



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU EM TERAPIA
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

ELAINE GIORDANO ARROIO

**TRANTORNOS DE ANSIEDADE:
UMA VISÃO NEUROBIOLÓGICA E USO DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E
REMISSÃO DOS SINTOMAS**

SÃO PAULO

2016

ELAINE GIORDANO ARROIO

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE:
UMA VISÃO NEUROBIOLÓGICA E USO DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E
REMISSÃO DOS SINTOMAS**

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu
Área de Concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental
Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins.

SÃO PAULO

2016

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Arroio, Elaine Giordano

TRANTORNOS DE ANSIEDADE

TRANTORNOS DE ANSIEDADE: UMA VISÃO NEUROBIOLÓGICA E USO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E REMISSÃO DOS SINTOMAS

Elaine Giordano Arroio, Renata Trigueirinho Alarcon, – São Paulo, 2016.

2Xf + CD-ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientação: Prof^a Dr.^a Renata Trigueirinho Alarcon

1. Terapia Cognitivo Comportamental, 2. Ansiedade. I. Arroio, Elaine Giordano. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher

ELAINE GIORDANO ARROIO

TRANTORNOS DE ANSIEDADE: UMA VISÃO NEUROBIOLÓGICA E USO DA
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A REESTRUTURAÇÃO
COGNITIVA E REMISSÃO DOS SINTOMAS

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental como parte das exigências
para obtenção do título de Especialista em Terapia
Cognitivo Comportamental.

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Professor (a) _____

Parecer: _____

Professor (a) _____

São Paulo, ____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que nos deu a vida, nos protege e nos fortalece nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Renato, pelo apoio, companheirismo, amor e dedicação.

Ao meu filho Nickollas, por ter me dado a dádiva de ser mãe.

Aos meus pais pela vida, e especialmente ao meu pai Raphael, que me deixou como exemplo de vida e sua garra e determinação para o trabalho.

À minha amiga Polly que esteve sempre ao meu lado, como todo anjo de guarda.

Aos Professores do CETCC pelos ensinamentos, especialmente à Prof. Ms. Eliana Melcher Martins, pelo carinho e dedicação aos alunos, e principalmente ao ato de ensinar.

“As noites mais escuras mostram as estrelas mais brilhantes”

Autor desconhecido

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo entender a interface entre neurociências e os transtornos de ansiedade. O objetivo é passar o conhecimento desta dinâmica aos profissionais da saúde, pacientes e público em geral. A metodologia utilizada foi de revisão bibliográfica em artigos científicos nas bases Scielo e Google Acadêmico, além de sites na internet. Com esta pesquisa, pode-se concluir que os quadros de ansiedade produzem alterações cerebrais importantes, principalmente na neurotransmissão dos neurônios e na atividade de algumas glândulas endócrinas, produzindo alterações cognitivas e comportamentais que podem ser revertidas através do uso de medicações específicas e terapia cognitivo-comportamental. Com a utilização de ferramentas específicas, como a regulação emocional e outras técnicas da TCC, o indivíduo terá melhor aporte emocional, mudando a forma de pensar, sentir e se comportar, melhorando assim sua resiliência e por consequência mantendo sua atividade cerebral em homeostase, o que gera a remissão dos sintomas de ansiedade.

Palavras chave: TCC, Terapia Cognitivo-Comportamental, Ansiedade, Neurociências, Neuroanatomia, Regulação Emocional, Restruturação Cognitiva.

ABSTRACT

The present work aims to understand the interface between neurosciences and anxiety disorders. The goal is to pass the knowledge of this dynamic to health professionals, patients and the general public. The methodology used was a bibliographical review in scientific articles in Scielo and Google academic bases, in addition to websites. With this research, it can be concluded that anxiety disorders produce important brain alterations, mainly in neurotransmission of the neurons and in the activity of some endocrine glands, producing cognitive and behavioral alterations that can be reversed through the use of specific medications and cognitive- Behavioral. With the use of specific tools, such as emotional regulation and other Cognitive behavioral therapy techniques, the individual will have a better emotional input, changing the way they think, feel and behave, this improving their resilience and consequently maintaining their brain activity in homeostasis, which generates the remission of anxiety symptoms.

Key words: CBT, Cognitive-Behavioral Therapy, Anxiety, Neuroscience, Neuroanatomy, Emotional Regulation, Cognitive Restructuring.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO GERAL	11
3 MATERIAL E MÉTODOS	12
4 RESULTADOS	13
4.1 Transtornos de Ansiedade – Tipos	14
4.2 Bases Neurobiológicas da Ansiedade	16
4.3 Neurotransmissores da Ansiedade	17
4.4 Tratamento medicamentoso para a Ansiedade	18
4.5 Tratamento Psicoterápico para a Ansiedade – Uma visão geral do modelo Cognitivo	19
4.5.1 Pensamentos automáticos referentes à ameaça	21
4.5.2 Erros cognitivos frequentes na ansiedade	21
4.5.3 Estudos da Regulação Emocional e técnicas Cognitivo-Comportamentais	21
5 DISCUSSÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

É incontestável a importância dos estudos da neurociência para entendermos como funcionam as alterações neurobiológicas nos quadros de transtornos de ansiedade.

