



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

AGAMENON MARTINS BORGES

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: UMA ABORDAGEM COGNITIVO
COMPORTAMENTAL DOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO**

**BRASÍLIA - DF
2015**



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

AGAMENON MARTINS BORGES

ANSIEDADE: UMA ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL DOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

AGAMENON MARTINS BORGES

ANSIEDADE: UMA ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL DOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.

Prof.

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Aos meus filhos Rafaela e Lucas, de quem
roubei muitas horas de convívio familiar.

AGRADECIMENTOS

Tudo começou quando os amigos do CAPS de Valparaíso – GO me informaram sobre o II Curso de Pós Graduação em Saúde Mental Álcool e Drogas que seria realizado na UnB.

Obrigado amigos! Nunca esquecerei. A oportunidade de ter trabalhado com vocês e a de ter participado deste curso.

No início, foi muito diferente e incomum.

Bela e instigante surpresa.

Pessoas de tão diferentes formações trilhando a mesma rotina semanal.

Não demorou quase nada, perceber o quão especiais vocês são. Obrigado pelas críticas, pelos olhares e pelo sorriso despretenso.

Ao Corpo Docente, um agradecimento sem preço pela paciência, pela competência e pelos desafios propostos; que muito mais do que cobranças burocráticas e curriculares, tiveram o condão de elevar o nível do curso e de seus discentes.

À equipe de apoio, Coordenadora, Secretárias e monitoras, pelo carinho, paciência e dedicação, tão fundamentais no mister de vosso ofício, um forte abraço de eterno e sincero agradecimento.

Ao Coordenador Geral, Professor Doutor Ileno Izídio Costa, agradeço pela oportunidade de ter convivido com tua epistemologia, determinação, seriedade e ética.

Aos meus filhos Rafaela e Lucas, de quem roubei muitas horas de convívio familiar, o meu especial agradecimento pela compreensão e engajamento neste projeto acadêmico.

Obrigado! Vou sentir saudades!



O conhecimento é a luz que ilumina o espírito e liberta ser”

(Agamenon borges – 2015)

RESUMO

A ansiedade é uma das queixas mais comuns identificadas no cotidiano dos atendimentos em psiquiatria, geralmente ela está acompanhada dos ditos sintomas comórbidos como tristeza e angústia. A partir desta premissa a abordagem cognitivo comportamental tem sido uma das estratégias mais difundidas para intervir nos transtornos ansiosos. O objetivo deste estudo foi, a partir de uma revisão de literatura, avaliar a ansiedade enquanto sintoma e suas classificações diagnósticas através da abordagem cognitivo comportamental e apresentar técnicas de tratamento disponíveis e eficientes para estes casos. Foi possível realizar um apanhado histórico das mudanças de compreensão da ansiedade enquanto sintoma até suas classificações diagnósticas e apresentar assim a eficácia das estratégias se intervenção baseadas abordagem cognitivo comportamental.

Palavras-chave: Ansiedade, Transtornos de ansiedade, Terapia Cognitivo Comportamental

ABSTRACT

Anxiety is one of the most common complaints identified in the routine of care in psychiatry, usually she is accompanied by the said symptoms comorbid with sadness and anguish. From this premise cognitive behavioral approach has been one of the most widespread strategies to intervene in anxiety disorders. The objective of this study was, from a literature review, evaluate anxiety as a symptom and its diagnostic classifications through cognitive behavioral approach and present treatment techniques available and effective in these cases. It was possible to realize a historical overview of anxiety understanding changes as a symptom to their diagnostic classifications and so present the effectiveness of intervention strategies are based cognitive behavioral approach.

Keywords: Anxiety, Anxiety Disorders, Cognitive Behavioral Therapy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação de Transtornos Ansiosos de acordo com a CID 10.....	17
Tabela 2 - Classificação dos Transtornos de Ansiedade a partir dos critérios do DSM-5.....	19
Tabela 3 - Perfil Cognitivo da Ansiedade.....	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 A ANSIEDADE: CONCEITUAÇÃO E SINTOMA.....	16
3.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	19
3.3 ENTREVISTA INICIAL E DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	23
3.4. ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL E TRATAMENTO PARA TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	25
4. CONCLUSÃO.....	31
5. REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Por ser um dos sintomas mais recorrentes na prática clínica em psiquiatria, a ansiedade se revela como um assunto relevante para a pesquisa científica e a identificação de seus fatores de risco e precursores são elementos fundamentais para compreender melhor este sintoma como fenômeno presente nas sensações e vivências humanas. Historicamente o percurso da neurose até as atuais classificações dos transtornos de ansiedade trazem mudanças no campo ideológico e na própria semiologia do adoecimento humano.

Todas estas mudanças na forma de perceber o sofrimento humano assumiu a conformação de cada construto social da época e os estudos em psiquiatria permitiam identificar, por meio das compilações científicas que estavam disponíveis, um arcabouço teórico que estava longe de compreender as questões complexas envolvidas no sentido atribuído aos sintomas, uma forma da mente falar no corpo e vice-versa, desafiando assim a ciência a buscar identificar qual o melhor caminho para profilaxia e terapêutica de um adoecimento ainda pouco esclarecido nas ciências médicas e de saúde que era a doença mental em sua totalidade.

Entre manifestações clínicas mais comuns e frequentes, juntamente com os sintomas depressivos, as condições características da ansiedade se apresentaram de modo consideravelmente preocupante, assim desperta o interesse acadêmico e prático em desenvolver caminhos para intervenções seguras e eficazes para este problema. A procura de ajuda nos espaços de atendimentos em psiquiatria e serviços de saúde mental como um todo, apresenta os transtornos ansiosos como um grupo de merecido destaque na avaliação das características que determinado seio social, pois este pode surgir como disparador para este tipo de representação sintomática.

A insuficiência do tratamento farmacológico como única intervenção para a ansiedade indagou por abordagens mais complexas dos eixos que compreendem esse tipo de manifestação sintomática e entre estas, a Terapia Cognitivo Comportamental apresenta os resultados mais eficazes e amplamente difundidos neste tipo de assistência e compreensão da sintomatologia. Este recurso de terapia baseia-se na reinterpretação dos elementos que geram emoção negativa, partindo do princípio que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim a configuração cognitiva de interpretação destes dados.

Os hábitos da sociedade moderna têm induzido cada vez mais o aceleração da rotina dos sujeitos e com isso a precipitação de eventos e necessidade de respostas rápidas as questões diárias têm gerado modificações no comportamento humano, na maioria das vezes

prejudiciais e disfuncionais. A semelhança destes hábitos com a incidência de casos de transtornos ansiosos chama a atenção para o campo de estudos a fins de compreender melhor a relação entre a ansiedade e as cognições humanas diretamente ligadas aos seus hábitos e comportamentos.

