



A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 26



O papel da
Comunicação Social
na Promoção da
Saúde Mental

CONVOCATÓRIA - ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA - 9 DE ABRIL DE 2005
às 10:00 horas no Fórum da Sede Nacional da ADEB

- ❶ Alteração, parcial, dos Estatutos da ADEB
- ❷ Análise e aprovação do Relatório e Contas do Ano 2004
- ❸ Colóquio subordinado ao tema:

“A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO SOCIAL NA DIVULGAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”



Editorial

SÍNTESE DO ESTATUTO EDITORIAL

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

ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Índice

A Saúde na Arte de Comunicar	3
Homo Communicans	7
O papel do médico psiquiatra na educação do doente Depressivo e Bipolar	8
Ícaro ou os mitos da Saúde Mental	10
Como uma onda no mar	14
A dor emocional	16
Breves	19
A internet e as doenças mentais	20
A fala do coração	21
Informação Psicopedagógica	21
Livros e Guias	22
Dados estatísticos da ADEB	23

A saúde mental, ainda, é o parente pobre da saúde e da comunicação social...!

O tema escolhido sobre a importância da comunicação social na divulgação da saúde mental, tem como objectivo salientar o papel relevante que a comunicação social tem na promoção de uma área, considerada, ainda hoje, o parente pobre da saúde.

Apraz salientar a campanha de divulgação da Doença Bipolar, durante o ano 2004, nos vários órgãos de informação, com a participação de várias figuras públicas com o objectivo de devolver confiança às pessoas e terem uma atitude de vida.

Não é raro acontecer a muitas pessoas a quem é diagnosticada uma doença psiquiátrica, sentir desabar o tecto do mundo, e andar à procura de um suporte de apoio na comunidade que lhes eleve a auto-estima, autoconfiança e estabilidade emocional.

A revista Bipolar, publicada há 10 anos, tem sido porta-voz dos direitos da pessoa com doença mental, mensageira de esperança e cidadania das pessoas com a Doença Unipolar e Bipolar. Publica informação psicopedagógica, edição após edição, proporcionando às pessoas uma identificação primária com a sintomatologia de Doença Unipolar e Bipolar e a procura de ajuda médica especializada e apoio no campo da reabilitação psicossocial.

Nesta sequência, o tema em apreço vai ser alvo de debate no Colóquio, agendado para o dia 9 de Abril de 2005, entre as 14,30 e 17,00 horas, no Fórum da ADEB, no propósito de motivar os detentores e profissionais dos vários órgãos de informação a darem uma maior visibilidade e relevo a este sector da saúde.

Delfim Augusto Oliveira

Presidente da Direcção Nacional da ADEB

delfim@adeb.pt



A SAÚDE NA ARTE DE COMUNICAR

"Para uma maior valorização do sentido de Promoção da Saúde (mental) nas práticas da Comunicação Social"

Magritte, 1928 - "Isto não é um cachimbo".

Ilustração da diferença entre objecto real (cachimbo) e objecto representado (cachimbo representado) como seu símbolo. Metáfora da representação da leitura da realidade pelas pessoas e pela comunicação social, segundo os seus valores e cultura.



1. Introdução

Propõe-se com este artigo discursar acerca da interpretação da informação, fornecida pela comunicação social (assim como, os meios e forma pela qual esta é transmitida), no âmbito da promoção da saúde mental, tendo em vista as grelhas de leitura da realidade inerentes a quem padece de disfuncionalidade mental e/ou física e o contexto cultural. O tema da promoção da saúde mental é de importância geral visto que não só quem se encontra em situação de "não saúde" necessita de enaltecer práticas salutares... Todos nós deveríamos recolher informação neste sentido (não só através da comunicação social) e implementá-la na nossa cultura quotidiana.

2. Teoria da Comunicação

Todos estamos familiarizados com meios de comunicação social. Somos "bombardeados" pela oferta constante, no mercado, de semanários regionais, grandes diários, publicidade, produtos audiovisuais... Constata-se, no entanto, que no cerne dos estudiosos da comunicação existem diferenças na interpretação do fenómeno da comunicação, só conciliáveis há bem pouco tempo. As duas grandes vertentes constituem-se na Escola Processual e na Ciência dos signos e dos significados (Fiske, J., 1998).

A primeira defende que a comunicação é um processo pelo qual o emissor (A) transmite uma mensagem, através de um canal (e meio de comunicação), a um receptor (B) afectando o seu comportamento, o seu estado ou reacção emocional, numa interacção social. É neste contexto que se defende a eficácia e exactidão ou o fracasso da comunicação. O exemplo desta escola é o modelo de Shannon e Weaver (1949 in Fiske, J., 1998): 1. Fonte de informação (decide de entre várias mensagens qual a enviada) → 2. Transmissor (que emite o sinal) → 3. Canal (podendo ser afectado por uma fonte de ruído, por exemplo, interferência na transmissão de um programa) → 4. Receptor (o qual recebe e descodifica a mensagem) → 5. Destino.

Este modelo advoga que no processo da comunicação poderão existir variadas dificuldades: problemas técnicos - com que precisão se transmitem os símbolos da comunicação; problemas semânticos - com que precisão os símbolos transmitidos transportam o significado pretendido; problemas de eficácia - com que eficácia o símbolo transmitido afecta a conduta da maneira pretendida. Este modelo será útil no alerta para o facto de quão melhor for a codificação do que se pretende transmitir, melhor será a descodificação por parte do receptor. Assim sendo, na comunicação de estratégias rela-



A SAÚDE NA ARTE DE COMUNICAR

cionadas com a promoção da saúde mental, o tipo de informação, visto pertencer à categoria de pequena difusão (é uma temática especializada), encaixa na noção de aumento de redundância. Este conceito remete para a necessidade de se tornar a temática da saúde mental mais previsível e convencional para os receptores. Dado que na nossa sociedade este tema, apesar de se começar a vislumbrar alguma mudança, ainda não é tão frequente, urge a necessidade de se transmitir mais vezes, mais vezes e de maneira diferente, de forma especial a mensagem de SAÚDE MENTAL. Um exemplo deste alerta remete para Beethoven, o qual se tornou apelidado de erudito (especializado) e popular (convencional). Isto, pois se bem que no início é complicado implementar inovação, nas temáticas de agrado da maioria, com a repetição e acessibilidade é possível a mudança.

A Ciência dos signos e dos significados coloca a tónica não no fracasso da comunicação, mas naquilo que constitui a pessoa como membro de uma cultura, sendo que existe relativização no que é interpretado. Esta ideia está de acordo com a Teoria da Comunicação de Palo Alto a qual postula a impossibilidade de comunicar, pois comunicamos, mesmo no acto de não comunicar. A comunicação é interpretada como geradora de significação. Para que a comunicação ocorra existe a necessidade da criação de signos, que se relacionam com o objecto original, se bem que diferente dele. A ciência que se dedica a este estudo é a semiótica, tendo como autores de base Saussure e C. S. Peirce (Fiske, J.; 1998). O signo é interpretado por um leitor activo que o denota com a realidade (como que uma cópia,

um ícone), denominado por significado, e o conota com a sua construção pessoal daquela realidade (influenciado pela sua personalidade e cultura), o significante. De realçar que a leitura é algo que aprendemos a fazer. Assim sendo, os signos enquadram-se em sistemas (o código) que satisfazem as necessidades da sociedade/cultura. Existe, assim, a apreensão da realidade externa segundo padrões individuais e sociais, sendo que as pessoas têm necessidade de impor significado á realidade. Logo, a forma como a mensagem de promoção da saúde mental é veiculada, para lá do que já foi enunciado, deverá remeter para características específicas da população alvo. Neste âmbito, coloca-se um desafio. Quantas vezes assistimos á deturpação da mensagem de promoção de comportamentos adaptativos pois quem os veicula não tem conhecimento suficiente da temática e da população alvo? Penso que o caminho do jornalismo científico e especializado será de todo adequado a esta questão. Por outro lado, a comunicação social como uma das encarnações de poder e controlo social, deverá evoluir (não se quer com isto significar que em várias áreas assim não aconteça) para a desmistificação de crenças (verdades absolutas) e mitos relativos à saúde mental (patentes em estereótipos sociais, que tanto enaltecem a "loucura" e a minimização da capacidade da pessoa em sofrimento). Considero que esta seria das maiores utilidades da comunicação social, visto que as mudanças nos mitos são evolucionárias, graduais e não revolucionárias.

3. A Cultura

Ainda no contexto da comunicação, Gerbner (1956 in Fiske, J.; 1998) desenvolveu a ideia da relação entre a mensagem veiculada e a realidade a que ela se refere. Quando a pessoa não encontra significado no que percebe enceta uma sensação de desorientação, sendo que o enquadramento da mensagem é influenciado pela cultura. Segundo Crespi (Ferin, I.; 2002) a cultura poder-se-á perspectivar como um conjunto variado de modos de fazer e proceder (rituais) partilhados que se devem compreender em função das diversas situações e consoante as exigências colocadas pelas diversas estratégias nas situações sociais concretas. A cultura é como um grande plasma que envolve a dimensão referente ao ser, a dimensão estética e a dimensão ética. Assim sendo, é claro que a cultura per-





meia todos os fenómenos de comunicação e cultura do quotidiano (crenças, valores, costumes). Devemos concordar que nas mensagens relativas à saúde mental muito mais se enaltece o papel da doença do que da saúde, sendo que aqui está bem patente a influência da cultura na forma como interpretamos a realidade. É notória a situação do nosso país. Desde sempre nos identificamos como um povo triste e desesperançado.