A interface da Neurociência e a Terapia Cognitivo-Comportamental, mostra como estas duas ciências se cruzam, trazendo conhecimento e informações extremamente importantes, tanto para os neurocientistas, os profissionais da área da saúde e também para os próprios pacientes. Facilitando o entendimento da doença, as alterações cerebrais ocorridas e suas consequências no comportamento, podemos melhorar a instrumentalização e a eficácia do paciente frente às demandas de seu tratamento, buscando a remissão dos sintomas.

Os transtornos ansiosos são um grande problema na sociedade atual, acarretando inclusive várias comorbidades. Por isso, o conhecimento de como eles ocorrem, e quais são as formas de combatê-los através de estratégias específicas e reestruturação cognitiva, são de extrema utilidade para a população em geral, em prol de uma melhor qualidade de vida.

Esse trabalho trará uma visão geral sobre os transtornos de ansiedade e a interface entre os aspectos neurobiológicos e a terapia cognitivo-comportamental.

2 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho pretende entender a interface entre a Neurociência e a Terapia Cognitivo-Comportamental, mais especificamente como as funções cerebrais são alteradas nos transtornos ansiosos e como podem voltar à homeostase através da reestruturação cognitiva, que pode ser alcançada com a utilização das técnicas da TCC e a utilização de medicação quando necessário.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Por ser um trabalho de revisão bibliográfica, o método de pesquisa é explicativo. Foram utilizados neste estudo: revisão bibliográfica em artigos científicos nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico, livros publicados, além de sites da internet.

O critério de seleção dos artigos e capítulos foi realizado pela relevância dos autores e pela didática do texto. O critério de exclusão foi o de pesquisas referentes a um público específico, como usuários de substâncias ou indivíduos com patologias diversas que não sejam somente transtornos de ansiedade.

4 RESULTADOS

Para explorarmos o tema deste trabalho, vamos entender a diferença entre medo e ansiedade. O medo e a ansiedade são reações geradas diante uma sensação de perigo iminente. A ansiedade é uma emoção que surge mesmo sem um estímulo externo, e o medo geralmente é derivado das reações comportamentais de fuga ou esquiva. Quando não tratado, o medo se transforma em ansiedade (KONKIEWITZ et al., 2010).

Para aprofundarmos os termos:

O MEDO: geralmente surge por um estímulo aversivo, onde o sujeito emitirá uma resposta de estresse. Essa relação de estímulo e resposta pode ser reforçada ou extinta pela própria experiência (TELES, 2015).

ANSIEDADE NORMAL: É um sentimento de receio, onde os pensamentos e as emoções produzem alterações corporais desconfortáveis, tais como taquicardia, dilatação das pupilas, tremores e sudorese. A ansiedade normal geralmente é manifestada por uma situação específica, e o grau de prejuízo é proporcional ao risco ao qual o indivíduo está exposto. A ansiedade normal é de grande utilidade para motivar o indivíduo a tomar decisões e a se preparar para lutar ou fugir quando necessário (TELES, 2015).

ANSIEDADE PATOLÓGICA: Segundo TELES (2015), a ansiedade torna-se doença quando a resposta às situações de risco é desproporcional ao risco envolvido e pode tornar-se crônico.

A Ansiedade patológica prejudica a percepção da realidade e da avaliação do risco real, o que pode impactar negativamente o indivíduo nas tomadas de decisões. A ansiedade crônica geralmente causa sérios prejuízos sociais e pessoais aos indivíduos, pois este pode passar a isolar-se e a evitar situações onde o risco seja iminente a seu ver (TELES, 2015).

A maior característica dos transtornos de ansiedade é a resposta de estresse, que é emitida de forma inadequada e exagerada pelo sistema nervoso central (SNC) (TELES, 2015).

Estudos mostram que existe uma predisposição genética para alguns transtornos de ansiedade, apesar de os genes específicos ainda não terem sido identificados. Outros

transtornos de ansiedade estão ligados a eventos estressantes e traumatizantes sofridos pelo indivíduo, mas o que desencadeia a doença são os fatores ambientais (KONKIEWITZ et al., 2010).

O estilo de vida do indivíduo, os ambientes em que vive, o tipo de criação, a presença de traumas e grandes estresses, podem transformar a ansiedade normal em patológica. (TELES, 2015).

Em termos cognitivos, segundo Beck, o medo é uma emoção primária diante do perigo, e a ansiedade é a resposta cognitiva ao medo (CLARK et al., 2012).

4.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE - TIPOS

TAG TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Os indivíduos com TAG apresentam sintomas de medo excessivo, preocupações exageradas, sintomas de morte ou perda do controle, que geralmente são irracionais a respeito de diversas situações. Estes indivíduos estão constantemente nervosos, agitados, preocupados e tem grande dificuldade em relaxar, por isso se cansam facilmente e sentem-se frequentemente esgotados (TELES, 2015).

Os indivíduos com TAG têm dificuldades em se concentrar, tendem a ser mais irritadiços e geralmente apresentam distúrbios do sono. Apresentam também queixas somáticas como palidez, sudorese, tensão muscular e hipervigilância (TELES, 2015).

TRANSTORNO DE PÂNICO

Os indivíduos apresentam constantes episódios de pânico, com sensações de medo e desconforto, com a presença de vários e intensos sintomas físicos e emocionais. As manifestações clínicas e psíquicas ocorrem de forma intensa e inesperada, e tem seu auge em média 10 minutos após seu início (KONKIEWITZ et al., 2010).

