



# O que é depressão?

# 1

“Tudo parece tão desesperador”, disse Karen. Enquanto olhava para as próprias mãos, as lágrimas começaram a cair. “É difícil me levantar de manhã. Eu ajusto o despertador, mas não tenho vontade de sair da cama. Meu coração fica apertado quando penso em ir para o trabalho. Eu tenho medo das manhãs. Eu não tenho mais nada para esperar.”

Todos os dias, Karen se acordava de madrugada e sentia uma tristeza avassaladora. Ficava sentada na cama, sozinha, pensando em como sua vida era ruim. *Por que eu sou assim? Eu não faço nada direito.* Esses pensamentos tristes e pesados inundavam sua mente, fazendo-a achar que não havia motivos para seguir em frente. Logo iria amanhecer, e ela havia começado outro dia infeliz. “Eu me pego chorando sem nenhum motivo”, disse-me ela. “Eu queria poder voltar a dormir – para sempre.”

Karen tinha 32 anos quando me procurou pela primeira vez. Ela estava separada de Gary há mais de um ano, e o divórcio seria finalizado em poucos meses. Seu casamento tinha começado a apresentar problemas quatro anos antes – Gary era dominador, desdenhava os sentimentos de Karen e era muito crítico com quase tudo o que ela fazia. Ela me disse, quase se desculpendo: “Eu tentei ser uma boa esposa”. Então acrescentou, em sua defesa: “Eu estava com muito trabalho no escritório e nem sempre conseguia organizar as coisas em casa da forma como Gary queria”. Ele a chamava de irresponsável, preguiçosa e negligente e, se ela reagisse, simplesmente a humilhava ainda mais. Nada era bom o suficiente. Ele se sentia superior, e Karen, derrotada.

Inicialmente ela tinha altas expectativas em relação ao casamento. Gary parecia ser um homem do tipo confiante, responsável, alguém que ela poderia respeitar. “Ele era o namorado perfeito”, disse Karen. “Eu me lembro de quando me trazia flores, me levava a ótimos restaurantes e dizia o quanto eu era bonita.” Ela baixou os olhos. “Mas isso foi há muito tempo.” Karen disse que, na semana anterior ao seu casamento, sabia que estava cometendo um erro – Gary era constantemente crítico e até che-

gou a dizer que não tinha certeza se queria se casar com ela, mas Karen achava que não poderia cancelar tudo, pois muitas pessoas viriam para a cerimônia.

A intimidade do casal diminuiu rapidamente no primeiro ano. Havia pouco carinho, pouca afeição e muito pouco sexo. Gary chegava tarde em casa, às vezes parecendo um pouco alto. Ele dizia que estava com parceiros de negócios – que precisava socializar para manter contato com as outras pessoas do trabalho. Karen, por fim, começou a suspeitar que ele estivesse mentindo, mas não tinha nenhuma prova. Enquanto isso, eles discutiam sobre praticamente tudo – quem era responsável pelos cuidados com a casa, pelas compras e pelo planejamento. Afinal de contas, argumentava Karen, “Eu também tenho um emprego”. Mas Gary queria que as coisas fossem do jeito dele.

Então, depois de três anos, disse a Karen que queria o divórcio. Ele havia conhecido outra mulher em função de seu trabalho – uma vendedora de outra empresa. A “outra mulher” era divorciada, tinha um filho de 5 anos, e Gary vinha se encontrando com ela após o trabalho há meses. “Ela me entende. É mais o meu tipo”, disse ele. “Eu realmente quero sair desse casamento.”

Karen se sentiu devastada. Ficou furiosa com Gary por trair e mentir, mas também se culpava. “Se eu fosse mais atraente e interessante, ele não teria me traído. Eu não sou boa o suficiente para segurar um homem.” Agora, ela achava que não tinha nada a oferecer, que o tempo estava se esgotando para ela e estava sozinha. “Eu perdi o contato com os meus amigos”, me disse. “Estava sempre sentada em casa esperando Gary. Eu costumava ver meus amigos antes de me casar. Agora não tenho nada.”

Karen também havia perdido o interesse em outras coisas. “Eu costumava ir à academia e me exercitar. Aquilo me dava energia e fazia eu me sentir bem comigo mesma, mas não vou há mais de um ano.” Ela andava comendo *junk food* – “*comfort food*”<sup>\*</sup> – porque isso a fazia se sentir um pouco melhor por alguns minutos, mas estava perdendo controle sobre sua alimentação e ganhando peso. “Olhe para mim”, disse. “Quem iria me querer?”

Pedi que Karen me desse uma imagem visual, um quadro de como era a sua depressão. “Eu me vejo dentro de um quarto vazio, deitada na cama, com as cortinas fechadas”, disse. “Eu estou sozinha, chorando.” Ela me encarou nos olhos e depois desviou o olhar. “É assim que a minha vida vai ser. Eu sempre vou estar sozinha.”

---

\* Contrário ao *fast food*, é comida caseira que remete à infância, trazendo lembranças de uma época de aconchego.

Pensando em Karen enquanto escrevo isto, fico triste em lembrar o quanto ela se sentia mal. Eu podia ver a dor, a falta de esperança e a auto-crítica que a faziam sofrer. Ela achava que o divórcio provava o quanto era incapaz de ser amada e que ninguém mais iria querer ficar com ela. Não conseguia ver que tinha uma história de fortes conexões com as pessoas – amigos que a respeitavam e a amavam – e que era produtiva e valorizada no trabalho. Não conseguia ver que era inteligente, gentil e prestativa e não conseguia entender que seus sentimentos de tristeza e autorrepúdio poderiam não durar para sempre.

Mas eu tenho sorte. Sei como as coisas terminaram para Karen, e essa é uma lembrança feliz para mim. Ela superou a depressão e agora tem um novo homem em sua vida, uma nova autoconfiança e uma autoestima muito mais realista. Como alguém que se sentia tão sem esperança e mergulhada na tristeza e no desespero encontrou uma luz no fim do túnel?

Não foi o fato de encontrar um novo homem que a salvou. Foi ela quem se salvou da depressão. Aprendeu a assumir o controle da sua vida – todos os dias. Começou a identificar e a mudar seu pensamento negativo, o que possibilitou que se sentisse e agisse melhor. Seus relacionamentos se desenvolveram à medida que se aproximou dos amigos quando se sentia isolada e solitária, e descobriu que poderia ser sua própria terapeuta – depois que recebeu as ferramentas.

