivas de base fisiológica e nas depressões recorrentes.

8. A DEPRESSÃO ATINGE MAIS AS MULHERES? PORQUÊ?

É um facto constatado pelos estudos epidemiológicos. Tal pode resultar de uma vulnerabilidade biológica do género feminino em períodos determinados da vida, relacionados com variações hormonais. É certo que as depressões puerperais e as depressões na menopausa têm uma prevalência significativa. O facto de algumas mulheres terem na vida atual uma sobrecarga grande, acumulando tarefas profissionais, domésticas e familiares pode aumentar o risco de depressão também. Por outro lado é um facto provado que as mulheres recorrem mais ao apoio médico e psicológico quando em depressão. Muitos homens com depressão não acedem ao tratamento por preconceitos de base sociocultural; e muitos homens deprimidos denegam a depressão, atuando de forma desajustada, por exemplo abusando de álcool ou manifestando alterações de comportamento. É interessante registar que o suicídio tem uma prevalência cerca de quatro vezes mais no homem do que na mulher, enquanto as "tentativas de suicídio" são mais frequentes no género feminino.

9. O QUE PODEMOS FAZER PARA AJUDAR?

Uma questão importante é reforçar a atitude de procurar a ajuda médica psiquiátrica e psicológica necessária. Contribuir para que seja cumprido o tratamento prescrito. E manter uma relação positiva, compreensiva, de aceitação do outro sem críticas, sem desvalorização da pessoa. Reforçar o laço humano, evidenciar solidariedade, saber ouvir e aconselhar. Ajudar a pessoa doente a superar a doença. Incentivar a ação, partilhar com a pessoa, acompanhá-la. Reforçar ideais positivos e construtivos. Mas saber até onde a pessoa pode ir sem exigir o não possível na fase mais intensa da doença. Tem de haver amor e amizade franca e bom senso também.

10. O QUE DEVEM FAZER AS PESSOAS COM DEPRESSÃO, NO DIA-A-DIA?

Não há normas rígidas. Na medida do que for possível, a pessoa deve ocupar-se com o que lhe custa menos e pode dar satisfação. Embora a atividade seja reduzida deve manter-se. A inatividade e inutilidade podem agravar a depressão. No entanto, numa fase aguda de doença depressiva a pessoa pode não estar capaz de estar ativa, sendo mesmo necessária a hospitalização ou o apoio de terceira pessoa para as atividades quotidianas. Mas a possibilidade de manter-se ativo, desempenhando tarefas menos complicadas e cansativas, e a recuperação gradual do que era a norma pode ser feito progressivamente. A atitude depressiva pode manter-se já depois da atenuação dos sintomas. A pessoa deve querer melhorar, deve ser estimulada a manter-se ativa, a sentir-se útil na medida das suas capacidades, numa linha de retoma da vida anterior.

A Psicoterapia Cognitivo - Comportamental

e os seus benefícios para as pessoas com vivência de episódios depressivos e/ou (hipo) maníacos

SÓNIA CHERPE
Psicóloga Clínica da Delegação Centro da ADEB

"A esta altura da minha existência, não posso imaginar levar uma vida normal sem tomar lítio e sem ter tido os benefícios da psicoterapia.(...)

A psicoterapia confere algum sentido à confusão, refreia os pensamentos e sentimentos apavorantes (...)

Os comprimidos não podem e não conseguem facilitar a nossa volta à realidade. (...)

A psicoterapia é um santuário, um campo de batalha...onde estive com uma desesperança inacreditável...

Mas sempre foi ali que acreditei – ou aprendi a acreditar – que um dia talvez pudesse ser capaz de enfrentar tudo isso. (...)"

(Jamison, 1996)

Apesar dos avanços contínuos da neurociência e da introdução de novas gerações de medicamentos para o tratamento das perturbações graves do humor, há ainda muitos limites na terapêutica destes estados clínicos. Em todo o mundo, milhões de pessoas com vivência de perturbações do humor não obtêm respostas adequadas à farmacoterapia e, coletivamente, a perturbação depressiva, a perturbação bipolar e o espectro da esquizofrenia constituem o maior problema de saúde pública do mundo (Murray, 2013), o que mesmo em termos económicos representa biliões de euros de capital humano perdido.

Atualmente, a melhor estratégia para melhorar os resultados do tratamento destas condições clínicas é combinar terapias que parecem ter mecanismos de ação complementares. Entre vários adjuvantes da farmacoterapia, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é sem dúvida o mais promissor (Thase, Kingdon & Turkington, 2014).

A TCC, antes de mais, assenta em diretrizes de intervenção com validação empírica (abordagem científica), baseados em evidências (Eysenck,1952) podendo ser conduzida em contexto individual ou grupal.

A noção central deste modelo de intervenção é que as respostas comportamentais e emocionais não resultam diretamente das situações/acontecimentos externos, por si só, mas sim de perceções e interpretações (ie, processos do pensamento, crenças, cognições) sobre essas mesmas situações/acontecimentos.

Esta forma de terapia tem a sua origem no Comportamentalismo que assenta na rejeição da introspeção e advoga a necessidade do estudo do comportamento observável (Watson, 1919; Skinner, 1953; 1959), com aplicação de técnicas comportamentais ao tratamento de condições que geram sofrimento psicológico significativo. O modelo experimental de Pavlov (1955) funda, também, os princípios fundamentais dos processos de condicionamento/aprendizagem, instaurando as bases para o estudo científico do comportamento patológico (Mineka 1985, 1987).

Mais tarde, Aaron T. Beck (1976) e Albert Ellis (1962) desenvolveram, de forma independente, os pressupostos basilares inerentes ao Cognitivismo. Beck nomeia as suposições sobre as situações (perceções/interpretações) de pensamentos automáticos, uma vez que estes surgem sem reflexão prévia. Segundo Beck, "o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como o próprio estrutura o mundo". Os seus primeiros trabalhos incidiram sobre a compreensão e tratamento das perturbações do humor, estados de depressão e estados de mania. O Cognitivismo surgiu, aliás, devido à necessidade de responder mais eficazmente ao tratamento de estados depressivos, bem como de incluir o conteúdo dos pensamentos de quem procurava este tipo de intervenção (foco Humanista). Não obstante, foi incorporada a necessidade da validação empírica da intervenção através do recurso a técnicas/experiências comportamentais na identificação de pensamentos e processamento da informação (eg, exposição a situações temidas) (Rachman, 2014). Ellis nomeia as suposições de autoafirmações, dado que as postula como ideias que o próprio afirma a si mesmo. Nesta sequência, a TCC é ilustrada de acordo com o modelo ABC

(Ellis, 1962) em que A representa o acontecimento antecedente; B, a crença (pensamento) e C, a consequência de um comportamento. Este modelo é adaptado às características específicas da vivência da pessoa. Os pensamentos podem ser mal adaptativos se refletirem uma interpretação enviesada da situação o que se pode associar a problemas emocionais, de comportamento e mesmo a ativação fisiológica. Seguiram-se refinamentos destas duas abordagens, nomeadamente quanto às teorias da aprendizagem e condicionamento (eg, condicionamento operante, reforço, evitamento).

As duas correntes, a comportamental e a cognitiva, foram agrupadas por Clark (1986) com a Teoria Cognitiva da Perturbação de Pânico e por Salkovskis (1985) com a abordagem ao tratamento da perturbação obsessivo – compulsiva.

A TCC evoluiu ainda para formas contemporâneas de intervenção cujo objetivo se direciona mais para a compreensão da função dos pensamentos, emoções e comportamentos e não tanto para a sua correção iminente. Estas formas de intervenção são ainda mais experienciais direcionando a modificação para a natureza da relação que o próprio estabelece com o pensamento e com a emoção.

Uma destas formas de intervenção é a terapia metacognitiva que postula a existência de crenças metacognitivas positivas e negativas (Wells, 2009). Um dos objetivos da terapia metacognitiva é aumentar a probabilidade de que a pessoa permita que os pensamentos que se associam a um sofrimento psicológico aumentado possam "vir e ir", sem que se envolva e permaneça neles. Espera-se uma utilização mais flexível de estratégias alternativas ao invés de se mudarem as cognições relacionadas com a preocupação, como geralmente é feito na TCC clássica (van der Heiden, 2013).

A terapia baseada no *mindfulness* refere-se a um processo que se associa a um estado mental caracterizado por uma consciência "sem julgamento" da experiência do momento presente (descrever ao invés de avaliar), incluindo sensações, pensamentos, estados corporais, consciência e contexto, incentivando a abertura, a curiosidade e a aceitação (Allen, 2006). Como parte desta intervenção, a pessoa é incentivada a concentrar-se num objeto primário (eg, o fluxo de inspiração e expiração), a estar ciente dessa experiência "momento a momento" e quando uma emoção mais intensa ocorre, a estar apenas com essa vivência, observando-a, e notando que os pensamentos são acontecimentos mentais impermanentes nem sempre muito rigorosos. O objetivo é que as pessoas estejam em estados conscientes com mais frequência, especialmente em situações relacionadas com *stress* (Teasdale, 1995). A terapia baseada no *mindfulness* foi combinada com a terapia cognitiva originando a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (Seagal, 2002, 2013) tendo como alvo o tratamento da perturbação depressiva e a prevenção de recaídas. Pode ser aplicada aquando estados de humor eutímico uma vez que se pretende que a pessoa se foque no momento presente quando os pensamentos surgem (eg, "Pode chover hoje"), podendo-a levar para longe do momento atual. É, assim, um treino que se pode prolongar para outro tipo de conteúdo dos pensamentos (conteúdos negativos) associados a uma ativação emocional mais intensa. A pessoa é incentivada a ver os seus pensamentos como acontecimentos que ocorrem dentro da sua mente e que não representam o seu "eu" ou a verdade (eg, "eu não sou os meus pensamentos"). O mesmo se aplica a sentimentos "negativos" e consequentes sensações corporais (Baer, 2003). Através destas experiências é suposto que a pessoa note que o controlo de emoções ou pensamentos "desagradáveis" os mantém e que só quando há a aceitação ("estar com") de emoções como tristeza oude perceções como a desesperança se tomar uma decisão deliberada sobre o que fazer (ou seja, mover a atenção para a sua respiração, analisar o padrão do pensamento, agir conscientemente). Ter uma ação consciente é uma técnica de ativação comportamental.