Os sintomas físicos mais comuns são: palpitação, taquicardia, calafrios ou ondas de calor, parestesias (dormência ou formigamento nos membros), falta de ar, tremores, sudorese, dor ou desconforto no peito, sensação de desmaio, tontura, cefaleia, mal-estar abdominal, náuseas, diarreia, entre outros sintomas (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

Sintomas psíquicos: medo de morrer, medo de perder o controle ou enlouquecer, desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se distante da própria pessoa) (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

O transtorno de pânico é marcado pela característica se ser intenso e totalmente inesperado, justamente por isso causa muitos prejuízos aos indivíduos, pois este vive com medo de que novo ataque possa ocorrer a qualquer momento, e este medo pode acabar desencadeando os sintomas novamente (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

AGORAFOBIA

É relacionada geralmente ao medo de situações que envolvam pessoas, onde pode ocorrer o risco real ou imaginário de não conseguir escapar da multidão, ou não ser socorrido caso precise. Em geral, estes pacientes passam a evitar situações onde possa correr qualquer risco real ou imaginário envolvendo outras pessoas (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

TOC (TRANSTORNO OBSESSIVO – COMPULSIVO)

Obsessões são pensamentos ou imagens recorrentes e persistentes, que invadem os pensamentos de forma inesperada e pode causar ansiedade ou angústia. São temas diversos como: pensamentos de contaminação com germes ou fluídos corpóreos, ideias ou medos de causar mal a alguém, além de impulsos violentos ou sexuais (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

Compulsão são comportamentos repetitivos, os quais o indivíduo não consegue evitar, tais como lavar as mãos, fazer verificações como contar, ou repetir palavras silenciosamente. O paciente sente-se obrigado a executar as tarefas em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas e para ele imutáveis. Os comportamentos têm como objetivo diminuir a angústia e ansiedade de que algo ruim vai acontecer caso ele não siga às regras. Entretanto esses comportamentos não estão ligados de maneira real à necessidade do ato em si, pois ele é exagerado e descabido. O indivíduo percebe que as obsessões ou compulsões são inapropriadas e angustiantes, pois interferem e causam prejuízo na rotina de várias esferas da vida do indivíduo (KONKIEWITZ et al., 2010) (TELES, 2015).

ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

Quando o indivíduo é exposto a situações traumáticas e dolorosas como morte ou qualquer tipo de ameaça, isso gera resposta de intenso medo, fragilidade e pavor de que esse

evento possa a ser revivido. Os pensamentos ou imagens retornam como recordações angustiantes, que simplesmente invadem o pensamento sem nenhum planejamento. O medo de sofrer novamente o evento traumático causa intensa angústia e reatividade fisiológica, por qualquer lembrança ou possibilidade do evento voltar a acontecer (KONKIEWITZ et al., 2010).

FOBIAS ESPECÍFICAS

Fobia específica é um temor forte e muitas vezes irracional, que tem relação à um objeto ou à uma situação temida em específico. A exposição ao estímulo evoca uma resposta ansiosa irracional. As fobias específicas diferem dos medos de infância por serem excessivas e totalmente desadaptativas (KONKIEWITZ et al., 2010).

FOBIA SOCIAL

É o medo intenso e repetido de situações onde o indivíduo teme estar exposto à crítica e opinião das outras pessoas. Estes indivíduos temem também serem humilhados ou passar por situações vexatórias em público (KONKIEWITZ et al., 2010).

ANSIEDADE ORGÂNICA

Refere-se à abstinência de substâncias ou medicamentos, ou ainda alterações hormonais, como o hipertireoidismo.

4.2 BASES NEUROBIOLÓGICAS DA ANSIEDADE

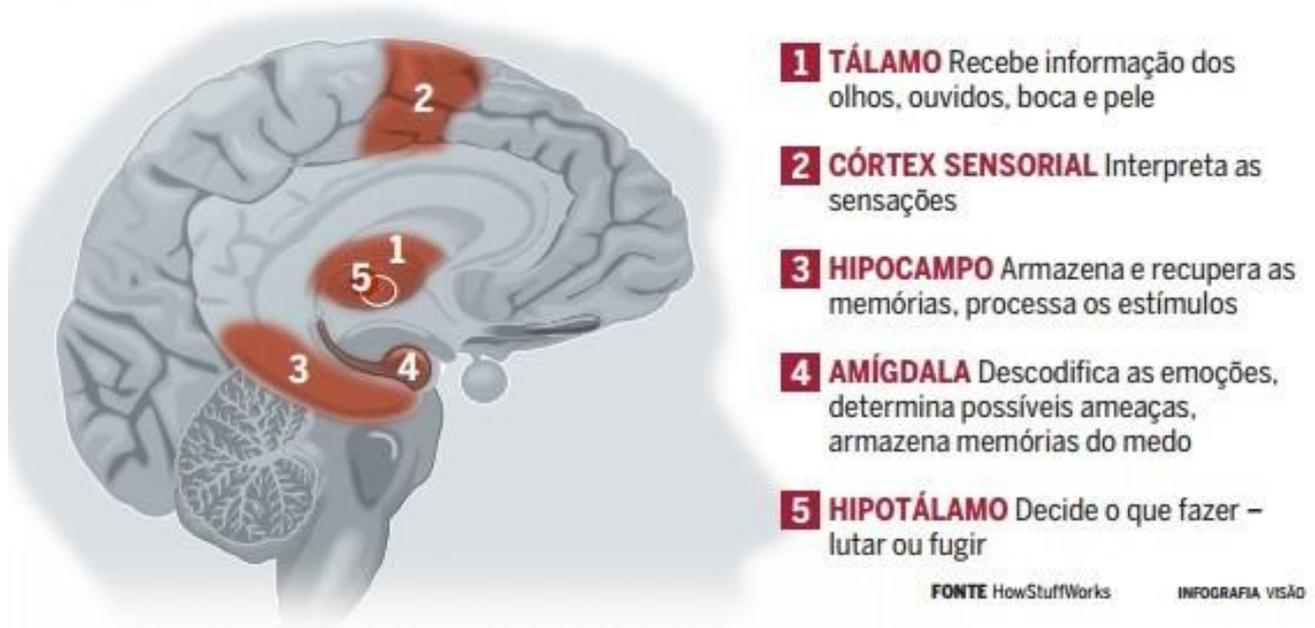
Segundo KONKIEWITZ et al., (2010), os comportamentos de fuga e esquiva aumentam o estado de vigilância e alerta pela ativação da divisão simpática do sistema nervoso central, com a liberação de cortisol pelas glândulas adrenais.