## Uma epidemia moderna

---

A história de Karen pode se parecer com a história de alguém que você conheça – ou talvez se pareça com a sua história. Você pode dizer: “Eu sei como é ficar deitado na cama inundado por pensamentos negativos, sem energia para fazer nada. Eu sei como é lamentar o passado e temer o futuro, viver em um mundo de escuridão onde a alegria nunca parece me pertencer”. Assim como Karen, você pode sentir que é incapaz de ser amado, que todos os seus sonhos ficaram para trás, que não existe saída. Você pode até mesmo pensar que vai passar a vida inteira sozinho e sem amigos – ou pode achar que, se as pessoas realmente o conhecessem, nunca se importariam com você. Assim como Karen, você pode lutar durante o dia inteiro contra uma insistente voz interna que lhe diz que não pode fazer nada, que nada vai dar certo e que não resta nenhum prazer ou significado.

Caso se sinta assim, você não está sozinho. No período de um ano, cerca de 11% da população dos Estados Unidos terão um transtorno depressivo,

#### 4 Vença a depressão antes que ela vença você

e 19% sofrerão de depressão em algum momento na vida – o que significa que a depressão afetará, em última análise, 60 milhões de norte-americanos.<sup>1</sup> Eu, particularmente, não conheço ninguém que não tenha tido contato com a depressão – ou o indivíduo tem ou então alguém próximo a ele tem. É quase certo que alguém na sua vida – um membro da família, um amigo próximo, um colega – tenha sido vítima de depressão em algum momento. A depressão é uma epidemia mundial que priva as vidas de significado e alegria e pode até matar.

Muitas pessoas sem depressão suficientemente severa para que se qualifiquem para um diagnóstico ainda têm sintomas depressivos. Na verdade, por um período de seis meses, um em cada cinco adultos e metade das crianças e adolescentes relatam *alguns* sintomas de depressão.<sup>2</sup> Embora não seja muito comum entre crianças pequenas, ela se torna muito problemática durante a adolescência, e essa prevalência parece estar aumentando. Isso é alarmante, não só porque gostaríamos que a juventude fosse uma fase de diversão e otimismo, mas também porque metade dos jovens depressivos continuará sendo adultos deprimidos. Também a taxa de suicídio entre pessoas jovens está tragicamente alta.

Por que estamos mais deprimidos do que nunca? O psicólogo Jean Twenge descobriu que os aumentos na depressão durante os últimos 50 anos correspondem a um aumento no individualismo e a uma perda da conectividade social.<sup>3</sup> No século XIX, quase ninguém vivia sozinho; no entanto, hoje, cerca de 26% dos lares são formados por uma pessoa. Posteriormente, iremos analisar melhor como a solidão e os problemas de relacionamento contribuem para a depressão, mas outras tendências históricas e culturais também desempenham um papel nisso. Mudanças constantes no mundo da moda podem fazer você sentir como se estivesse perdendo algo, um fluxo contínuo de más notícias na televisão pode escurecer sua visão da vida, e o declínio de comunidades baseadas na fé pode lhe proporcionar uma perspectiva cínica. Em seu livro recente, *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement (A epidemia do narcisismo: viver na era da titularidade)*, Twenge rastreia o narcisismo e o aumento das expectativas extremamente altas e vincula essas tendências a um aumento na ansiedade e na depressão.<sup>4</sup> O narcisismo está refletido em cada aspecto da mídia – em fotos editadas de mulheres com corpos e pele perfeitos que, na verdade, não existem. Está refletido na ênfase em sempre pensar que você é maravilhoso – não importa o que realmente seja. E também está refletido nas expectativas irreais que muitos jovens têm quando começam a trabalhar – esperando sucesso quase imediato. O livro de Twenge acompanha o crescimento de um senso de titularidade e expectativas irreais que também correspondiam

a um aumento da ansiedade e da depressão. Como esperamos mais, nos sentimos mais privados.

Nossa cultura está marcada por cada vez menos noção de comunidade. Na década de 1950, as pessoas da classe operária iam jogar boliche juntas, geralmente orgulhosas das camisas do time que vestiam. Agora, jogam boliche sozinhas – se é que jogam. As pessoas se sentam hipnotizadas em frente à televisão enquanto assistem a outra pessoa viver uma “vida real” em uma fonte interminável de *reality shows*. Nossas conexões uns com os outros declinaram drasticamente – e isso também está associado ao aumento da ansiedade e da depressão. O movimento contínuo de um bairro para outro, de um emprego para outro, não conservar os mesmos amigos desde a infância até a idade adulta e até o declínio das organizações cívicas (uniões, grupos de pais e mestres, clubes, igrejas, trabalhos voluntários) nos deixou mais isolados, mais solitários e mais deprimidos.

Nós nos tornamos cada vez mais autoabsorvidos e menos conectados uns com os outros.

Talvez seja pouco consolador saber que milhões de pessoas sabem como é temer o dia, caminhar com tristeza por um mundo sombrio, enquanto outros caminham à luz do sol. Mas a boa notícia é que, hoje, a depressão é altamente administrável – *se você tiver o tratamento certo*. Assim como Karen, você poderá descobrir que existe uma saída. Poderá descobrir novas formas de pensar, agir e de estar com os outros. Poderá descobrir – para sua surpresa – que, escondida dentro de você, existe a coragem para abrir uma nova porta em sua vida, atravessá-la e construir uma vida que valha a pena ser vivida.

## Uma porta em sua vida

---

Durante esses 27 anos como terapeuta, muitas pessoas me perguntaram: “Você não fica deprimido trabalhando com pessoas deprimidas?”. Ironicamente, é exatamente o oposto. Eu me sinto ótimo trabalhando com pessoas deprimidas porque sei que elas podem ser ajudadas.

Sim, a boa notícia é essa. Com tratamento eficaz, você pode vencer a depressão – e, depois disso, tem uma boa chance de prevenir a sua recorrência. Novas técnicas de autoajuda podem auxiliá-lo a reverter seu pensamento negativo e seu doloroso e triste humor. Isso não é fácil. Requer trabalho da sua parte. Existem, porém, ferramentas poderosas – muitos tipos de ferramentas – que você poderá aprender a usar nesse processo.

A maioria das pessoas deprimidas pode ser ajudada com formas mais recentes de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Eu e meus colegas desenvolvemos essa abordagem durante os últimos 30 anos, e agora ela é usada no mundo inteiro como o tratamento psicoterápico de escolha para a depressão e a ansiedade. Essa terapia o auxilia a mudar a forma como você pensa (suas cognições) e o que faz (seu comportamento). Depois que você mudar a forma como pensa, mudará a forma como se sente e romperá o ciclo da dor autopetuada.

Em vez de passar anos no divã de um terapeuta que alisa sua barba e faz perguntas tangenciais que não fazem nenhum sentido para você, com a TCC você pode começar a mudar a sua vida *hoje*. E, para muitas pessoas, a TCC tem efeitos mais duradouros do que qualquer outra abordagem. Se você tratar depressão moderada ou severa com medicamentos, mas descontinuí-los quando estiver melhor, as chances são altas (76%) de que fique deprimido novamente nos 12 meses seguintes. Porém, se você melhorou com terapia cognitiva, tem uma chance menor (somente 30%) de recaída depois de parar. E, para deixar as coisas ainda melhores, você irá aprender formas que poderão reduzir significativamente a probabilidade de ficar deprimido novamente. Pílulas não lhe ensinam habilidades, mas a TCC sim.