A TCC assim como os manuais diagnósticos detalhados neste estudo, tentam reunir especificidades entre a apresentação sintomática como meio de direcionar técnicas e intervenções eficazes no tratamento dessas patologias e possuem a pretensão de reorganizar critérios para que sejam realizadas práticas cada vez mais assertivas no âmbito da assistência em saúde mental. Destaca-se que as particularidades de cada história de vida na significação do sintoma devem ser consideradas e a partir de então identificar na entrevista psiquiátrica não critérios que levem a doença, mas a compreensão do processo.

Na prática clínica as classificações diagnósticas são ferramentas úteis a categorização das condições sintomáticas mais frequentes e viabilizam o estudo direcionado a determinadas condições de adoecimento. Como forma expressiva de adoecimento humano, os sintomas ansiosos estão dispostos na sociedade de uma forma cada vez mais incidente e limitadora das condições laborais e de participação social destes indivíduos. O interesse na pesquisa e nos métodos de tratamento mais eficazes é de fundamental importância para o aprimoramento desta assistência e a identificação da TCC na literatura é bastante significativa e portanto valiosa ferramenta de estudo como estratégia terapêutica.

Há um desafio ainda maior ao notar que o movimento que a sociedade realiza, em meio a uma transição cultural, de valores e normas interiorizadas ainda na infância e na adolescência, é de completo aceleração para a inserção no contexto desta esfera de bens de consumo. Isto exige do indivíduo cada vez maior capacidade de flexibilização e superação de seu limite temporal, pois o tempo é compreendido como rentável financeiramente e os limites a serem vencidos são os individuais de cada sujeito integrado neste meio sociocultural.

A previsibilidade das ações humanas geram conforto e segurança para a tomada de decisões no cotidiano dos sujeitos, trabalhar com as metas de alcance individual é elemento primordial para o sujeito ansioso eu está inseguro ou incomodado com os fatos imprevisíveis de suas vivências. As angustias são decorrentes de várias noções equivocadas do que se precisa alcançar para tomada de decisões e neste perfil direcionam se estratégias terapêuticas de redirecionamento dessa noção de indivíduo, o qual compartilha sua subjetividade em meio as relações sociais e significados coletivamente construídos.

Com base nestas considerações o objetivo deste estudo foi avaliar a ansiedade a partir de uma abordagem cognitivo comportamental e com base nesta premissa apontar possibilidades de tratamento de melhor assistência ao paciente ansioso. Para estes alcances foi

realizada uma revisão de literatura para subsidiar as discussões acerca do sintoma e da forma de abordá-lo com maior alcance de resultados positivos.

2.0 METODOLOGIA

Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma Revisão de Literatura a cerca das abordagens cognitivo comportamentais, utilizadas para o alcance de diagnósticos e tratamento da ansiedade. Para a consolidação da pesquisa foram consultadas as seguintes bases de dados: LILACS, PUBMED, SCIELO e Google Acadêmico, adicionalmente, livros que discutem a temática foram consultados. Os critérios de inclusão para a pesquisa em artigos foi de, estudos que relacionassem transtornos ansiosos com as abordagens cognitivo comportamentais e que apontassem métodos de tratamento neste âmbito, publicados entre o ano de 2000 e 2015. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem estratégias de terapias comportamentais e cognitivas no tratamento da ansiedade e que foram publicados antes do ano 2000. Foi encontrado número considerável de artigos que faziam correlação entre técnicas de TCC e transtornos de ansiedade específicos, principalmente fobias e transtorno obsessivo compulsivo, no entanto o número de publicações com análise mais generalizada de sintomas ansiosos e a aplicação da TCC ainda é limitado e, só foram identificados três artigos com esta conformação. Os capítulos de livros selecionados também fomentaram a articulação entre modelos e técnicas direcionados a esse tipo de transtornos e as características sintomáticas deste grupo.

3.0 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ANSIEDADE: CONCEITUAÇÃO E SINTOMA

Dalgarrondo (2008) situa a partir dos modelos de Jaspers, Sheneider e Weitbrecht, que as vivências psicopatológicas se apresentam em duas perspectivas, uma denominada transfundos das vivências psicopatológicas, que é o contexto geral de emergência dos sintomas, e a outra perspectiva denominada sintomas emergentes, sendo estes específicos sintomas de vivências pontuais que se dá sobre determinado transfundo e que estabelece relação entre a parte e o todo, e entre o que é pontual e contextual.

O autor supracitado discorre, ainda neste sentido, os elementos que constituem um cenário de surgimento dos sintomas, e que nestes estão fatores precipitantes à manifestação sintomática, compreendidos em histórias de vida específicas e irrepetíveis, em um dado contexto socioeconômico, político e cultural dos quais estão diretamente ligados a projetos de vida. A aproximação de uma manifestação dita sintomática está no indivíduo em que ela se constitui, o qual traz implicações diferenciadas e circunstanciadas por fatores internos e externos distintos.

Cordás (2004) aponta que há na história da psiquiatria um conceito que precede o relato dos transtornos de ansiedade e desta descrição como sintoma que é o conceito de neurose, que teve suas definições modificadas no conhecimento médico ao longo dos séculos. A ideia que permeava a neurose é de que o estado natural do corpo é determinado pela energia nervosa derivada do sistema nervoso, e que a neurose seria um conjunto heterogêneo de doenças que cursariam sem febre, inflamação ou outras lesões tóxicas.

Outra contribuição do autor é de que, na primeira metade do século XX, Janet fragmentou as quatro principais neuroses: neurose de angústia, neurose fóbica, histeria e neurose obsessiva, esses quadros posteriormente encadearam as classificações dos transtornos ansiosos. Mais adiante se torna notável que a neurose estava ligada a forma como os indivíduos lidavam com seus problemas, e que estes sintomas particulares estariam intimamente ligados a história pessoal destes.

A ansiedade é definida a partir de um estado de humor desconfortável que atribui ao futuro apreensão negativa, inclui manifestações somáticas e fisiológicas como taquicardia, tremores, sudorese, tontura, tensão muscular e vaso dilatação ou constrição (DALGARRONDO, 2008). Essas manifestações descrevem a exacerbação de sensações fisiológicas adaptativas e que preservam a sobrevivência humana, no entanto, a sensação de risco iminente, sem que haja a presença de um estímulo aversivo, é responsável pelas

desordens decorrentes de sintomas ansiosos e os eventuais prejuízos que esta condição traz ao sujeito que a experienciava.