O cortisol é liberado na corrente sanguínea pela glândula adrenal em resposta a um aumento do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Quando o núcleo central da amígdala é ativado, interfere no eixo HPA (eixo hipotálamo-pituitária-adrenal), emitindo uma resposta de estresse, e quando esse funcionamento é ativado de forma aumentada, podem aparecer os transtornos de ansiedade (KONKIWITZ et al, 2010).

O excesso de cortisol em períodos contínuos ou de estresse crônico, podem levar a morte os neurônios do hipocampo, causando mau funcionamento de suas funções, principalmente da memória (KONKIEWITZ et al, 2010).

“A atividade elevada do córtex pré-frontal, também tem sido relatada nos transtornos de ansiedade. Em resumo, a amígdala e o hipocampo regulam o sistema HPA e a resposta do estresse de uma maneira coordenada, tanto com a hiperatividade da amígdala, relacionada a memórias inconscientes estabelecidas por mecanismos de condicionamento, como pelo medo com a diminuição da atividade do hipocampo, o qual participa no armazenamento de memórias conscientes durante uma situação de aprendizado traumático” (KONKIEWITZ et al, 2010).

O **medo** é uma reação em cadeia, envolvendo várias partes do cérebro



t al, 2010).

Figura 1. Áreas do cérebro envolvidas pelo medo

Fonte: <http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2013/01/o-que-e-o-medo.html>

A extinção do medo envolve interação entre áreas cerebrais corticais e subcorticais, na interação entre o córtex pré-frontal e amígdala. A ansiedade não está somente ligada ao aumento da atividade da amígdala, mas também a menor eficiência do córtex pré-frontal (MOCAIBER, et al. 2008).

4.3 NEUROTRANSMISSORES DA ANSIEDADE

SEROTONINA 5HT: É o neurotransmissor mais conhecido e também de grande importância nos estudos da ansiedade, pois quando ocorre o bloqueio de seus receptores e de sua síntese, os sintomas ansiosos aparecem.

“A serotonina exerce um duplo papel na regulação da ansiedade: age como ansiogênico na amígdala e ansiolítico na matéria cinzenta periaquedutal dorsal (MCPD). Os inibidores de recaptção da serotonina (ISRSs), prolongam a ação da serotonina liberada em seus receptores, inibindo sua recaptção” (KONKIEWITZ et al, 2010).

GABA (ácido gama butírico): Este neurotransmissor age inibindo o SNC, sua principal característica é a de que sua ação é melhorada pela ação dos ansiolíticos (KONKIEWITZ et al, 2010).

“O efeito de ação ansiolítica do GABA, parece consistir em reduzir o funcionamento de grupos neuronais do sistema límbico, inclusive a amígdala e o hipocampo, que são responsáveis pela integração de reações de defesa contra ameaças de dano ou perda, ou ainda por medo de situações novas” (KONKIEWITZ et al, 2010).

4.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA A ANSIEDADE

Segundo TELES (2015), o tratamento medicamentoso é muito eficaz nos quadros de ansiedade, pois atuam na estabilização e prevenção do quadro. Existem medicamentos que trazem efeitos a médio e longo prazo e também os medicamentos de efeito imediato, que podem ser utilizados quando a crise se instala com o objetivo de eliminá-la. As drogas são utilizadas para alterar e melhorar a transmissão sináptica.

Os três principais medicamentos para transtornos de ansiedade são:

1) ISRS: Inibidores de recaptção da serotonina: drogas que atuam na recaptção do neurotransmissor serotonina, fazendo que uma quantidade maior desse neurotransmissor fique disponível na fenda sináptica, diminuindo sua recaptção. Com uma maior quantidade desse neurotransmissor disponível, menor o nível de ansiedade (MORENO et al, 1999).

2) BZDs: benzodiazepínicos: Atuam na recaptção do neurotransmissor GABA promovendo efeito sedativo. Da mesma forma de atuação dos ISRS, os BZDs atuam diminuindo a recaptção de GABA na fenda sináptica, diminuindo a atividade cerebral. Quanto maior a disponibilidade desse neurotransmissor, menor será a resposta de estresse. (ANDREATINI et al, 201100) (KONKIEWITZ et al, 2010).