Se você fosse um dos meus pacientes, eu poderia começar nossa sessão de TCC lhe perguntando: “Qual problema você quer trabalhar hoje?”. Em vez da escuta passiva, eu assumiria um papel ativo, pedindo que você avaliasse seus pensamentos, testando-os contra a realidade, tentando encontrar novas formas de pensar sobre as coisas e considerando novos comportamentos específicos que você possa experimentar. Eu lhe daria tarefas de autoajuda para fazer em casa, de forma que você pudesse ser seu próprio terapeuta entre as sessões. Nós avaliaríamos seu progresso periodicamente, consideraríamos por que algumas coisas não estavam funcionando e experimentaríamos novas técnicas. Nós não desistiríamos. E iríamos impulsioná-lo para trabalhar na realização de mudanças *hoje*.

Neste livro, eu quero assumir com você essa mesma abordagem ativa, envolvente e confrontacional. Trabalhando com depressão por quase três décadas, aprendi muito com meus pacientes e com a minha própria vida, e acredito que você pode aprender com as técnicas e estratégias que meus pacientes acharam úteis. Este livro é a sua caixa de ferramentas – é o lugar onde você encontrará as técnicas que pode usar todos os dias para se libertar do sofrimento de se sentir deprimido. Eu gostaria que você pudesse – sempre que se sentir autocrítico, hesitante ou sem esperança – abri-lo, encontrar as ferramentas que precisa e se ajudar. O segredo é torná-lo, na verdade, seu próprio terapeuta, seu próprio “treinador pessoal”, de modo

que você não precise ser reasegurado por outras pessoas para encontrar uma direção. O objetivo final é colocá-lo a cargo de si mesmo.

Dependendo da gravidade da sua depressão, poderá ser melhor que você tenha alguma ajuda externa – pelo menos no início. Uma depressão crônica, de longo prazo e debilitante pode causar um grande impacto na sua qualidade de vida; e, em muitos casos, essas condições crônicas são resultado de um tratamento inadequado. Se sua depressão tem efeito debilitante em você, é importante levá-la a sério e tratá-la de forma abrangente e exaustiva. Além das muitas técnicas de TCC que você irá aprender neste livro, podemos ampliar o resultado de tudo o que fazemos com medicamentos ou outros tratamentos biológicos. O arranjo ideal seria você ter a assistência de um terapeuta cognitivo-comportamental treinado, além de um médico com quem possa consultar acerca de outras opções, como medicamentos. Você encontrará mais recursos para exploração das suas opções, além de informações sobre tratamentos biológicos, nos Apêndices.

Ao longo deste livro, iremos trabalhar juntos usando técnicas que você possa colocar em prática imediatamente. Também vamos discutir como os medicamentos podem fazer parte da sua autoajuda. Examinaremos como você e seu parceiro podem ter um relacionamento melhor e como você pode construir amizades mais gratificantes e respeitadas. A depressão pode afetar todas as áreas da sua vida, portanto, você vai precisar de ferramentas que possa utilizar em todas elas, todos os dias da sua vida. Se eu apenas o reasegurar, você só se sentirá melhor por alguns minutos. Se eu lhe der as ferramentas, você poderá consertar as coisas quando eu não estiver por perto.

Não espere que alguém o salve. *Você pode se salvar.*

## A anatomia da depressão

---

Depressão não é apenas um ou dois sintomas. Ela é uma constelação de diferentes pensamentos, sentimentos, comportamentos e experiências. Psicólogos e psiquiatras criaram um sistema para avaliar e classificar esse complexo de dor esquivo e inconstante. O diagnóstico técnico que damos é “transtorno depressivo maior”, que significa que você esteve deprimido – com um humor deprimido ou perda de interesse nas atividades – por um período de duas semanas e tem, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas:

- Sentimentos de inutilidade ou culpa
- Dificuldade de concentração ou de tomar decisões
- Fadiga ou baixa energia

- Insônia ou hipersonia (sono aumentado)
- Perda de apetite, perda de peso ou ganho de peso
- Agitação ou retardo psicomotor
- Pensamentos de morte ou de suicídio

Antes de fazermos esse diagnóstico, excluímos problemas médicos que possam dar origem aos sintomas de depressão, tais como desequilíbrio na tireoide. Também levamos em consideração o que mais está acontecendo em sua vida. Por exemplo, geralmente não diagnosticamos como deprimido alguém que esteja sofrendo após a perda de uma pessoa amada, a menos que a depressão dure um tempo excepcionalmente longo.

## Diferentes tipos de depressão

Existem muitas formas de estar deprimido. Você pode ter um transtorno depressivo maior, como acabamos de descrever. Ou pode ter um período de depressão mais leve, que dure cerca de dois anos, o que chamamos de transtorno distímico. Você também pode ter um transtorno distímico e um período de depressão maior concomitantemente, o que lhe confere o diagnóstico de “depressão dupla”. E muitas mulheres sofrem de depressão pós-parto após o nascimento de um filho.

Um diagnóstico importante para ter em mente é o transtorno bipolar. (Anteriormente chamado de transtorno maníaco-depressivo.) As pessoas com transtorno bipolar alternam entre afeto deprimido e períodos de “mania” nos quais se sentem eufóricas, com autoestima excessivamente alta e muita energia. Elas falam rapidamente, suas ideias estão por todo o lado, podem ser extremamente tolas e não parecem necessitar de muito sono. Elas podem correr riscos desnecessários, ou seu impulso sexual pode ser excepcionalmente alto. As pessoas que têm alguns desses sintomas maníacos, mas não na sua forma mais severa, são referidas como hipomaníacas.

Se você vivenciou episódios em que teve sintomas de mania ou hipomania, pode ser que tenha transtorno bipolar. Isso é algo que o seu terapeuta ou médico pode determinar com você. É importante contar a ele sobre os sintomas maníacos porque, se você tem transtorno bipolar e está sendo tratado com medicamentos, seu médico poderá querer considerar um plano específico para você.

Depender somente de antidepressivos pode piorar os problemas se você for bipolar. Muitas pessoas bipolares experimentarão uma “alternância cíclica” em um estado maníaco agitado quando são tratadas somente com medicamentos antidepressivos, deixando-as em uma montanha-russa de



alternância do humor, com subidas e descidas, passando da depressão para a agitação maníaca. Entretanto, seja você unipolar (você nunca teve um episódio maníaco) ou bipolar, as ideias deste livro podem ajudá-lo a evitar episódios futuros, o que é fortalecedor particularmente durante períodos de depressão.

