

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

THIARA RIBEIRO MIRANDA

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO FRENTE AO
TRANSTORNO DE ANSIEDADE**

**PATOS DE MINAS
2018**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

THIARA RIBEIRO MIRANDA

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO FRENTE AO
TRANSTORNO DE ANSIEDADE**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Alessandro Freitas do Amaral

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

THIARA RIBEIRO MIRANDA

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO FRENTE AO
TRANSTORNO DE ANSIEDADE**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 25 de junho de 2018.

Orientador: Prof. Me. Alessandro Freitas do Amaral
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Ma. Isabel Cristina O. Gomes
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Ma. Constance Rezende Bonvicini
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho a todas as pessoas que, de alguma forma, sofrem com qualquer tipo de transtorno ou estado de ansiedade, e que, por muitas vezes viram suas vidas sendo prejudicadas por um problema, sem saber como resolvê-lo ou se o mesmo tem solução.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me sustentado até agora, pois as dificuldades foram muitas, a caminhada bastante longa, e frente a inúmeros obstáculos, Deus, me mostrou que eu era capaz.

À minha filha, Vitória Luiza, que é a minha maior fortaleza, e é por ela todo o meu esforço e dedicação.

À minha mãe, Ronilda, a mulher mais guerreira que eu já conheci, que enfrentou muitas barreiras para conseguir me ajudar, e se eu cheguei até aqui hoje, é porque ela sempre me ajudou e esteve comigo.

Aos meus professores, ao meu orientador Alessandro, e a professora Luciana, por todo ensinamento, toda dedicação e paciência ao longo do curso.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*Mas sem ansiedade: o tempo que temos, se estamos atentos,
será sempre exato.*

Caio Fernando Abreu

A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO FRENTE AO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT FOR ANXIETY DISORDER

Thiara Ribeiro Miranda ¹

Alessander Freitas do Amaral²

RESUMO

A ansiedade tem sido um dos maiores males que acomete o indivíduo na sociedade contemporânea, pois a vida nela engloba muitos afazeres e inúmeras responsabilidades, que as pessoas assumem. Em meio a esse contexto, é que enxerga-se, que, em muitos momentos, a estrutura subjetiva de personalidade não está totalmente preparada para absorver toda essa carga e realizar seus compromissos. Tendo em vista a proporção do crescimento dos diagnósticos de transtornos de ansiedade na população em geral, vemos a necessidade de uma maior compreensão do mesmo. Nesse sentido, o presente estudo explica melhor a existência de algumas fobias específicas, e a importância do tratamento psicológico na superação das mesmas. Será abordada nessa pesquisa, uma breve revisão de literatura sobre a ansiedade, englobando o estresse e eventos estressores; no qual são descritas diferentes situações de estresse, os aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos da resposta frente ao estresse. O objetivo desse trabalho é descrever, de modo mais aprofundado, o que é a ansiedade, os sintomas que ela desenvolve e também abordar os possíveis métodos de tratamento e a sua respectiva importância, a fim de que, assim, possam ser evitados alguns dos sintomas mais graves e decorrentes disso, para que o prejuízo na vida do indivíduo seja o menor possível. O estudo mostrou que, a ansiedade em excesso pode tornar-se um fator preocupante para o indivíduo, causando-lhe danos significativos, e sendo um tema bastante abrangente, são necessários estudos mais aprofundados para averiguar sobre fobias específicas e transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade. Tratamento. Transtorno.

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Thiara3m@yahoo.com.br.