3) Antidepressivos tricíclicos: Medicamentos que também agem na recaptção da serotonina, assim como os ISRS, porém são drogas de segunda escolha por produzirem efeitos colaterais mais fortes que os ISRS (MORENO et al, 1999).

Melhores aliados no tratamento

Os medicamentos geralmente trazem bons resultados, mas sua ação varia de acordo com o paciente. Por isso, mesmo a escolha de substâncias dentro da mesma classe de medicamentos pode envolver diversas trocas. Conheça as principais classes de ansiolíticos e como elas atuam no organismo:

FÁRMACO	AÇÃO
BENZODIAZEPÍNICOS	São medicamentos que atuam em ação com o neurotransmissor GABA, produzido em menor quantidade durante a ansiedade. Entram nessa categoria substâncias como: alprazolam, clonazepam e diazepam. Como efeitos colaterais, eles podem causar como reações: distúrbios cognitivos, como dificuldade de concentração, amnésia, disfunção sexual, disfunção psicomotora, e toxicidade comportamental, como irritabilidade, agressividade, desinibição
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA	Atuam direto nesse hormônio e neurotransmissor, fazendo com que ele fique mais disponível para as sinapses nervosas, melhorando então os sintomas da ansiedade. Mas podem causar sonolência, insônia, ganho de peso, disfunção sexual, boca seca, constipação, piora dos sintomas no início do tratamento, bruxismo, acatisia, movimentos involuntários, náusea, diarreia e sudorese
ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	Eles são usados também na depressão e fazem com que alguns neurotransmissores, como a serotonina, fiquem mais disponíveis para sinapses. Entre os efeitos colaterais temos efeitos anticolinérgicos, boca seca, constipação, dificuldade de concentração, perturbação da memória, taquicardia, palpitações, constipação, visão turva, retenção urinária, instabilidade motora, ganho de peso, disfunção sexual, e efeitos cardiovasculares

Fonte: Projeto Diretrizes – Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento e psiquiatra Pêrsio Ribeiro Gomes de Deus

Figura 3. Principais classes de ansiolíticos

Fonte: <http://www.lersaude.com.br/ansiedade-solucoes-para-aliviar-o-estresse-e-o-panico/>

Os medicamentos geralmente devem ser mantidos por um período igual ou superior a seis meses para evitar recaídas.

4.5 TRATAMENTO PSICOTERÁPICO PARA A ANSIEDADE: VISÃO GERAL DO MODELO COGNITIVO

De acordo com o fundamento da TCC “A forma como pensamos afeta a forma como nos sentimos”, mas os indivíduos frequentemente não reconhecem como os pensamentos afetam seu humor (CLARK et al., 2012).

Através da experiência intensa e incontrolável de excitação emocional presente na ansiedade aguda, é possível entender o porquê os indivíduos que sofrem de transtornos de

ansiedade não percebem sua base cognitiva. No auge da ansiedade, os sintomas físicos tornam-se pungentes, e por isso a cognição é deixada em segundo plano (CLARK et al., 2012).



Figura 4. Modelo Cognitivo da ansiedade

Fonte: <http://www.universitario.com.br/noticias/n.php?i=12265>

A perspectiva cognitiva sobre ansiedade concentra-se no conceito de vulnerabilidade.

BECK et al., (1985), definiram vulnerabilidade como:

“A percepção de uma pessoa sobre si mesma, como sujeita a perigos internos e externos sobre os quais ela não tem controle ou ele é insuficiente para permitir-lhe um senso de segurança. Nas síndromes clínicas, o senso de vulnerabilidade é ampliado por certos processos cognitivos disfuncionais” (CLARK et al., 2012).

O senso de extrema vulnerabilidade que ocorre durante a ansiedade, é evidente nas avaliações tendenciosas e exageradas do indivíduo sobre possíveis danos pessoais em resposta a sinais neutros ou de perigo que não são justificáveis. Em contrapartida, os indivíduos ansiosos podem não se atentar aos aspectos de segurança de situações ameaçadoras, e apresentam tendência a subestimar sua capacidade de enfrentar situações de perigo (BECK et al., 1985).

BECK E GRIMBERG (1988), apontam que a percepção de perigo “dispara um sistema de alarme”, alterando os processos comportamentais fisiológicos e cognitivos primitivos, que são inatos para nos proteger de danos e perigos físicos.

4.5.1 PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS REFERENTES À AMEAÇA

Os indivíduos ansiosos têm pensamentos recorrentes relacionados ao perigo, e seu processamento cognitivo refere-se à vulnerabilidade. Estes indivíduos tendem a supervalorizar o perigo, a desvalorizar ou até mesmo não levar em conta que tem recursos pessoais para lidar com as situações entendidas por ele como perigosas (MOCAIBER et al., 2008).

A ativação do modo de ameaça “primitivo” é um sistema relativamente automático, involuntário e reflexivo para lidar com questões básicas de sobrevivência. O processamento cognitivo então, torna-se muito seletivo, envolvendo a amplificação da ameaça e a diminuição de sinais de segurança (CLARK et al., 2012).