Para Mackinnon, Michels e Buckley (2008), a ansiedade é uma experiência emocional precipitada por preocupações e em sentido universal se dá por este sentimento e por aborrecimentos comuns. A forma patológica da ansiedade é a apresentação mais comum na psiquiatria como sintoma primário e efeito secundário importante de muitos transtornos psicológicos. O transtorno ansioso está ligado a experiência subjetiva da ansiedade que oprime e é incapacitante e que, parece apresentar base na realidade. Alguns autores vão diferenciar o medo como uma resposta adaptativa evolucionária aos perigos reais conscientes, e a ansiedade neurótica seria entendida como reação aos perigos inconscientes.

Ainda de acordo com estes autores, a teoria primária de Freud de causalidade para a ansiedade neurótica, seria que ela resultava da repressão da libido não descarregada, para ele estava baseada em um processo somático a partir deste modelo fisiológico que chamou de neurose real. Mais tarde Freud desenvolveu um modelo psicológico para a ansiedade como um sinal de conflito inconsciente, como indicador dos perigos de um desejo instintivo proibido.

Matsumoto (2009), afirma que o medo é o sentimento de base para quase todas as demais manifestações psiquiátricas. Infere que o indivíduo que sente medo, por via de regra, não reage adequadamente ao estímulo recebido, deduzindo de modo inadequado uma série de coisas de forma rápida, e geralmente contra si, o fluxo do pensamento é intenso e que gera dor de cabeça.

O ser circundado pelas reações de medo, descrito pelo autor, pode ser lido na intersecção dos sintomas de ansiedade, a qual é manifesta no indivíduo que antecipa que algo de ruim está prestes a acontecer a partir de cada situação que a ele se propõe. A antecipação do que está por vir gera sentimentos de angústia e medo e o negativismo presente nestas sensações atribui maiores probabilidade de eventos desagradáveis ocorrerem.

Embora essas sensações subjetivas sejam essencialmente adaptativas e reconhecidas como estruturas vitais para as respostas de sobrevivência, ao longo dos estágios da evolução humana elas foram criando sentidos e representações diferenciadas, a partir do desempenho que lhes era esperado na condição de vir a se perceber como um ser social. A antecipação dos eventos se tornou cada vez mais necessária e conseqüentemente geradora de emoções negativas de apreensão e opressão.

Ballone, Guimarães e Souza (2013) traz à luz a consideração de que a ansiedade faz parte deste existir humano, podendo motivar novos desafios ou gerar prisões de ações e desejos. A conotação da vida moderna tem sido de era da ansiedade e é caracterizada pela

agitação, estresse, competitividade, consumismo e por inversões de valores tradicionais. Uma das determinações para uma condição ansiosa patológica está na frequência, intensidade e duração das manifestações e também na desproporcionalidade em relação ao estímulo, o que leva ao comprometimento das funções laborais, atividades de vida diária e qualidade de vida. Considerando as evidências apontadas pelos autores, identifica-se que os transtornos ansiosos são mais frequentes em mulheres e que a prevalência na população em geral estima-se entre 2 e 4,7%.

Como reflexo das modificações no meio social traduzidas na agitação que compreende a vida moderna, é cada vez mais comum que as pessoas lidem com a previsibilidade dos acontecimentos e antecipação dos fatos, de modo a atender cada vez mais precocemente as demandas do cotidiano de trabalho e das demais condições de vida em sociedade. As ocupações cotidianas seguidas das preocupações e pré-ocupações, tencionam nos indivíduos a uma aptidão de respostas programadas e rápidas para as demandas sociais impostas.

Essas condições são geradoras de sofrimento em si e a ansiedade surge como uma sensação inerente às novas condições da vida humana, que acelera etapas e ultrapassa o curso natural dos acontecimentos, porém está acompanhada de sentimentos de angústia e de apreensão pelo que pode vir a ser.

Para Castillo, Recondo, Asbahr et. al. (2000) a ansiedade normal diferencia-se da ansiedade patológica basicamente ao se avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Compreende-se que faz parte das vivências humanas esse tipo de reação em relação a si e ao mundo que os cerca, e que o modo como a ansiedade se representa nas condições de vida de cada sujeito é compreendida a partir de como ela se estabelece nos micro e microsistemas que envolvem este ser.

O apanhado histórico da análise de manifestações da ansiedade nas civilizações antigas e no contexto da sociedade moderna acompanha as modificações de conformação da vida em sociedade e da maneira como as pessoas se percebiam a partir de um contexto sociocultural e econômico vigente em determinada época. É importante considerar esses elementos e acompanhar as mudanças que geram novas problemáticas para a psiquiatria, a fim de manter abertas as discussões de como a psicopatologia é compreendida em meio aos contextos de espaço e período de tempo em que ela se insere.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A classificação de transtornos mentais e de comportamento CID- 10. Apresenta as categorias de transtornos de quadros tidos como ansiosos dos quais se dispõem em suma na seguinte conformação:

Tabela 1 – Classificação de Transtornos Ansiosos de acordo com a CID 10.

<i>Classificação CID-10: Transtornos fóbico-ansiosos e Outros transtornos ansiosos</i>	
<i>F40 – Transtornos fóbico-ansiosos</i>	<i>F41 - Outros transtornos ansiosos</i>
F40.0 – Agorafobia	F41.0 – Transtorno de Pânico
F40.1 – Fobias Sociais	F41.1 – Transtorno de Ansiedade Generalizada
F40.2 – Fobias Específicas (isoladas)	F41.2 – Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão
F40.8 – Outros Transtornos Fóbicos-Ansiosos	F41.3 – Outros Transtornos Mistos de Ansiedade
F40.9 – Transtorno Fóbico-Ansioso não Especificado	F41.8 – Outros Transtornos Ansiosos Especificados
	F41.9 – Transtorno Ansioso, não especificado

Fonte: Dados retirados do Manual CID-10 e tabela elaborada pelo autor deste estudo.

O agrupamento dessas patologias de acordo com a CID – 10, descreve-se como transtornos neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes e que foram assim reunidos pela associação histórica ao conceito de neurose e a associação desses transtornos à causação psicológica. É comum o surgimento dos sintomas que coexistem como a depressão e a ansiedade e embora esforços sejam investidos para decidir qual síndrome seria predominante a CID fornece categoria para casos mistos de ansiedade e depressão, pois a decisão diagnóstica não se delimita nos casos específicos.