É verdade que a comunicação social deverá denunciar injustiças no âmbito da saúde, que deverá transmitir informação para identificar esses estados de doença, porém penso que seria de todo mais proveitoso encetar-se uma mudança progressiva no conteúdo das mensagens. Devido ainda ao estado económico de Portugal, à elevada taxa de desemprego, entre outros, assiste-se a uma elevada frequência e incidência do humor depressivo e de tentativas de suicídio. É importante que a comunicação social enalteça a capacidade para a mudança, transmita mensagens de possibilidade de cura, bem mais do que a pura constatação de uma realidade fatalista em que a nossa cultura está mergulhada.

Segundo Festinger (1914 in Vala, J. et al; 1997), de acordo com a sua Teoria de Dissonância Cognitiva, as pessoas sujeitas as informações contraditórias sentem um estado de confusão que as leva a procurar informação para diminuir esse sentimento. Na área da saúde mental, é frequente as pessoas debilitadas recolherem dados em diversas fontes. Se, por exemplo, lêem artigos negativistas e estigmatizantes, a ansiedade dos mesmos aumenta. A representação social da doença é rejeitada como sintoma de fracasso. Urge, deste modo, a necessidade de restaurar a vivência e significação de saúde. A comunicação direcciona-se para o âmbito do "fazer ser", a cultura posiciona-se mais na vertente do "dever ser". Se estas duas vertentes estiverem consonantes, tanto melhor para a mudança efectiva de atitudes perante a saúde. De qualquer forma, de facto existem situações de saúde pelas quais não haverá muito a fazer, principalmente de foro biológico. Mesmo assim, é importante a divulgação de cuidados ditos "paliativos", os quais proporcionam uma melhor qualidade de vida numa última fase de vida.

Numa última nota, será importante não esquecer que na construção de representações sociais (que é a forma pela qual as pessoas organizam a informação acerca do mundo que as

rodeia em categorias, sendo que posteriormente pensam e comportam-se de acordo com elas) as características individuais (personalidade) de cada um têm grande influência. Deste modo, na promoção da saúde mental não será somente importante analisar o contributo da comunicação social, há que atentar na resistência das pessoas à mudança e na forma como estas, por vezes, interpretam as mensagens mais positivas de forma negativa (é frequente as pessoas lembrarem-se mais dos casos de insucesso de recuperação ou cura, sobrevalorizando-os).

4. A Saúde e a Comunicação

A saúde define-se, assim, como o bem-estar físico, social e psicológico, sendo que a sua promoção passa por todos nós.

A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde (Bennet, P. et al;1999). Esta perspectiva aproxima-se da ideia de que é necessário encetar uma mudança de comportamentos individuais ou de factores intrapessoais (como atitudes e crenças) de modo a iniciar uma alteração na competência ou disposição de uma pessoa.

A teoria psicológica actual parte do pressuposto de que os processos cognitivos (o pensamento, a memória, a atenção...) medeiam o comportamento, se bem que, também, influenciados por normas sociais. Várias teorias, como a teoria da aprendizagem social (comportamos-nos como vemos os outros comportarem-se, pois aprendemos que é o mais adequado ou socialmente aceite, como fumar), a teoria do condi-





A SAÚDE NA ARTE DE COMUNICAR

cionamento (aprendizagem por associação de ideias e por análise das consequências do nosso comportamento em termos de custos/benefícios) explicam a aquisição de comportamentos de risco para a saúde, bem como os preventivos. Teorias a enaltecer neste panorama são as teorias do locus de controlo, bem como a do modelo de crenças de saúde. Esta última centra-se na importância da percepção da ameaça da doença e a resposta comportamental a essa ameaça (Becker, 1974 in Bennet, P.; 1999). Na avaliação da adopção de práticas de saúde a pessoa avalia a susceptibilidade percebida, a gravidade percebida, a motivação para a saúde, os benefícios percebidos e as barreiras percebidas. Posteriormente, inicia-se a tomada de decisão para a acção. Na perspectiva da primeira teoria, a pessoa também incorre numa avaliação da sua debilitação recorrendo a experiências prévias com doença e a variáveis personalísticas. No conceito de locus de controlo valoriza-se a expectativa que cada um apresenta sobre o papel que as suas acções têm no curso das próprias vidas. Quando alguém acredita que o que lhe acontece resulta das suas próprias acções, considera-se que tem um locus de controlo interno. O locus de controlo externo caracteriza-se pela crença de que o que acontece está dependente de factores externos, como o comportamento dos outros ou de factores incontroláveis, como a sorte. Crê-se que as pessoas com um locus de controlo interno demonstram mais comportamentos de promoção de saúde.

Uma das funções da comunicação social poderia ser a de acentuar a responsabilização das pessoas pela adopção de comportamentos mais adaptativos face à disfuncionalidade. Por outro lado, o poder da comunicação social está patente no que diz respeito a uma das formas de controlo que as pessoas procuram para lidar com problemas, este é o controlo informacional (podendo ajudar a reduzir o stress, uma vez que a pessoa se encontra preparada para o que poderá vir a acontecer, reduzindo o medo do desconhecido). Assim, torna-se claro o interesse da valorização da promoção da saúde mental pela comunicação social, visto que é uma forma das pessoas percepcionarem controlo sobre a doença, tal como ajustarem as suas atitudes e emoções. Esta ideia é também defendida por Danzer et al (1994 in Cerclé, A.; 1999) os quais postulam que a pessoa recorre à avaliação do apoio social sentido, muitas vezes transmitido

pela comunicação social, bem como pelo sistema social vigente (que poderá mudar lentamente com a introdução de novos significados de saúde)

Neste contexto, a promoção da saúde baseou-se implícita e explicitamente num certo número de teorias da comunicação e da atitude para dar forma a campanhas dos mass media e ao uso de recursos dos meios de comunicação, tais como, vídeos, folhetos. Bennet et al (1999) postulam que seria de todo benéfico afastar as campanhas dos media das abordagens massificadas para outras mais dirigidas e aumentar o estudo da forma como as mensagens são recebidas e integradas nas ideias e valores pré-existentes. Desta feita, seria importante aumentar o envolvimento das pessoas através de processos de responsabilização e identificação com a problemática da saúde.

5. Conclusão

Tal como a imagem de abertura deste artigo, é importante atentarmos nas diferenças de interpretação da informação veiculada pela comunicação social, pois por vezes a significação não depende somente da informação transmitida e respectiva fonte (emissor), mas também da maneira como as pessoas vivem, se vêm a si próprias e atribuem significados. De qualquer forma, o poder da comunicação social poderá ser utilizado no sentido do enfoque em saúde, contrariamente à ênfase da doença. Existe, ainda, a necessidade de tornar o tema da saúde mental mais familiar, redundante para emissores e receptores. Assim, a mudança poderá ser gradual tanto a nível individual, como social. Os desafios a esta realidade são muito contraditórios, os que se colocam ao homem, na sua busca de bem-estar e qualidade de vida, como à comunicação social de forma a devolver algum poder de controlo às vidas das pessoas e não à massificação que anula as diferenças individuais.

BIBLIOGRAFIA:

- Bennet, P. et al (1999); Psicologia e promoção da saúde; Climepsi Editores, Lisboa;
- Cerclé, A. et al (1999); Manual de Psicologia Social - Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia; Instituto Piaget, Campo de Ourique;
- Ferin, I. (2002); Comunicação e Culturas do quotidiano; Quimera;
- Fiske, J. (1998); Introdução ao estudo da comunicação; Edições Asa; Porto;
- Vala, J. et al (1997); Psicologia Social; Fundação Calouste Gulbenkian; Lisboa.

Sónia Cherpe

Psicóloga Clínica da Delegação da Região Centro da ADEB



HOMO COMMUNICANS



O homem é um ser comunicante, mas dotado de interioridade!

A ideia de "sociedade de comunicação surge num período particularmente crítico nos meados do século XX, no preciso tempo em que se inicia um conflito mundial no sentido da barbárie. Estavam a acontecer os campos de concentração nazis e era utilizada a bomba atômica. O segredo é mantido a todos os níveis da hierarquia militar alemã. Até nos campos de concentração é sob o segredo que se comete o assassinato colectivo. Foi em segredo que se rodeou a operação T4 que consistiu em planejar o assassinato dos doentes mentais alemães. Só os libertadores de 1945 descobrem aquilo que não era menos do que um genocídio organizado à escala de um continente. O secretismo em que a barbárie é envolta irá ter como reacção uma nova utopia: A sociedade sem segredos, uma sociedade de comunicação. Os matemáticos e os técnicos do pós-guerra, numa atitude redentora da ciência, apressam-se na construção das "máquinas de comunicar" que irão facilitar a sociedade de comunicação. Von Neumann entre os seus trabalhos calcula o momento exacto em que uma bomba atômica deve explodir para causar o máximo de destruição. É ele que irá inventar o computador. O computador irá funcionar pela primeira vez em 1948. Nos anos cinquenta a televisão começa a ser um meio de comunicação de massas. O computador assegura uma nova era, em que a racionalidade de sobrepõe à loucura dos homens. A televisão irá assegurar a nova sociedade "transparente". Estão criados dois novos paradigmas: a "revolução informática" e a "sociedade de informação" Tratam-se de paradigmas pós-traumáticos. A sociedade de comunicação ergue-se na recusa da exclusão.