² Licenciatura Plena em História pelo UNIPAM (Centro Universitário de Patos de Minas), especialista em História e Cultura Afro-Brasileira pela FIP (Faculdades Integradas de Patrocínio) e Mestre em Ciências da Educação pela UEP (Universidad Evangélica del Paraguay). Professor de Filosofia, Sociologia e Antropologia da FPM (Faculdade Patos de Minas), e de História do Colégio Nossa Senhora das Graças em Patos de Minas, MG. Docente e orientador do Departamento de Graduação em Psicologia da FPM. alessanderf@netsite.com.br

ABSTRACT

The anxiety has been a larger is the individual in the contemporary social life, because this includes immensurable tasks and numerous responsibilities can't assume. In this context, can see that in many moments. The subjective structure does not full prepare to absorb all loads and will accomplish yours engagements. From the growing of the diagnosis of the anxiety disorder in many people in general we seen the necessity a most comprehension about it. In this sense, the present study has the objective for identify and explain in the best form the specific phobias of this problem and the importance of the psychologic treatment for the overcoming this. We approach in this research, a brief literature review about the anxiety, including the stress events in different situations, the cognitive aspects and physiologic the responses to the stress are described. The objective is describe profoundly what the anxiety, his symptoms is and speak about the possible methods of treatment and his importance, in order to avoid some more serious symptoms arising, for minimize the injure in the person's life. The study showed that the anxiety in excess can become a worrying factor for the subject causing significant damages. For be an extensive topic, is necessary further study to about this specific phobias and the anxiety disorder.

Keywords: Anxiety. Psychologic Treatment. Stress.

1 INTRODUÇÃO

Ansiedade é um sentimento indefinido, maçante de medo e apreensão, descrito por tensão ou desconforto oriundo de antecipação de perigo, de algo obscuro e inusitado. Passam a ser reconhecidos como patológicos, quando, esse medo e essa ansiedade são exagerados, desproporcionais em relação a incitação, e atrapalham a qualidade de vida e a tranquilidade emocional ou o comportamento diário do indivíduo. Sendo assim, essas reações excessivas ao estímulo ansiogênico se manifestam, geralmente, em indivíduos com uma tendência neurobiológica herdada (Castilho et al., 2000).

A maneira mais eficaz de se diferenciar ansiedade normal, da patológica, é, principalmente, avaliando se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada a algum estímulo de momento, ou não.

Pode-se explicar os transtornos ansiosos como quadros clínicos em que os sintomas são primários, ou seja, não dependem de condições psiquiátricas (psicoses, transtorno hiper-cinético, depressões, etc.) (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2013).

Já os sintomas ansiosos (não propriamente o transtorno), são constantes em outros transtornos psiquiátricos. É uma ansiedade que se dá pelos sintomas do transtorno primário (o medo da separação dos pais em uma criança com depressão maior, ou a ansiedade que se dá no início do surto esquizofrênico), e não estabelece um conjunto de sintomas que indicam um transtorno ansioso típico.

Podem ocorrer casos em que, mais de um transtorno vai estar presente ao mesmo tempo, e não se consegue distinguir qual é primário, do que não é, sendo mais adequado falar que esse paciente apresenta mais de um diagnóstico simultâneo, comorbidade.

Vale salientar que, todos os indivíduos em algum momento de suas vidas, expressarão alguma forma de ansiedade, em um grau de intensidade menor, sendo encarada de uma forma normal (Engster, 2013)

Esse trabalho tem como objetivo descrever de modo mais aprofundado, o que é a ansiedade, os sintomas que ela pode desenvolver no indivíduo, e também detalhar os diversos métodos de tratamento e sua importância, com o intuito de que alguns indivíduos consigam evitar alguns dos sintomas mais graves e assim, consigam evitar que possa acontecer algum prejuízo grave.

2 ESTADOS DE ANSIEDADE E TRANSTORNOS FÓBICOS

Segundo Castilho, Recondo, Asbahr e Manfro (2000), aquele sentimento desagradável de medo, que vem seguido de desconforto, tensão e que desencadeia uma antecipação de perigo, algo que é estranho ou desconhecido, é o que denominamos de ansiedade.

Importante retratar que Guimarães et al. (2015) afirmam que mesmo desagradável, a ansiedade, denominada primária, é adaptável e necessária para o ser humano, para que ele possa enfrentar situações do próprio cotidiano e a intensidade dela varia de acordo com cada indivíduo. Essa função adaptativa é marcante, porque é ligada aos mecanismos de sobrevivência, o que a torna uma defesa territorial, um mecanismo de ataque-defesa.