No grupo de transtornos fóbicos ansiosos compreende-se que a ansiedade é evocada por situações ou objetos que não costumam apresentar perigo corrente, por consequência essas situações são evitadas ou interpretadas com medo e pavor. Por se tratar de uma sensação

subjetiva a ansiedade fóbica pode estar focalizada em sintomas fisiológicos individuais de palpitação ou sensação de desmaio e que está quase sempre associada ao medo de morrer, perder o controle ou enlouquecer. A própria ideia do indivíduo se aproximar da situação fóbica pode gerar uma ansiedade por antecipação.

A agorafobia é descrita neste manual como o termo usado quando o indivíduo inclui medos não apenas de espaços abertos, mas também com condições que apresentem dificuldade de fuga para local seguro. As fobias sociais geralmente se iniciam na adolescência e são entendidas como o medo de se expor a outras pessoas, em grupos pequenos, levando a evitação social.

No grupo das fobias específicas ou fobias isoladas entende-se como àquelas restritas a uma situação desencadeante delimitada, como a proximidade de animais, altura, escuridão, espaço fechado, entre outras. No caso do transtorno de pânico ou ansiedade paroxística episódica tem-se ataques recorrentes de ansiedade grave e que como não são restritos à situações específicas tendem a ser imprevisíveis.

Denominou-se nesta classificação como transtorno de ansiedade generalizada os casos em que a ansiedade se manifesta predominante em quaisquer circunstâncias ambientais, é mais comum em mulheres e está relacionado a estresse ambiental crônico. Os transtornos mistos de ansiedade, como sugere a própria nomenclatura, se dão pela coexistência de sintomas depressivos e ansiosos, dos quais quando considerados isoladamente não são graves o suficiente para justificar um diagnóstico.

A reformulação do DSM-4, manual diagnóstico e estatístico elaborado pela associação americana de estatística, após polêmicas e discussões não diferentes de todo o processo histórico da categorização das patologias psiquiátricas, alterou algumas categorias diagnósticas através de reorganização de alguns transtornos e a exclusão de alguns diagnósticos pouco estruturados nos critérios patológicos. A nova versão, o DSM-5 traz as seguintes classificações:

Tabela 2: Classificação dos Transtornos de Ansiedade a partir dos critérios do DSM-5

<i>Classificação dos Transtornos de Ansiedade DSM-5</i>	
F93.0 Transtorno de ansiedade de separação	
F94.0 Mutismo seletivo	
Fobias Específicas:	F40.218 – Animal F40.228 – Ambiente Natural (.) – Sangue-injeção-ferimentos F40.230 – Medo de sangue F40.231 – Medo de injeções e transfusões F40.232 – Medo de outros cuidados médicos F40.233 – Medo de Ferimentos F40.248 – Situacional F40.298 - Outro
F40.10 - Transtornos de ansiedade social (fobia social)	
F41.0 – Transtorno de pânico	
F40.00 – Agorafobia	
F41.1 – Transtorno de ansiedade generalizada (.) – Transtorno de ansiedade induzido por substância/ medicamento	
F06.4 – Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica	
F41.8 – Outro Transtorno de Ansiedade Especificado	
F41.9 – Transtorno de Ansiedade não Especificado	

Fonte: Dados obtidos do Manual DSM-5 e tabela construída pelo autor deste estudo.

Uma mudança importante a partir do DSM-5, é abertura de uma categoria especial para os Transtornos Obsessivos Compulsivos, que anteriormente estavam acoplados aos transtornos de ansiedade e que agora surgem com espaços diferenciados. Entre os agrupamentos não detalhados na classificação acima descrita (CID-10), temos o transtorno de ansiedade de separação caracterizado por medo ou ansiedade impróprios e excessivos, relacionados com o estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles que o indivíduo tem apego. Além deste, outra situação diagnóstica do espectro ansioso é o mutismo

seletivo, que consiste no fracasso do indivíduo para falar em situações sociais específicas quando há a expectativa para que ocorra, por fim há ainda os transtornos de ansiedade induzidos por substância ou medicamento, dos quais se desenvolvem durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a um medicamento.

As classificações que se estabeleceram ao longo da história da psicopatologia, advém de uma tentativa incansável de delimitar aspectos comuns ao adoecimento dos sujeitos, é compreensível que isto não foi nem será alcançado com precisão, isto porque, tão particulares quanto os sujeitos são as formas de sofrimento e manifestação sintomática identificadas em cada contexto de existência. No entanto, muitos avanços foram permitidos a partir de uma organização destes critérios e de uma sistematização de dados científicos fundamentalmente úteis para a pesquisa e estudo das psicopatologias.

Muitas terapêuticas e técnicas de avaliação de transtornos mentais se desenvolveram orientadas em princípios categóricos que deram características mais específicas a determinada condição e permitiu mediar estratégias de investigação para estas situações. Apesar de se conhecer na prática clínica que raras vezes um check-list de um manual é a perfeita descrição de um quadro clínico, eles não deixam de nortear similaridades e apontar saídas já testadas com maior eficácia para determinada manifestação.

Outro elemento importante é que existe um avanço histórico na forma como a doença mental era vista, dos primeiros manuais até os atuais, e que como tudo possui duas faces da moeda. Embora se compreenda um avanço nas divisões de categorias para o adoecimento em suas mais variadas condições psicopatológicas, corre-se o risco de que quanto mais se limitar maior ser a probabilidade de fragmentação desde indivíduo, mesmo porque o sintoma é uma parte de um todo muito amplo, porém, de certo modo os estudos acerca da psicopatologia permitiram conhecer melhor várias condições psicopatológicas e direcionar métodos mais adequados a determinados quadros, bem como perceber melhor as similaridades de manifestações sintomáticas em grupos específicos.

Apesar de tratar-se de um manual de uso da medicina, a psiquiatria está em um espaço distinto da medicina geral, nestes manuais encontram-se diretrizes e premissas de compreensão e identificação do adoecimento dos pacientes como em tantos outros, mas o acesso limita-se aquilo que o campo fisiológico permite e, além disso, existe a tentativa um tanto arriscada em objetivar uma subjetivação, ou seja transformar a percepção particular dos pacientes quanto ao seu próprio processo de adoecimento em critérios comuns, que levem a respostas diagnósticas. Esse desafio exige da psiquiatria estar e permanecer em constante avaliação de sua prática, além de ponderar o uso de suas ferramentas a favor da maior eficácia na assistência.