## As causas da depressão

A depressão não conhece barreiras. Qualquer pessoa, independentemente de renda, educação, raça, gênero, sucesso ou beleza, pode ficar deprimida. A lista de pessoas famosas que sofreram de depressão é vasta. Ela inclui Bobby Darin, Barbara Bush, Billy Joel, Judy Garland, Buzz Aldrin, Ernest Hemingway, Charles Darwin, John Adams, Harrison Ford, Abraham Lincoln, J. K. Rowling, Tennessee Williams, Winston Churchill e Mark Twain.

O que causa a depressão? Muitas pessoas acham que têm de encontrar a causa de sua depressão na forma como seus pais a criaram. De fato, você pode passar anos no divã de um terapeuta tentando desenterrar lembranças terríveis de maus-tratos na infância, mas isso pode parecer sem sentido: pesquisadores estimam que entre um e dois terços do que causa a depressão pode estar relacionado aos seus genes.<sup>5</sup> A depressão está relacionada à química do seu cérebro. Diferenças nos seus níveis de serotonina, noradrenalina e outras substâncias químicas podem deixá-lo mais propenso à depressão. Dito isso, inúmeros outros fatores – desde a sua criação até experiências posteriores na vida – podem colocá-lo em maior risco de um episódio depressivo. Por exemplo, seus pais podem tê-lo tornado mais vulnerável à depressão não somente pela transmissão de genes que aumentam essa probabilidade, mas também por se comunicarem com você de modos que possam tê-lo levado a se sentir impotente ou autocrítico.

Nosso conhecimento da química cerebral subjacente à depressão é com frequência proveniente de descobertas acidentais. Mais uma vez, isso mostra que, na ciência, você às vezes descobre o que *não* está procurando! As duas primeiras classes principais de medicamentos antidepressivos – inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e antidepressivos tricíclicos (ADTs) – foram descobertas por acaso. A iproniazida, um IMAO, foi testada na década de 1950 como tratamento para a tuberculose. Para surpresa dos médicos e dos pacientes, ela melhorou o humor destes e os deixou menos deprimidos. No fim dessa mesma década, pesquisadores na Suíça realizaram experimentos com ADTs como tratamento para esquizofrenia. Mais uma vez, para sua surpresa, os ADTs não ajudaram na esquizofrenia, porém melhoraram o humor dos pacientes. O lítio também foi descoberto acidentalmente, em

1948, pelo psiquiatra australiano John Cade, ao injetá-lo em porquinhos-da-índia, mas, ao contrário de suas expectativas, a substância produziu um efeito calmante.<sup>6</sup> As descobertas acidentais de classes importantes de antidepressivos indicam que um cientista atento, ao se deparar com o inesperado, pode abrir novas possibilidades para milhões de pessoas.

Existem várias teorias sobre as causas da depressão, sugerindo que deve haver diversos caminhos bioquímicos diferentes até ela, e a sua depressão pode ser causada por um ou pela combinação desses modelos bioquímicos variados. Você deve ter isso em mente, uma vez que pode afetar seu tratamento. Você e seu médico podem perseguir uma sequência de ensaios de medicamentos – se uma classe de medicamentos não funcionar, sempre se pode experimentar outra ou acrescentar um medicamento de uma classe diferente – às vezes uma combinação de duas classes de medicamentos que aumentam a eficácia do tratamento.

Encare dessa forma: existem três grupos de neurotransmissores que são importantes ao afetar a depressão: noradrenalina, serotonina e dopamina, e todos esses fazem parte da classe das monoaminas. Pense no cérebro como consistindo de neurônios (células nervosas) que se comunicam entre si em um espaço que chamamos de sinapse. Você tem células que enviam mensagens (pré-sinápticas) e células que recebem essas mensagens (pós-sinápticas). Os tricíclicos inibem a recaptção (ou reabsorção) dos neurotransmissores; os ISRSs (uma classe de substâncias chamadas inibidores seletivos da recaptção da serotonina) inibem especificamente a reabsorção da serotonina; os IMAOs inibem o metabolismo ou a quebra das moléculas armazenadas nos neurônios.<sup>7</sup>

É claro que a ciência por trás disso é muito complexa. Pesquisas recentes indicam que a depressão pode ser afetada pela comunicação entre neurônios que ativam genes específicos. Pesquisadores da Yale University identificaram que os antidepressivos estimulam fatores de crescimento neuronal, gerando novas células nervosas.<sup>8</sup> É por isso que os medicamentos antidepressivos levam algum tempo para se tornarem efetivos – eles estão gerando novas células! A biologia da depressão é mais complexa – e mais fascinante – do que se pensava inicialmente.

Muitos pais de filhos deprimidos também são deprimidos, portanto, podem ter dificuldades para fazer o melhor trabalho possível. Pais que não são afetivos, que não dão valor aos sentimentos e que são excessivamente controladores ou críticos tendem a criar filhos que se tornam adultos deprimidos.<sup>9</sup> Se os seus pais lhe deram mensagens confusas – “Eu te amo, mas não me incomode agora” –, você também tem um risco maior de desenvolver depressão. Abuso sexual durante a infância também é um preditor sig-

nificativo de depressão,<sup>10</sup> e se os seus pais se divorciaram, se separaram ou morreram durante sua fase de crescimento, você tem maior probabilidade de ser deprimido quando adulto.<sup>11</sup> Um fator importante aqui é como você é cuidado posteriormente: se a perda de um dos pais acarretou um decréscimo nos cuidados, no carinho e na atenção, o seu risco de depressão é muito maior.<sup>12</sup> Embora seja verdade que sua lembrança de experiências infantis pode ser afetada por seu humor atual – você está deprimido agora, portanto tem maior probabilidade de lembrar eventos negativos no passado –, pesquisas sugerem que o viés na lembrança não é a primeira razão para que os adultos deprimidos relatem tais experiências infantis difíceis.<sup>13</sup>

Em quase todas as culturas contemporâneas que foram estudadas, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de depressão do que os homens – probabilidade duas vezes maior, em média, uma discrepância que aparece na adolescência e desaparece em idade mais avançada. Pode haver inúmeras razões para isso, desde as alterações hormonais femininas até o fato de que as mulheres tendem a ter menos poder na sociedade do que os homens, colocam maior ênfase em agradar aos outros e talvez tenham maior inclinação para ruminação. Contudo, mulheres e homens podem obter os mesmos benefícios com TCC e medicamentos.