> "A TCC É A FORMA DE PSICOTERAPIA, ADJUVANTE À FARMACOLOGIA, MAIS ESTUDADA PARA O TRATAMENTO DE PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA (THASE, 2001).

A terapia da aceitação e compromisso (ACT) foi desenvolvida como uma psicoterapia de análise do comportamento em que o objetivo é trabalhar o evitamento emocional, a resposta literal e excessiva a cognições e a incapacidade de estabelecer e manter compromissos relacionados com a mudança comportamental (Hayes, 1994). Esta terapia não foca o desafio de pensamentos enviesados, utiliza processos de aceitação, de *mindfulness*, de compromisso e de mudança de comportamento com a finalidade de aumentar a flexibilidade psicológica, persistindo-se ou mudando-se o comportamento em linha com os valores escolhidos pela pessoa (Hayes, 2013). Mais do que desafiar a validade dos pensamentos, existe a mudança da função do pensamento tornando-se estes menos salientes emocionalmente e sendo percebidos como não estando relacionados com a qualidade da pessoa que os experiencia (Twohig,2009). Esta terapia teve maior eficácia para condições de pertubação depressiva, saúde física e outras condições de saúde mental (Powers, 2009).

A TCC é a forma de psicoterapia, adjuvante à farmacologia, mais estudada para o tratamento da perturbação depressiva (Thase, 2001). Através de uma meta análise, a terapia combinada de TCC e medicação antidepressiva, em tratamentos ambulatórios de episódios depressivos não psicóticos, evidenciou 10-20% de vantagem na

resposta à terapia ou na taxa de remissão (Friedman, 2006; C uijpers, 2010). Através de inúmeros estudos, a TCC tem vindo a demonstrar eficácia e é a psicoterapia recomendada nas linhas orientadoras de tratamento como a *"gold standard"* das psicoterapias no tratamento da perturbação depressiva (Priemer, 2013). Esta forma de psicoterapia também tem vindo a revelar resultados promissores no tratamento da perturbação bipolar (Parikh, 2012; Ball, 2006, Miklowitz, 2007; Gonzalez, 2014).

Mais recentemente, alguns autores começaram a desenvolver protocolos de intervenção da TCC que são transversais às várias categorias diagnósticas e que se direcionam a estratégias específicas de desregulação emocional (tratamento unificado; eg., Barlow, 2004; Hofmann, 2012), recorrendo à utilização de práticas de meditação (Hofmann, 2011). Este avanço é possível devido a uma compreensão aprofundada da natureza da psicopatologia e dos seus fatores de manutenção (Barlow, 2013; Hofmann, 2014). É provável que o futuro da TCC, e de outras intervenções psicossociais, continue nesta direção.

Embora o "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"(DSM), referência da categorização de estados alterados da saúde mental, se baseie no modelo médico no qual é assumido que os sintomas psiquiátricos são expressões de doenças latentes, os tratamentos psicológicos baseados na TCC têm demonstrado frequentemente resultados mais eficazes, nas categorias definidas na DSM, do que as intervenções biológicas (Mundy & Hofmann, 2014).

"É estranho dever a vida a comprimidos, às nossas próprias idiossincrasias e teimosias....e a esse relacionamento singular, estranho e essencialmente profundo chamado ... Psicoterapia. " (Jamison, 1996)

Referências Bibliografia:

- Allen, N.B., Chambers, R., Knight, W, (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry, 40*:285–294.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract, 10*:125–143.
- Ball, J.R., Mitchell, P.B., Corry, J.C. *et al.* (2006).A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry, 67*:277-86.
- Barlow, D.H., Bullis, J.R., Come,r J.S., Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Annu Rev Clin Psychol, 9*:1–27.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., Choate, M.L. (2004), Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther, 35*:205–230.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*:461–470.
- Cuijpers, P, Van Straten, A, Hollon, S.D. *et al.* (2010). The contribution of ative medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Ata Psychiatr Scand, 121*:415-23.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *J. Consult. Psychology, 16:* 319-326.
- Friedman, E.S., Wright, J.H., Jarrett, R.B. *et al.* (2006). Combining cognitive therapy and medication for mood disorders. *Psychiatr Ann, 36*:320-8.
- Gonzalez, I. A., Echebur_ua, E., Liminana, J.M. *et al.* (2014). Psychoeducation and cognitive behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial. *Eur Psychiatry, 29*:134-41.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *Behav Anal, 17*: 289–303.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J.L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther, 44:180–198.
- Hofmann, S.G., Grossman, P., Hinton, D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev, 31*:1126–1132.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Fang, A., Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety, 29*:409–416.
- Hofmann, S.G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behav Ther ePub* ahead of print. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001
- Jamison, K. R. (1996). Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor. São Paulo: Martins Fontes.
- Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders. In Anxiety and the Anxiety Disorders, ed. A. Tuma and J. Maser, pp. 199–234. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mineka, S. (1987). A primate model of phobic fears. In Theoretical Foundations of Behaviour Therapy, ed. H. Eysenck, and I. Martin, pp. 81–111. New York: Plenum.
- Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E. *et al.* (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression. A 1-year randomized trail from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry, 64*:419-27.
- Mundy, E., Hofmann, S. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy: Next Generation of Treatments. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, Vol. XII*, No. 3.
- Murray, C.J., Lopez, A.D. (2013). Measuring the global burden of disease. *N Engl J Med, 369*:448-57.
- Parikh, S.V., Zaretsky, A., Beaulieu, S. *et al.* (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study. *J Clin Psychiatry, 73*:803-10.
- Priemer, M., Talbot, F. (2013). CBT guided self-help compares favourably to gold standard therapist-administered CBT and shows unique benefits over traditional treatment. *Behav Change, 30*:227– 240.
- Powers, M.B., Zum Vorde Sive Vording, M.B., Emmelkamp, P.M. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom, 78*:73–80
- Rachman, S. (2014). The Evolution of Behaviour Therapy and Cognitive Behaviour Therapy, *Behaviour Research and Therapy.* doi: 10.1016/j.brat.2014.10.006.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behav. Res. Ther.* 25:571–83
- Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Skinner, B.(1953). *Science and Human Behaviour*. N.Y.:Simon and Schuster.
- Skinner, B. (1959). *Cumulative Record*. New York: Appleton Century.
- Watson, J.B., Rayner, P. (1920). Conditioned emotional reactions. *J. Exp. Psychol. 3*:1–14.
- Teasdale, J.D., Segal, Z., Williams, J.M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behav Res Ther, 33*:25–39.
- Thase, M.E. (2001). Depression-focused psychotherapies. In: Gabbard GO (ed). *Treatments of psychiatric disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Twohig, M.P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognit Behav Pract, 16*:18–28.
- Van der Heiden, C., Melchior, K., de Stigter, E. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy for generalised anxiety disorder: a pilot study. *J Contemp Psychother, 43*:151–157.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press.

O DIAGNÓSTICO DA PATOLOGIA BIPOLAR

Procurar Ajuda

(Artigo traduzido da Revista BP Hope)

Elijana, com 32 anos, vive numa pequena cidade no sul de Espanha. Esta é a sua história, a história de quem lutou desde cedo com a Patologia Bipolar e a forma como aprendeu a gerir esta doença que a acompanha ao longo da vida.

Eu tenho alterações de humor desde que me lembro. Quando era adolescente, recordo-me que tinha alguns ataques de raiva e fúria com os meus irmãos e acabava por lhes estragar as coisas. Os meus pais e os meus irmãos sussurravam "lá está ela num dos seus estados de humor". Algum tempo mais tarde e mesmo naquele dia eu ficava bem. Mas eu capaz de ter outros rasgos no dia seguinte. O meu estado de humor mudava completamente – às vezes, várias vezes, ao dia. Eu lembro-me de não ser capaz, na altura, de perceber o que se passava com o meu cérebro. Então eu sentia-me bem durante um tempo e pensava que estava tudo bem... mas mais tarde eu voltava a sentir-me mal e a minha mãe tinha de me arrastar para fora da cama, durante várias semanas consecutivas, caso contrário eu chegaria tarde à escola.

Quando entrei para a Universidade Autónoma de Madrid, as alterações de humor tornaram-se um pouco mais complicadas. Havia períodos de intensa produtividade e diversão e eu sentia-me como se pudesse ser capaz de fazer qualquer coisa. Era capaz de estar vários dias sem dormir, estando acordada durante todas as noites a ler, a escrever, a estudar ou a sair com os amigos. Durante esses períodos eu era uma pessoa super social e nunca perdia a oportunidade de ir a uma festa ou de estar rodeada de outras pessoas, tendo, contudo bons resultados na escola.

Até que um dia eu acordei e senti-me como se tivesse caído dentro de um buraco. Não me apetecia sair da cama. Eu senti-me tão triste e não queria saber de nada, nem da escola nem dos meus amigos – eu simplesmente abandonei tudo. Eu não percebia porque é que alguém ia gostar de mim ou ficar perto de mim – eu própria não queria estar perto de mim mesma. Foi nessa altura que comecei a beber álcool para tentar sentir-me melhor.

Estes períodos de oscilação perduraram durante todo o meu percurso académico. Havia alturas em que eu conseguia estar bem e tinha muitos amigos; mas havia outras em que eu tinha que implorar aos meus professores para me deixarem terminar os artigos (no final do curso) e nesses períodos não queria mesmo falar com ninguém. Foram raras as vezes e por pouco tempo que eu me senti "no meio das oscilações do humor".

"EU APRENDI QUE TENHO DE CONTROLAR ESTA DOENÇA PARA O RESTO DA MINHA VIDA, ASSIM COMO OUTRA QUALQUER PATOLOGIA DO FORO MÉDICO, COMO POR EXEMPLO A DIABETES."

Estes períodos perduraram até o ano seguinte, altura em que percebi que havia uma doença, uma patologia cerebral real que estaria a causar as minhas oscilações de humor. Nessa altura eu estava a trabalhar como estagiária num escritório de advogados e fiquei severamente deprimida. Eu não conseguia terminar o meu trabalho e a firma não aceitou as "desculpas" que os meus professores da universidade deram. Se eu não tivesse um amigo nesse escritório que me sugeriu consultar um psiquiatra, eu teria sido despedida.