3.3 ENTREVISTA INICIAL E DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A entrevista psiquiátrica difere das demais entrevistas clínicas, considerando que a figura do psiquiatra difere das dos demais ouvintes, que por se especialista no campo das relações interpessoais faz com que o paciente espere por direcionamentos desse profissional durante a entrevista. A entrevista clínica tradicional é voluntária e conta com a cooperação do paciente, porém não se pode descartar às vezes em que os pacientes chegam às consultas de modo involuntário e isso altera a condução desta prática. Assim como os demais especialistas, o psiquiatra também está interessado no sintoma, na data de início e nos fatores da vida deste paciente que podem estar envolvidos nesta condição, porém o diagnóstico psiquiátrico e tratamento irão se basear na história de vida, bem como na doença atual. Para isto considera-se padrões de enfrentamento, auto-estima, estilo de vida e relacionamento interpessoal (MACKINNON, MICHELS e BUCKLEY, p.23, 2008).

De acordo com os autores, a ideia seria de uma entrevista orientada para o alcance de um diagnóstico, e que isto, ao dar ao paciente a ideia de que ele é um dos indivíduos “patológicos” sendo examinado, conseqüentemente inibe a revelação de seus problemas tais como eles são. Em se havendo sucesso em uma entrevista, entende-se como o grau de compreensão recíproca desenvolvido pelo paciente e pelo médico satisfatório para as primeiras medidas de intervenção. Uma entrevista focada na compreensão deste sujeito, fornece informações diagnósticas mais relevantes que as direcionadas a psicopatologia e, a empatia e uma das maiores possibilidades de interação terapêutica verdadeira.

Morrison (2010), apresenta abrangentes fatores de entrevista clínica inicial em saúde mental. Para o autor é importante ser inicialmente específico e deixar claro ao paciente o que está querendo ouvir, é preciso ser diretivo para colocar a entrevista em um caminho adequado. Identificar a razão da consulta é importante para a percepção da razão verdadeira da procura de ajuda e a queixa principal pode ser o ingresso nesta questão. A fala livre é um espaço necessário, mas que deve ser conduzido com cautela, o equilíbrio entre os incentivos verbais e não verbais é de suma importância para identificar fatores relevantes para o diagnóstico.

Para os casos específicos de transtornos de ansiedade o autor sugere que os itens como preocupação intensa e sensação de risco iminente e perigo sejam considerados na entrevista e, levem a identificação dos sintomas de medo não direcionado ou causados por algo que o paciente tenha dificuldade de identificar, acompanhado de sensações corporais desagradáveis,

podendo incluir outros sintomas, tais como irritabilidade, pouca concentração, tensão mental, preocupação e resposta de sobresalto exagerada.

Mackinnon, Michels e Buckley (2008) apontam que os transtornos de ansiedade mais parecem um mapa de ilhas instáveis que flutuam em um mar de ansiedade, isso revela as dificuldades e limitações do processo diagnóstico nestes casos. A identificação de sintomas nos pacientes fóbicos se caracteriza pela evitação como um meio primário de solucionar problemas e há uma vida centrada em medos irrealistas e aflitivos, frequentemente os sintomas fóbicos podem se estender de uma situação a outra, o que torna este tipo de paciente cada vez mais evitativo.

Nos casos de ataques de pânico os autores descrevem que para identificação deste tipo de diagnóstico avalia-se a presença de ataques súbitos e rápidos, extremamente incapacitantes, que tomam esses indivíduos de ansiedade aguda e inesperada acompanhada de sintomas somáticos anteriormente descritos como, falta de ar, transpiração, taquicardia, tremores, náuseas, tontura, sufocação, arrepios e sentimento de morte iminente.

Frequentemente, baseia-se em entrevistas semi-estruturadas ou de roteiro orientado para tentar se aproximar de indicadores para determinados diagnósticos. Apesar das resistências inerentes ao processo, considerar como o paciente se sente diante disto é fundamental, mais do que informações para a identificação de uma psicopatologia há um histórico que diz muito mais sobre o modo como este sujeito teve que lidar com o mundo e os reflexos dessas interações na significação dos sintomas.

Com as mudanças ocorridas ao longo dos anos categorias específicas, antes compreendidas no espectro da ansiedade, foram destinadas a campos próprios como o TEPT (Transtorno do estresse pós-traumático) e o TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) e que, por isso não foram aqui discutidas ou detalhadas. A avaliação do comportamento dos indivíduos e identificação de fatores que apresentam os sintomas como prejuízos funcionais e, portanto, que trazem a ideia de adoecimento psíquico, são hoje um dos meios de se identificar e buscar tratar estas condições de sofrimento, oferecendo suporte aos momentos de crise e principalmente condições de uma reorganização da vida do sujeito em adoecimento.

3.4. ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL E TRATAMENTO PARA TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A forte ligação entre teoria e pesquisa sobre os fatores cognitivos na psicopatologia favoreceu o desenvolvimento da terapia cognitiva através de Aaron T. Beck, para ele a abordagem de tratamento psicológico somente poderia ser qualificada a partir de uma teoria ou modelo psicopatológico abrangente, de uma descrição detalhada de guias e técnicas terapêuticas relacionadas a esse modelo (SERRA, 2012). Assumindo a característica dos modelos científicos e com a intenção de mensurar e precisar resultados, essas intervenções terapêuticas são colocadas em divergências com vários modelos psicanalíticos da época, ou ditos de concepção “mentalista”, já que não se era possível aplicar procedimentos semelhantes nestas abordagens.

Ainda de acordo com Serra (2012), os pressupostos básicos do modelo cognitivo: o indivíduo constrói ativamente sua realidade de modo que, a percepção e o processo de aprendizagem são produto de um sistema de processamento que o indivíduo ativamente seleciona e interpreta estímulos, conseqüentemente atribuindo significados altamente pessoais aos eventos. Esses significados podem gerar respostas emocionais ou comportamentais disfuncionais, isso quando os significados trazem representações imprecisas dos eventos.

Outro pressuposto seria o da cognição como mediadora do afeto e do comportamento, pois considera-se que o conteúdo o processo e as estruturas cognitivas são influenciadoras do comportamento e da emoção. A cognição pode ser conhecida e acessada, a mensuração da cognição desempenhou um importante papel na pesquisa de Beck e proporcionou o desenvolvimento de instrumentos de intervenção (Inventário de ansiedade de Beck, lista de verificação de cognições, inventário de depressão de Beck).

Apesar deste modelo não assegurar que todos os processos cognitivos são conscientes controlados ou resultado de esforço um dos pressupostos básicos da teoria e do tratamento cognitivo, assume-se a condição de que os indivíduos podem ser treinados para ter acesso aos produtos de seu processamento errôneo de informações e desta maneira modificar as conseqüências prejudiciais ao indivíduo e reorientação do comportamento.