Nas últimas décadas, contudo, temos assistido aos efeitos perversos da "bandeira" da comunicação. A comunicação é hoje fonte de novas exclusões. Os media vieram impor uma nova ditadura que dita os comportamentos adequa-

dos e os condenáveis, mesmo antes do sistema judicial se pronunciar. Ao serviço no novo liberalismo, a informação tornou-se uma mercadoria. Os media construíram um "homem moderno", informado, funcional e adequado, que consome o que lhe é dito ser bom e que presta muita atenção aos problemas mediáticos e pouca aos reais. O "homem moderno" acredita que entende o sentido das coisas só porque se julga informado. Na realidade, o homem de hoje pode passar uma vida inteira na mais profunda das ignorâncias, justamente porque se julga informado. Porque será que apesar de assistirmos em directo ao recente conflito armado entre os Estados Unidos e o Iraque nos fica a sensação de que não recebemos a mensagem realmente significativa? Mesmo nos seus domínios mais privados o "homem moderno" tenta uma teatralização do que lhe foi "passado" pelos media. A falta de ligação social facilita uma cada vez maior invasão dos efeitos perversos dos media. O homem deixa de ser dirigido do interior para o ser do exterior. Torna-se escravo da sua própria imagem. A ditadura da "normalidade" impõe-se de forma esmagadora e os que a ela não pertencem, sentem vergonha. Aquele que conduz a sua vida a partir da sua "riqueza interior" é o "pobre diabo" dos nossos dias. Os valores como a democracia também caíram e são hoje apenas "tempos de antena". Hoje quando se fala de futuro, fala-se de novas tecnologias e não de novos ideais.

Se o Homo communicans é um homem sem interioridade, ao verdadeiro Homem resta-lhe esconder o que suspeita ser a sua loucura ou apenas falar dela no consultório do psiquiatra.

A psiquiatria enquanto valorizar a interioridade do homem e estiver pouco ligada às novas tecnologias, não será uma área científica privilegiada nas sociedades modernas.

António Sampaio*

Assistente Graduado de Psiquiatria do H.J.M.



O PAPEL DO MÉDICO NA EDUCAÇÃO DO DOENTE

Hoje em dia, fruto dos avanços da Medicina as doenças são na sua grande maioria, independentemente das especialidades, doenças crónicas. Doenças crónicas significa terem uma duração para além dos seis meses, e muitas vezes implicarem tratamentos prolongados durante esse período, ou muitas vezes até, para toda a vida. Assim, quando se faz um diagnóstico de uma doença crónica, tem que se ter uma série de factores em consideração, como a certeza do diagnóstico, a sensibilização do doente para a necessidade de um tratamento prolongado, que se não for respeitado, implicará as crises da doença, com internamentos, mais desgaste e maior sofrimento, e é claro, o próprio efeito do impacto que tem no doente, o passar a ter conhecimento que tem uma doença que irá implicar uma série de restrições na sua vida diária, para além do cumprimento da medicação. Não se pode esquecer também o efeito próprio do estigma de ter conhecimento de ter uma doença que o vai acompanhar ao longo da vida e com a qual será preciso "conviver da melhor forma.

Todos estes aspectos tomam particular importância quando falamos em doenças psiquiátricas, em especial das doença depressiva e da doença bipolar.

Felizmente hoje em dia, os doentes têm cada vez mais acesso a melhor informação, quer através das associações de doentes já existentes como a ADEB, quer através de vários "sites" na internet, quer de inúmeras entrevistas e reportagens elaboradas pelos meios de comunicação social, muitas com qualidade razoável, porque entendem que divulgar a doença, não só é importante pelo serviço público que prestam, mas também porque é um assunto bastante vendável.

Na doença depressiva e bipolar o papel educativo do médico é crucial desde o primeiro

momento. Da primeira noção que o doente adquire do que é uma doença crónica, das suas implicações, da responsabilização e da implicação do doente no próprio processo de tratamento e de prevenção das crises, vai depender o prognóstico da doença e a qualidade de vida sua e dos que o rodeiam.

É fundamental desde o primeiro momento, aceitar que se tem uma doença que é crónica. Isso implica estar a dizer que o tratamento vai ser certamente prolongado, que apesar disso se tem que o cumprir, e que se não se colaborar com o médico nesse sentido depressa virão as crises de forma sucessiva, porque o médico não actua por artes mágicas, nem tem poderes sobrenaturais, mas necessita da colaboração do doente e da sua família. Portanto, todos têm que colaborar e estar implicados no processo de terapêutico!

Depois vem ainda o papel do médico em informar os doente sobre todas as consequências da doença no dia a dia do doente, em termos de estabilidade de vida, de fomentar na família a compreensão da doença e aumentar a sua capacidade de tolerância para alguns comportamentos do doente,





MÉDICO PSIQUIATRA E DOENTE DEPRESSIVO E BIPOLAR

educá-la no reconhecimento dos primeiros sintomas de crise e alertar para interações medicamentosas e efeitos secundários da medicação. Muitas vezes, os doentes embora legitimamente mas de forma ingénua, abandonam excelentes tratamentos porque não toleram os efeitos secundários iniciais, que na verdade passariam rapidamente se houvesse uma explicação prévia quanto ao facto de estes serem limitados no tempo ou de poderem ser controlados por vias alternativas. É melhor um medicamento bom com alguns efeitos secundários, do que um medicamento que não previne as crises mas que não tem efeitos secundários, para isso apenas beberíamos água!!

Os efeitos muitas vezes são limitados no tempo, há um efeito de tolerância aos efeitos secundários, e por vezes é preciso esperar um pouco.

O tremor pode ser controlado por outros medicamentos ou então reduzir a dose do medicamento causador depois de falar isso com o médico. O aumento de peso pode ser controlado por uma dieta e exercício físico, para os quais existem programas. A sonolência pode ser controlada jogando com o horário das medicações e repartindo as doses de forma mais adequada. Os efeitos secundários sexuais podem

ser revertidos por medicações concomitantes etc. O que não se deve é abandonar um tratamento eficaz por causa dos efeitos secundários sem saber que estes podem ser controlados.

Um aspecto muito importante a ter em consideração, é que, um remédio se não for tomado, não faz efeito! Os doentes crónicos não devem esquecer-se da medicação e por isso devem "espalhar" comprimidos por todo o lado por onde andam habitualmente, no carro, no trabalho, na casa de férias, na mala de viagem, na pasta do trabalho, nos diferentes casacos, etc, etc, e inclusivamente andarem com uma receita sem data de reserva na sua carteira, a forma de nunca se esquecerem, é terem os comprimidos em todo o lado desde que, já se sabe, sem estarem ao alcance das crianças.

Em duas linhas o que se poderia dizer quanto ao papel do médico na educação do doente crónico, é que o médico é o principal responsável pela adesão do doente ao tratamento, porque é o médico que anuncia a doença, a sua gravidade, e é nessa altura que informa o doente da importância do cumprimento da medicação, do risco das crises e da importância da família e do doente no reconhecimento dos primeiros sinais de descontrolo da doença e de garantia da toma da medicação, bem como da forma de fazer frente aos efeitos secundários. Se um doente não cumprir a medicação, e tiver crises sucessivas e má qualidade de vida, salvo excepções de grande gravidade, consumos de álcool associados e grande falta de apoio familiar, o médico não pode fugir ao facto de ser em parte o responsável pelo insucesso.

Uma boa qualidade de vida implica uma boa educação na doença!