4.5.2 ERROS COGNITIVOS FREQUENTES NA ANSIEDADE

Na ansiedade, os erros cognitivos são apresentados como uma estatística exageradas da proximidade, probabilidade e do tamanho da gravidade da possível ameaça (CLARK et al., 2012). Alguns exemplos de erros comuns na ansiedade:

MINIMIZAÇÃO: subestima aspectos positivos de recursos pessoais e resiliência.

ABSTRAÇÃO: foco primário na fraqueza.

AMPLIFICAÇÃO: considera as falhas de um defeito sério.

CATASTROFIZAÇÃO: pensa que erro ou ameaça sempre tem consequências desastrosas.

4.5.3 ESTUDOS DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Segundo (LEAHY et al., 2013), desregulação emocional é a dificuldade e inabilidade de lidar ou processar as experiências emocionais. Ela pode manifestar-se tanto com intensificação, quanto com a desativação excessiva das emoções. A intensificação excessiva inclui o aumento da intensidade das emoções sentidas pelo indivíduo como indesejadas, intrusivas ou problemáticas. A desativação excessiva de emoções, inclui experiências dissociativas, cisão ou entorpecimento emocional em situações que seriam esperadas que estas emoções fossem sentidas de alguma forma, em alguma intensidade.

Para buscar a regulação emocional, são implementadas estratégias de enfrentamento adaptativas, balizadas por metas e propósitos valorizados pelo indivíduo, melhorando o conhecimento e o processamento de reações que estimulam a curto e longo prazo um funcionamento mais produtivo (LEAHY et al., 2013).

MULULO et al., (2009) indica que as principais técnicas comportamentais para conquistar a regulação emocional são:

- Exposição (EXP): Visa expor o paciente às situações ansiogênicas gradativamente por uma hierarquia, criada com o paciente até que a ansiedade naturalmente comece a diminuir (habituação). Pode ser feita por meio da imaginação ou ao vivo.
- Relaxamento aplicado (RA): Visa ajudar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade durante os eventos sociais. Ele aprende a detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraí-lo, produzindo uma resposta contrária à de ansiedade.
- Distração: Visa trabalhar a capacidade do indivíduo para a mudança do foco atencional no momento ansioso, a técnica deve priorizar atividades cotidianas, para reduzir a atenção para os estímulos aversivos que causam ansiedade (PORTO, 2008).
- Treino em habilidades sociais (THS): Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação, ensaio comportamental, feedback de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição.
- Treino em tarefa de concentração (TTC): Visa ajudar o paciente a direcionar sua atenção para a tarefa em execução e não para si mesmo, começando com situações menos ansiogênicas. Com isso, ele diminui sua percepção das alterações que a ansiedade provoca em seu corpo, quebrando o círculo vicioso de aumento de ansiedade que o autofoco provoca.

As estratégias para desenvolver a regulação emocional e posterior reestruturação cognitiva, contemplam além da psicoterapia, atividades como: exercícios físicos, relaxamento, distração temporária durante as crises, conectar emoções a valores maiores, substituir uma emoção por outra mais agradável, mindfulness, aceitação, atividades prazerosas, entre outras estratégias que ajudem o indivíduo a processar, lidar, reduzir, tolerar e aprender com suas emoções intensas (LEAHY et al., 2013).

Lidar com as experiências faz parte da regulação emocional, portanto, se o indivíduo lida melhor com suas emoções, diminuem-se as chances de suas emoções se exacerbarem. (LEAHY et al., 2013).

Segundo (MOCAIBER et al.,2008), é necessário que durante o tratamento, o paciente desafie seus pensamentos para reavaliar sua expectativa real de perigo. Para realizar esta avaliação, é utilizada a ferramenta de “exposição”, pois ela fortalece seu controle reduzindo o medo e aumentando sua percepção sobre sua resiliência. A memória do medo que até então era permanente, pode ser extinta pela eliminação emocional em si. A extinção do medo ocorre devido a interação entre as áreas cerebrais corticais e subcorticais, na interação entre o córtex pré-frontal e a amígdala, além da menor eficiência de modulação do pré-frontal sob esta.

A regulação emocional possibilita que o indivíduo module as emoções através dos mecanismos cognitivos, reduzindo assim a resposta de alerta fisiológico. Quando o indivíduo modifica sua forma de entender e perceber as situações, regula suas emoções e ocorre a reestruturação cognitiva (MOCAIBER., et al, 2008).

Outras ferramentas de extrema importância utilizada em todas as fases do tratamento são:

A aplicação dos inventários de Beck, pois eles avaliam o grau e intensidade da Ansiedade (BAI), assim como também possíveis comorbidades como depressão (BDI), risco de suicídio (BSI) e esperança em relação ao futuro (BHS). As aplicações constantes dos inventários de Beck, balizam e norteiam o tratamento, pois mostram os parâmetros de conduta, estratégias e eficácia do tratamento (BECK, 2001).

RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais) e o Questionamento Socrático, que vão além de registrar os pensamentos, os sentimentos e emoções que antecedem os comportamentos, questionando e desafiando estes pensamentos, com o objetivo de eliminar os erros cognitivos, e por consequência, a forma como o indivíduo interpreta os eventos, promovendo a regulação emocional e consequente reestruturação cognitiva (RANGÉ, 2001).