Torres (2010) citado por Guimarães et al. (2015, p. 117), explica que:

... o medo condicionado envolve uma forma de condicionamento Pavloviano, em que o sujeito é treinado a associar um estímulo neutro a um estímulo aversivo,

incondicionado. Assim, o medo aprendido não apenas gera respostas de defesa, mas permite que estímulos ambientais associados também o façam. É o mecanismo por meio do qual aprendemos a temer pessoas, objetos e animais.

Quando o medo e a ansiedade são exagerados eles passam a ser patológicos e ficam desproporcionais em relação ao estímulo encontrado, ou qualitativamente diversos ao que se diz proporcional em uma faixa etária específica, assim interferindo na qualidade de vida (Castilho et al., 2000).

Holmes (2007) afirma que é importante saber a distinção entre ansiedade primária e secundária para realizar o diagnóstico e planejar o tratamento. No transtorno de ansiedade, existem alguns agouros chamados de: sintomas de ansiedade. Um deles é o sintoma de humor, que consiste em ansiedade, tensão, pânico e apreensão. A depressão e irritabilidade, são outros sintomas de humor que advém da mesma. Já os sintomas cognitivos, nesse transtorno, significam a apreensão e a preocupação do indivíduo sobre a condenação que ele mesmo antecipa. Com esse foco, em problemas que não aconteceram ainda, o indivíduo se torna desatento e distraído, e muitas vezes não trabalha e não consegue estudar eficazmente, pois não presta atenção em problemas reais próximos, o que também pode se somar às ansiedades. Sobre os sintomas motores, menciona que, em indivíduos ansiosos, é comum que exibam impaciência, inquietação, atividade motora sem objetivo como; movimentos rápidos com os dedos dos pés e respostas de susto exageradas a ruído súbito. Assim, essas atividades aleatórias e sem foco podem ser improdutivas, e tendem a interferir no funcionamento eficaz.

Difere-se medo de ansiedade sendo que, o medo, é o sentimento que aparece desencadeado por um estímulo externo, daí provocando comportamentos como esquiva e fuga. Já ansiedade, é um sentimento que não precisa de estímulos externos para aparecer, e não pode ser evitada (Guimarães et al., 2015).

De acordo com Vorkapic e Rangé (2011) citado por Guimarães et al. (2015, p. 117):

... na população adulta em geral os transtornos de ansiedade vêm crescendo exponencialmente. Entre os transtornos psiquiátricos os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano. Os sintomas ansiosos são os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em diferentes períodos de vida.

Holmes (2007) divide os transtornos de ansiedade em duas categorias principais: Transtornos Fóbicos e Estados de Ansiedade. O que difere essas duas

categorias, é o grau no qual a ansiedade é localizada ou difusa. No caso dos Transtornos Fóbicos, ela é localizada e associada a um objeto, ou situações particulares, por exemplo: um indivíduo pode ficar muito ansioso se deparado com aranhas, ou se estiver em um prédio muito alto. Em Estados de Ansiedade, a própria ansiedade é difusa, ou seja, não se relaciona a algo específico, e é livremente flutuante, por exemplo: um indivíduo que sofre de estado de ansiedade pode sentir que sua vida está envolvida em uma nuvem eletrificada, ou que cada volta de algum caminho trará condenação e desastre sem escapatória. Assim, começa-se falando dos Transtornos Fóbicos, em primeiro vem as fobias; que são medos irracionais que persistem de algum objeto, atividade ou situação específica. Elas envolvem medos que não tem explicação na realidade (um exemplo: é medo de espaço aberto), ou medos que são maiores que a justificativa (um exemplo: é o medo de voar).

Segundo Guimarães et al. (2015), a Agorafobia, é o medo de estar em lugares públicos, nos quais, seria difícil o indivíduo escapar, caso se sentisse ansioso. De certo modo, a agorafobia é o mesmo que sentir medo, e está associado a lugares públicos.