João Miguel Moreira Pereira

Psiquiatra do Hospital de Santa Maria

Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa

ÍCARO OU “OS MITOS

O que vem a ser isso de ”

Como conseguiremos nós alcançar, enfim, esse estado por todos perseguido? Numa sociedade perita em nos deixar confundidos, a busca da felicidade e desse entendimento cabal conosco próprios e com a vida, não raras vezes toma formas ou percorre caminhos que, de tão planos e convidativos na sua aparente simplicidade, nos acabam por levar a uma viagem de progressivo distanciamento dos nossos objetivos, a ponto de muitas vezes nem nos lembrarmos daquilo que de facto queríamos inicialmente. Imagens, receitas, sugestões, modelos teóricos daquilo que é a felicidade abundam numa cultura como esta que é a nossa: daí que não seja mesmo nada difícil apegarmo-nos a um ideal, que nos diga por onde ir, o que fazer, o que desejar, o que partilhar, o que evitar, enfim que nos conduza neste percurso de dúvidas incessantes que é a vida. O mito levado ao extremo é isso mesmo, um mapa enganador para pessoas que, devido às mais diversas vulnerabilidades propiciadas pelas suas vidas, foram levadas a crer que era preciso um mapa desse género e, sobretudo, que lá haveria de estar assinalado com um X o sentido das suas existências e o bem-estar dos seus quotidianos. São tantos os mitos a que nos podemos apegar, que me limitarei a expor meia dúzia deles na esperança de que isso possa ajudar o leitor a, pelo menos, e se existirem, questionar aqueles que não têm cumprido verdadeiramente a sua função. Na tentativa de nos protegermos dos perigos do mundo, e de nos afastarmos a todo o custo de tudo quanto nos provoque dor, dúvida, sofrimentos, vamos construindo, sozinhos, ajudados por outras pessoas significativas ou induzidos pelas mais variadas fontes de informação contraditória, um muro de mitos que ao ser erguido na sua função protectora, nos acaba por encerrar não na segurança e felicidade almejadas, mas antes no isolamento rígido de ideias que sempre acaba por enraizar os fenómenos de sofrimento psicológico. Ícaro, personagem trágico da mitologia grega, não tinha como objectivo mer-

gulhar desgraçadamente nas águas oceânicas para aí encontrar o seu triste fim; mas foi isso que lhe aconteceu quando, incauto em relação à natureza das suas asas feitas de cera e penas, se aproximou imprudentemente das chamas solares, as quais num ápice reduziram a cinzas as asas, e também o gracioso voo de Ícaro, que por ali terminou a sua ascensão.

Mito da segurança a:



“Tenho de ter tudo sob controlo para me sentir seguro”.

Trata-se de uma máxima tão frequente, quanto inválida. Típico das pessoas que acreditam poderem desenvolver esforços para nunca sentirem aquilo que têm medo de sentir, ou seja, o próprio medo, este é o exemplo de um mau conselho para alguém que se preocupe com a sua segurança. Tentar controlar a parte potencialmente “catastrófica” do mundo é, antes de mais, estar atento a todos os sinais que a denunciem, o que por si só provoca um sentimento de eminência de mal-estar que não é muito agradável. E, se por um lado é verdade que consegue antecipar com rigor alguns dos perigos que se possam temer, isso nem sempre acontecerá, passando a ser atribuído pela expectância nervosa um significado de ameaça a tudo o que não tenha a certeza e até às coisas que dantes lhe pareciam seguras... mas que agora, de súbito, já não o são. Quantas mais ameaças procurar no intuito de as poder controlar, maior será a intensidade da insegurança dentro de si: primeiro, porque nem tudo se deixa controlar e,



S DA SAÚDE MENTAL”

ser feliz" ou "estar bem" ?

depois, porque há medos que não devemos evitar e que nos ajudam a sentir exactamente menos amedrontados. O movimento extenuante desta luta constante por controlar o mundo só pode ter como consequência o culminar no ponto exacto donde teve origem: a vida está cheia de perigos, os perigos têm de ser evitados a todo o custo.

Mito da independência:



"As pessoas fortes não precisam da ajuda de ninguém"

Receber a ajuda de alguém não é assim tão fácil como possa parecer, que o digam aquelas pessoas que não estão preparadas para o fazer. De facto, alguns não sabem pedir ajuda, porque também não sabem admitir que precisam dela. Todos nós já encontramos pessoas que cometeram os maiores erros ou imbecilidades, simplesmente por não quererem recorrer aos préstimos oferecidos por alguém que estava mesmo ali ao lado. As imagens de "independência", de "autonomia" aparecem-nos bastantes vezes associadas ao tipo solitário que resolve todos os seus problemas sozinho (isso sim, é ser forte), sem contudo se preocupar se eles são bem resolvidos, ou se optaram pela melhor solução possível. O sentido da força pessoal de cada um emerge como o brilho de um cristal, como se apenas olhando através de diversas facetas fosse possível captar esse feixe de luz único e perfeito. Bem vistas as coisas, há situações em que somos fortes, outras em que não interessa nada sermos fortes, e outras em que não podemos mesmo ser fortes... Paciência!

Mito do "seguir em frente":



"O passado p'ra trás das costas!"

Quando nos falamos de um indivíduo deprimido, um dos elementos que normalmente não se ausenta do quadro que imaginamos é o lamento constante destes indivíduos sobre as desgraças e desventuras com que a vida amargamente os surpreendeu. Por vezes, isso até é verdade: a vida, para alguns, parece mesmo ter sido madrasta. Mais curioso do que isso, e também mais importante, é apercebermo-nos de que nem todos se sentem "enteados". Este último grupo corresponde a todas aquelas pessoas que, sem fugirem de reconhecer o sofrimento que sentiram, mesmo quando este se possa tornar de alguma forma irreparável, foram capazes de "crescer" com as adversidades com que se depararam e de descobrir novas saídas num beco que até podia ter parecido intransponível por alguns momentos. É o caso de alguém que passa a dar um outro valor à vida e a atentar sobre pormenores que dantes não lhe eram prioritários, depois de ter sobrevivido a um grave acidente, por exemplo. Mas isto é um patamar de adaptação demasiado complicado para algumas pessoas revoltadas que preferem, bastante mais simplesmente, "deitar tudo para trás das costas", na esperança de poderem não sofrer com aquilo que nelas deixou a marca desse sofrimento: no nosso exemplo, o indivíduo não falará do acidente com ninguém, mudaria de canal se desse alguma notícia de acidentes semelhantes, tudo isso para continuar a sentir-se, lá no fundo, uma vítima desgraçada ou assustada por aquilo que lhe acontecera.

Mito do conformismo:

**"As regras são para se cumprir."**

E são mesmo. As únicas questões que se colocam são: que regras, e até que ponto? Se tiver dificuldades em perceber o que isto quer dizer, experimente proibir um filho seu de dezassete anos de ver um filme que está classificado para M/18 ou então aguarde pacientemente numa fila para adquirir o bilhete de viagem quando o seu autocarro está prestes a partir. E repare que quanto maior lhe parece a verdade inicial, maior também é o disparate que cometeria se obedecesse de forma inquestionável a essa regra: se tivermos tido uma infância dita normal, ouvimos vezes sem conta que "se deve dizer sempre a verdade"... o leitor faz isso? Se sim, calculo que não deva ter muitos amigos próximos e que é frequente e correctamente tomado por imaturo.... O modo como nos posicionamos no contexto em questão acaba por nos fornecer a chave da nossa flexibilidade, por fim traduzida na resposta mais adequada a cada situação. Sem mais, se quiser prosseguir o "caminho da verdade", desminta o Pai Natal a uma criança de quatro anos, denigre a sua futura sogra logo no vosso primeiro encontro, leve à letra as máximas do seu partido político e admire-se de que mesmo os seus colegas que partilhem essa filiação, acabem por desistir da ideia de terem uma conversa interessante consigo. Isto tudo porque regras são tudo aquilo que cada um de nós toma como tal: tem assim tanta certeza de estar certo? Além da sua cabeça, onde é que isso está escrito com tanto rigor?

Mito da boa-disposição:

**"As pessoas felizes andam sempre bem-dispostas."**

Se conhece alguém que genuinamente corresponda a este mito, e que nunca tenha um "dia não", então acabou de encontrar o primeiro homem sem emoções negativas, sem qualquer vestígio da condição humana! Tristeza, raiva, medo - já pensou no que seria a sua vida sem estas emoções? Uma resposta precipitada levá-lo-á a dizer que isso era o ideal; no entanto, viver bem não significa que se tenha de encontrar sempre "na crista da onda". Pense agora melhor: no trabalho, os seus colegas toparam que você não regateia por ter mais trabalho, empurrando agora todas as tarefas mais aborrecidas e morosas para cima da sua secretária - vai permanecer calmo e sereno até ter uma crise de nervos reforçada pela sua frustração de não ter sido capaz de por travão a tudo isto? Medo? Isso é para os fracos! Liberte-se então dessa ansiedade e viaje contra todas as regras do código de estrada - se não lhe acontecer nada de pior, em breve verá o sol aos quadradinhos! Vergonha? Não pense nunca duas vezes antes daquilo que vai dizer, e veja como acaba por fazer um sem número de figuras tristes, sem se sentir minimamente incomodado com as reacções dos outros. O seu namorado disse que estava tudo acabado? Pois seja, dêmos então início a uma nova relação, já já de seguida, sem pausas! E existem muitas outras além deste cardápio de emoções a quem, no seu desconforto sentido, nem sempre demonstramos a devida

gratidão, aceitando-as e envolvendo-as positivamente nas atitudes que escolhemos para lidar com elas no nosso dia-a-dia. A forma como algumas pessoas parecem preocupar-se mais com aquilo que sentem em relação a um problema do que com as possíveis soluções para o atenuar ou resolver, acaba por fazer com que a vida lhes pareça constantemente um eterno quebracabeças, um tormento sem fim...