Por fim, a autora descreve que a mudança cognitiva é básica ao processo de mudança humano, de modo que se a disfunção cognitiva é responsável por manter sintomas de ansiedade e depressão, então a mudança dos sintomas comportamentais, emocionais e somáticos pode advir da modificação dos sintomas cognitivos. Esse mecanismo pode ser

ativado por técnica terapêutica cognitiva ou indiretamente por uma intervenção comportamental, como exposição gradual in vivo ou programação de atividades. Todas estas possibilidades estão dispostas como intervenções de resposta rápidas e gerenciadas em curto espaço de tempo e proporcionam a emissão de resultados satisfatórios em meio a reorientação de funcionamento cognitivo do sujeito.

Na tabela 3 abaixo, a autora aponta o perfil cognitivo da Ansiedade:

Tabela 3: Perfil Cognitivo da Ansiedade

<i>Ansiedade</i>
Estruturas Cognitivas : Crenças disfuncionais focadas em ameaça física ou psicológica ao <i>self</i> ou em outros significativos com um sentimento aumentado de vulnerabilidade pessoal.
Processamento Cognitivo: Processamento seletivo das indicações de ameaças com superestimação da vulnerabilidade. Avaliações são seletivas, experimentais, e específicas para uma situação temida. A atenção autofocada aumentada reflete tentativas de controlar os estímulos.
Cognições negativas: Pensamentos de ameaça e perigo. Os pensamentos assumem a forma de perguntas (“e se?”) envolvendo possível dano e perigo

Fonte: Serra (2012, p.p92)

Estas evidências empíricas do modelo cognitivo investigam os eventos adversos que podem causar incongruência nas interpretações e representações dos indivíduos e os estudos cognitivos trazem evidências para intervenções direcionadas e mais eficazes.

O tratamento farmacológico para os transtornos de pânico, embora bastante considerável, não é o que apresenta os resultados mais satisfatórios e de maior eficácia de resposta, em contrapartida essa característica de transtornos tem na terapia cognitivo-comportamental resultados de amplo alcance. A farmacoterapia para este tipo de transtorno não visa apenas eliminar os ataques, mas também reduzir comportamento esquivo, a ansiedade antecipatória e outras condições comórbidas a esta patologia, os fármacos de uso para esta intervenção são os antidepressivos inibidores seletivos de receptação de serotonina, benzodiazepínicos e por vezes alguns anticonvulsivantes (COSTA, BALDISSEROTTO e MONTEIRO, 2009).

Os autores vão relatar que a Terapia Cognitiva Comportamental utiliza técnicas e métodos eficazes na correção de cognições ansiosas tanto sobre as sensações físicas como para as sensações subjetivas. Entre essas técnicas é importante destacar que a psicoeducação tem papel importante nos tratamentos de ansiedade, como a mudança de hábitos, a

identificação de fatores geradores de ansiedade, além de facilitar uma aliança terapêutica forte entre os pacientes e seus terapeutas.

A abordagem se traduz em relacionamento de trabalho cooperativo, no qual a partir da compreensão do terapeuta e do paciente sobre o transtorno, é possível perceber a redução dos efeitos dos sintomas e melhorar qualidade de vida destes sujeitos. O terapeuta fornece ainda informações corretivas, centradas na ideia de que esses sintomas resultam de um disparo acidental e que não oferece riscos, a fins de esclarecer ao paciente que ele pode controlar sensações aversivas e geradoras de sofrimento.

Instruir esse paciente quanto as possíveis causas e fatores que mantém este transtorno também ajuda a combater as cognições ansiosas, ao se desenvolver um trabalho conjunto de identificação dos espaços e elementos responsáveis pelo surgimento destes comportamentos ansiosos o terapeuta fornece ao paciente ferramentas indispensáveis ao tratamento. Outras etapas seriam a reestruturação cognitiva, focada em cognições ansiosas, as exposições interoceptivas e situacionais e as prevenções de recaídas aos sinais de um novo “lapso”.

Um dos componentes da terapia cognitivo comportamental utiliza são os protocolos que ensinam aos pacientes estratégias de relaxamento e de treinamento da respiração para diminuir sintomas físicos, porém há evidências que o retreinamento da respiração possa ser um componente prejudicial à TCC e que, portanto, o uso desse método deve ser reduzido em detrimento de outras habilidades que a terapia promova para controle e solução dos sintomas. Para os transtornos de ansiedade social e fobias específicas, os autores sugerem as técnicas de reestruturação cognitiva, o treinamento de habilidades sociais, estratégias de relaxamento e por vezes, para as fobias, tratamento de exposição in vivo.

Angelotti (2011) aponta como técnicas da TCC para o tratamento de ansiedade generalizada, que as sessões devem abordar inicialmente o eixo principal desse tipo de transtorno que é a preocupação excessiva e que vínculo, diagnose e psicoeducação também fazem parte desse momento. A respiração diafragmática, meditação e relaxamento são de ampla ajuda e, além disso, focar o comportamento de aproximação-evitação é crucial para identificar as situações em que o paciente fica angustiado e suas estratégias de enfrentamento para ela.

O estudo de Castillo, Recondo, Asbahr et al (2000) relata que a TCC, consiste na mudança na própria maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e as mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Os autores constatam que este tipo de método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral e que a

identificação precoce destes transtornos pode evitar o impacto negativo na vida da criança em além disso problemas psiquiátricos na vida adulta.

Este trabalho não tem seus maiores impactos quando realizado apenas em uma relação dual terapeuta-paciente, o envolvimento da família, amigos e de companheiros em geral, auxilia a identificar os contextos de sofrimento que tangem a experiência do paciente e se apresentam como aliados nas medidas de enfrentamento das situações problemas, bem como construir fatores de proteção para o desencadeamento destes sintomas.

Treinar as habilidades deste sujeito e explorar suas potencialidades é uma contribuição que gera autonomia no processo de recuperação, tornando esse sujeito ativo em seu próprio momento terapêutico e desafiador de limites. A redução da atmosfera estressora promove o desenvolvimento de outras propriedades individuais de auto controle e além disso contribui para o questionamento de sensações subjetivas com grau de intensidade exacerbado e conflitante.