O que provoca um episódio depressivo? Existem inúmeros fatores que contribuem para um risco mais elevado. Ficar viúvo, divorciar-se ou separar-se são preditores importantes de depressão; assim como um conflito sério no relacionamento. As mulheres que vivenciam conflito em seu casamento têm uma probabilidade 25 vezes maior de se deprimirem do que aquelas em casamentos sem conflitos,<sup>14</sup> e as que têm dificuldades com seus filhos também estão em risco aumentado. Estar desempregado também é um fator:<sup>15</sup> para muitos, desemprego significa não só uma perda de renda, mas também uma perda de identidade, de contato e de sentimento de realização. O desemprego não precisa conduzir à depressão; mas se você está deprimido, tende a encará-lo a partir de uma perspectiva negativa – como um sinal de vergonha, de fracasso e de impotência.

Em um estudo, 60% das pessoas deprimidas relataram um estressor significativo nos nove meses anteriores, comparadas a apenas 19% das não deprimidas. Mesmo os aborrecimentos diários podem se acumular e conduzir à depressão: problemas no trabalho, dificuldades nos arranjos de vida, estresse por viajar, pressões financeiras extremas, discussões penosas e conflitos com outros. E, embora estressores como esses sejam inevitáveis na vida da maioria das pessoas, seus genes podem torná-lo mais vulnerável aos seus efeitos.<sup>16</sup> Se você for geneticamente predisposto à depressão, eventos estressores terão 25% mais probabilidade de deprimi-lo, mas seus genes também

podem *protegê-lo*. Por exemplo, embora, conforme indicado, ser vítima de abuso aumente a chance de ser deprimido, isso também dependerá de sua *genética*. Se nenhum dos seus pais lhe fornecer uma forte *carga genética* para depressão, então não é muito provável que você fique deprimido. Seus genes podem ajudá-lo ou prejudicá-lo – eles podem até mesmo protegê-lo contra seus próprios pais!

## As consequências da depressão

A depressão é muito onerosa – em muitos níveis, começando pelo mais literal. Ela conduz a taxas mais elevadas de absenteísmo no trabalho, produtividade mais baixa e taxas mais altas de incapacidade. Cerca de 80% das pessoas deprimidas atualmente dizem que estão prejudicadas em seu funcionamento diário.<sup>17</sup> Um estudo identificou que as pessoas com depressão maior perdiam 5,6 horas de trabalho produtivo por semana.<sup>18</sup> Tomemos Karen, a quem fomos apresentados anteriormente, como exemplo. Ela às vezes não conseguia sair da cama para ir trabalhar. Quando estava no trabalho, com frequência ficava sentada em frente ao computador ruminando sobre o quanto sua vida era ruim. Ela protelava a realização das coisas, e isso só fazia com que se sentisse pior, uma vez que temia ser despedida.

Pessoas deprimidas têm maior probabilidade de ter estilos de vida pouco saudáveis, o que inclui fumar, ser inativo e ter uma dieta deficiente. “Eu como sorvete e biscoitos para tentar me sentir melhor”, Karen me contou. “Mas então, depois disso, me sinto muito mal porque sei que perdi o controle.” Para algumas pessoas com depressão, esse estilo de vida pouco saudável leva a um risco maior de doença cardiovascular.<sup>19</sup> A depressão também coloca você em risco maior de desenvolver doença de Alzheimer<sup>20</sup> e acidente vascular cerebral<sup>21</sup> e ainda afeta os resultados da doença por HIV.<sup>22</sup> Além disso, pessoas idosas que estão deprimidas têm maior probabilidade de morrer mais cedo.<sup>23</sup>

A depressão não é, em geral, uma experiência que ocorre uma única vez. Conforme mencionei anteriormente, muitas pessoas têm episódios recorrentes de depressão, sendo que alguns duram meses ou mesmo anos. Karen havia tido dois períodos anteriores de depressão antes de chegar até mim. A depressão é, no mundo todo, um dos principais pesos para toda a vida, superada somente por condições perinatais (ou relacionadas ao nascimento), infecções respiratórias inferiores, doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular, HIV/aids e doenças diarreicas.

A consequência mais trágica – e desnecessária – da depressão, porém, é o suicídio. Pessoas deprimidas têm 30 vezes mais probabilidade de tirar a

própria vida do que aquelas que não estão deprimidas.<sup>24</sup> Meu amigo Ken foi uma das vítimas trágicas da depressão.

Eu conheci Ken há anos quando estava na pós-graduação em Yale. Na época, eu estava interessado em trabalhar com crianças, principalmente porque achava que elas eram meigas. Eu não era movido por um desejo intelectual irresistível, mas era divertido trabalhar com elas. Ken, que estava no instituto de pesquisa, apoiava incrivelmente a mim e ao meu trabalho, e se tornou também um amigo. Nós almoçávamos juntos; eu visitava sua família; e nós conversávamos sobre pesquisa, fofocas e qualquer coisa que viesse às nossas mentes. Ken sempre dava boas risadas, fazia um comentário engraçado ou tinha algo motivador para me dizer.

Ele nunca falou sobre problemas pessoais. Nunca parecia triste. Nunca se queixou de seu trabalho. No almoço, agora eu recordo, ele normalmente tomava um martíni – às vezes dois –, mas eu nunca o vi bêbado. Ele e Caroline, sua esposa, me recebiam para desfrutar de maravilhosas refeições caseiras, e nós nos sentávamos, conversávamos e ríamos. Eu sempre sentia o tranquilo calor humano daquela amizade masculina – do tipo que os sujeitos não precisam dizer o quanto gostam um do outro; eles simplesmente sabem. No entanto, eu devo tanto a Ken que gostaria de *ter* lhe dito o quanto ele significava para mim.

Depois que recebi o meu Ph.D., saí de New Haven e segui minha carreira acadêmica – obtendo verbas para pesquisa, editando livros, fazendo todas aquelas coisas que se espera que você faça. Fui me interessando mais em fazer terapia comportamental infantil, e estava pensando em me encaminhar nessa direção. Eu mandava cartas para Ken e, às vezes, conversávamos ao telefone, mas fiquei longe por alguns anos e basicamente perdi contato com o que estava acontecendo em sua vida.

Eu estava lecionando na University of British Columbia, em Vancouver, quando recebi o telefonema de um colega de Yale. “Ken morreu. Ele cometeu suicídio.”

Eu fiquei atordoado e perplexo. “Nunca percebi que alguma coisa estivesse errada”, eu disse. Subitamente meus olhos se encheram de lágrimas.

“Aparentemente ele estava preocupado com a possibilidade de ser demitido”, continuou meu colega. Quando sua esposa e sua filha estavam dormindo, Ken foi até a garagem, abriu o gás e se matou.

Quando eu vi Caroline, pude perceber que parte de sua alma estava em pedaços. Ela estava sentada na cozinha da sua antiga casa vitoriana, afastada de New Haven, se perguntando como iria conseguir pagar as contas. Ela recorreu à sua igreja e a seus amigos, que a ajudaram durante essa época difícil, mas o sorriso e a suavidade no seu rosto pareciam ter desaparecido.