Eu senti-me relutante em consultar um médico psiquiatra mas fui... era um psiquiatra da minha antiga universidade. O médico pediu-me para descrever "a minha história das alterações de humor" e para me recordar e apontar num calendário essas mesmas alterações. Foi aí que ele me diagnosticou a Patologia Bipolar e comecei o meu tratamento, que incluía medicação e psicoterapia. Eu não fazia ideia que o "mau humor" era considerado uma patologia que poderia ter tratamento.

Hoje em dia eu continuo a trabalhar na mesma empresa de advogados e a aplicar os meus conhecimentos na faculdade de direito da universidade. Eu fiz vários tipos de medicação durante o tratamento da patologia, embora, algumas vezes, houvesse necessidade de a mudar. Também comecei a participar em grupos de Autoajuda para a patologia bipolar onde conheci uma pessoa: o Peter. Ele é tão importante para mim – eu nunca tinha feito uma amizade tão boa como a que fiz com ele. Nós falamos acerca de como controlar a doença.

É tão bom saber que não estamos sozinhos. Eu continuo a ter períodos em que me sinto um pouco irritada ou

simplesmente triste. Mas estes sentimentos não controlam mais os meus comportamentos como controlavam no passado. Eu aprendi que tenho de controlar esta doença para o resto da minha vida, assim como outra qualquer patologia do foro médico, como por exemplo a diabetes. O que eu desejava era não ter de fazer isto, mas pela primeira vez na minha vida eu sinto que posso confiar em mim mesma.

O que é a Patologia Bipolar?

Tal como a história da Elijana ilustra, as oscilações extremas de humor da Patologia Bipolar podem ser dramáticas na vida de uma pessoa com um impacto extremamente negativo na produtividade e na capacidade de manter os relacionamentos íntimos e saudáveis. A patologia bipolar anteriormente conhecida como Doença Maníaco-depressiva é caracterizada por alternâncias de humor entre a mania e a depressão, e entre estas duas fases existem períodos de estabilização do humor em que não existe a presença de sintomas. É uma patologia cerebral que se pensa ser causada por uma combinação de mudanças ao nível do funcionamento cerebral, genético e das próprias condições em que a pessoa se insere.

Através do tratamento, que tipicamente inclui psicoterapia e medicação, os doentes com diagnóstico de patologia bipolar podem ter qualidade de vida. Contudo, para muitas pessoas algumas vezes são precisos 5 a 10 anos de sintomatologia até que esta seja devidamente diagnosticada como patologia bipolar – dados retratados num estudo efetuado com pacientes em trinta países. No entanto, para os que são devidamente diagnosticados o tratamento poderá não estar ao alcance de qualquer pessoa dependendo do país em que vive. Para alguns, o estigma é demasiado grande para os levar a pedir ajuda, em particular nas raízes culturais em que a doença mental é vista como "ter um mau espírito", "ser fraco" ou "ser má pessoa". Se a patologia bipolar não for tratada poderá ter um impacto negativo na vida das pessoas, tais como a perda do emprego, conflitos familiares e relações sociais ou em casos extremos, poderá mesmo conduzir ao suicídio.

Sintomas da Patologia Bipolar

Atualmente sabe-se que a patologia bipolar tem várias formas de expressão. Estas incluem a mais comum ou mais básica forma da doença, tal como a **Bipolar tipo I** – é caracterizada por episódios de mania e depressão; e a **Bipolar tipo II** – que é caracterizada por episódios de mania "mais leves" alternados com episódios depressivos. Em algumas pessoas, a doença é caracterizada por **Ciclos Rápidos** em que quatro ou mais episódios (durante os últimos 12 meses) do ciclo ocorrem. Estes episódios de mania e depressão oscilam com episódios em que há estabilização do humor. Quando a depressão ou a mania persistem é sinal de que existe uma recaída.

Os episódios de mania e depressão, assim como os sinais e sintomas expressam-se de forma diferente de pessoa para pessoa. Muitos destes sinais e sintomas podem não ser notados – ou interpretados, como sendo co mórbidos a outra patologia. A avaliação deverá ser feita de forma cuidadosa, considerando a cultura e o contexto em que o diagnóstico é feito, assim como possivelmente excluir outros problemas clínicos. Para tal, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) é a ferramenta mais utilizada para diagnosticar não só a patologia bipolar, como também outras perturbações do foro mental.

O Impacto da Patologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a nível global, cerca de 27 milhões de pessoas possam ser afetadas pela Patologia Bipolar. Algumas, permanecem sem o diagnóstico correto e sem receber tratamento. Sem tratamento, a patologia bipolar poderá revelar-se incapacitante tanto para os portadores da doença como para os familiares e amigos. A doença tem impacto em várias áreas da vida, tais como o emprego e as relações de proximidade. A patologia bipolar é a 6ª principal causa de incapacidade em termos da perda de anos de vida saudáveis (pessoas entre os 15-44 anos). A patologia tem uma elevada taxa de recaída e aproximadamente 15% de risco de morte pelo suicídio – a terceira causa de morte entre pessoas com idades entre os 15 e 24 anos.

Sinais e sintomas da mania ou de episódios de mania incluem:

- Aumento de energia, da atividade e da irritabilidade;
- Excessivamente em "altas" e humor eufórico;
- Irritabilidade extrema;
- Pensamento e discurso rápidos e fuga de ideias;
- Distratibilidade significativa e falta de concentração;
- Pouca necessidade de dormir;
- Crença irreal de que se "tem poderes" ou "capacidades";
- Pouca capacidade de raciocínio;
- Gastos excessivos;
- Abuso de substâncias;
- Comportamento provocatório, intrusivo e agressivo;
- Recusa em aceitar de que algo não está bem.

Diagnóstico de Mania

Um episódio maníaco é diagnosticado se este tipo de humor se evidenciar juntamente com três ou mais dos sintomas durante a maior parte do dia, durante uma semana ou mais. Se o humor for irritável, quatro dos sintomas têm de estar presentes.

Sinais e sintomas de depressão ou de episódios depressivos incluem:

- Humor deprimido, triste e ansioso;
- Sentimentos de desespero, culpa ou frustração;
- Perda de interesse ou prazer em atividades que antes eram prazerosas;
- Falta de energia, sentimento de fadiga ou de "estar em baixo";
- Dificuldades de concentração, de memória ou de tomar decisões;
- Inquietação e irritabilidade;
- Dormir em excesso ou dificuldades em dormir;
- Perda/ganho de apetite e perda/ganho de peso;

Diagnóstico de Depressão

Um episódio depressivo é diagnosticado se cinco ou mais destes sintomas estiverem presentes ao longo do dia, na maior parte dos dias durante um período de duas semanas ou mais.

- Dor crónica ou física persistente mas que não é causada por outra condição médica;
- Pensamentos acerca da morte ou suicídio.

Obter o Diagnóstico e Tratamento apropriado

Se você ou alguém que conhece, sente estes sintomas deverá pedir ajuda de forma imediata. A maior parte das pessoas que apresentam estes sintomas têm a patologia bipolar e não sabem que a têm, julgam que estas alterações de humor "fazem parte da vida". Pedir ajuda é muito importante: através do diagnóstico correto e do tratamento apropriado as pessoas que têm a patologia podem ter uma vida saudável e com qualidade.

Peça ajuda se:

- Pensa ter episódios maníacos que incluem três ou mais dos sintomas listados acima durante a maior parte do seu dia, todos os dias, e pelo menos durante uma semana ou mais;

- Pensa que tem episódios depressivos que incluem cinco ou mais dos sintomas listados acima, durante a maior parte do seu dia, todos os dias, durante pelo menos duas semanas ou mais;

- Oscila entre estes dois tipos de humor;

- Tem "altos" e "baixos" e se estes interferem na sua vida familiar e laboral;

Onde pedir ajuda em caso de Patologia Bipolar?

Se está preocupado por ter alguns destes sintomas que caracterizam a patologia ou que alguém de quem gosta muito esteja a sentir o mesmo, fale com o seu médico de família ou médico do trabalho. A ajuda também está disponível em diferentes lugares do mundo:

- Nas Clínicas destinadas à Saúde Mental quer sejam nacionais, regionais ou locais.

- Nas Organizações de Saúde Mental não-governamentais (ONGs)

- Os especialistas em Saúde Mental, tais como os psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais;

- Os Lideres Religiosos;

- Os Hospitais Psiquiátricos;

- As Universidades ou Escolas Médicas

- Clínicas privadas;

- Unidades de Saúde Locais.

Através do diagnóstico correto e o devido tratamento as pessoas com patologia poderão ter uma vida saudável e com qualidade, prevenindo recaídas.

MINDFULNESS
Meditação da atenção plena

LUÍSA ORNELAS
Psicóloga Clínica
Delegação da Região Centro da ADEB

O "Mindfulness" significa Meditação da Atenção Plena, tem a sua génese nas práticas orientais da meditação budista[1] e caracteriza-se pela consciência centrada no presente na qual cada pensamento, sentimento ou sensação que surgem são reconhecidos e aceites tal como são, sem crítica ou julgamento[2].

O mindfulness passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos Programas de Redução do Stress de Kabat-Zinn[1] ao despertar interesse logo no início dos anos 90.

Kabat-Zinn (1990) define o mindfulness como a *"condução da atenção para as experiências que acontecem no momento presente"* que leva a pessoa a uma atenção perfeita, equilibrada e completa e implica a observação atenta das situações percecionadas tal como são na realidade, sem distorções emotivas ou intelectuais[2].

A prática do mindfulness desenvolve em cada pessoa qualidades como a paciência (as coisas acontecem ao seu próprio ritmo), a confiança (segurança nas capacidades pessoais para estar com a sua experiência íntima), a não-reatividade (serenidade), a sabedoria (autoconhecimento) e a compaixão (empatia por si mesmo e pelos outros)[2,3].

O mindfulness ajuda a focar a nossa atenção na tarefa que realizamos no momento presente e evita o funcionamento da mente em "modo piloto automático", modo este que conduz sistematicamente as pessoas à ruminação inútil (o conjunto de pensamentos que se apresentam de forma repetitiva, negativa e autocentrados, com conteúdos relacionados com o passado e o futuro). Viver sob o comando do piloto automático não permite à pessoa lidar de maneira mais flexível com o que surge no momento e promove formas rígidas e altamente limitadas de reagir ao ambiente, uma vez que no nosso dia-a-dia fazemos várias coisas ao mesmo tempo, sem nos apercebermos que as diferentes atividades têm diferentes objetivos.