A reestruturação cognitiva busca reduzir a ansiedade antecipatória dos pacientes, uma vez que tem como objetivo buscar evidências para que o indivíduo possa avaliar se os pensamentos são compatíveis com a realidade. A falta de evidências que comprovem os pensamentos, possibilita a reavaliação da situação, o que promove mudanças na emoção do paciente (MOCAIBER et al., 2008).

Outras medidas importantes no tratamento da ansiedade são: a inclusão de atividades físicas regulares, alimentação balanceada evitando estimulantes e álcool, técnicas de relaxamento para evitar o estresse como respiração diafragmática e mindfulness, buscando o equilíbrio e melhora na qualidade de vida (TELES, 2015).

5 DISCUSSÃO

Os transtornos de ansiedade são alterações físicas e emocionais, que a depender do grau e da intensidade, podem tornar-se altamente incapacitantes e desencadear prejuízos pessoais e sociais nos indivíduos.

Estudos mostram que a ansiedade é a incapacidade de controlar o medo e a dificuldade de regular as emoções negativas.

Existem dois tipos de ansiedade, a ansiedade normal que é benéfica, pois através da ativação de áreas específicas no cérebro, prepara o indivíduo para lutar ou fugir de uma situação de risco ou para uma simples motivação em fazer algo.

Quando a ansiedade é patológica, os prejuízos no cotidiano do indivíduo são facilmente perceptíveis, pois este evita e foge de situações ou pensamentos onde o risco não é proporcional ao comportamento de medo emitido. Nestes momentos ocorrem os prejuízos de ordem pessoal, emocional e social, retroalimentando a sensação de fracasso e incapacidade perante o medo de sentir-se ansioso.

Os dois tipos de ansiedade causam alterações que desregulam o sistema nervoso central e autônomo do corpo, gerando sintomas físicos e emocionais. Na ansiedade normal esses sintomas são suportáveis, e na ansiedade patológica tornam-se temidos e incapacitantes.

Existem alguns estudos que mostram que os transtornos de ansiedade apresentam fundo genético, e que a doença pode ser desencadeada pela vivência de eventos estressantes da vida. Já outros tipos de ansiedade são desencadeadas somente por traumas ou eventos de grande significado emocional para o indivíduo.

Pesquisas em neurociências mostram que a principal estrutura cerebral envolvida nos transtornos de ansiedade é a amígdala, pois está diretamente ligada ao medo condicionado. Quando a amígdala é ativada, a glândula adrenal libera cortisol que é um hormônio secretado nas respostas de estresse, o excesso de cortisol na corrente sanguínea provoca a morte dos neurônios do hipocampo, causando principalmente falta de memória.

Os principais medicamentos utilizados nos transtornos de ansiedade são: os ISRS que atuam na recaptção da serotonina, diminuindo os sintomas de ansiedade, os benzodiazepínicos que atuam na recaptção do GABA, diminuindo os sintomas físicos através de sua ação sedativa e os antidepressivos tricíclicos, que agem como os ISRS, mas que por possuírem efeitos colaterais mais fortes, são medicamentos menos utilizados.

A TCC é altamente indicada para casos de ansiedade, por ter como principal característica a promoção de uma mudança de pensamento, de como a situação é percebida e quais as consequências desta na emoção do indivíduo e conseqüentemente no comportamento.

Através de técnicas específicas, a TCC promove a reestruturação cognitiva através da regulação emocional e a extinção do medo condicionado. A TCC instrumentaliza os indivíduos a reconhecerem sua fragilidade e seus pontos fortes. Melhora seu suporte cognitivo e emocional frente aos estímulos ansiosos, melhorando a consciência real do risco e aumentando a resiliência frente a eles.

As ferramentas de base da TCC (RPD, Questionamento Socrático, descoberta guiada e etc) são complementadas por ferramentas específicas. Dentre algumas ferramentas específicas utilizadas para promover a regulação emocional em pacientes com transtorno de ansiedade, podemos destacar: exposição, distração, relaxamento, treino de habilidades sociais (THS) e treino em tarefa de concentração (TTC).

Identificando os pensamentos automáticos disfuncionais através do RPD que é a ferramenta base da TCC, questiona-se o fundamento desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais), e a partir daí, constroem-se alternativas menos tendenciosas e padronizadas, buscando a instrumentalização do indivíduo, modificando a interpretação dos fatos, seus pensamentos automáticos e conseqüentemente suas emoções e comportamentos.

Durante a psicoterapia em TCC, o paciente é incentivado a desafiar os pensamentos, avaliando e reavaliando o perigo que lhe causa ansiedade.

Outras indicações muito importantes e que oferecem ótimos resultados são atividades físicas; pois melhoram os níveis de serotonina no cérebro diminuindo a ansiedade, evitar ingerir bebidas alcoólicas e estimulantes como café, envolver-se em atividades prazerosas, de lazer e relaxamento progressivo. Todas essas medidas também visam a melhora do quadro e remissão dos sintomas.

Com a melhora do quadro, o indivíduo passa a sentir-se mais confiante de que tem condições de enfrentar o medo, pois com a melhora de suas condições cognitivas, ele passa a reconhecer que o medo é desproporcional ao risco, aumentando a consciência de sua resiliência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade mostra-se como um grande problema de saúde pública, pois afeta grande parte da população e por muitas vezes torna-se altamente incapacitante, trazendo prejuízos físicos, emocionais e sociais aos portadores de transtornos de ansiedade.