Seus olhos pareciam distantes enquanto ela falava sobre Ken. “Eu estou tão zangada com ele por fazer isso, ter nos deixado”, disse ela. “Ele sabia que eu faria qualquer coisa para apoiá-lo. Mas estava tão oprimido.”

Enquanto Caroline e eu conversávamos, conheci uma parte inteiramente diferente de Ken – uma que eu nunca conheci. Ele era alcoólatra – deprimido, solitário e sem esperança. Ali estava ele, uma estrela em ascensão no campo da psicologia clínica que não conseguiu encontrar a ajuda de que precisava. Ele não via saída. Caroline estava grávida quando ele morreu.

A morte de uma pessoa não é uma simples estatística. Ela é a perda de muitos mundos – o mundo dele, o seu lugar nos mundos de todos nós que o amávamos. A filha de Ken, Susan, segurou a minha mão e disse: “Bob-Leahy”, como se o meu nome fosse hifenizado, “Bob-Leahy, você não vai embora, vai?”. Ela me mostrou suas bonecas e eu a abracei.

Eu sabia que nunca iria querer “superar” a morte do meu amigo. Eu queria poder me lembrar do quanto me senti triste ao perdê-lo e de como me sentia contente por tê-lo conhecido e queria construir uma vida suficientemente grande e significativa para conter aquela perda. Embora eu gostasse de trabalhar com crianças e seus pais, também achava que trabalhar com depressão seria mais significativo para mim. E tive muita sorte porque o fundador da terapia cognitiva, Dr. Aaron Beck, estava dando um treinamento especializado na University of Pennsylvania Medical School. Eu pensei: *É para lá que eu vou*. E eu fui.

Não tenho medo de me sentir triste ao pensar no meu amigo. Ele me deu a motivação para fazer o que eu tenho feito desde então. Enquanto seu espírito, sua doçura e a sua dor estiverem no meu coração e na minha mente, eu sei que posso ajudar os outros a encontrar uma saída através dos caminhos sombrios de suas vidas.

## Como usar este livro

---

Quando pensei em como escrever um livro de autoajuda sobre depressão, me dei conta de que meus pacientes vêm me ver com queixas específicas. Eles me dizem: “Me sinto sem esperança quanto ao futuro”, ou “Eu não consigo colocar nada em prática”, ou “Eu estou tão triste que não aguento mais”. Eles não chegam procurando teorias sobre depressão ou palestras sobre psicologia. Eles chegam perguntando: “O que posso fazer para me ajudar?”. É assim que você provavelmente experimenta a sua depressão.

É por isso que organizei este livro em torno de queixas específicas. Você pode estar se sentindo solitário ou pode ser autocrítico. Pode estar

hesitante ou se sentir um peso para os outros. Pode estar se sentindo irritável ou ter dificuldade em encontrar energia para fazer as coisas. Seja qual for a sua queixa, você quer soluções. Você quer saber: “O que eu posso fazer?”.

Cada capítulo começa com um exemplo de alguém que está experimentando um aspecto particular da depressão. É assim que meus pacientes falam comigo, e desejo transmitir a você o benefício da experiência deles. Você provavelmente vai se identificar em muitos desses exemplos, porém, poderá não se enxergar em todos eles. Mas tudo bem. Não existem duas pessoas deprimidas que sejam exatamente iguais. Você não precisa ter todos os sintomas de depressão para se beneficiar deste livro. Na verdade, considere-se com sorte se não os tiver.

À medida que for lendo cada capítulo, você encontrará uma maior explicação do sintoma – como ele surge, como pode afetá-lo – e formas de abordá-lo, criando novos hábitos de pensamento e comportamento positivos e eficazes. Lancei mão e apliquei muitas abordagens diferentes de TCC para reunir as técnicas e estratégias que vou lhe apresentar aqui. Durante os últimos 30 anos, surgiu uma imensa quantidade de pesquisas sobre o que funciona, e devo muito a inúmeras pessoas que contribuíram com suas ideias para o desenvolvimento dessas abordagens. No entanto, aprendi que nenhuma abordagem funciona para todos. É por isso que procurei usar o melhor do melhor.

Conforme mencionei, um medicamento, prescrito pelo seu médico, também pode fazer parte da sua autoajuda, portanto, inclui informações sobre medicamentos no Apêndice A. Mas existem tantas evidências de que a TCC é útil para depressão que agora a consideramos uma abordagem de primeira linha. À medida que você avançar nos capítulos, tente decidir por si mesmo quais técnicas poderiam ser úteis no seu caso. É sempre melhor ter um terapeuta treinado em TCC para ajudá-lo a passar por isso, mas usar algumas dessas técnicas comprovadas por conta própria pode ser um bom começo. Essas são “notícias úteis”. As ferramentas estão aqui. A sua depressão poderá dificultar o seu uso dessas ferramentas. Você pode se sentir desanimado e sem energia. Mas, como ocorre com qualquer ferramenta, você não vai saber se ela pode consertar o problema antes de utilizá-la. O que você teria a perder se tentasse?

A depressão assume a forma de pensamentos autocríticos, de indecisão, de baixa energia, de tristeza, de retraimento, de perturbação do sono, de irritabilidade e de outros sintomas. Iremos abordar a sua autoajuda auxiliando-o a se livrar desses sintomas. Se você não tiver os sintomas, não estará deprimido. É simples assim!

## Dando início

Este livro pretende ser um recurso a que você recorra repetidamente. Ele é um guia para lidar com seus problemas e um lembrete de que você pode partir para a ação *hoje* para ajudar a resolvê-los. Como em qualquer jornada, o seu programa de autoajuda inicia onde você está neste exato momento. Portanto, você poderá querer começar fazendo o seguinte teste simples para avaliar a sua condição e identificar as áreas nas quais tem maior dificuldade – áreas que pode abordar à medida que avança neste livro. Não existem respostas certas ou erradas: apenas descreva como você se sentiu na última semana.

Marque apenas uma resposta para cada item que melhor descreva como você se sentiu nos últimos sete dias.

## Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva

### 1. Pegar no sono:

- 0 Nunca levo mais de 30 minutos para pegar no sono.
- 1 Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, menos da metade das vezes.
- 2 Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, mais da metade das vezes.
- 3 Levo pelo menos 60 minutos para pegar no sono, mais da metade das vezes.

### 2. Dormir durante a noite:

- 0 Não acordo durante a noite.
- 1 Tenho sono leve e agitado, acordando por períodos curtos em cada noite.
- 2 Acordo pelo menos uma vez por noite, mas volto a dormir com facilidade.
- 3 Acordo mais de uma vez por noite e fico acordado por 20 minutos ou mais, mais da metade das vezes.

### 3. Acordar cedo demais:

- 0 Na maioria das vezes, acordo até 30 minutos antes do que preciso para levantar.