Apenas um aparte:

já reparou como as pessoas que fogem de todos os perigos têm exactamente as expressões e as atitudes mais amedrontadas? Não aconteceu já dar-se conta de uma pessoa "extremamente segura", mas que não deixa ninguém aproximar-se dela, seja com a sua arrogância ou outra frieza pouco convidativa? E aqueles que estão sempre a sorrir, não lhe parecem um bocadinho idiotas no seu fingimento, até que surja à baila algum tema que subitamente lhes faça desaparecer o sorriso que, depois nem sequer já se lembra que ali existiu? Mas vá com calma, e não se apresse já a eliminar todos os seus mitos, porque alguns deles estão muito bem onde eles possam estar e desempenham uma função inexorável na atribuição de um sentido à sua vida e às suas acções. Confesso que nesta altura gostava de encontrar um mito, apenas um que me permitisse fornecer ao leitor aquele mapa com que ele certamente está à espera que o apresente no final deste texto e que lhe permita prosseguir, agora sim seguramente, a sua odisséia em prol do seu bem-estar. Se esse é o seu caso, sugiro que volte ao início e leia o texto com mais atenção - afinal, a solução tem de estar em algum lado...

Carlos Carona
Psicólogo

Quinta da Conraria, NRC-APPC



Herói romântico dos anos 90, RICHARD GERE, [...] mostra-nos outra faceta do seu incrível talento na pele do irresistível Mr. Jones - um homem que atrai, sem esforço, os outros com o seu charme contagioso e a sua energia fascinante, mas que, por vezes, se torna tão perigoso quanto é ousado.

Neste filme são retratados episódios da vida quotidiana de uma pessoa com a Doença Bipolar.

CONVOCATÓRIA ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA

9 de Abril de 2005

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, ADEB, a comparecer no dia 9 de Abril de 2005, às 10:00 horas, na Assembleia Geral Ordinária, a realizar no **Fórum da Sede da A.D.E.B.**, na Av. Dr. Alfredo Bensaúde, Lt. C2 e C3, 1800-174 LISBOA, telefone nº 218540740, com a seguinte ordem de trabalhos:

DAS 10h00 AS 12h30

1. Alteração, parcial, dos Estatutos da A.D.E.B.;
2. Análise e aprovação do Relatório e Contas do Ano 2004;

DAS 14h30 AS 17h00

3. Colóquio subordinado ao tema: "A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO SOCIAL NA DIVULGAÇÃO DA SAÚDE MENTAL";

Nos termos do nº 1 do artigo 29º dos Estatutos, a Assembleia Geral Ordinária reunirá à hora marcada na Convocatória se estiverem mais de metade dos associados com direito a voto, ou uma hora depois com qualquer número de presentes.

COMPAREÇA e PARTICIPE!

Presidente da Assembleia Geral da A.D.E.B.
Eduardo Moura Valente



COMO UMA O

O que fez catapultar a bipolar na minha vida, aos dezoito anos de idade, é para mim ainda hoje um mistério. Tenham sido factores genéticos ou ambientais, ou ambos, não sei bem. Nessa questão apenas posso dizer que fui apanhado desprevenido pelo aparecimento da doença. Até então nunca tinha tido conhecimento da mesma, o que fez com que os meus primeiros episódios da doença fossem muito mais rigorosos e descontrolados. O facto deixou-me demasiadas marcas relevantes, umas "saradas" pelo tempo através de um esquecimento quase forçado que faz aliviar a dor, outras marcas ainda teimam em permanecer como que perpetuando um estigma sorrateiramente teimoso e especialmente desmotivante.

Mas acima de tudo, ao fim destes dez anos, devo agradecer à minha família, aos meus amigos, à ADEB e a todo a um conjunto de profissionais por me proporcionarem uma vida razoavelmente estável. Facto que me permite continuar a sonhar... e a ousar lutar, a ousar vencer.

No meu caso, tudo começou em dias enublados e chuvosos daquele inverno que mais parecia um inferno. O cenário era o ideal para uma tristeza que foi crescendo como uma bola de neve, arrastando desânimo, ansiedade, melancolia, desinteresse pelo futuro.

O meu relacionamento com outras pessoas pode ser fielmente representado, de uma forma inversa, numa escala figurativa do evoluir da depressão. Cheguei a isolar-me várias semanas, onde a ansiedade aumentava drasticamente quando sabia que tinha que conviver com alguém. Monótona e melancolicamente ia-me arrastando por uma casa vazia de vida sem alegria, sem qualquer interesse pela realidade exterior, longe da luz natural que os estores impediam de entrar. O leito era o sítio preferido para passar esses dias cinzentos e pavorosos amedrontados por constantes pensamentos negativos repletos de pavor.

A certo ponto também à televisão tive que abdicar. Fi-lo quase obrigado porque nessa altura tinha um raciocínio demasiado auto-critico, isto é, qualquer mensagem que captava na TV interpretava de forma negativa como que a me fazer lembrar algo de mau que me tinha acontecido ou algum aspecto que eu na altura achava ter de negativo na minha personalidade.

No meio de um caos de pensamentos que se tinha instalado, havia um que ganhava consistência: a auto-destruição, o suicídio. Era cada vez mais assaltado pela pergunta: não seria melhor morrer? Nada mais me fazia sentido por muito que desesperadamente procurasse um rumo. O futuro era o meu maior pesadelo, tudo me inquietava. Hoje penso que, talvez o motivo desse desejo de querer morrer não se ter realizado foi porque não tive forças suficientes para o concretizar, não tive motivação como o não tinha para mais nada.

Teria sido muito mais fácil ter uma dor física, como a dor de um braço partido. Teria sido muito mais fácil dessa maneira explicar e ser compreendido...

Mas passados dois meses e meio, como de uma alvorada se tratasse, a minha depressão começou a desaparecer e subitamente a minha vida ganhou emoção e alegria. Era como se tivesse gritado contra a tristeza até ter ficado rouco de alegria... e ter conseguido.

ALMOÇO / CONVÍVIO

9 de Abril, pelas 12:30 horas

FICHA DE INSCRIÇÃO

Caro Associado e Amigo,

Na sequência da Assembleia Geral Ordinária e Seminário, realiza-se um Almoço/Convívio no Restaurante "ADEGA DO NORTE".

1. Inscrições até ao dia 5 de Abril;
2. Esta ficha deve ser preenchida, destacada e devolvida, conjuntamente com um Cheque ou Vale Postal, para a Sede da ADEB;

Restaurante "ADEGA DO NORTE"
Praça do Norte, nº 12 C/D
Bairro da Encarnação - Lisboa
Telefone: 21 851 72 06

Preço por pessoa: 15 (Quinze Euros)

EMENTA:

Prato: Peixe **Bacalhau à Braz** ○
Carne **Arroz à Valenciana** ○

Água, Refrigerantes
Fruta ou Doce
Café

Nº de Sócio(a): _____

Nome: _____

Tel: _____

Nº de acompanhantes: _____



ONDA NO MAR

Passou então a haver um frenesim, um querer enorme de viver sempre a sorrir, apaixonado por tudo e por todos, sem lugar para qualquer timidez que figurava antes na minha personalidade. Fui então quem não era, querendo estar sempre onde não estava, com um excesso de energia, com pouca necessidade de dormir, mas também com progressiva irritação. O pensamento era demasiado acelerado o que dificultava o discurso que assim se tornava confuso e muitas vezes incompreensível, talvez por isso a minha irritação também aumentasse. Eram ideias atrás de ideias que atropelavam outras ideias, sempre me envolvendo em vários projectos embora, infelizmente, sem concentração para realizar quase nenhum.

Nesta fase, como não tinha tempo para fazer auto análise, não sentia sofrimento interior, nem descortinava problema algum. Ao contrário do que sucedeu na depressão, era agora completamente extrovertido. Ilimitei, de forma imaginária e eufórica, o meu mundo onde poderia fazer de tudo, onde queria fazer de tudo sempre com pressa, sempre apaixonado. Solução tinha sempre, problemas só os outros pareciam ter.

Nessa altura deparei-me com uma grande adversidade e desconfiança por parte dos outros devido ao meu comportamento exuberante. Talvez para defesa, ou por necessidade de se arranjar sempre uma explicação para tudo em vez de se tentar compreender a situação, muitos foram os que me rotularam de diversas coisas impensáveis para mim, como de "drogado".

Não sei ao certo a quantos psiquiatras fui, mas sei que ao princípio ia por ir, nunca por pensar que precisava de ajuda, sentia-me óptimo.

Quem me influenciou a ir foi a minha família a quem não pude negar o pedido por saber que eles estavam bastante preocupados comigo e de certa forma gostaria de os tranquilizar.

Ao contrário de outros casos, o meu primeiro diagnóstico foi logo

o de maniaco-depressivo, na altura era o termo utilizado para o actual bipolar.

Desde então seguiram-se outras fases no conhecer e desenvolver da doença. Uma das mais importantes, senão a mais importante, foi a de aceitar a doença. Era impensável enquadrar-me numa vida maioritária de sonhos que até então mantinha, como qualquer outro jovem da minha idade, uma doença crónica que acarretava o tomar comprimidos diariamente. Era uma verdadeira dor de cabeça, a despreocupação do acto de hoje tomar medicamentos era na altura tragicamente dramático.

É preciso aprender a lidar com a doença não fazendo dela a nossa inimiga. É também necessário educar aqueles que convivem diariamente connosco acerca da doença. Afinal não se trata apenas de uma doença unicamente nossa porque as consequências da mesma também afectam quem connosco lida diariamente.