Conhecemos dois tipos de ansiedade: a ansiedade normal, que não é incapacitante e é proporcional ao risco. Sabemos que a ansiedade normal é uma reação inata para o instinto de luta e fuga, preparando o indivíduo para lutar ou fugir caso necessário e até mesmo é funcional para as motivações do cotidiano. Quando a ansiedade é patológica, ela pode se tornar incapacitante, pois traz prejuízos em todas as esferas da vida do indivíduo.

Os transtornos de ansiedade são divididos em alguns subtipos, e dentro de cada um deles, existem suas particularidades no que diz respeito aos estímulos desencadeantes e ao tipo de tratamento.

Os transtornos de ansiedade promovem alterações cerebrais importantes, principalmente na amígdala e córtex pré-frontal, além da secreção do hormônio cortisol pela glândula pituitária, causando prejuízos nas sinapses do hipocampo, levando prejuízos também na memória.

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, existe uma gama de drogas no mercado que são utilizadas para remissão dos sintomas e que tem efeito a médio e longo prazo. Existem também outras drogas que tem como objetivo eliminar os sintomas no momento da crise, a administração da droga minimiza ou elimina os sintomas ansiosos, dando alívio e melhora imediata ao indivíduo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma das melhores e mais eficazes ferramentas psicoterápicas neste tratamento, pois age no cerne do problema, que são os pensamentos automáticos referentes ao medo e a ansiedade.

A TCC possui algumas ferramentas específicas para serem utilizadas na regulação emocional, tais como a exposição do indivíduo frente a sensação do medo, a distração, ou mudança do foco atencional no momento ansioso, treino de habilidades sociais entre outras ferramentas.

Com a reestruturação cognitiva através da regulação emocional, o indivíduo tem condições de enfrentar as situações de medo, pois consegue avaliar o risco real deste.

Quando modificamos a forma como vivenciamos, pensamos, interpretamos e sentimos as situações, nosso aporte cognitivo-comportamental melhora e nos dá condições muito superiores de enfrentamento das situações problema.

O manejo do tratamento do transtorno de ansiedade, de maneira geral, segue um protocolo medicamentoso e interdisciplinar, contemplando as especificidades de cada caso.

O tratamento ideal é aquele que contemple todas as necessidades do indivíduo, lançando mão das estratégias, ferramentas ou medicações necessárias para a melhora e remissão dos sintomas.

Com o tratamento, o indivíduo passa a vivenciar formas diferentes de pensar, sentir e se comportar, resgatando ou aprendendo formas de manter-se em homeostase emocional e cognitiva, melhorando sua resiliência frente aos medos e por consequência melhora sua qualidade vida e de enfrentamento, sendo assim, mantém em homeostase também seu funcionamento cerebral, pois este é um processo retroalimentado: quando o funcionamento cognitivo comportamental está ocorrendo de maneira homeostática, o funcionamento cerebral responde da mesma forma e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KONKIEWITZ, E. et al. Tópicos de neurociência clínica. Dourados, MS: Editora da UFGD, 2010

TELES, L. <http://www.leandroteles.com.br/blog/2015/09/04/saiba-mais-sobre-os-transtornos-de-ansiedade/>, 2015. Acessado em 07/07/2016

CLARK, D.; BECK, T. A. Terapia Cognitiva para os transtornos de ansiedade. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2012

PORTO, P. et al. Evidências científicas das neurociências para a terapia cognitivo-comportamental. <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a06.pdf>, 2008. Acessado em 27/06/2016

MOCAIBER, I. et al. Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo comportamental. Maringá, PR: Scielo, 2008
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300014.
Acessado em 02/04/2016

BECK, A. T.; GREENBERG, E. G.; Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective: New York: Basic Books, 1985

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475, 1988

LEAHY, R. et al. Regulação Emocional Em Psicoterapia: Um Guia Para O Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2013

ANDREATINI et al, *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 23(4):233-42. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras Curitiba, PR, 2001

MORENO, R. et al. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.21 s.1. Psicofarmacologia de antidepressivos. São Paulo, SP, 1999

MULULO, S.C.C. et al. Revista Psiquiatria Clínica. 2009;36(6):221-8.
<http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/17235/19246>. acessado em 24/09/2016

RANGÉ, B. Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos. Vol. 2. São Paulo, SP: Editoria Livro Pleno, 2001.

<http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2013/01/o-que-e-o-medo.html>. Acessado em 28/06/2016

http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf. Acessado em 01/07/2016

<http://www.lersaude.com.br/ansiedade-solucoes-para-aliviar-o-estresse-e-o-panico/>. Acessado em 01/07/2016

<http://www.universitario.com.br/noticias/n.php?i=12265>. Acessado em 01/07/2016

<http://www.casadopsicologo.com.br/escala-beck-manual.html#.WCRSJPorLIU>. Acessado em 15/07/2016

<http://www.uesb.br/eventos/farmacologiaclinasnc/TAG.pdf/>. Acessado em 15/05/2016

<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>. Acessado em 13/07/2016

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Elaine Giordano Arroio**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título “**TRANTORNOS DE ANSIEDADE: UMA VISÃO NEUROBIOLÓGICA E USO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA E REMISSÃO DOS SINTOMAS**”, isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, 16 de Novembro de 2016.

Elaine Giordano Arroio