



OUTONO COM DEPRESSÃO OU DEPRESSÃO NO OUTONO?

Por **Susana Luz**

Psicóloga Clínica

Tel. 915 714 237

A transição do verão para o outono, o fim das férias, o regresso à azáfama da vida quotidiana, trabalho, escola, trânsito, expectativas face à retoma de rotinas e obrigações, horários exigentes, dias mais curtos com menos luz, menos calor, menos tempo para nós, menos tempo para socializar com a família e amigos, menos tempo para desfrutar das atividades de lazer, especialmente no exterior, podem potenciar emoções de privação, tristeza e ou desanimo, e consequentemente a pessoa sentir-se em “baixo”, deprimida. Algumas pessoas identificam uma associação entre a chegada do outono e uma redução da sua energia e concentração, alteração do ciclo circadiano, alteração do apetite e do peso, diminuição da motivação e da produtividade. Se para algumas pessoas estas oscilações ou dificuldades serão rapidamente ultrapassadas, outras poderão precisar de mais tempo para se readaptar e recuperar a homeostasia. É importante distinguir os indivíduos que se sentem sazonalmente deprimidos dos indivíduos que experienciam estados efetivamente depressivos. Se no caso dos primeiros o estado deprimido tende a ser transitório, já no caso dos últimos o mal-estar clínico é significativo e reflete-se no modo como o indivíduo se relaciona consigo, com os outros e com o mundo.

As pessoas tendencialmente depressivas poderão sentir uma intensificação e persistência dos sintomas durante esta fase, pelo que beneficiarão de orientação profissional para lidarem com as dificuldades e respetivo impacto negativo destas nas suas vidas. No reconhecimento destes sintomas devemos estar atentos ao início do aparecimento do mal-estar, persistência e intensidade dos sintomas. Não raras vezes desvalorizada e confundida com falta de “força de vontade” ou “não querer de facto” ou “ser preguiçoso/a” ou “ser pessimista”, a depressão é uma perturbação séria, que tem causado mais sofrimento humano no mundo do que qualquer outra doença que afeta a humanidade. A visão de si, do mundo e do futuro pode ser de tal modo negativa que pode levar o indivíduo a almejar não querer mais viver. Num estado depressivo os indivíduos interpretam as experiências de vida de um modo seletivo ou desadaptativo, e atribuem-lhe uma valência auto depreciativa. Ainda que evidências racionais e plausíveis face a eventos neutros demonstrem imparcialidade, o indivíduo automaticamente faz uma interpretação negativa de si ou da situação, e tende a moldar os factos de modo a que estes se encaixem nas suas conclusões negativas pré formadas. A dificuldade em lidar com obstáculos, conflitos emergentes ou na resolução de problemas significa uma barreira, interpretada como insolúvel ou intransponível, cujo sentimento subjacente é o de que nada favorável jamais acontecerá, independentemente do que a pessoa possa fazer, resultando num sentimento de frustração e derrota, que contribui para a manutenção da inércia e do sentimento de fracasso, presente nos estados depressivos. A conotação que atribuem ao seu desempenho está subestimada e não personifica o seu potencial desempenho real. Esta inferência está enviesada pelo estado depressivo e pode comprometer todo o auto conceito do indivíduo, tornando-o incapaz de se ver de outra forma para além da sua incapacidade. Como o auto conceito negativo está associado à autorejeição, para além de sentirem que não são tão capazes, tão bons como os outros, também se desgostam, criticam, reprovam e castigam a si mesmos por esse motivo, inclusive quando reconhecem

a perturbação emocional, esta é frequentemente encarada como uma fraqueza imperdoável. Nos estados depressivos a visão do futuro é percecionada como uma extensão do seu estado atual, o que em proporção da intensidade do sentir depressivo dificulta a possibilidade de considerar eventuais melhorias. Também no futuro imediato a antevisão das tarefas é magnificada num grau de dificuldade inapropriado, sendo todas ou quase todas as vivências do quotidiano premeditadas como experiências negativas e/ou dificuldades insuperáveis.