Fobia Social, é um transtorno fóbico, e também um modo de esquiva de grupos, mas ao invés de ter origem de algum medo vago de perder o controle, esse transtorno é embasado no medo irracional do indivíduo de que se comportará de forma constrangedora, e então será criticado pelos demais. Seria então, o medo da crítica, o indivíduo evita pessoas para evitá-la (Holmes, 2007).

E por fim, falaremos da Fobia Específica, que de acordo com a APA (2013), em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), é o medo que o indivíduo tem de modo excessivo, e que sempre é relacionado a algum objeto ou alguma situação específica, que pode ser consequência de algum evento traumático. Em consequência disso, serão discutidos em segundo, alguns Estados de Ansiedade: Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

Conforme Holmes (2007), as pessoas que tentam explicar o Transtorno do Pânico dizem que a sensação 'vem do nada', e pode começar até mesmo durante o sono, o que chamamos de ataques de pânico noturno. Esses indivíduos além de experimentar o sentimento de terror, medo e apreensão, podem apresentar sintomas físicos que incluem palpitações, dores no peito, asfixia ou sufocação, dentre outros.

Com esses sintomas, os indivíduos que tem transtorno do pânico tendem a evitar lugares públicos e preferem ficar em casa, onde se sentem mais seguros.

Já no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), a sensação de ansiedade dura em torno de um mês, então essa ansiedade é persistente, porém não está associada a nenhuma situação particular ou objeto. Como essa sensação é persistente, o indivíduo não pode escapar dela e ele nunca vai saber de onde a ameaça virá, portanto, os efeitos resultantes desse transtorno são: a distração e a fadiga (Holmes, 2007).

De acordo com o DSM-V, tratando agora do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), é comum que exista o medo da separação de pessoas amadas assim que acontece um evento traumático. Um dos sintomas é a esquiva das lembranças dos eventos traumáticos (APA, 2013).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), envolve obsessões ou compulsões, que podem vir juntas, ou não. Porém, se diferem uma da outra. A obsessão é a ideia, pensamento ou a imagem que fica persistente na memória, ou seja, o indivíduo não consegue tirar da mente. Obsessões são preocupações, ambos envolvem pensamentos intensos de perseverança, mas há diferenças importantes entre os dois, e eles não devem ser confundidos (Holmes, 2007).

Por fim, o Transtorno de Estresse Agudo (TEA), que se trata de um transtorno novo, e a primeira vez que apareceu foi no DSM-IV. Nele, o período de ansiedade é intenso e também tem duração de um mês, podendo ser menos. Pode-se originar de algum fator situacional como: desastres naturais, ou uma experiência pessoal como estupro, e assim, pode passar do transtorno de estresse agudo para o transtorno de estresse pós-traumático (Holmes, 2007).

De acordo com o DSM-V, não houve mudanças nas devidas patologias. O transtorno de ansiedade, quando não tratado, se intensifica, causando na pessoa uma somatização. Esta mesma ocorre trazendo/surgindo na pessoa efeitos como: coceira, manchas na pele, dor aguda, sinais obsessivos de alguma patologia, entre outros sintomas (APA, 2013).

3 SINTOMATIZAÇÃO E TRATAMENTO

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003), em um estudo, selecionaram 303 adolescentes na faixa etária entre 12 e 13 anos, de ambos os sexos, e que durante

quatro anos foram feitas avaliações anuais destes indivíduos, testando várias relações, dentre elas as desavenças com os pais, visando como evento de vida estressor. Sintomas de ansiedade e depressão, e o surgimento neles de transtornos de ansiedade e depressão, ocorreram entre os 19 e 20 anos. Na pesquisa, foi observado a presença persistente, ou crescente entre os adolescentes, de desavenças com os pais, e esta foi preditiva de sintomas de ansiedade e depressão, ou seja, supõe-se que a presença e o crescimento de sintomas crônicos de ansiedade e depressão, são resultado de transtornos de ansiedade e depressão.

A partir desses estudos, demonstrou-se que existe uma associação positiva entre a mudança no padrão de estresse, que se relaciona a mudança no padrão dos sintomas, o que significa que, quanto mais existir exposição ao estressor, maior será a intensidade da sintomatologia.