- 1 Mais de metade das vezes, acordo mais de 30 minutos antes do que preciso levantar.
- 2 Quase sempre acordo pelo menos uma hora ou mais antes do que preciso, mas acabo voltando a dormir.
- 3 Acordo pelo menos uma hora antes do que preciso e não consigo voltar a dormir.

**4. Dormir demais:**

- 0 Durmo mais de 7 a 8 horas por noite, sem cochilos durante o dia.
- 1 Não durmo mais de 10 horas em um período de 24 horas, incluindo os cochilos.
- 2 Não durmo mais de 12 horas em um período de 24 horas, incluindo os cochilos.
- 3 Durmo mais de 12 horas em um período de 24 horas, incluindo os cochilos.

**5. Sentir-se triste:**

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste menos da metade das vezes.
- 2 Sinto-me triste mais da metade das vezes.
- 3 Sinto-me triste quase o tempo todo.

**6. Apetite diminuído:**

- 0 Meu apetite habitual não diminuiu.
- 1 Como com menor frequência ou menores quantidades de comida do que o habitual.
- 2 Como muito menos do que o habitual e só com esforço pessoal.
- 3 Raramente como em um período de 24 horas e só com extremo esforço pessoal ou quando outros me convencem a comer.

**7. Apetite aumentado:**

- 0 Meu apetite habitual não aumentou.
- 1 Sinto necessidade de comer mais frequentemente do que o habitual.
- 2 Regularmente como com mais frequência e/ou em maiores quantidades do que o habitual.
- 3 Sinto-me compelido a comer demais tanto nas refeições quanto entre elas.

**8. Redução de peso (nas duas últimas semanas):**

- 0 Meu peso não diminuiu.
- 1 Sinto-me como se tivesse tido uma pequena perda de peso.
- 2 Perdi um quilo ou mais.
- 3 Perdi cinco quilos ou mais.

**9. Aumento de peso (nas duas últimas semanas):**

- 0 O meu peso não aumentou.
- 1 Sinto como se tivesse tido um pequeno ganho de peso.
- 2 Ganhei um quilo ou mais.
- 3 Ganhei dois quilos ou mais.

**10. Concentração/Tomar decisões:**

- 0 Não houve mudança na minha capacidade habitual de me concentrar ou de tomar decisões.
- 1 Ocasionalmente me sinto indeciso ou acho que minha atenção flutua mais do que o habitual.
- 2 Na maior parte do tempo, me esforço para prestar atenção ou para tomar decisões.
- 3 Não consigo me concentrar o suficiente para ler nem mesmo tomar decisões de menor importância.

**11. Visão de mim mesmo:**

- 0 Considero-me tão valioso e merecedor quanto os outros.
- 1 Recrimino-me mais do que o habitual.
- 2 Realmente acredito que causo problemas para os outros.
- 3 Penso quase constantemente sobre pequenos e grandes defeitos em mim mesmo.

**12. Ideias de morte ou suicídio:**

- 0 Não penso em suicídio ou morte.
- 1 Sinto que a vida é vazia ou me pergunto se vale a pena viver.
- 2 Penso em suicídio ou morte várias vezes por semana durante muitos minutos.
- 3 Penso em suicídio ou morte várias vezes por dia com alguns detalhes ou realmente já tentei tirar a minha vida.

**13. Interesse geral:**

- 0 Não há mudança do habitual quanto ao interesse que tenho em outras pessoas ou atividades.
- 1 Noto que estou menos interessado em pessoas ou atividades.
- 2 Acho que tenho interesse em apenas uma ou duas das atividades a que me dedicava anteriormente.
- 3 Não tenho praticamente interesse nenhum em atividades a que me dedicava anteriormente.

**14. Nível de energia:**

- 0 Não há mudanças no meu nível habitual de energia.
- 1 Fico cansado mais facilmente do que o habitual.
- 2 Tenho que fazer um grande esforço para começar ou acabar as minhas atividades diárias habituais (p. ex., fazer compras, lição de casa, cozinhar ou trabalhar).
- 3 Eu realmente não consigo desempenhar a maioria das minhas atividades diárias habituais porque simplesmente não tenho energia.

**15. Sentir lentidão:**

- 0 Penso, falo e me movimento na minha velocidade habitual.
- 1 Acho que o meu pensamento está mais lento ou a minha voz parece monótona ou sem graça.
- 2 Levo vários segundos para responder à maioria das perguntas e tenho certeza que o meu pensamento está mais lento.
- 3 Sinto-me frequentemente incapaz de responder a perguntas sem um esforço extremo.

**16. Sentir-se agitado:**

- 0 Não me sinto agitado.
- 1 Fico frequentemente irrequieto, torcendo as mãos ou precisando trocar a posição quando estou sentado.
- 2 Tenho impulsos de me movimentar e estou bastante agitado.
- 3 Há ocasiões em que sou incapaz de permanecer sentado e preciso andar de um lado para o outro.

Pontuação para o Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva	
O escore total pode variar de 0 a 27. <sup>33</sup> Depressão leve (6 a 10), moderada (11 a 15), severa (16 a 20), muito severa (21 a 27).	
Registre o escore mais alto em qualquer um dos quatro itens relativos ao sono (itens 1 a 4).	
Registre o escore no item 5.	
Registre o escore mais alto em qualquer um dos quatro itens relativos ao peso (itens 6 a 9).	
Registre a soma dos escores para as questões (10 a 14).	

Registre o escore mais alto e cada um dos dois itens psicomotores (15 e 16).	
Some os escores dos itens para um escore total:	

O Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva (IRSD) foi usado no maior estudo sobre depressão já realizado. Você pode usá-lo por conta própria e se submeter a ele ao longo dos próximos dois meses – ou a qualquer momento – para ver como está.

Após realizar o teste, registre como você está antes de começar o seu programa de autoajuda. Depois disso, submeta-se ao teste novamente a cada semana. Quando tiver terminado de ler este livro, aguarde cerca de 12 semanas de trabalho nas técnicas que aprendeu para ver como muitas coisas mudam para você. Não espere mágica ou uma solução rápida. Se estivesse tentando perder 10 quilos, você se daria um longo tempo. Você não teria a expectativa de perder os 10 quilos em uma semana. Da mesma forma, precisa de tempo para desenvolver novos hábitos positivos e produtivos para combater a sua depressão.

O objetivo da leitura e da utilização deste livro não é somente ajudá-lo a superar a depressão que o aflige, mas também lhe fornecer ferramentas para prevenir episódios futuros. A questão não é apenas se sentir melhor em curto prazo – trata-se de se manter melhor por anos. Isso pode parecer uma tarefa desafiadora, mas não é. Significa simplesmente que você vai precisar tornar parte da sua vida os seus novos hábitos de pensar e de se comportar. Como uma colega me confidenciou: “Eu tenho de levar um estilo de vida não depressivo”. Isso funcionou para ela e pode funcionar para você.