Tenho tentado prevenir recaídas dando atenção a sintomas que possam indicar algumas. Dou importância ao facto de um sono equilibrado e tento fazer uma auto-análise que me permita verificar comportamentos ou atitudes menos habituais. Cada qual deve definir a sua melhor estratégia para melhor viver com a sua doença.

Não me considero um doente, sou alguém que faz a vida que escolhe mediante aquilo que lhe é permitido a todos os níveis. Não sou um doente embora por vezes tenha recaídas, cada vez menores e mais raras, e então, e apenas por isso, tenho a bipolar.

Sérgio

Sócio nº 939

A DOR EM



Nos últimos 3, 4 anos a Comunicação Social, quer seja através da imprensa escrita ou jornalismo audiovisual tem abordado, finalmente e de forma mais consistente, o tema da doença mental com particular destaque para as doenças unipolar e bipolar. Esta "onda" de informação e sensibilização deveu-se sobretudo aos esforços da ADEB.

No entanto, e apesar de o cidadão mais informado ter já lido ou ouvido algo sobre o assunto, todos aqueles que nunca foram afectados por estas doenças demonstram ainda uma grande dificuldade em compreender o nível de sofrimento que lhes está associado e acabam invariavelmente por comparar os sintomas descritos a fases normais dos seus humores.

No que concerne à doença bipolar, por exemplo, aquilo que as pessoas apreendem de imediato são os "altos e baixos" característicos da doença. Se todos nós temos estados de tristeza/depressão e alegria/euforia aliados a maior rapidez e dinâmica, então o que distingue uma forma patológica de uma personalidade sã? É aqui que surge a dúvida, por parte do senso comum, relativa à gravidade e legitimidade de tais estados como patológicos.

Pessoalmente, como portadora de doença bipolar, deparo-me ainda com reacções de grande incompreensão por parte de pessoas muito próximas, o que me traz consternação e faz levar a crer que a comunicação social talvez não tenha ainda cumprido o seu papel convenientemente.

Relatarei algumas dessas manifestações e comentários de amigos "normais" relativamente à minha condição.

➤ " O equilíbrio? Não o consegues? É que eu às vezes também ando passado".

➤ A conclusão generalizada de que se não procuro as pessoas e não atendo o telemóvel é porque não quero estar com elas - não há a noção de que se me escondo é porque estou limitada por um estado depressivo em que (como todos os bipolares e unipolares sabem) não se trata de um não querer mas sim de um não conseguir.

➤ A crença de que eu possa transformar os meus estados depressivos num motor de criação artística (problema do senso comum de confundir tristeza, aborrecimento e spleen com reais sintomas de depressão).

➤ A estranheza e certo choque relativamente ao meu desabafo de que tenho de controlar e limitar o meu pensamento (sim, tenho de tentar fazê-lo para evitar crises psicóticas e não ficar completamente enredada nas malhas das ideias tipicamente negativas e autodestrutivas da depressão).

➤ A recusa, por cerca de 4 pessoas a quem apelei em momentos de pânico, perturbação, mau estar ou descontrolo, de se encontrarem comigo.

➤ As confissões de mais de uma pessoa de que "fazia impressão" estar comigo em certas alturas, especialmente quando deprimida.

➤ O afastamento radical e o tornar-me "invisível" para um membro da família sempre que estou em crise.

➤ A afirmação frontal de não conseguirem estar connosco em momentos de crise por não saberem como lidar com a situação.

Será que a Comunicação Social pode, assim, fazer tudo?

Talvez compreender remotamente as características da doença seja tarefa fácil mas o confronto mais regular com a doença parece não o ser.

É muito ingrato e injusto. Como se não bastassem os disparates da euforia, a angústia da depressão, as ideias suicidas, as insónias, os sentimentos e sentidos descontrolados e caóticos, os ataques de pânico, os efeitos secundários mentais e físicos dos medicamentos, temos ainda de nos deparar com a estranheza, medo e fuga dos outros.

As emoões doentes

As doenças a que nos referimos são consideradas as doenças das emoções. Mas, de facto, como é possível as emoções adoecerem? Essas



OCIONAL

formas tão espontâneas que nos ligam ao mundo podem ser algo outro que não genuínas? As dos portadores deste tipo de doenças são-no, com certeza, na medida em que é algo que eles vivem intensamente como uma realidade sua mas, concretamente e factualmente, tais emoções são regra geral bastante extremas e implicam sofrimento, euforia ou caos. Elas estão de tal forma desfasadas da identidade e personalidade do doente que deixamos de poder considerar adequados tais sentimentos. A expressão adequação talvez seja uma forma extremamente útil de referência a estas doenças porque, de facto, os comportamentos que advêm de tais emoções "anormais" são, regra geral, desadequados. Desadequados no sentido em que as reacções e sentimentos tidos não têm qualquer relação plausível de causa-efeito com o exterior. Talvez seja mais fácil exemplificar. Na Depressão Major a sensação é a de que a alma se ausentou. Há uma mudez absoluta. Não há comunicabilidade possível. O olhar morre, a linguagem corporal torna-se funcional e deixa de ser expressiva. Sente-se estranheza e incómodo relativamente ao próprio corpo e todo o ser é composto apenas por uma indizível dor, onde paira uma angústia lenta, calma, que ocupa todos os poros do corpo.

É como se deixasse de haver o "eu": a anulação da identidade é uma realidade, estar com os outros torna-se penoso porque não há o que dizer, não se sabe como estar. Os sentimentos de culpa são dominantes num pensamento desfocado, inarticulado e constantemente negativo. É-se a pessoa mais inútil, desinteressante e menos merecedora do que quer que seja.

Não há vislumbre de se vir a sentir melhor. Esta angústia e agonia da alma, que deixa o corpo prostrado e cansado, transforma-se em desespero e deseja-se um final. Uma cessação para o sofrimento. E é aí que a morte se aproxima como único plano de acção possível para a libertação de tal estado. Não se merece viver porque não se vale nada, só se sofre em silêncio e o sentimento relativamente aos outros é o de que se está a incomodar, de que se é um fardo e que seria melhor para o mundo que simplesmente a própria vida se extinguisse.

Qualquer semelhança de tudo isto com uma tristeza temporária de "lágrima fácil", ou uma maior irritação e frustração que todos nós vivenciamos com alguma regularidade, é pura ficção.



Relativamente aos estados mais eufóricos, e arriscando-me a repetir o que nesta revista já foi dito vezes sem conta, há a sensação permanente daquela que uma pessoa apaixonada sente perto do seu ente amado. Tudo é intensamente interessante e belo. Tanto o que se faz e diz como o que se vê em redor. Não há autocrítica nem percepção de se ser inadequado nalgumas situações. De repente tem-se 50 projectos que se consideram urgentes e de importância universal e a sua viabilidade é uma certeza. Não há nada nem ninguém que possa deter tal ímpeto e entusiasmo. Dormir torna-se uma perda de tempo e a energia é inesgotável. Ora, sabemos que mesmo as pessoas mais activas e incansáveis têm, contudo, os seus momentos de pausa e organizam de forma metódica, consciente e realista cada um dos projectos que abraçam.

Para melhor diferenciar estas patologias de um humor e percepção adequada da realidade há ainda a mencionar as crises mais ou menos psicóticas que acontecem tanto em depressão como mania.

Nestas pode-se vivenciar intensamente o estar ameaçado de morte: ser-se inclusivamente merecedor de tal por se ter trazido tanto mal ao mundo e ter-se a certeza de que, por qualquer movimento que se faça, há uma inevitabilidade desse facto e que a melhor solução talvez seja o suicídio. Tal como na depressão, nestas "alucinações" (se assim as posso chamar) há, mais uma vez, um grande risco de morte.

É também mais ou menos comum, neste estado, acreditar-se que um programa de televisão relata a própria vida ou que a publicidade se refere especificamente a situações pessoais vividas na altura.



Parece-me que o leigo acredita que talvez o "problema" nestas doenças seja o excesso de imaginação. Na imaginação "normal" há a consciência de se tratar de realidades idealizadas. Não se "perde o pé". Uma coisa é pensar-se "e se", outra é tais realidades serem definitivamente tudo aquilo que é verdade e que se vive num determinado momento.

Ciência, Filosofia e Emoções

Creio que o mais difícil de definir e explicar hoje em dia são ainda as emoções humanas. Talvez tenhamos de aceitar ceticamente que estas estão localizadas num órgão: o cérebro - sendo que este é, de facto, ainda bastante misterioso para os cientistas.

O entendimento de que a doença mental tem uma origem física - algo aceite por parte da comunidade médica - entra, de certa forma, em choque com a tradicional crença ocidental numa Razão infalível, mãe de todas as coisas. De facto, o pensamento racional e o auto-controlo são ainda sinónimos de força de carácter e de uma certa superioridade. Estes devem dominar o nosso comportamento: é isto que se espera de uma pessoa sensata. Mas, afinal, o pensamento (racional ou não), tal como as emoções, é uma actividade inscrita num órgão - o nosso cérebro. Se todos os outros órgãos do nosso corpo falham e adoecem muitas vezes como é que seria possível tal não acontecer com o nosso cérebro?