O mindfulness encoraja-nos a sermos mais pacientes e compassivos connosco, qualidades que nos ajudam a libertar da ansiedade, do stress e da infelicidade, ao mostrar-nos que enquanto humanos a nossa tendência é a de tentar procurar uma solução ou uma forma para deixarmos de sentir emoções negativas (e.g., raiva, stress, ansiedade); no entanto as emoções não são problemas que possam ser resolvidos, uma vez que são sentidas. Quando tentamos procurar explicações e soluções para todo este conjunto de emoções negativas estamos a utilizar o nosso pensamento crítico racional que utiliza o "Modo Fazer" – ou seja, a nossa mente identifica o modo "como nos sentimos agora" e o modo "como gostaríamos de estar" surgindo pensamentos automáticos e questionamentos autodestrutivos *"O que é que se passa comigo? Porque é que me sinto assim? Onde é que eu errei?"* que agravam as dificuldades que se tentam ultrapassar. Neste sentido, a investigação revela o oposto: cismar no problema reduz a nossa capacidade para resolvê-lo[4].

O ciclo de memórias infelizes, o diálogo negativo e os pensamentos autocríticos e autodestrutivos não se conseguem impedir, mas é possível impedir o que se sucede depois, se utilizarmos uma forma alternativa de nos relacionarmos connosco e com o mundo, deixando para trás o modo fazer e utilizando o Modo Ser – Modo Consciente da Mente - é uma forma diferente de conhecimento que permite observar a tendência da mente para "distorcer" a realidade, abandonar a tendência natural para pensar, analisar e julgar demasiado[4].

O mindfulness é a porta de entrada para este Modo Ser quando aprendemos a prestar atenção, de forma intencional, no momento presente, sem julgamento através dos nossos sentidos (i.e., visão, paladar, audição, tato e cheiro) - isso permite-nos ver o mundo tal como ele é não como esperamos que seja, como queremos que seja ou como temos medo que se torne[4].

A prática do Mindfulness na redução do Stress, da Ansiedade e da Depressão

A prática da meditação *mindfulness* tradicional é um conjunto de capacidades que podem ser aprendidas independentemente de qualquer sistema de crenças religiosas. Os investigadores e clínicos tornaram o treino em mindfulness disponível para as populações ocidentais, incorporando-o em intervenções que estão a ter um crescimento significativo em contextos médicos e de saúde mental[5], especificamente o **Mindfulness Baseado na Redução do Stress** e o **Mindfulness Baseado na Terapia Cognitiva** (MBCT). Tendo subjacentes estas duas abordagens foi criado um Programa baseado na Prática do Mindfulness com dados e evidências empíricas que mostram benefícios claros na redução do *stress*, da ansiedade e da depressão.

Em termos práticos o programa é feito com grupos de pessoas e tem a duração de 8 semanas (1 sessão por semana) com a duração de cerca

de 2 horas cada. Cada pessoa deverá dedicar até uma hora por dia à prática do mindfulness, durante e após a frequência do programa. Por exemplo, uma meditação típica consiste em focar a atenção total na respiração à medida que inspiramos e expiramos, observando os pensamentos que surgem na mente (aparentemente do nada) e, pouco a pouco, deixar de lutar contra eles e vê-los desparecer (tal e qual como vieram: do nada).

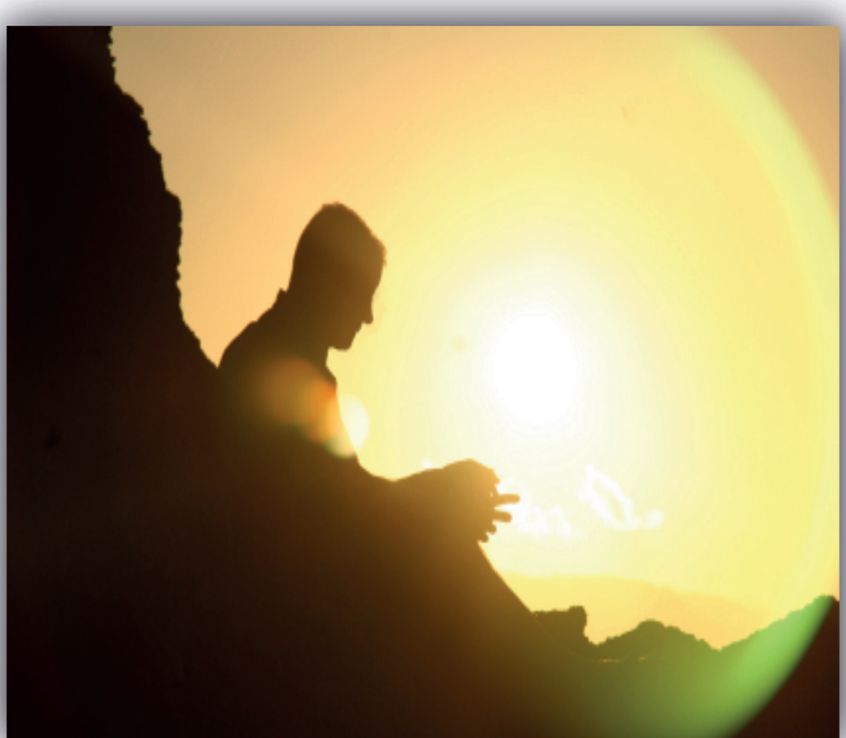
"De repente, pode sentir-se perdido em pensamentos e emoções negativas, ficar de mau humor, irritado ou triste sem saber realmente porquê? Fica a pensar: porque é que estou de mau humor? Porque é que hoje me senti tão triste e cansado?

Não consegue impedir o fluxo de memórias infelizes, de pensamentos autocríticos e de julgamentos? A prática do Mindfulness é uma porta aberta para conseguir parar a espiral de emoções destrutivas que podem acabar por nos deixar infelizes"

Durante o programa pode aprender-se e praticar 7 dimensões importantes do mindfulness: 1 - Escolha Consciente (em vez do Piloto Automático): o nosso funcionamento automático faz com que facilmente acabemos por pensar, trabalhar, comer, caminhar ou conduzir sem uma clara consciência do que estamos realmente a fazer: o mindfulness traz-nos de volta à atenção total e consciente da nossa vida e dá-nos a capacidade de fazer escolhas intencionais; 2 - Sentir (em vez de Analisar): passamos muito tempo a analisar, a recordar, a planear e a comparar, sem reparar no que se passa à nossa volta, em vez de sentirmos o mundo diretamente: o mindfulness dá-nos a capacidade de voltar a estar em contacto com os nossos sentidos, de forma a podermos ver, ouvir, tocar, cheirar e saborear algo como se fosse pela primeira vez, aguçando-nos a curiosidade; 3 - Aceitar (em vez de Lutar) – o mindfulness dá-nos a capacidade de reconhecer que há uma experiência neste exato momento, sem ideias pré-concebidas, impedindo a espiral negativa de pensamentos concedendo-nos a capacidade de escolha (i.e., sair dos nossos problemas), libertando-nos progressivamente da infelicidade, do medo, da ansiedade e do esgotamento; 4 - Ver os pensamentos como acontecimentos mentais (em vez de algo real e autêntico) – através do mindfulness percebemos que os pensamentos são apenas pensamentos são acontecimentos da nossa mente, não traduzem aquilo que somos nem a realidade, são comentários internos que fazemos acerca de nós próprios e acerca do mundo e que surgem de forma ininterrupta; 5 - Aproximar (em vez de Evitar) – o mindfulness encoraja-nos a experienciar o que temos vontade de evitar, ajuda a reconhecer o medo, a tristeza, a exaustão e a fadiga e encoraja, através de uma atitude compassiva, a dissipar gradualmente o poder dos nossos sentimentos negativos; 6 - Estar no momento presente (em vez de Tempo Mental) – o mindfulness treina a mente para "ver" conscientemente os pensamentos quando estes surgem, de forma a permitir-nos viver a vida quando ela se desenrola no momento presente e evitar a dor extra que surge por se reviver o passado e viver o futuro por antecipação; e 7 - Atividades estimulantes (em vez de Actividades esgotantes) – o mindfulness restabelece o equilíbrio e ajuda-nos a perceber e a distinguir quais as atividades que nos dão prazer daquelas que debilitam os nossos recursos internos[4].

A prática do mindfulness ensina-nos progressivamente a sentir estas sete dimensões e a reconhecer quando nos estamos a distanciar, "avisando-nos" que pensamos e recordamos demasiado, lembrando-nos que existe uma alternativa, que ainda temos escolhas por mais infelizes, stressados ou frenéticos que nos possamos sentir. Se mudarmos qualquer uma destas dimensões as outras também mudam (programa MBSR – Kabat-Zinn[6]).

O programa foi criado com o objetivo de ajudar pessoas com crises repetidas de depressão grave, reduzindo em pelo menos 50% o risco de recaída em pessoas que tiveram três ou mais episódios depressivos[2,7]. Em primeira linha impede também que os sintomas decorrentes da ansiedade, de stress e de tristeza entrem numa espiral negativa conduzindo a períodos prolongados de infelicidade e cansaço, ou até à depressão clínica grave. A prática do mindfulness nestas pessoas visa reduzir a reatividade cognitiva a mudanças do humor, promovendo a recuperação de um maior leque de modos de reagir, como alternativos à ruminação depressiva. A aceitação das variações do humor, a de sentimentos negativos é essencial, uma vez que a pessoa aprende a identificar a descida do humor e impede a passagem para o "modo piloto automático" que estreita a ligação negativa entre o humor negativo e o pensar negativo. O mindfulness desenvolve nestas pessoas a capaci-



dade de aceitar o humor triste como parte do "cenário" e não como aspeto central da sua existência, a estar no momento presente sem precisar de formular crenças acerca do passado ou do futuro.

Os exercícios que fazem parte do programa permitem à pessoa perceber os primeiros sinais de perturbação emocional e ao mesmo tempo manter uma perspetiva adequada sobre os pensamentos disfuncionais que emergem[8].