Existem várias situações na vida adulta, com que os indivíduos se deparam com frequência, que se destacam como potencialmente estressoras: o relacionamento enquanto casal, a necessidade de manutenção do emprego, a criação dos filhos, as relações interpessoais, e até a própria aposentadoria (que está ocorrendo na meia-idade) e que também pode ser vivenciada como uma perda (envolvendo o lado financeiro, e das relações sociais). Margis et al. (2003), avaliaram eventos estressores da vida como: ameaça de separação, agressões físicas, infidelidade, relacionados a sintomas depressivos e ansiosos, e os indivíduos envolvidos nessas situações, referiam significativamente, mais sintomas não específicos de depressão e ansiedade que outros indivíduos controles.

Beurs et al. (2000) citado por Margis et al. (2003), fazendo uma avaliação com idosos, com e sem sintomas de ansiedade, não identificaram elementos estressores que estão ligados diretamente à cronicidade de sintomas ansiosos, porém, foi observado nesse grupo de estudo, que o principal evento estressor, ligado a pessoas na terceira idade com sintomas de ansiedade, foi à morte do parceiro. Os autores realizaram outro estudo em 2001, no qual, foi demonstrado similaridade para depressão e ansiedade, porém os eventos de vida estressores diferiam. O aparecimento de sintomas ansiosos estava ligado mais à morte de companheiros ou outro familiar, do que o desenvolvimento de uma doença grave.

A resposta para o enfrentamento ao evento estressor, selecionada a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico, caso consiga eliminar ou

solucionar a situação estressora, provocará uma diminuição da cascata fisiológica ativada. Se a resposta ao estresse gerar ativação fisiológica frequente e duradoura ou intensa, pode precipitar um esgotamento dos recursos do sujeito com o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, podendo predispor ao aparecimento de transtornos mentais. O desenvolvimento de um transtorno está diretamente relacionado a frequência e duração de respostas de ativação provocadas por situações que o sujeito avalia como estressora para si. (Margis et al., 2003, p. 72).

Mesmo sabendo que o desenvolvimento dessas fobias e estados de ansiedade são bem complexos, o tratamento para a melhoria dos mesmos é bastante objetivo. E isso requer o englobamento de várias táticas com exercícios bem estruturados e consistentes. O problema existe apenas em questão de que se deve persuadir o paciente a exposição de suas dificuldades, seja a fobia ou o estado de ansiedade, e explicar que essa exibição é benéfica, e valerá muito a pena. (Guimarães et al., 2015).

Para o tratamento de fobias, existem vários tipos de terapias, e que a abordagem comportamental é a mais utilizada para tal. Assim, as práticas terapêuticas mais comuns são: a exposição do paciente ao ambiente real, ao ambiente imaginativo e mais recentemente, a ambientes virtuais 3D (Guimarães et al., 2015).

“As psicoterapias, que são realizadas a partir da interação entre o paciente e o terapeuta, buscam conduzir o paciente a um estado de adaptação maior, envolvendo seus comportamentos e sentimentos, ou seja, restabelecer seu equilíbrio mental.” (Wauke et al., 2004, p. 2 citado por Guimarães et al., 2015).

A Dessensibilização Sistemática (chamada programa de exposição gradual ao estímulo), é a técnica que é realizada a partir de uma lista hierárquica dos objetos temidos pelos pacientes, ou situações que causam a fobia. Este tratamento foi desenvolvido por Wolpe em 1958, e tem sido aplicado no campo das fobias em geral, com eficácia reconhecida (Guimarães et al., 2015).

Já a Tensão Aplicada, é uma técnica que, consiste em ensinar ao paciente que ao primeiro sinal de pressão arterial, ele tencione e contraia os músculos do corpo, evitando, assim, que ele tenha uma síncope quando entrar em contato com o estímulo fóbico (Guimarães et al., 2015).