Ito, Roso, Tiwari et. al (2008), discutem as possibilidades da abordagem cognitiva no tratamento das fobias sociais e os autores apontam a psicoeducação como fundamento inicial para as sessões e interação com o paciente, posteriormente o treino de habilidades sociais (THS) e de assertividade (TA) tem como meta essencial fornecer ao paciente um repertório amplo de comportamentos sociais adaptativos, de maneira a diminuir a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido. As técnicas de manejo de estresse e relaxamento são utilizadas também, com o objetivo de fazer com que o paciente controle as respostas fisiológicas ansiosas, a exposição as situações temidas também tendem a reduzir o comportamento fóbico e além disso a programação de tarefas de casa auxilia no progresso da terapia.

Zagnane e Banaco (2005), levam a refletir que a existência de tratamentos padronizados é um avanço para o treinamento e aplicação das estratégias de tratamento e que esse uso pode produzir bons resultados em muitos casos, porém está não é condição para todos os casos, em alguns a melhor escolha pode ser adotar apenas alguns dos elementos dos pacotes de tratamento ou a utilização de estratégias individualizadas e avaliação funcional é importante ferramenta na tomada de decisão quanto ao tipo de tratamento mais adequado.

Considera-se que apesar da padronização das estratégias de assistência em TCC para os casos de pacientes ansiosos, a avaliação pautada na singularidade e focada nas necessidades do indivíduo são ferramentas capazes de distinguir as diferentes maneiras de se selecionar uma proposta terapêutica ou outra, a depender das demandas e potencialidades deste indivíduo responder em seu processo particular de somatização de sintomas.

King et. al. (2007), apresentam a terapêutica de um caso clínico a partir de exercícios controlados de indução dos sintomas, ministrados em ambiente seguro para que a paciente pudesse entrar em contato com as próprias sensações. Essas reações corporais emergentes eram inofensivas e resultado de adaptação, a paciente pôde aceitá-las sem ansiedade limitante. A partir destas estratégias, foi possível resgatar a referência original dos aspectos cognitivos que estão mal-interpretados nestas condições, e as ideias e medos hipocondríacos, como o de adoecer, começaram a se extinguir, passando a elaborar novas estratégias para lidar com os pensamentos, sintomas físicos e comportamentos, desta forma readquirindo autoconfiança.

Assim como na experiência dos autores, propõe-se que o processo de terapias voltadas a mudança de quadros ansiosos conte com técnicas de trabalhos de aprendizagem individual, mudança de comportamento, reorganização de tarefas, avaliação de situações aversivas com enfoque adaptativo. Explorar esta capacidade de auto conhecimento e de observação de seus próprios comportamentos permite a esses sujeitos em sofrimento compreender os determinantes de seu processo de adoecimento e conseqüentemente enfrenta-los da melhor forma.

Essencialmente os transtornos de ansiedade são tratados com componentes básicos de intervenção, que seria o fornecimento de informações ao paciente sobre a ansiedade experienciada por ele e do diagnóstico, o ensino de técnicas para manejar a ansiedade, habituação às condições físicas decorrentes deste sintoma e o combate a evitação de situações que cada vez mais incapacita e inviabiliza o enfrentamento deste indivíduo.

O comportamento de esquiva e evitação, embora comuns e bastante compreensíveis nos transtornos ansiosos, são foco essencial de mudança neste tipo de proposta terapêutica, pois retirar a situação de conjuntura aversiva, impede o alcance do enfrentamento desta condição e aprisiona o indivíduo nos sentimentos de medo e na fragilidade de encarar situações essenciais para sua superação. A privação também é um comportamento incapacitante e que leva em um curto espaço de tempo ao isolamento e perda de papéis sociais e funcionalidade em seu convívio.

Todas as técnicas de tratamento discutidas neste capítulo estão baseadas em critérios de diagnósticos que são ainda flutuantes na gama de manifestações sindrômicas que surgem no espaço da clínica. É inevitável o questionamento de que a doença mental passa pela percepção externa (de quem avalia) e interna (de quem vivencia o sintoma) e que com esse abismo de sentidos é possível escorregar em inferências distantes do objeto real e investigação.

Apesar das inúmeras formas de se manifestar uma mesma condição de sofrimento em sujeitos e contextos diferentes e, embora questionáveis as práticas clínicas em termos da

psiquiatria tem a pretensão de acessar amplamente as significações sintomáticas dos pacientes e oferecer o tratamento mais indicado e eficaz para cada tipo de condição. A TCC tem mostrado resultados relevantes no trabalho com os transtornos ansiosos e oferece ferramentas valiosas para terapeutas, psiquiatras e pacientes ressignificarem a função de um sentimento ansioso na vivência cotidiana e fornecer subsídios ao enfrentamento de questões.

Todas as técnicas de TCC aqui apresentadas são possibilidades, com aplicabilidade frequente nas terapias de escolha para o tratamento dos transtornos de ansiedade, de se realizar uma assistência comprometida e que transita entre um suporte terapêutico direcionado, e a capacidade de desempenho satisfatório dos sujeitos envolvidos por meio de aquisição de habilidades e reorganização do comportamento. Com todas as problematizações necessárias o foco de cuidado está na identificação de condições clínicas individuais, subjetivas e simbolizadas na experiência, para então uma oferta de propostas terapêutica comprometida com o bem estar a qualidade de vida e a redução do sofrimento dos sujeitos em tratamento.

4.0 CONCLUSÃO

A ansiedade é um dos sintomas mais referidos na prática clínica e essa questão traz a incansável necessidade de se buscar conhecimento para as diversas origens e manifestações desta condição, por vezes esbarra-se na impossibilidade assertiva de um diagnóstico protocolado nas conformações dos manuais de psiquiatria e que conseqüentemente torna turva a imagem de um prognóstico.

Estas controvérsias diagnósticas implicam nas dificuldades de profilaxia e tratamento destas patologias, embora o interesse em categorizar seja mediar intervenções mais eficazes e com maior alcance de resultados, há na saúde mental uma dificuldade em enquadrar este indivíduo em categorias específicas dos manuais, que nem sempre compreendem toda a esfera de manifestação sintomática ou trazem respostas seguras ao melhor cuidado a se oferecer.

Este estudo apresentou as significações do sintoma ansiedade ao longo da história da psiquiatria e o desdobramento das classificações que hoje são encontradas para uso em psiquiatria como compreensão dos fenômenos que circundam este sintoma. A abordagem mais difundida e que traz respostas mais eficazes no tratamento deste tipo de condição é a Cognitivo Comportamental, pois atenta aos estressores e precipitadores das preocupações inerentes a esses sujeitos é responsável por fornecer subsídios fundamentais para o controle dessas reações.