Outros Benefícios do Mindfulness

A prática diária do mindfulness, a longo prazo, traduz-se em benefícios para Saúde Mental e Física, especificamente no aumento dos níveis de felicidade e de bem-estar:

• Melhorias ao nível da memória, da criatividade e dos tempos de reação que passam a ser mais rápidos[4];

• Diminuição de problemas psicossomáticos[4], da dor crónica[9], da fibromialgia[9] e da psoríase (Kabat-Zinn et al., 1998);

• Diminuição do risco de desenvolvimento das perturbações da ansiedade[10];

• Redução do impacto de doenças, tais como o cancro[11,12] e da hipertensão;

• Auxilia na desabituação do consumo de estupefacientes[11];

• Fortalece o sistema imunitário, ou seja, ajuda no combate a gripes, constipações e outras doenças[12];

• Aumenta o fluxo de emoções positivas, a sensação de se ter maior gosto pela vida, diminuindo os sentimentos de isolamento e por consequência a diminuição de sintomas de doenças, como a dor de cabeça, dor no peito, congestão e fraqueza[13];

• Aumento do humor e do bem-estar positivo[14];

• Diminuição do humor negativo[14].

À medida que praticamos o mindfulness deixamos de comparar a nossa vida, a forma como vivemos e até mesmo quem somos com os outros ou com imagens utópicas do futuro ou visões cor-de-rosa do passado e aprendemos a cultivar o sentido de aceitar a vida tal como ela é aprendendo a estarmos mais preenchidos e mais livres de preocupações.

A aceitação não é a resignação ao destino nem aceitar o inaceitável, mas sim o "cair em nós mesmos", observar o mundo de forma calma e sem julgamento – diretamente através dos sentidos, distinguindo o que é importante daquilo que não é, libertando-nos da dor e da preocupação.

Bibliografia

1. *Hanh, N. T. (1976). The miracle of mindfulness: A manual for meditation. Boston: Beacon. Thera, N. (1962). The heart of Buddhist meditation. New York: Weiser. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. General Hospital Psychiatry, 4, 33-42. Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. Goldstein, J. (2002). One dharma: The emerging Western Buddhism. San Francisco: HarperCollins. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 144-156.*
2. *Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte. Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford. Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. Journal of Behavioral Medicine, 21, 581-599.*
3. *Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life in a heterogeneous patient population. General Hospital Psychiatry, 23, 183-192.*
4. *Williams, M., & Penman, D. (2011). Mindfulness: Finding Peace in a Frantic World. Rodale: England.*
5. *Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Kreitemeyer, J. & Toney, L. (2006), 'Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness', Assessment, 13, pp. 27–45.*
6. *Kabat-Zinn, J. (2005). Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.*
7. *Ma, J. & Teasdale, J. D. (2004), 'Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects', Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, pp. 31–40.*
8. *Segal, Z. V. & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. Clinical Psychology Review, 14, 663-695. Segal, Z. V.; Williams, J. M.; Teasdale, J. D. & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. Psychological Medicine, 26, 371-380. Teasdale, J. D.; Moore, R. G.; Hayhurst, H.; Pope, M.; Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (2), 275-287. Williams, J. M. G., Teasdale, J. D.; Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory formerly depressed patients. Journal of Abnormal Psychology, 109(1), 150-155.*
9. *Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burncy, R. & Sellers, W. (1986), 'Four-year follow-up of a meditation-based program for the selfregulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance', The Clinical Journal of Pain, 2(3), p. 159;*
10. *Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, D., Pbert, L., Lenderking, W. & Santorelli, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 149, 936-943.*
11. *Bowen, S., et al. (2006), 'Mindfulness Meditation and Substance Use in an Incarcerated Population', Psychology of Addictive Behaviors, 20, pp. 343–7. Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E. & Angen, M. (2000), 'A randomized, wait-list controlled trail: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients', Psychosomatic Medicine, 62, pp.613–22.*
12. *Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003), 'Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation', Psychosomatic Medicine, 65, pp. 567–70. Tacón, A., Caldera, Y. & Ronaghan, C. (2005). Mindfulness, psychosocial factors, and breast cancer. Journal of Cancer Pain & Symptom Palliation, 1, 45-53.*
13. *Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008), 'Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources', Journal of Personality and Social Psychology, 95, pp. 1045–62. See Barbara Fredrickson's website at http://www.unc.edu/ peplab/home.html.*
14. *Shroevers, M. J. & Brandsma, R. (2010), 'Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy?', British Journal of Psychology, 101, pp. 95–107.*

DIGNIDADE
em Saúde Mental

DANIELA PIRES
Assistente Social
Delegação da Região Centro da ADEB

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descarateriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Sousa Santos

A noção de Dignidade pode simplesmente ser definida como o valor intrínseco e inalienável de todos os Seres humanos, assim está profundamente enraizado nos instrumentos internacionais de direitos humanos, o 1º artigo da Declaração Universal dos Direitos do Homem diz-nos que *Todos os Seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.* O grande legado do pensamento Kantiano[1] para a filosofia dos direitos humanos é a igualdade na atribuição da dignidade. Por ser própria à condição humana, essa noção é também considerada atributo que não pode ser tirado ou suprimido. A equidade entre os Seres humanos na atribuição da dignidade fundamenta a filosofia dos direitos humanos, assim incorporar dignidade numa abordagem em saúde mental é fundamental para lidar com o estigma e a discriminação.

Incentivar as pessoas a pensar sobre saúde mental de forma mais ampla é equacionar formas de apoiar a sociedade a desmistificar ideias pré concebidas, mitos e estigmas, evitar a aplicação de rótulo de pessoas com doença mental. Aqui incide a promoção da saúde mental e a prevenção através da redução do risco de doença mental que deve aqui ter um papel crucial e predominante nas políticas sociais e voltadas para a saúde e na sociedade. Parafraseando George Christodoulou (Presidente da Associação Mundial de Doença Mental) *começar cedo a ensinar crianças e adolescentes sobre estratégias de aprendizagem social e emocional estabelece uma base para estabelecer abordagens futuras.* Promover a saúde mental é implementar medidas educativas, a intervenção precoce é a chave para uma recuperação bem sucedida, assim torna-se emergente a mudança de atitudes sociais, é eminente disseminar na consciência pública a natureza da doença mental. Transformar mentalidades e recriar consciências é crucial à recuperação, aqui a dignidade está inerente à mesma.

A Dignidade na Saúde Mental é fundamental para a prestação de bons cuidados de saúde mental. A proteção e respeito dos direitos humanos são a condição necessária para garantir os cuidados de saúde; assim a legislação de saúde mental é um importante meio de resolver esta situação e garantir que a dignidade das pessoas com doença mental e psicossocial seja preservada. Essa legislação deve estar em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos e em especial com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com doença mental. A legislação pode estabelecer e fazer cumprir o requisito básico para a proteção dos direitos humanos, que por sua vez deve levar a mudanças de atitude arraigadas em torno da saúde mental. Como requisito básico, a legislação deve proibir e sentenciar os tratamentos desumanos, por forma a garantir a igualdade de direitos às pessoas com *handicaps* psicossociais, numa visão abrangente e não só no contexto de saúde mental, mas em qualquer contexto social.

Muitos são os doentes mentais que são discriminados e desrespeitados em estabelecimentos de saúde, o atendimento deve ser padronizado não estigmatizante ou propagador de desigualdade, o cuidado deve ser centrado na pessoa.

Toda a pessoa deve ser elemento ativo do seu tratamento, a saúde deve ir além da ausência de doença, relevando que a forma como a pessoa é tratada quando inicia e durante o seu tratamento é tão ou mais importante como o próprio tratamento. Os cuidados devem ir ao encontro das necessidades, preferências e aspirações do doente, este deve estar no centro do atendimento. A manutenção dos direitos das pessoas portadoras de doenças mentais, prendem-se com a autonomia individual. "Personalização" tornou-se um conceito-chave para o futuro dos cuidados primários da saúde mental, como meio para proteger e defender a dignidade das pessoas com doença mental e elevar as oportunidades para a construção de uma vida "além da doença". Aqui a legislação em Saúde Mental deve desempenhar um papel decisivo como catalisador de condições para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, importa, assolar o estigma, a discriminação e a marginalização.

A legislação na saúde mental deve promover a admissão e tratamento voluntário e consentido, assim os utentes / doentes devem ser esclarecidos an-

tes da administração de qualquer tipo de terapêutica ou cuidados, assim é fundamental que a Lei promova os direitos dos utentes / doentes do serviço para a tomada de decisão de cuidados e tratamento, como a tomada de decisão apoiada para garantir que as pessoas permaneçam no centro de todas as decisões que lhe digam respeito, atribuindo responsabilidade ao doente e como forma manifesta de respeitar a autonomia do mesmo, da sua identidade e dignidade, assim os direitos humanos são efetivamente protegidos e cumpridos[2]. As decisões partilhadas na escolha do plano terapêutico envolvem o doente, atribuem-lhe responsabilidade, o doente assume um compromisso com o tratamento e a mudança de atitude e comportamentos que é promissor à recuperação.

O subfinanciamento da saúde mental promove as falhas, estas observam-se do topo, sejam elas por restrições no financiamento alocado à saúde mental, pela pouca dotação orçamental, seja pela abnegação, a que muitos chamam o "parente pobre da saúde". É necessário continuar a investir na investigação, perceber as causas (etiologia) e o que sentencia a saúde mental, por forma a que a atuação incida na causa. Estudos apresentam que em 10 anos, uma em cada quatro pessoas no mundo pode ser afetada pelo espectro de problemas de saúde mental, incluindo as co-morbilidades que existem entre a doença crónica e doença mental[3].

Ao nível do tratamento, têm sido conseguidos importantes ganhos, principalmente aqueles que implicam a terapêutica medicamentosa, mas existe um longo caminho por trilhar ao nível das psicoterapias (cognitivo-comportamental, interpessoal, familiar), reabilitação cognitiva e psicossocial (terapia ocupacional, formação profissional, programas residenciais e de reabilitação).

As organizações locais, como a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) têm desenvolvido um extenso trabalho com os doentes e famílias, um trabalho meritório e reconhecido com mais de 25 anos de atuação na área da saúde mental e na promoção da mesma, com investimento na educação, formação e adoção de estratégias terapêuticas e reabilitativas; tem delineado medidas de combate ao estigma e à discriminação e trabalha diariamente para a promoção dos direitos humanos e com vista à atribuição de qualidade de vida aos seus associados e conceção de uma sociedade humanizante e informada. Mas de forma estridente, estas organizações têm competindo com estas forças superiores para encontrar soluções e combater a inação. *Não vamos conseguir o reconhecimento universal da necessidade de identificação e tratamento da saúde mental, sem aplicar pressão contínua sobre os governos.*[4]

Apresenta-se emergente amplificar recursos sob a égide de orientações estratégicas centradas numa visão global de um sistema de saúde mental inclusivo e de qualidade, que preserve a autonomia, a escolha e a independência, e que fortaleça e incentive a cultura de respeito e dignidade. Estima-se que 500 milhões de pessoas, em todo o mundo, portadoras de doença mental são estigmatizadas e discriminadas, aponta-se para a falta de acesso aos cuidados de saúde, para a inadequação dos recursos alocados à saúde mental, pela escassez de prevenção primária, pela fragmentação do cuidado e da falta de integração em tratamento e, pelas decisões políticas que, lamentavelmente perpetuam esta violação de direitos humanos e políticas[5].