Castillo et al. (2000), referem que são poucos os estudos sobre o uso de medicamentos nos transtornos de ansiedade, e que não tem sido usado o tratamento farmacológico para fobias específicas na prática clínica. Os

medicamentos como: ADT's, benzodiazepínicos, ou que sejam bloqueadores não demonstram efetividade nesse tratamento e não parecem úteis.

Engster (2013) explica que, com o passar dos anos, foram constatados a eficácia de outros medicamentos para o controle de ansiedade, entre eles estão alguns antidepressivos (principalmente os inibidores de serotonina) como: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina. E alguns que são denominados duais como: Duloxetina e Venlafaxina. Usa-se também os Benzodiazepínicos e a Buspirona. Ainda assim, existem duas maneiras para o tratamento desse transtorno, o primeiro é a monoterapia, que é quando o paciente utiliza somente uma medicação, porém em alguns casos não é indicado, pelo fato de não controlar todos os sintomas que o paciente apresenta. E a associação, que significa o uso de dois ou mais medicamentos, que controlam todos os sintomas que o indivíduo apresenta, e que as vezes se faz necessário.

Engster (2013), ainda cita algumas das principais técnicas utilizadas no tratamento de transtorno de ansiedade:

- O auto monitoramento: o indivíduo registra os acontecimentos que lhe deixam ansioso e também a atitude que ele teve para controlar essa ansiedade;
- A Psicoeducação: pela qual se esclarece tanto para o indivíduo, quanto para os familiares o modo de tratamento e o transtorno, de forma bem simples;
- A Reestruturação cognitiva: ela identifica os pensamentos que prejudicam o indivíduo e trabalha uma forma de afastá-los da mente do mesmo;
- Treinos de relaxamento: ensina ao indivíduo técnicas de relaxamento para que possa lhe auxiliar na busca pela tranquilidade;
- Exposição: nesse caso é preciso fazer com que o indivíduo tente enfrentar seus medos, assim, ele mesmo descobrirá que não tem o que temer;
- Prevenção de recaídas: é a preparação do psicológico do indivíduo para quando ele se deparar com situações de medo e dificuldade;
- Treinamento de algumas habilidades sociais: aprender a dizer não sem ter medo, não querer fazer tudo sozinho, sempre aceitar auxílio.

“Uma tentativa bem-sucedida de terapia cognitiva transformaria a preocupação de uma estratégia de enfrentamento de esquiva patológica, em um processo construtivo orientado ao problema, mais controlado, no qual o indivíduo

ansioso tolera e aceita mais risco, e incerteza. ” (Clark & Beck, 2012 citado por SUS Santa Catarina, 2015).

4 BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO

De um modo geral, esse tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que incluem orientações ao paciente, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia dinâmica, o uso dos psicofármacos necessários e intervenções familiares (Castillo et al., 2000).

As emoções estão continuamente ligadas aos pensamentos e formam uma interação com o nosso corpo. Ficamos vermelhos de vergonha, acontece a sudorese e trememos por causa da ansiedade, temos perda de sono, e na depressão, ficamos cansados e desgastados. Da mesma forma, o coração acelera, e quando excitados, sentimos mais energia física. Assim, sob determinadas circunstâncias, nós sentimos uma separação mental do nosso corpo, o que é um problema nas personalidades esquizoides. Agora, sob outras circunstâncias, por exemplo, ao experimentar uma dor orgânica e intensa, ficamos preocupados com o nosso corpo e daí aparece a exaustão mental. Nas doenças orgânicas graves e letais, essa preocupação inclui a ameaça de morte, o medo intenso, decorrente da tristeza e pensamentos depressivos. Algumas doenças orgânicas podem produzir distúrbios emocionais e alterações fortes no pensamento e na consciência, com seus efeitos no cérebro (Rosa & Rosa, 2007).

Segundo Castilho et al. (2000), pela experiência subjetiva, as pessoas tem uma mente e um corpo, e embora na saúde eles existam como partes do nosso corpo, há momentos em que vivenciamos como entidades separadas. Por exemplo: quando existe desordens dissociativas com despersonalização, pode surgir o sentimento de que a mente não pertence ao corpo, passando a ter uma sensação de irrealidade. Pode ocorrer, igualmente, nos transtornos psicossomáticos, havendo essa dissociação entre corpo e mente, embora esteja inconsciente. Ocorre em alguns pacientes que, a mente se encontra muito oprimida por certas emoções inconscientes, há dificuldade para manejá-las de uma forma correta, daí se expressando no corpo, diretamente ou indiretamente, por doenças ou sintomas orgânicos.