A TCC sugere um olhar sobre a ansiedade que permite reorientar o modo como este sujeito percebe o ambiente externo e empodera este indivíduo de maneira que possa aos poucos identificar seus estressores e dominar as interpretações errôneas acerca do momento seguinte à suas reações. As cognições envolvidas durante o processo de interpretação desses estímulos é ferramenta essencialmente trabalhada por esta técnica para que se possa trabalhar a ansiedade com maior perspectiva de resultados, preocupando-se sempre com o impacto disto na vida do indivíduo e de seu reestabelecimento funcional e existencial e não tendo como ponto de partida que o diagnóstico ofereça as respostas que só o percurso do cuidado e da assistência poderá alcançar.

Ao levantar os resultados da aplicação das técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento dos transtornos de ansiedade, esta técnica foi descrita nos estudos apontados como a que apresenta resultados mais significativos de melhora dos quadros de ansiedade. Faz-se importante considerar que como método científico com possibilidades de mensuração e levantamento de dados quantitativos (favorecidos pela estrutura das técnicas), não se pode afirmar que outras estratégias de intervenção tenham

eficácia menos considerável, pois cabe-se respeitar as distinções de possibilidades de coleta de resultados.

A abordagem cognitiva se revela como um dos caminhos para que os alcances no tratamento da ansiedade, porém a psiquiatria é uma ciência em constante reformulação e que precisa acompanhar nas significações de cada período histórico e social o sentido das manifestações de adoecimento e que tipo de mal estar social pode ser responsável pela prevalência de altos índices de transtornos ansiosos atualmente, essa busca é ininterrupta e a pretensão é de que cada vez mais se aproxime de uma assistência que vá de encontro as necessidades e demandas da pessoa em processo de adoecimento.

Entre as estratégias apresentadas, a psicoeducação foi destacada como recurso importante para que o paciente assumisse com propriedade as circunstâncias que se apresentam como fatores de riscos ou eliciadoras de respostas aversivas de ansiedade, bem como a compreensão do fenômeno de interpretar com apreensão ou insegurança diante das situações dispostas no cotidiano. Em complemento a esta estratégia a indução de sintomas ansiosos ministrados em ambiente seguro permitiam ao paciente entrar em contato com as próprias sensações e reinterpretar estas sensações gerando autonomia em seu processo de tratamento.

Várias evidências empíricas do modelo cognitivo investigam os eventos adversos que podem causar incongruência nas interpretações e representações dos indivíduos e os estudos cognitivos trazem evidências para que sejam utilizadas estratégias de reversão deste quadro, a partir das técnicas de reestruturação cognitiva, focada em cognições ansiosas, as exposições interoceptivas e situacionais e as prevenções de recaídas ao se identificar possibilidade de novas crises.

Com base nos achados e não desconsiderando as problematizações inerentes a identificação de um diagnóstico e categorização dos achados sintomáticos, os estudos científicos apontam as técnicas de TCC como medidas de alta taxa de resposta para indivíduos ansiosos e o gerenciamento do terapeuta acerca das intervenções utilizadas como estratégia viabilizadora de respostas em médio e curto prazo, com participação ativa e responsável do próprio paciente.

As conquistas do paciente tornam-se, um tipo de reforço para novas e mais seguras investidas às situações de ansiedade e fóbicas presentes na condição de adoecimento destes indivíduos. Foi possível notar nos estudos levantados que pacientes ansiosos tratados apenas com medicação apresentam resposta mais lenta, enquanto nos tratamentos associados à TCC observa-se maior adesão e colaboração do paciente. Em suma, a combinação da TCC com a farmacoterapia produz resultados superiores a essas terapêuticas isoladas. Ao receber apenas

intervenções medicamentosas, o indivíduo se priva de aprender princípios adaptativos, dos quais são descritos desde os primórdios da sociedade como elementos essenciais para garantir a sobrevivência e melhorar as condições de vida dos seres no mundo.

Não diferente destas afirmações, a Terapia Cognitivo Comportamental usa de um princípio de investimentos na capacidade adaptativa dos sujeitos e aprimoramento de habilidades para o enfrentamento de situações problema compreendidas por sensações físicas e psíquicas e reveladas como limitadores para a funcionalidade e capacidade deste sujeito na sociedade.

A importância destes estudos está na avaliação da eficácia dos tratamentos, para que seja possível evoluir ainda mais nas possibilidades de cuidado e atendimento integral as demandas e condições de sofrimento, já que, estas estão crescendo nas estatísticas de morbidades e assim merecendo atenção e investimentos maiores na área para fomentar o sucesso das intervenções.

Atualmente, as terapias de base cognitivo comportamental são descritas como as mais adequadas para o tratamento de transtornos do espectro da ansiedade, porém, mais estudos envolvendo follow-up em longo prazo, o uso das terapias medicamentosas e intervenções grupais também são necessárias e podem somar efeitos positivos a esta modalidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

ANGELOTTI, Gildo. **Terapia cognitivo comportamental para os transtornos de ansiedade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 13 p.

Associação Psiquiátrica Americana. (Maria Inês Correa Nascimento et, al, Trad.). **Referência Rápida aos Critérios Diagnósticos do DSM-5** . Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALLONE, José Geraldo; GUIMARÃES, Liliana A. M.; SOUZA, José Carlos. **Psicopatologia e Psiquiatria Básicas**. 2 ed. São Paulo: Vetor, 2013.

CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDOB, Rogéria; ASBAHRC, Fernando R, et. al. Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v.2, n.22, p. 20-23, set./ 2000.

CORDÁS, Táaki Athanássios. **Uma breve história dos Transtornos Ansiosos**. São Paulo: Lemos editorial, 2004. 19 p.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 293 p.

ITO, Lúcia M; ROSO, Miréia C.; TIWARI, Shilpee; KENDALL, Philip C, et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.2, n.30, p. 96-101, 2008.

KING, Anna L. S.; VALENÇA, Alexandre M.; Valfrido Leão de Melo-NETO, Valfrido L.M.; Antonio Egidio NARDI, Antonio E. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p. 191-195, 2007.

MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert; BUCKLEY, Peter J. A **entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 22 p.

MATSUMOTO, Jorge. **Medo o porão da agonia e da solidão**. 4 Ed. Campinas SP: Editora átomo, 2009.

MONTEIRO, Cristina; BALDISSEROTTO, Gabriela; COSTA, Ronaldo Cataldo. **Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 465 p.

MORRISIN, James. **Entrevista inicial em saúde mental**. 3 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID – 10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

SERRA, Ana Maria. **Fronteiras da Terapia Cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 301 p.

ZAMIGNANI, Denis Roberto. BANACO, Roberto Alves. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria** São Paulo, v. 7, n.1, p. 77-92, 2005.