Os avanços sociais devem seguir na direção de uma sociedade mais tolerante, mais informada, que respeite as diferenças individuais, considere o direito à autonomia da pessoa com doença mental e respeite os contornos das suas vulnerabilidades, e assim apostar numa sociedade mais justa e humana.

1. *Thadeu Weber. Autonomia e Dignidade da Pessoa Humana em Kant. Direitos Fundamentais, Justiça n.º9 – Out.-Dez, 2009, 232-259*
2. *Michelle Funk, Natalie Drew, Marie Braudel. Dignity in Mental Health. Supporting Dignity Through Mental Health Legislation, World Health Organization. Geneva, 2015, 14-16.*
3. *Louise Brandley, Promoting Dignity by Addressing Diversity and Social Inclusion. Mental Health Commission of Canada. Dignity in Mental Health. 2015, 44-46.*
4. *John Copeland. The WFMH "Great Push for Mental Health" Initiative Supports Dignity in Mental Health. World Health Organization, UK. Dignity in Mental Health. 2015, 35.*
5. *Eliot Sorel, MD. Total Health for all in the 21st. Century: Integrating Primating Primary Care, Mental Health and Public Health. World Health Organization, USA. Dignity in Mental Health. 2015, 16-17.*

A FORMA COMO AS PERTURBAÇÕES DO HUMOR AFETAM A VIDA FAMILIAR

JOCELINA BASILIO
Sócia nº 1512
Presidente do Conselho Fiscal da ADEB

A família pode ser considerada como um sistema pois ela é composta por um conjunto de elementos que, apesar de manterem as suas características individuais, se conjugam e inter-relacionam tendo em vista um equilíbrio comum.

O aparecimento de uma doença mental num dos membros da família tem um impacto profundo na sua dinâmica e organização interna. O reajuste a nível emocional, social, económico e relacional que daí decorre é um processo exigente para todos, que será moroso e evolui conforme a determinação da própria doença.

As alterações de humor e a imprevisibilidade com que estas acontecem nos doentes com perturbações do humor, são provavelmente a maior fonte de *stress* na estrutura familiar.

Uma vez que se trata de uma doença crónica, é muito importante que a família tome conhecimento do diagnóstico, da história da doença, do tratamento e do prognóstico. Um tratamento bem sucedido melhora a funcionalidade geral do doente e diminui a sobrecarga da doença na família. O papel da família é importantíssimo em todas as fases da doença, porém é fundamental no início do tratamento onde o doente ainda não percebe claramente que aquilo que lhe acontece é decorrente de uma doença, o que sente para ele é real e dizer à pessoa que tudo não passa da sua imaginação não ajuda, ao contrario aumenta a sua resistência ao tratamento. O papel da família pode ser tão importante como a ajuda especializada. Os casos de melhor evolução são aqueles em que os doentes contam com um apoio familiar consistente.

A perturbação do humor é uma doença afetiva que atinge não apenas o doente mas também os seus familiares. O aparecimento dos sintomas da doença altera as relações de equilíbrio dentro da família, e até mesmo as relações fora do contexto familiar, causando um verdadeiro "furacão". Com frequência surgem conflitos com os colegas de trabalho e a perda do emprego é, infelizmente, uma realidade muito frequente. Os amigos reequacionam a sua relação com a pessoa que revelou a doença e muitos afastam-se. Os mitos existentes em relação á doença mental são, ainda hoje, suficientemente fortes para influenciarem negativamente todos os que são atingidos por este "furacão". Contudo, na maioria dos casos, a família procura esclarecer-se em relação ao diagnóstico e a partir daí, pode passar por fases de grande insegurança em relação à capacidade de resistir a este desafio, de culpabilidade e até mesmo de dramatismo excessivo, chegando eventualmente a uma fase de aceitação da situação, conseguindo encontrar o elemento da família que melhor consegue lidar com a pessoa doente. Assim, em cada família, irá surgir um elemento que se sentirá mais capaz de lidar com o doente e que irá desempenhar o papel de cuidador. No entanto o aparecimento da doença pode acontecer numa família já fragilizada, levando à sua rotura e neste caso pode ter que ser uma pessoa de fora da família a tomar conta da situação e ser ela a fazer a ponte entre o doente e os técnicos de saúde mental.

> "O PAPEL DA FAMÍLIA PODE SER TÃO IMPORTANTE COMO A AJUDA ESPECIALIZADA. OS CASOS DE MELHOR EVOLUÇÃO SÃO AQUELES EM QUE OS DOENTES CONTAM COM UM APOIO FAMILIAR CONSISTENTE."

Quando um dos elementos da família é diagnosticado com uma doença crónica, seja ela de que tipo for, é frequente que o desenvolvimento natural da família seja interrompido para se focar no elemento que está doente. Este fenómeno pode dar origem à cristalização de processos que estavam em evolução o que pode ter consequências graves para todos os elementos da família, nomeadamente para o doente. É importante que o médico que faz o diagnóstico informe o doente e a família das possibilidades de prevenção e tratamento ou, quando isso não acontece, que a família procure apoio junto das infraestruturas existentes, nomeadamente junto de associações como a ADEB.

O doente não deve ser considerado, nem pela família nem por ele próprio, como alguém marcado pelo infortúnio para quem são insuficientes todas as atenções dos que lhe são próximos. Em vez disso, o doente deve ser responsabilizado pelo seu tratamento e pelo reforço dos movimentos de cumplicidade que lhe são oferecidos. Por isso mesmo, o doente e a família devem ser informados plenamente sobre a doença e devem estar conscientes que esta perturbação é potencialmente muito grave e que representa risco de vida

para o doente. Tal como a diabetes não controlada por negligência do próprio doente, a facilitação em que muitas vezes o doente cai, deve ser denunciada pela sua família como uma forma de desrespeito à sua própria pessoa e à família no seu todo. Por isso, o familiar cuidador deve, quando entender necessário, acompanhar o doente às consultas e intervir de forma sensata na informação a prestar ao médico que acompanha o doente.

A doença "instala-se" numa pessoa, mas afeta todos os elementos da família e estes podem muitas vezes precisar de ser ajudados a resolver sentimentos de desespero que são levados a sentir. Só com informação e apoio é que a família poderá ser útil no acompanhamento do doente e na prevenção da própria "distorção" da sua dinâmica. A informação e a partilha de experiências são fundamentais, tanto para o familiar como para o doente, e podem ser encontradas nas valências que a ADEB disponibiliza. Para que a família possa ajudar o doente tem que poder contar com apoio, o familiar sozinho fica perdido e pode vir também a adoecer.

As perturbações do humor são doenças que levam a alterações graves no domínio dos afetos, é muito frequente que a família sinta, por um lado uma certa culpabilidade na sua tentativa de compreender a situação e por outro uma certa frustração na sua tentativa de impor o bom senso. Para que a família possa caminhar ao lado do doente, é imprescindível que os vários elementos respeitem as necessidades de cada um. É importante decidir que tipos de comportamento entendem como inaceitável e devem ser capazes de impor esses limites. Assim, o principal papel da família é o de criar um clima de abertura, respeito e confiança.

As famílias não devem considerar que a doença é um lado da pessoa que só o médico pode abordar, compreender e tratar. Pelo contrário a vivência diária com o doente pode levar a família a reconhecer, com maior perspicácia, os fatores potencialmente desencadeantes de uma crise e, mais precocemente, os sinais de descompensação. Contudo, é sensato que a família considere que a irritabilidade, a altivez, a turbulência e mesmo agressividade do doente em estado de mania, devem ser entendidas como fruto de um juízo patológico, devendo suscitar uma preocupação e não uma crítica à pessoa doente. Por outro lado, certas afirmações do doente quando está deprimido devem ser alvo da maior atenção devendo o familiar mais próximo manifestar interesse em aprofundar quão triste e desesperado o doente está. Tal manifestação de interesse, além de permitir ao doente sentir que se pode abrir e partilhar os seus sentimentos, enfatiza a relação afetiva e alivia a solidão do doente. Só com tal investimento afetivo, é possível à família ter um papel ativo no apoio ao doente. Só o restabelecimento de um diálogo aberto e empenhado permite à família aperceber-se da chegada das crises de modo útil. As recaídas destabilizam a vida e o bem-estar do doente e consequentemente destabilizam a vida familiar, tanto a nível emocional como em muitos casos a nível financeiro e a outros níveis, sendo por isso de investir na deteção de sinais de crise o mais cedo possível.

Sendo o doente com perturbação do humor alguém com dificuldades na gestão dos afetos e emoções, este deve poder contar com uma família que tenha um papel estruturante e coerente, mais alicerçado na intimidade e na cumplicidade do que na disciplina ou no autoritarismo.

Bibliografia:

DIAS, VASCO. Guia para cuidadores de pessoas com perturbação bipolar
SAMPAIO, ANTÓNIO. O papel das famílias na Doença Bipolar (2012)

MENTE SÃ GERA CORPO SÃO E **BEM-ESTAR**

VÍTOR COLAÇO SANTOS
Sócio nº 2518

É sempre com grande e grato prazer que retorno à minha querida Revista Bipolar da ADEB e ao contacto com os meus diletos leitores.

Considerados estudos revelaram que as perturbações psiquiátricas já atingem 1/5 da população! e o Coordenador do Observatório Português de Saúde assinala que não estão a ser cumpridas as metas que o Plano de Saúde traçou. Há uma prática de desinstitucionalização das pessoas com doença mental, estando a ser cumpridas apenas as componentes de encerramento de hospitais psiquiátricos (!). Desde 2009, Portugal já assistiu à diminuição de 40% do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Os pacientes que foram forçados a sair destas unidades hospitalares não têm tido adequada resposta de compensação, como se comprometeu o Plano Nacional de Saúde, na pessoa do seu diretor, Doutor Álvaro de Carvalho. As respostas são residuais.