A psicoterapia é importante para o tratamento da ansiedade, e que mesmo que a psicossomática esteja relacionada com a compreensão da influência do pensamento e de emoções sobre o nosso corpo, a realidade é que o processo é uma via dupla, porque cada tipo de condição psicossomática pode provocar sentimentos de ansiedade e medo muito semelhantes a outras doenças orgânicas. Os pacientes podem confundir o diagnóstico da doença e sentir que o profissional está insinuando que ele está inventando os sintomas, ou que é fruto da imaginação, quando na realidade, eles realmente sentem a dor e o sofrimento relatados. Também pode acontecer, de logo após o diagnóstico, o médico encaminhar o paciente para profissionais especializados em intervenções psicológicas de uma vez, e eles se sentirem rejeitados e abandonados pelo médico, dependendo do sentimento de contratransferência (Rosa & Rosa, 2007).

Há igualmente os fatores inconscientes que mantêm um sintoma psicossomático, que fazem um paciente resistente reconhecer o papel de suas emoções, que produzem ou agravam os sintomas. Tal resistência tem que ser respeitada pelo psicoterapeuta no princípio do tratamento, ocasião que pode ser intenso o medo da dependência absoluta da pessoa do psicoterapeuta. (Winnicott, 1989 citado por Rosa & Rosa, 2007.).

Especulou-se sobre a hipótese de outras doenças orgânicas estarem relacionadas ao estresse, e dependessem do significado simbólico em uma combinação da Psicanálise com a Medicina. Mais tarde, a psicanalista norte-americana, Helen Flanders Dunbar, supôs que a vulnerabilidade da personalidade de um paciente, ligada a uma condição orgânica, podia mantê-la através de mecanismos psicológicos diferentes da conversão (Rosa & Rosa, 2007).

Já não se considera a personalidade como especificamente responsável por uma doença em particular, mas sob determinadas circunstâncias psicossomáticas determinados fatores psicológicos, interagem com várias vulnerabilidades não específicas em uma personalidade, na compreensão da doença psicossomática. Isto acontece porque são afetados o processamento das emoções e seu controle no cérebro, conduzindo, ou mesmo contribuem para uma doença psicossomática ou mudanças de funcionamento mental. (Shoenberg, 2007 citado por Rosa & Rosa, 2007, p. 182).

A junção da psicoterapia e farmacoterapia para o tratamento da psicossomática é importante, pois oferece a possibilidade de elucidar algumas relações de binômio mente e corpo, e descubrem por essas medidas, que juntas,

existem várias maneiras que podem ajudar determinados pacientes em sua recuperação pelas condições de sofrimento e incapacidade de trabalho vividas (Rosa & Rosa, 2007).

De acordo com o Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina (2015), o tratamento deve ser oferecido de imediato, que pode ser feito por uma equipe multidisciplinar, para uma maior eficácia, englobando uma abordagem orientadora, psicoterapêutica e de farmacoterapia, combinadas entre elas. Alega que, há benefícios no tratamento se, embasando em serviços de atenção primária como a diminuição de taxas de absenteísmo e uma maior satisfação das pessoas. Por se tratar de um transtorno que pode levar à cronicidade, é importante dar seguimento com um mesmo profissional ou equipe de saúde, pois possibilita a identificação precoce de situações desencadeantes, e sinais de piora. Sinaliza a importância do acompanhamento com o médico geral, monitoramento de medidas adjuvantes e não medicamentosas como: técnicas de relaxamento, higiene de sono e exercício físico.