## “Você faz parecer tão fácil”

Se você é como muitas pessoas com depressão, já deve ter ouvido que pode se ajudar, mas nada deu certo, por isso, é possível que encare este livro com certo ceticismo. Essa é uma postura razoável. A abordagem cognitivo-comportamental não tem a intenção de ser “inspiradora” – ela não pretende desencadear uma epifania que vai mudar a sua vida. Em vez disso, peço para que você mantenha um ceticismo saudável. Você não saberá se essas técnicas funcionarão em seu caso até que as tenha experimentado repetidamente durante algum tempo. Tudo o que lhe peço é que adote uma abordagem cética para o seu ceticismo.

Você não vai se sentir melhor imediatamente. Sentir-se melhor é ir melhorando um pouco de cada vez, e nem sempre tem a ver com se sentir melhor imediatamente. Você poderá ter de agir melhor antes de se sentir melhor. Isso significa tornar-se um pouco menos autocrítico, um pouco mais esperançoso, fazendo um pouco mais. É um progresso, mas nem sempre um progresso constante. É simplesmente avançar. E o passo adiante mais importante, por enquanto, é praticar novas formas positivas de pensar, de se comportar e de interagir com as pessoas.

“Você faz parecer tão fácil”, meus pacientes às vezes dizem. “Eu não consigo dar esses passos porque estou muito deprimido. Não consigo fazer exercícios, não consigo ligar para os meus amigos nem trabalhar. Minha depressão me impede de fazer tudo.” Então eu sugiro: “Por que não agir contra a sua depressão? Por que não fazer essas coisas de qualquer maneira?”. Às vezes você precisa tomar a atitude antes que a motivação surja. Eu peço a esses pacientes que pensem na sua autoajuda como uma série de experimentos. Que mal vai fazer se eles tentarem? Quem sabe o que poderia acontecer se eles tentassem isso?

Então vamos combinar de realizar um *experimento*, você e eu. Siga o seu caminho pelos capítulos deste livro, anote as diferentes técnicas e experimente-as por alguns meses com regularidade. Considere as opções de medicamento descritas no Apêndice A e esteja disposto a experimentar tudo o que estiver à disposição, depois veremos o que os resultados irão revelar.

## A ajuda está a caminho

A própria natureza da depressão é você achar que “faz sentido” que esteja deprimido. Sua depressão pode lhe parecer uma resposta razoável às realidades da sua vida. Portanto, você pode esperar muito tempo para procurar ajuda porque não percebe que precisa dela – ou porque acha que, de qualquer forma, isso é inútil. Infelizmente, a maioria das pessoas deprimidas – 76% daquelas com depressão moderada e 61% daquelas com depressão severa – não passa por nenhuma ajuda,<sup>26</sup> e, quando recebem, um número significativo delas passa por tratamento inadequado – seja um medicamento insuficiente para a sua depressão ou formas de psicoterapia que não são eficazes no tratamento.

Mas conhecimento é poder. Se você souber o que é depressão, o que leva à depressão e como a sua mente funciona quando está deprimido, terá poder sobre ela. Se conseguir identificar seus sintomas específicos de depressão, poderá se direcionar para eles e realizar a mudança. Se conhecer

as técnicas que pode usar para criar a mudança – todos os dias –, será capaz de trabalhar para melhorar a sua vida agora mesmo.

Você não tem de esperar para se sentir melhor. Não precisa continuar sofrendo. Pode construir uma vida melhor, e este livro pode ser a sua caixa de ferramentas. Eu lhe darei as ferramentas – ferramentas que você pode usar pelo resto da sua vida.

Se não estiver convencido de que essas ferramentas podem funcionar para você, deixe que eu lhe conte mais uma história.

Linda veio me ver há muitos anos devido à depressão. Ela se sentia auto-crítica, triste, sem esperança e, às vezes, até mesmo suicida. Ela achava que não havia esperança, mas nós trabalhamos juntos na sua depressão e ela melhorou. Depois que concluiu a terapia, não tive notícias dela por muitos anos.

Então, há alguns anos, recebi uma carta de Linda. Contou-me que recentemente ela e sua família haviam passado por situações muito difíceis. Os negócios de seu marido haviam falido; sua filha mais nova ficara com grave deficiência física; e, para deixar as coisas ainda mais terríveis, a filha mais velha morrerá. Ela escreveu que precisou de todas as ferramentas que havia aprendido na terapia comigo para ajudá-la – mas com o auxílio delas, ela conseguiu. Incluiu na carta uma fotografia sua, do seu marido e das duas filhas – uma delas em uma cadeira de rodas. Linda teve de superar obstáculos que poucos de nós enfrentarão, mas não está deprimida hoje.

Se você se der conta de que está preso em um lugar escuro e sem saída, pode abrir sua caixa de ferramentas e descobrir do que precisa para encontrar a saída novamente. Quando sair da escuridão, vai encontrar um mundo novo. Lembra-se de Karen? Depois de trabalhar comigo, ela disse: “Eu acordei esta manhã e vi o sol”.

## Fatos sobre a depressão

### O quanto a depressão é disseminada?

19% dos norte-americanos vão sofrer de depressão em algum momento

50% das crianças e adolescentes e 20% dos adultos relatam alguns sintomas de depressão<sup>27</sup>

Crianças nascidas após 1960 têm significativamente maior probabilidade de sofrer de depressão na infância ou na adolescência do que crianças nascidas antes de 1960<sup>28</sup>

### Quando tempo dura a depressão?

70% se recuperam de sua depressão sozinhos dentro de um ano<sup>29</sup>

20% ainda estão deprimidos dois anos depois que a sua depressão começou

11% estão deprimidos cinco anos mais tarde

Cinco anos após serem diagnosticados com depressão, 89% não estão deprimidos

Pessoas com depressão recorrente terão uma média de sete episódios durante toda a vida<sup>30</sup>

### Isso é só depressão?

75% das pessoas com depressão sofrem de outro problema psicológico

59% também têm transtornos de ansiedade

24% também têm transtornos causados por abuso de substância

Indivíduos deprimidos têm cinco vezes mais probabilidade de abuso de drogas

### Qual o custo da depressão?

A depressão é a causa principal de incapacidade médica para pessoas entre 14 e 44 anos

Pessoas deprimidas perdem 5,6 horas de trabalho produtivo a cada semana<sup>31</sup>

80% das pessoas deprimidas estão prejudicadas em seu funcionamento diário<sup>32</sup>

O custo da depressão (perda de produtividade e aumento nas despesas médicas) é de \$83 bilhões por ano<sup>33</sup>

Pessoas deprimidas têm 30 vezes mais probabilidade de se matar<sup>34</sup>