O ministro austeritário e contabilista da Saúde devia saber que ficam mais baratas medidas profiláticas e de investimento na saúde mental, do que propriamente o tratamento efetivo. De acordo com a OCDE, em 2015, um em cada três desempregados, mesmo a receber prestação social, sofre de doença mental. O desemprego de longa duração gera desequilíbrio emocional e daí à doença mental é um passo... e por sequência ao suicídio, particularmente entre a população mais pobre e vulnerável. O Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro é taxativo: Representa um direito fundamental dos portugueses: o acesso às unidades de saúde de qualidade.

Não é boa ideia e representa uma grosseira injustiça a saúde pública mental estar em desvantagem em meios materiais, humanos e económicos em relação às doenças ditas físicas. Porque será que a Psiquiatria/Psicologia são, e sempre foram, os parentes pobres da medicina? Esta desumana situação reflete uma redução (por vezes significativa) do número de profissionais de saúde e de camas de internamento que não foi acompanhada na criação de uma rede de cuidados continuados que, estando prevista, na prática mantém-se muito aquém das necessidades imediatas e reais. Junte-se uma limitação dos serviços, também pela debandada emigratória dos profissionais de saúde mental – cada vez pior remunerados. Acentue-se que, nas zonas do interior e rurais, a capacidade de resposta dos cuidados de saúde mental ainda é menor... Aliás, já no longínquo ano de 2007, a Comissão Nacional de Coordenação em Saúde Mental, afirmava que os serviços sofriam de insuficiências graves, a nível do acesso, da equidade e de qualidade de cuidados. Agora, em 2015, "Está claramente pior...", no dizer de Técnicos. Estudos credíveis demonstram que, mais 1% na taxa de desemprego, implica um aumento na taxa de suicídio e homicídio!

As consequências mais que dramáticas desta crise (provocada pela banca, mercados e finança), está muito assinalada no estado mental dos portugueses (que têm pago as malfeitorias causadas por aqueles), que a sofrem logo com a perda do ganha-pão e no desemprego de longa duração, onde mais de metade não recebem prestações sociais e por consequência entram no endividamento. Não admira que, na União Europeia, Portugal apresente uma taxa de felicidade significativamente baixa. De facto – milhões de portugueses estão metidos num longo túnel... e não encontram o interruptor.

Deixo uma pergunta ao senhor ministro da Saúde: É por abandono, cinismo ou negligência que no meu amado País se mobilizam cuidados avançados de saúde para o tratamento do cancro (e todos os cuidados são poucos!) e por relação às doenças do foro psiquiátrico/psicológico há um destratar e um *déficit* cada vez mais acentuado?

Tenhamos esperança que por ventura virão novos tempos, novas mentes e novas vontades políticas em prole da saúde mental que, além de ter que ser mais protegida, deve ter um tratamento igual às outras doenças. O Serviço Nacional de Saúde tem a estrita obrigação de responder mais e melhor, porque pagamos impostos altíssimos, como se fossemos todos ricos...

A saúde dos Portugueses começa no seu equilíbrio emocional e psicológico e se estivermos harmonicamente articulados, construiremos um Portugal equitativo, humanista, progressivo e Feliz!

25º ANIVERSÁRIO DA A

Um evento a recordar...

CÁRMEN GONÇALVES
Assistente Social
Sede Nacional da ADEB

Nós, Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares- ADEB, temos a honra de dizer que completamos 25 anos de vida no passado dia 5 de Junho de 2015. São 25 anos de memórias, de conquistas e, acima de tudo, de trabalho e dedicação, por parte de uma equipa técnica e Direção, em prol das pessoas com o diagnóstico de Depressão, doença Bipolar, seus familiares e cuidadores, que todos os dias nos procuram em busca de mais e melhor saúde mental.

A comemoração do 25º Aniversário da ADEB ocorreu nos dias 5 e 6 de Junho de 2015, na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa. No dia 5 de Junho, iniciámos com uma Sessão Solene entre as 10 e as 13 horas, na qual o Sr. Presidente da Direção da ADEB, Delfim Augusto d'Oliveira, saudou os presentes e fez um balanço dos 25 anos de vida da ADEB, onde destacou a importância do trabalho desenvolvido na Associação ao longo do tempo, as dificuldades e os desafios de atuação no contexto de crise pelo qual atravessamos. Durante a Sessão Solene houve espaço para uma homenagem aos primeiros membros dos Corpos Gerentes do triénio de 1993 a 1996 da então denominada Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco- Depressivos- ADMD.

A Sessão Solene terminou com a apresentação da Dr.ª Renata Frazão, Psicóloga Clínica da Sede Nacional da ADEB, acerca dos dados institucionais de 2010 a 2014, nomeadamente em relação à evolução do número de associados e filiados, aos contactos recebidos em SOS, ao número de atendimentos em GCCR- Gestão de Cuidados Continuados e Recuperação; ao número de sessões psicopedagógicas e colóquios realizados e à documentação psicopedagógica distribuída ao longo de 5 anos.

Durante o intervalo, os palestrantes, técnicos, dirigentes, associados e outros convidados, tiveram a oportunidade de trocar algumas palavras, bem como visitar a exposição de obras de pintura dos associados Maria João Neves, José Carlos Lopes e Nuno Rodrigues. O período da manhã terminou com as comunicações e saudações de algumas entidades convidadas, nomeadamente o Dr. Álvaro de Carvalho, Médico Psiquiatra e Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental; Dr. José Madeira Serôdio, Presidente do INR- Instituto Nacional para a Reabilitação; o Dr. João Afonso, Vereador do Pelouro dos Direitos Sociais da Câmara Municipal de Lisboa; a Dr.ª Fernanda Coelho, em representação do Sr. Presidente da Junta de Freguesia de Alcântara, Dr. David Amado e, por último, a Doutora Maria João Vargas Moniz, Presidente da FNERDM- Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. As apresentações dos convidados basearam-se, sobretudo, em temáticas sobre saúde mental, a nível internacional, nacional, regional e institucional. No final, felicitaram a ADEB pelos seus 25 anos de dedicação e empenho em prol das pessoas com doença Unipolar e Bipolar.

Após uma pausa para o almoço, a tarde foi dedicada ao Colóquio alusivo a temas sobre saúde mental. Alguns dos temas apresentados foram "As Sociedades Modernas e a Saúde Mental" pelo Dr. António Sampaio, médico psiquiatra; "Estigma e Discriminação: Novas abordagens de combate" pelo Dr. José Morgado Pereira, médico psiquiatra; "Arte e Criatividade das Pessoas com Perturbação de Humor" por Maria João Neves, artista plástica, entre outros. Durante este dia podemos contar com a presença de cerca de 100

ADEB

> SÃO 25 ANOS DE MEMÓRIAS, DE CONQUISTAS E, ACIMA DE TUDO, DE TRABALHO E DEDICAÇÃO, POR PARTE DE UMA EQUIPA TÉCNICA E DIREÇÃO, EM PROL DAS PESSOAS COM O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO, DOENÇA BIPOLAR, SEUS FAMILIARES E CUIDADORES.

pessoas, de modo que foi uma tarde de trabalhos muito rica pela variedade e relevância dos temas apresentados, o que contribuiu para elevar o conhecimento dos presentes, em prol de mais e melhor qualidade na área da saúde mental.

A comemoração do 25º Aniversário da ADEB estendeu-se até ao dia 6 de Junho, tendo este sido dedicado ao Espetáculo de Solidariedade, com um custo de 2,50€ para os sócios e 5€ para o público em geral. O Espetáculo teve início pelas 16 horas no Auditório 2 da Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa e contou com a apresentação de Ana Berrincha e Cármen Gonçalves, que veio substituir o apresentador de televisão conhecido por todos nós, Carlos Alberto Moniz, que, por motivos de saúde, não pode estar presente.

O Espetáculo teve início com o Grupo de Teatro "Almas Libertas", composto por associados da Delegação da Região Norte da ADEB, que nos apresentou a peça "A Matéria que nos Compõe". A dramaturgia deste texto foi feita partindo da ideia de explorar a dimensão humana. O mote a que se propõem, do ponto de vista social e humano, é: "de é que somos feitos?" Somos incoerentes, capazes das coisas mais simples às mais complexas, de pensarmos o melhor e logo a seguir o pior. Pensando na ideia de teatro dentro do teatro, foram utilizados textos dos associados, de William Shakespeare, de Sophia de Mello Breyner e de Miguel Esteves Cardoso e construíram a trama de uma trupe de atores. Esta, claro, uma trupe especial: um tanto emotiva, desorganizada, brincalhona, mas em que cada indivíduo tem uma identidade, história e individualidade própria. Fizeram parte do elenco como atores e argumen-

tistas: António Alte da Veiga; Cristina Henriques; Joana Plácido; Marta Fazenda; Rita Silveira; Teresa Ribeiro e Pedro Alves.

Após um breve intervalo, prosseguimos com o momento musical do Espetáculo, que iniciou com música Cabo- Verdiana com o cantor e compositor Dany Silva, que nos presenteou com a sua alegria e boa-disposição contagiantes, levantando até os mais tímidos das suas cadeiras confortáveis, para darem um pézinho de dança ao som de temas como "Mexe Mexe" e "Branco Velho, Tinto e Jeropiga".

De seguida, tivemos um momento humorístico com o imitador João Canto e Castro, um dos imitadores de vozes do mítico programa da RTP "Contra-Informação" que fez soltar sonoras gargalhadas da plateia durante a sua apresentação.

Após o momento humorístico, tivemos a oportunidade de disfrutar de um momento de Jazz Jamba Core pelos "The Rite of Trio", uma bada oriunda da cidade do Porto composta pelos músicos André Silva, Pedro Alves e Filipe Louro.

Já no final da tarde, fomos presenteados com um espetáculo de Fado, com os fadistas Pedro Moutinho; Beatriz Felício; Luís Felipe Graça; Helena Palma (associada da ADEB); Luís Oliveira e Ângelo Freire na Guitarra Portuguesa e José Clemente na Viola. Podemos ouvir temas como "Lisboa, Menina e Moça", "Rosita", "O Namorico da Rita" entre outras, que cantaram o sentimento, os desgostos de amor, a saudade de alguém que está longe e os desencontros da vida.

Por volta das 20 horas deu-se o encerramento do Espetáculo Solidário com um canto de Parabéns à ADEB, pela voz dos artistas e da plateia, desejando-lhe "muitas felicidades e muitos anos de vida".