Assim, conforme o Sistema Único de Saúde do Estado de Santa Catarina (2015), é recomendado que todos os pacientes e familiares, independente da prescrição de tratamento farmacológico, sigam as seguintes orientações:

1. Deve-se encorajar o paciente a praticar atividades que sejam prazerosas, incluindo exercícios físicos, e procurar retomar atividades que exerciam no passado, e lhes eram úteis;
2. Deve-se encorajar o paciente a praticar métodos de relaxamento todos os dias, para que possa reduzir os sintomas físicos de tensão;
3. Procurar desafiar e identificar os pensamentos derrotistas e preocupações exorbitantes, para que possa reduzir os sintomas de ansiedade;
4. Reconhecer motivos que possam provocar preocupação excessiva ajuda a formular estratégias que reduzem a ansiedade;
5. Debater quais as formas que o paciente está usando para manejar as situações impertinentes, apontando e reforçando atitudes que tem funcionado;
6. Mencionar algumas medidas distintas que o paciente pode tomar nas próximas semanas.

Atualmente, existem fármacos, tratamentos psicoterápicos e técnicas comportamentais que evidenciam, cientificamente, a efetividade nos diversos

transtornos de ansiedade. Não existe certeza de superioridade de um sobre o outro. O tratamento disponível deve ser ofertado no momento do diagnóstico e controlado em consultas subsequentes para qualificar resposta, e possível necessidade de mudança. É importante que seja evitado iniciar o tratamento e não propor um seguimento estruturado do transtorno, ou até mesmo deixar os retornos para o paciente decidir. A melhora dos sintomas de ansiedade e a eliminação da incapacidade são os objetivos centrais do tratamento do transtorno de ansiedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se no dia a dia, que a ansiedade é sempre presente, todavia, a sociedade atual em que vivemos está sendo apontada como a da ansiedade, por causa da sobrecarga em cumprir prazos, e deveres a serem feitos, devido ao consumismo exagerado, e até a competitividade cotidiana. Esse peso emocional de agitação acaba gerando, na maioria das vezes, inúmeros transtornos inesperados que se associam à ansiedade.

Estudos apontam que, a identificação precoce dos transtornos de ansiedade ajuda a evitar repercussões negativas na vida do indivíduo, auxiliando-o a controlar a ansiedade desde a infância.

Embasado no estudo que foi realizado, pode ser observado que uma grande parte dos indivíduos que possuem algum tipo de fobia não procura ajuda psicológica, mostrando-se necessário salientar a importância de um diagnóstico preciso, adequado e bem específico, para que o tratamento possa ser elaborado e cumprido de forma válida para obtenção de um resultado produtivo, impedindo que o transtorno de ansiedade possa interferir na vida pessoal, profissional e social do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estático dos Transtornos Mentais: DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Castilho, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Engster, D. T. (2013). *Transtorno de Ansiedade Generalizada*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Guimarães, A. M. V., Silva Neto, A. C. da, Villar, A. T. S., Almeida, B. G. da C., Albuquerque, C. M. F. de. & Fermoseli, A. F. de O. (2015). Transtorno de Ansiedade: Um Estudo de Prevalência Sobre as Fobias Específicas e a Importância da Ajuda Psicológica. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(1),115-128.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. (2a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25(1), 65-74.
- Rosa, C. P. & Rosa, J. T. (2007). A psicoterapia na clínica psicossomática. *Psicologia da Saúde*, 15(2), 178-184.
- Sistema Único de Saúde de Santa Catarina (2015). *Transtorno de Ansiedade Generalizada: protocolo clínico*. Santa Catarina: RAPS.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**Autor Orientando:**

Thiara Ribeiro Miranda

Rua: Osvaldo Pedroso de Almeida, nº 07 Bairro: Ermírio de Moraes (Três Marias/MG)

(38) 98806-9066

thiara3m@yahoo.com.br

Autor Orientador:

Alessander Freitas do Amaral

Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1220, Cristo Redentor (Patos de Minas
MG)

(34) 3818 2300

alessanderf@netsite.com.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 25 de junho de 2018

Thiara Ribeiro Miranda

Alessander Freitas do Amaral



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU Nº. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC Nº. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME Nº. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)