As pesquisas científicas que tentam uma compreensão de como a linguagem, o pensamento e as emoções se processam no cérebro vêm, agora derrubar esse paradigma do pensar/racionalizar como a origem de todos os nossos actos. É de referenciar o facto de também a filosofia contemporânea se referir nas últimas décadas a uma falência da Razão. Contudo a mentalidade e o estigma demoram tempo a alterarem-se. Além da filosofia há também a assinalar as interessantíssimas descobertas que nos últimos anos foram feitas ao nível da Inteligência Emocional. O QI analítico e o pensamento racional já não são tão importantes. Agora estamos perante o pri-



mado das emoções e a capacidade de as orientar socialmente de forma a alcançar um relacionamento mais tranquilo e equilibrado com os outros é o mais importante. Esta teoria tornou-se tão forte que é inclusivamente ensinada a quadros de empresas no sentido de tornar o trabalhador mais eficaz e aumentar a produtividade. O mais bem sucedido tem essencialmente boas competências comunicativas e inter-relacionais que se baseiam num alerta para a realidade da emotividade humana.

A par destas teorias psicológicas vieram ainda as pesquisas concretamente científicas de análise de como as substâncias bioquímicas no nosso cérebro provocam emoções e desenvolvem o pensamento.

Os estudos inaugurais de António Damásio, relativos ao processo e funcionamento das emoções no nosso cérebro, vêm comprovar que biologicamente não somos capazes de tomar uma decisão sem um impulso emocional/afectivo. Esses impulsos são ainda gerados e regulados por quantidades maiores ou menores de substâncias que circulam pelos nossos neurotransmissores, tais como a dopamina, a serotonina e outras inas...Então podemos, finalmente e esperançadamente, comunicar e "provar" aos outros que as doenças mentais são problemas concretamente físicos. Se o cérebro é um órgão onde está depositada a nossa personalidade e se esta se revela por combinações emoção/razão controladas e organizadas a partir de uma bioquímica antecedente, imagine-se o que pode acontecer quando essa bioquímica é desregulada (insuficiente ou em excesso). A consequência lógica (agora apelando para a razão) é a de que a personalidade sofre alterações. Sabemos que todas as pessoas, em momentos pontuais e extraordinários, têm reacções pouco típicas do seu comportamento mas isso, mais uma vez, deve-se a acontecimentos excepcionais exteriores.

Ter uma doença deste cariz torna-se uma busca incessante por uma identidade tantas vezes abalada por comportamentos e atitudes nas quais, uma vez equilibrados, não nos reconhecemos.

Por dizer

Talvez seja preciso a publicação de um maior número de testemunhos em órgãos de comunicação social para que haja uma noção do alcance dos níveis de sofrimento e descontrolo a que um doente unipolar ou bipolar pode chegar.

Tem de se dar lugar à dimensão da dor emocional e compreender que é, provavelmente, tão incapacitante como a física.



Talvez seja também urgente alertar para o facto de estas doenças poderem ser mortais. São-no, de facto, tanto numa grave depressão como num estado altamente maniaco. São-no ainda pelo facto de, no caso de não haver uma alta monitorização das doses dos componentes dos medicamentos que controlam estas doenças poder, eventualmente, dar-se a morte do paciente.

Parece-me igualmente pertinente deixar claro que se tratam de doenças crónicas, que acompanham o portador deste tipo de doença toda a sua vida mas que, apesar de todas as complicações ao nível do comportamento, ele não deixa de ter a possibilidade de ter uma vida normal. Este é um ponto que seria de extremo relevo apontar e acentuar pois ao nível das entidades empregadoras existe ainda um forte estigma relativamente ao doente pelo receio de que ele não seja capaz de exercer convenientemente as suas funções nos locais de trabalho.

Outra questão que a Comunicação Social parece perverter é a ideia passada de que o doente mental é perigoso. Talvez o seja nalgumas doenças muito específicas, mas é no mínimo injusto o ênfase dado a um caso isolado de assassinato efectuado por um portador de doença mental de quando em quando, enquanto se remete para o esquecimento tantos casos de violência e assassinatos que acontecem aos milhares diariamente, mas para os quais a razão lógica e racional do espectador e jornalista não encontra explicação visto terem sido actos realizados por pessoas "normais", enquanto no caso do doente mental é como que esperado por ele não ter valores ou não saber o que faz...

Não é preciso pensar muito para nos apercebermos, e agora sim, da loucura - transmitida diariamente por todas as televisões e jornais - que é o dia a dia do nosso mundo. Parece não nos questionarmos relativamente às atrocidades que sabemos serem cometidas diariamente pelos "normais" do planeta. Mas....apesar de tudo isso o doente mental é ainda o "louco".

Talvez seja altura de a sociedade não descriminar o portador de doença mental mas sim aqueles que, por razões ainda insondadas (ou será também de origem bioquímica? praticam regularmente a violência contra o próximo.

Sócia nº 827

AGRADECIMENTO

A ADEB, durante o ano 2004, recebeu apoios dos seguintes Laboratórios:



Estes apoios foram essenciais na concretização dos objectivos da ADEB na promoção da saúde mental e no apoio às pessoas com a doença Unipolar e Bipolar e seus familiares.

Presidente da República reúne-se com Associações de doentes

O Presidente da República recebeu, em audiência alargada, dia 15 de Fevereiro de 2005, representantes de cerca de 40 associações de doentes.

As associações representadas reivindicaram a resolução de problemas como o acesso a consultas especializadas, participações de medicamentos, apoios na inserção na vida activa, bem como o desajustamento da actual Tabela Nacional de Incapacidades. Foi, igualmente, levantada a questão da criação de um estatuto jurídico do doente crónico.

Jorge Sampaio mostrou-se sensível e disponível para apoiar as questões levantadas, tendo salientado a necessidade de as associações presentes se agruparem. Neste sentido, vários dos intervenientes anunciaram o propósito de constituir uma federação de associações de doentes.

Convenção Educacional Anual da Gamian

(Global Alliance Of Mental Health Network Advocacy)

Realizou-se na VII Convenção Anual da GAMIAN, no dia 30 de Setembro a 3 de Outubro, em Tallín - Estónia, dando a conhecer o seu trabalho junto de doentes bipolares e unipolares.

A Saúde Mental foi um dos temas debatidos por ser considerada uma área prioritária. Neste sentido, a convenção salientou a necessidade de intervir ao nível da promoção e da prevenção, dando especial atenção à população infantil e juvenil.

FNAFSAM

Realizou-se, no dia 26/02/05, uma Assembleia Geral da Federação Nacional de Famílias Pró-Saúde Mental - FNAFSAM, onde foram tratados vários assuntos de ordem estatutária, bem como a eleição dos Corpos Gerentes para o triénio 2005-2007.



Vivemos actualmente numa sociedade de comunicação. O conhecimento humano técnico, científico, cultural, etc. encontra-se cada vez mais acessível ao cidadão comum. As pessoas desejam estar informadas, - a saúde mental não é excepção - por isso, esta é uma realidade que não pode ser ignorada.

A Internet veio dar um enorme contributo no acesso e na divulgação do saber. Todavia, também acabou por "inundar-nos" com demasiada informação. A comprová-lo está o resultado da pesquisa realizada no motor de busca Google utilizando a palavra Bipolar Disorder: 2.160.000 de páginas!

Como filtrar e seleccionar esta imensa informação? Quais as fontes fidedignas? Estas são questões de difícil resposta. A meu ver, os psiquiatras e as associações de doentes têm aqui um papel fundamental!

Até há bem pouco tempo eram poucos os livros publicados sobre saúde mental numa linguagem acessível para o público em geral. Felizmente que as coisas se alteraram. E, hoje em dia, é muito mais fácil encontrar um livro ou uma página da Internet sobre praticamente qualquer doença, com um conteúdo acessível à compreensão de quem não tem formação na área da saúde. Através desta mudança de atitude, os médicos perceberam que os doentes não só têm o direito de serem esclarecidos, como se estiverem melhor informados, acabam mais facilmente por criarem uma aliança no combate à doença.

Os psiquiatras, através de uma abordagem psicoeducativa, devem ser os primeiros agentes de esclarecimento e de ajuda, fortalecendo deste modo a relação médico-doente. O conhecimento do doente sobre a sua própria doença, leva-o a participar directamente no processo terapêutico

conduzindo, por exemplo, a uma melhor adesão à terapêutica e a uma detecção precoce da recaída. Por outro lado, as associações de doentes acabam por ser excelentes veículos de informação, não só para os doentes e familiares, como para a sociedade, sensibilizando-a para a doença mental e reduzindo o estigma associado.

Numa pesquisa através da Internet verificamos que muitas vezes são os próprios doentes que criam as suas páginas pessoais, dando o seu testemunho e partilhando a sua experiência. Existem também cada vez mais fóruns e grupos de discussão sobre doenças mentais: depressão, ansiedade, esquizofrenia, doença bipolar, etc. Deste modo, torna-se possível aliviar alguma angústia, sofrimento e solidão com que os doentes e as suas famílias são habitualmente confrontados. Se é verdade que estas novas formas de comunicação podem ser úteis, também podem ser perniciosas, dado que muitas vezes encontramos informação incorrecta ou pouco fidedigna, originando uma desinformação que pode ser perigosa. Ou seja, pior do que estar desinformado é estar mal informado!