Resta-nos agradecer a todos aqueles que contribuíram para o sucesso da comemoração do 25º Aniversário da ADEB.

Um Obrigado aos representantes das entidades convidadas, aos palestrantes e aos moderadores pelo seu contributo na Sessão Solene e Colóquio.

À Direção Geral da Saúde, ao Programa Nacional para a Saúde Mental, à Lilly e à Glaxo Smith Klein pelo seu apoio financeiro.

À Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa por nos ter cedido a Sala 1 e o Auditório 2 para a realização deste evento.

À FNAC pela colaboração na venda dos bilhetes nos seus vários postos, em Lisboa.

À RTP, pela publicidade institucional deste evento.

À *Just News* pelo design gráfico do material de divulgação.

Aos artistas plásticos, associados da ADEB, Maria João Neves, Luís Carlos Lopes e Nuno Rodrigues, pelos quadros cedidos para exposição.

Aos artistas que deram vida ao Espetáculo Solidário.

Ao Sr. Delfim Oliveira, José Manuel Jara, António Vieira, Jocelina Basílio, Elisabete Saldanha, e aos restantes membros dos Corpos Gerentes da ADEB que contribuíram para o sucesso desta efeméride.

A toda a equipa da Sede e Delegações Regionais da ADEB pelo seu empenho e dedicação na preparação e realização deste evento.

Por último, um agradecimento especial a todos os sócios, familiares e amigos que estiveram presentes e participaram neste evento, por reconhecerem e valorizarem os 25 anos de trabalho de uma instituição que se dedica diariamente às pessoas que sofrem de Depressão e doença Bipolar, familiares e cuidadores.

A todos vós, um Obrigado e cá estaremos para as Bodas de Ouro!

O SENTIDO DA FELICIDADE...

RITA SILVEIRA
Sócia nº 2471

Férias são sinónimas de descanso. Pausa para relaxar, repensar a vida, recarregar energias para o resto do ano. Nem sempre se consegue a paz de espírito que se pretende. Quando há mais tempo para pensar, pensa-se também demasiado e nem sempre os resultados são os desejados. Todos desejamos que a vida nos traga saúde, trabalho, uma casa, uma família, sim, talvez, quase toda a gente deseje todas estas coisas, não por esta ordem, ou não com esta prioridade. Para muitos, talvez o dinheiro seja a coisa mais importante. Aquela que resolve todos os problemas. Para mim nunca foi. Nunca o tive em abundância, nem pouco mais ou menos. Fui sempre vivendo com o essencial. Criada com humildade, no seio de uma família de poucos recursos, trabalhadora e honesta, na qual o mais importante era colocar a comida na mesa todos os dias, educar os três filhos o melhor possível e vesti-los. Tudo o resto era supérfluo. Brinquedos raramente entravam em casa e se assim acontecia, eram dados por alguém. As brincadeiras faziam-se na rua, com os amigos, quantas vezes até bem tarde da noite, nas quentes noites de Verão. E que felicidade era aquela. Rir e brincar sem receio de nada. Cresci num ambiente em que se valorizava a amizade do vizinho, se ajudava quem precisava nos momentos de aflição e aprendi que fazer o bem nos dá o gozo de nos sentirmos felizes sem esperarmos nada em troca, só por vermos os outros felizes também. Esse era o sentido da felicidade, de ter um sorriso nos lábios e contagiar os outros com esse mesmo sorriso e viver de consciência tranquila.

Mas como em todas as histórias, há momentos menos bons, pinceladas de um quadro negro que marcou a minha vida para sempre e da minha família, por altura da minha adolescência. Precisei da ajuda de médicos, medicamentos e da família e amigos. Quase fui internada, mas na altura tudo se ultrapassou sem que isso acontecesse.

Tornei-me, então, uma mulher um pouco amarga para a vida, ansiosa por bater asas e voar da casa paterna. Era conhecida por ser bem-humorada, mas só eu sabia o desespero emocional em que por vezes caía, com choros compulsivos, incontroláveis. Estados depressivos que um dia viriam a ter o diagnóstico de Doença Bipolar. Não foi fácil lidar com este diagnóstico, porque esta doença leva-nos a estados de depressão profunda, em que não queremos falar com ninguém e, no extremo, a querer ou mesmo a tentar, o suicídio.

É necessário um grande apoio familiar e dos médicos para superar estas fases Por vezes é necessário internamento, que pode até ser compulsivo, seguido de terapia e seguir a medicação que é prescrita pelo psiquiatra.

Esta é uma doença crónica, por isso, sem cura, mas que pode ser controlada com a ajuda de uma psicóloga, psiquiatra e a medicação, que se deve tomar conforme a prescrição médica.

Nos meus 51 anos de vida, tive três grandes depressões, em todas elas houve tentativa de suicídio, mas não por querer morrer, mas sim porque o desespero de não conseguir dormir há mais de um mês, me deixava esgotada. Os pensamentos confusos, sem controlo sobre os mesmos. Ouvia vozes, não queria ver ninguém. Queria estar sempre sozinha e no escuro. Até que no limite, tomava doses exageradas de medicação e pensava, agora vou conseguir dormir. Vou conseguir parar de pensar. Dormir era uma necessidade urgente, quase como respirar.

Hoje estou medicada, controlada, mas não sou uma mulher equilibrada emocionalmente. Vivo de humores. Tanto estou bem-disposta e sorridente como de repente, basta dizerem-me qualquer coisa que não goste e parece que se faz um click no cérebro e mudo imediatamente de disposição. Despoleta-se algo em mim e o estado de espírito altera-se facilmente. Sinto que não está no meu poder controlar. Sou assim e não consigo mudar. Quem me conhece tem que me aceitar como sou, ou então afasta-se. Se não estou bem comigo não posso estar bem com o mundo que me rodeia e se é uma luta que tenho que enfrentar sobretudo comigo própria, porque os outros não são culpados da doença de que padeço, essa luta tem que, sobretudo, ser feita com os meus tormentos, as minhas contrariedades diárias, para que então possa aceitar os outros como eles são e ao mesmo tempo a mim também.

A ideia que serviu de fio condutor para este livro de ensaios sobre psiquiatria e saúde mental tem por base uma abordagem concertada de três áreas que constituem o texto do livro como um todo.

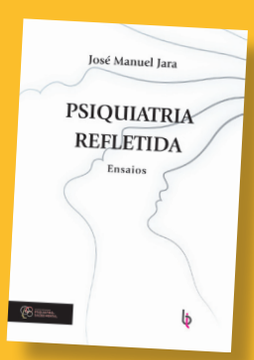
A primeira é a psiquiatria clínica e a psicopatologia, fulcro da prática assistencial, de interesse fundamental na formação e prática dos médicos psiquiatras. Um destinatário privilegiado são os médicos que encetam a formação para especialistas.

Uma segunda área visa a história do saber psiquiátrico e da assistência psiquiatrica. O conhecimento do passado, remoto e relativamente recente, é muito instrutivo, servindo de orientação para o presente.

A terceira temática do livro resulta de intervenções e reflexões, imediatas ou mediatas, sobre problemas das políticas de saúde mental, nas questões legais, institucionais, assistenciais e sociais.

Esperamos que possam ser úteis para os que laboram na assistência aos doentes psiquiátricos, médicos especialistas ou não, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, outros técnicos de saúde mental, sem excluir profissionais de outras áreas interressados pelas vastas questões da saúde mental.

In Introdução
José Manuel Jara
Médico Psiquiatra



Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
IPSS de utilidade pública com fins de Saúde
ADEB

CONVOCATÓRIA
Assembleia Geral Ordinária
28 de Novembro de 2015

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, ADEB, a comparecer no dia 28 de Novembro de 2015, às 10:00 horas, na Assembleia-Geral Ordinária ao abrigo da alínea c) do nº 1) do artigo 28º 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 11H30 HORAS
Análise e aprovação do Relatório do Programa de Ação para o Ano de 2016

11H30 HORAS
Coloquio subordinado aos temas:

- 10 Perguntas, 10 Respostas sobre a Depressão
  José Manuel Jara, Médico Psiquiatra
- A Psicoterapia Cognitivo – Comportamental e os seu benefícios para as pessoas com vivência de episódios depressivos e/ou (hipo) maníacos.
  Dr.ª Sónia Cherpe, Psicóloga Clínica

12H30 HORAS
Debate

DAS 13H00 ÀS 15H30 HORAS
ALMOÇO CONVÍVIO

Caro Associado e Amigo, na sequência da Assembleia Geral Ordinária e Colóquio, realiza-se um Almoço/Convívio no Restaurante "Mercado de Alcântara" – sito na Rua Leão de Oliveira, Alcântara-Lisboa.

Ementa:

- **Entradas:** Pão, Manteigas e Queijo Seco
- **Sopa:** Sopa de Legumes
- **Prato:** Filetes de Perca com arroz de tomate ou Lombo de Porco assado com castanhas
- **Bebidas:** Vinho da Casa, Cerveja e Sumos
- **Sobremesa:** Ananás ou Pudim Flan
- **Café**

Preço por pessoa: 15,00€

DAS 15H30 ÀS 16H00 HORAS
Convívio e Momento Musical com os "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 52
Ano XV, 3º trimestre de 2015
Proprietário: ADEB, NIF nº 502 610 760
Editor: ADEB
Diretor: Delfim Augusto d'Oliveira
Sub-Diretora: Renata Frazão
Coordenador de Redação: Delfim Augusto d'Oliveira
Colaboradores: Delfim Augusto d'Oliveira, José Manuel Jara, Sónia Cherpe, Luísa Ornelas, Daniela Pires, Jocelina Basílio, Vítor Colaço Santos e Cármen Gonçalves.
N.º depósito Legal: 143533/99
Registo no ICS: 121888
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: 218540749
Tlm: 968982150, adeb@adeb.pt
Delegação da Região Norte da ADEB
Urbanização de Santa Luzia, Rua Aurélio Paz dos Reis, nº 357, Torre 5, r/c, Paranhos
4250-068 PORTO
Tel: 226066414 / 228331442, Fax 228331443
Tlm: 968982142, região_norte@adeb.pt
Delegação da Região Centro da ADEB
Rua Central nº 82 – Mesura – Stª Clara
3040-197 COIMBRA
Tel/Fax: 239812574, Tlm: 968982117
região_centro@adeb.pt
www.adeb.pt

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Apoios:

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Saúde Mental