PREVALÊNCIA

Apesar da perturbação depressiva poder surgir em qualquer idade, a probabilidade do seu desenvolvimento acentua-se a partir da puberdade. A prevalência é mais acentuada no género feminino, numa proporção de 1,5 a 3 vezes. Estima-se que a hereditariedade oscile nos 40% e que os dependentes de primeiro grau de indivíduos com perturbação depressiva major apresentem um risco acrescido de duas a quatro vezes maior probabilidade de desenvolvimento da perturbação face à população em geral.

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

Humor deprimido – deprimido, triste, choro fácil, sem esperança, desanimado, irritável, vazio

Diminuição marcada do interesse na execução de tarefas ou actividades anteriormente prazerosas

Alterações significativas de peso – aumento ou diminuição do apetite, “craving” por alimentos específicos, especialmente hidratos de carbono

Alterações do sono, insónia, hipersónia - dificuldades em adormecer, despertares noturnos com dificuldade em voltar a dormir, acordar demasiado cedo e não conseguir voltar a dormir, dormir em excesso

Alterações psicomotoras, agitação ou lentificação – não consegue estar parado, necessidade de andar de um lado para o outro, esfregar ou puxar a pele, cabelo ou objectos, lentidão no pensamento, na quantidade e variabilidade do conteúdo, e no discurso e/ou movimentos corporais

Fadiga ou diminuição da energia significativas – cansaço injustificado pela ausência de esforço físico, eficiência diminuída na execução de tarefas ou actividades, inclusive tarefas simples parecem complexas e requerem grande esforço

Auto desvalorização e sentimento de culpa – avaliações irrealistas sobre o seu real valor, culpabilização por acontecimentos do passado interpretados como fracassos, justificar acontecimentos neutros com defeitos pessoais como incapacidade de realizar determinadas tarefas ou atividades

Dificuldades cognitivas, concentração, indecisão – dificuldades em processar o pensamento, em focar-se, concentrar-se em algo, ou em tomar decisões, dificuldades de memória. Nas crianças pode reflectir-se nas notas e avaliação académica, adultos que executam atividades intelectuais exigentes poderão ver-se incapazes de as realizar, na população idosa é frequente dificuldades de memória

Pensamentos sobre morrer, Ideação suicida - Desejo de não acordar de manhã, crença de ser um peso e estorvo para os que ama, que estando morto seria um alívio para os outros; A motivação para o suicídio pode resultar no desejo de querer desistir face a obstáculos entendidos como impossíveis de transpor, ou um desejo intenso de acabar com a dor emocional avassaladora que invade a pessoa de uma tristeza profunda insuportável e que lhe parece não ter fim

Muitas pessoas sofrem em silêncio porque ainda vivemos numa cultura onde não se fala abertamente sobre a “nossa dificuldade, a nossa depressão”. O estado depressivo apela à resignação e conformismo, assente na crença de que nada resultará, de que “não vale a pena”. A ausência de suporte familiar e social ou a falta de recursos são frequentemente um obstáculo à procura de apoio. Familiares e amigos próximos podem ajudar proactivamente, por exemplo estimulando para a realização de actividades partilhadas e de cooperação, na procura de um profissional de saúde mental, psicólogo ou psiquiatra, e se necessário apoiá-lo e encorajá-lo nessa tomada de decisão. É possível encontrar alguma resistência, mas seja persistente, quanto mais rápido a ajuda chegar, mais rápido chegará a recuperação.

Todas as objeções à procura de ajuda profissional podem ser ultrapassadas. Existem sempre alternativas para obter ajuda, seja em contexto do serviço público através do seu médico de família ou diretamente nos serviços da URAP das USF dos centros de saúde, ou em clínica privada, com um psicólogo/ psicoterapeuta escolhido por si. Se a sua motivação não chega para dar esse passo inicial sozinho, partilhe essa dificuldade com um familiar ou amigo, em momentos vulneráveis a partilha das dificuldades e apoio são fundamentais. A depressão pode e deve ser tratada, seja farmacologicamente, seja através de psicoterapia, ou ainda a combinação de ambas. É possível alcançar uma remissão total dos sintomas. Não sofrer é um direito seu, embrace-o. |



Susana Luz
Psicóloga Clínica

Terapia Cognitivo-Comportamental
Avaliação, Diagnóstico, Intervenção Psicológica

Marque consulta:

Lisboa, Oeiras, Cascais

sluz_consultoriopsicologia@outlook.pt

Tlm. 915 714 237

Fixo 214 425 842