Independentemente de se obter explicações e esclarecimentos sobre determinada doença, nada substitui a consulta e a pergunta directa ao médico que segue o doente, para que este possa responder às (muitas) dúvidas que vão sempre surgindo. Talvez porque antes de haver doenças há doentes!

Pedro Afonso

Médico Psiquiatra do Hospital Júlio de Matos



A FALA DO CORAÇÃO

Ela insistia, ligeiramente ansiosa? Diz lá: Mamã! Mamã!

A bebé observava a repetição da mãe, entre divertida e curiosa e finalmente fez um sorriso de descoberta e balbuciou? Papa! Papa!

A mãe desiludida, resignou-se? Queres comer, não é?

Quando a mulher acabou de dar a última colherada de papa à criança, ela exclamou, radiante Mamã!

A mãe ganhou o dia, nesse minuto.

Afinal, aquilo que uma precisava não era bem o que a outra lhe estava a dar e vice-versa. A comunicação acabou por vencer, neste caso, e ambas obtiveram a satisfação pretendida. Oxalá tudo na vida funcionasse como este episódio trivial!

Quantas vezes, não temos quem ouça o que precisamos comunicar, ou após condicionantes da vida nos encurralarem, perdemos a capacidade de comunicar.

Proibido é desistir! Afinal, a maior arma contra as dificuldades da vida é a nossa capacidade de luta e de minimizarmos as adversidades. Quando achamos que a primeira chegou ao fim, se fizermos mais um esforço, descobrimos sempre mais.

Por alguma razão, popularmente se diz que "desabafar ajuda".

Quando falamos dos nossos problemas, eles parecem perder um pouco da sua dimensão no nosso espírito.

Comunicar também é importante, porque assim se pode obter ajuda, para o nosso problema ou proporcionar aos outros a ideia de que não estão sozinhos, nos seus problemas.

Para terminar, aqui para nós (que ninguém nos ouve) não fazem ideia de quantas vezes já me apeteceu chamar pela mãe, mesmo depois de eu ser mãe por duas vezes...

Enfim, também é comunicar!

Ana Cristina Dinis



INFORMAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

A ADEB divulga e distribui guias e desdobráveis científicos e pedagógicos. Esta valência tem como objectivo informar a comunidade sobre os vários aspectos que envolvem a doença Unipolar e Bipolar.

DOCUMENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

GUIAS

- G1 ESTATUTOS
- G2 O que é a ADEB?
- G3 Lítio
- G4 Valproato
- G5 Carbamazepina
- G6 Família
- G7 Estigma
- G8 Doença Obsessivo-Compulsiva
- G9 Manual da Depressão
- G10 A depressão é uma doença que se trata
- G11 Depressão Mascarada
- G12 Psicooncologia
- G13 Manual de Auto-Ajuda
- G14 Electroconvulsivoterapia
- G15 Doença Bipolar- O quê? Quando? Como?
- G19 Diário do humor

DESDOBRÁVEIS

- D1 Depressão
- D2 Medicamentos Antidepressivos
- D3 Doença Bipolar
- D4 Tratamento pelo Lítio
- D5 Lidar com uma crise de elevação do humor
- D6 Estabilização da doença Bipolar
- D7 Gravidez e doença afectiva
- D8 SÓS Esquizofrenia
- D9 Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- D10 Pânico e Comportamentos fóbicos
- D11 Prevenir o Suicídio
- D12 Electroconvulsivoterapia

Mini prospecto Lítio
VÍDEOS SOBRE A DEPRESSÃO
CASSETES DE RELAXAMENTO
REVISTA BIPOLAR



Ansiedade e Depressão

Stuart a. Montgomery

O livro de Stuart Montgomery descreve os métodos modernos de diagnóstico e de avaliação da doença depressiva, salientando a sobreposição com a ansiedade, e faz uma revisão actualizada das várias abordagens à terapêutica e ao manejo desta situação, incluindo os fármacos mais recentemente comercializados. Não se trata de um tratado académico mas de um texto de leitura fácil que oferece conselhos práticos para o tratamento baseados em dados de eficácia comprovada.

LIVRO

Pétalas Caídas, Sonhos e Vidas Antologia Poética



LIVRO

Perturbação Bipolar Francis Mark Mondimore



LIVRO

A Manta

António Sampaio e Nazaré Tojal



GUIA

Lítio e a Doença Bipolar



Existem ainda à venda na ADEB os seguintes livros:

- "Depressões", de Peter Treppner;
- "Uma Mente Inquieta", de Kay Redfield Jamison;
- "A Psicologia da Depressão", de Lewis Wolpert;
- "As Lógicas da Depressão", de Daniel Widlöcher;
- "101 Respostas sobre a Depressão", de Dr. Claude Novikoff e Dr. Jean Pierre Olié;
- "Razão Reencontrada", De Dr. José Manuel Jara;
- "Ajuda-te pela Psiquiatria", de Frank S. Caprio;
- "Era uma vez o Stress e a Depressão", de vários autores;
- "Esquizofrenia", de Pedro Afonso;
- "Mais Amor Menos Doença", de António Coimbra de Matos;
- "A Depressão: Como Lidar Com Uma Doença Do Nosso Tempo", de Juan Antonio Vallejo-Nágera.

GUIA

Estigma & Saúde Mental



GUIA

Doença Bipolar

O quê? Quem? Onde? Quando? Porquê?...





EVOLUÇÃO E INTERVENÇÃO DA ADEB 1998/2005

Na Sede Nacional, Delegação da Região Norte e Delegação da Região Centro

Neste quadro constatamos o esforço da Direcção da ADEB na divulgação e esclarecimento da patologia unipolar e bipolar. As sessões psicoeducativas têm sido realizadas por todo o país. Tentamos assim, chegar a um número cada vez maior de portugueses, a quem é difícil aceder a uma ajuda técnica e especializada.

No dia 18 de Dezembro de 2004 realizámos, pela primeira vez, um Seminário subordinado ao tema "Estigma e Exclusão Social".

Relativamente ao número de Sessões de Apoio Psicossocial, as sessões em que as pessoas recorrem pela primeira vez à ADEB, tem-se vindo a manter constante ao longo dos anos.

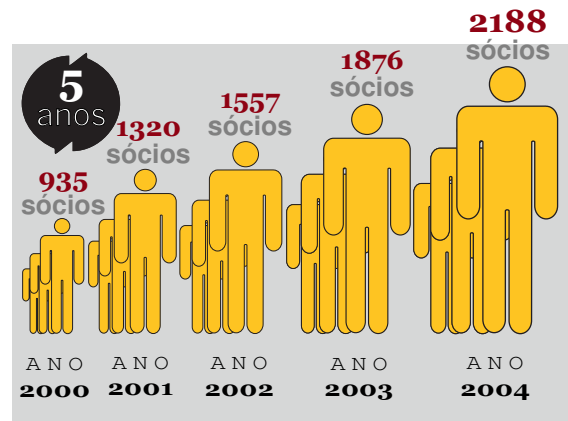
EVOLUÇÃO DAS VALÊNCIAS DA ADEB nos últimos 5 anos

Serviços e Valências	2000	2001	2002	2003	2004
Apoio Psicossocial	364	322	638	542	652
Grupos de Auto-Ajuda*	24	31	24	27	14
Sessões Psicopedagógicas	5	6	6	22	25
Colóquios	2	2	2	3	1
Seminário	-	-	-	-	1
Materiais pedagógicos	14275	20346	25446	18177	27840
Apoio Familiar	28	43	63	100	81
Apoio Orientação Profissional	54	68	68	60	68
Aconselhamento Jurídico	23	17	9	43	25
SOS ADEB Apoio Telefónico	3236	6753	6773	5095	6925

* cada G.A.A. inclui no máximo 10 utentes

DADOS ASSOCIATIVOS

Da leitura que fazemos deste quadro pensamos estar a contribuir significativamente para a promoção da saúde mental em Portugal. A ADEB tem vindo a ocupar um espaço cada vez maior na sociedade portuguesa, em **31 de Dezembro de 2004 contava com 2188 filiações**, entre elas estão inscritos pacientes, familiares e técnicos de saúde. Acreditamos que a ajuda de todos os associados é essencial para continuar a desenvolver um trabalho exigente e rigoroso que consiste em chegar junto daqueles que mais precisam e que muitas vezes não conseguem pedir ajuda.



Decorrente da **campanha de solidariedade "Porque é preciso...empregar...informar...aprender"** que ocorreu durante o ano 2004, verificamos um aumento de afluência de pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar, depreendemos assim a importância deste tipo de iniciativas na sensibilização da comunidade em geral e como constituem um veículo privilegiado para chegar junto de todos.

Continuam a ser as mulheres que mais nos procuram sendo a sua adesão à terapêutica maior do que nos homens.

NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM SESSÕES DE APOIO PSICOSSOCIAL

Patologia	Nº de utentes	Utentes pacientes					
		Sexo		Estado civil			
		Masculino	Feminino	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo
Unipolar	211	70	141	79	79	32	21
Bipolar	318	112	206	129	126	48	15
Outra(s)	115	37	78	53	41	4	17
Nenhuma	8	2	6	2	6	0	0
Total	652	221	431	263	252	84	53

