

DEPRESSÃO E ANSIEDADE: UM OLHAR PSICOLÓGICO

Jéssica Oliveira Rua
Marcia Aparecida Rodrigues Santos

Resumo: A depressão e a ansiedade são distúrbios e representam uma boa parte das doenças mentais que afetam a humanidade, esses transtornos de humor geram angustia, apatia e desespero, provoca uma variação no estado de humor e das expressões afetivas, podendo prejudicar o convívio social. O objetivo deste trabalho bibliográfico é esclarecer alguns pontos a respeito da depressão e da ansiedade. Compreender as causas e consequências desses transtornos dentro da psicologia, focando na prevenção, diagnóstico e no tratamento. Para tanto foi realizada uma revisão de literatura sobre a temática em livros, artigos e trabalhos científicos, conceituais e experimentais.

Palavras-chave: Depressão, Ansiedade, Distúrbios.

Introdução:

A depressão e a ansiedade são transtornos de humor, e estão distribuídos por faixa etária: infância, adolescência e velhice, ambas se não forem tratadas podem permanecer por um longo período, desencadeando assim vários prejuízos à vida do ser humano. Pessoas com esses tipos de transtornos experimentam variações no estado de humor e das expressões afetivas. São males, que causam grandes sofrimentos. Gerando angustia, desespero, apatia e a dor que provoca é imensa. As doenças mentais proliferam devido a fatores sociais, biológicos e psicológicos. São respostas de doenças físicas graves, do trauma, de condições sociais adversas, como alta taxa de desemprego e pobreza entre outros. Esses episódios vêm aumentando gradativamente.

O objetivo deste trabalho bibliográfico é compreender as causas e consequências desses transtornos dentro de uma visão psicológica. Focando na prevenção, diagnóstico e no tratamento. Para tanto foi realizado uma revisão de literatura sobre a temática em livros, artigos e trabalhos científicos, conceituais e experimentais.

Este trabalho é importante pois vem esclarecer alguns pontos a respeito desses transtornos e permite ao leitor compreender o que vem a ser esses transtornos. Pois hoje em dia eles assumiram proporções gigantescas, talvez por haver muitos casos



diagnosticados como sendo depressão ou ansiedade, quando na verdade pode se tratar de outras situações, como uma simples tristeza confundida com uma perturbação de humor ou pela correria do dia a dia que faz com que as pessoas tenham que absorver informações rapidamente e são obrigadas a elimina-las da mesma forma que absorveram, não tendo tempo para refletir sobre a situação vivenciada e acabam definindo essas emoções como doentias.

Tendo em vista que a depressão e a ansiedade têm alguns sintomas parecidos e podem ser facilmente confundidos, daí a importância do profissional de psicologia, este vai ajudar a identificar e a tratar de forma adequada esses sintomas. Diante desses aspectos o profissional vai mostrar a importância do psicólogo na terapia, mostrando a sua visão profissional; compreendendo as causas e consequências desses transtornos e o seu processo dentro da psicologia e diferenciar depressão e ansiedade de melancolia ou uma simples tristeza.

Objetivos:

Geral:

Compreender as causas e consequências da ansiedade e da depressão dentro da psicologia, focando na prevenção e no tratamento.

Específicos:

Analisar através de pesquisas;

Entender o processo de depressão e ansiedade dentro da psicologia;

Citar principais sintomas;

A Presença da Ansiedade e Depressão:

A ansiedade é um aviso de que algo irá ocorrer. A pessoa sofre antecipadamente por algo: podendo ocorrer aceleração cardíaca e respiratória, sudorese, tremores, medo, entre outros sintomas. Isso ocorre principalmente quando o indivíduo está posto à prova de algo, como por exemplo: falar em público, fazer apresentações acadêmicas, ou seja,



quando seu desempenho está em julgamento. Tendo em vista que muitos indivíduos que sofrem de ansiedade evitam esse tipo de situação e acaba por afetar sua vida social.

Ansiedade é um sentimento desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto que é gerado no indivíduo que sofre esse tipo de transtorno. O medo passa a ser patológico em relação aos estímulos de sofrimentos causadores pela ansiedade, esses estímulos acabam sendo constantes e de longa duração e atrapalha o bem estar e vida social do indivíduo que muitas vezes acaba por se isolar para evitar esse tipo de situação desconfortável a si próprio.

A ansiedade afeta todas as faixas etárias e ambos os sexos e se não tratado pode acarretar outros tipos de transtornos como, por exemplo, a depressão. Muitas vezes esse tratamento pode ser acompanhado de medicamentos psicoativos para ajudar no desempenho do indivíduo e no seu grau de dificuldade. Pode haver também a necessidade de um psiquiatra, mas isso dependerá do grau de elevação de ansiedade do indivíduo e de sua necessidade a ser tratada. Diante disso é importante ressaltar algumas pontuações do DSM-5:

Critérios Diagnósticos 300.23 (F40.10)

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).

C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.



D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade. E o medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.

G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.

I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.

J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo. Especificar se: Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.

Já há depressão tem sido uma das perturbações psicológicas mais discutidas devido ao grande número de pessoas afetadas é uma doença que precisa ser tratada para isso vamos começar diferenciando tristeza de depressão, bem tristeza é algo normal que faz parte da vida de toda pessoa, a tristeza tem duração limitada, a pessoa pode ficar triste devido a um evento negativo que ocorreu em sua vida, já a depressão é uma doença bastante comum. Ela se manifesta com mais frequência em adultos, podendo ocorrer em qualquer faixa de idade, é mais frequente em mulheres. É importante que as pessoas saibam reconhecer a depressão para poder buscar ajuda.

Os principais sintomas são: tristeza profunda e duradoura, perda de interesse ou prazer em atividades que antes eram apreciadas, sensação de vazio, falta de energia, apatia, desânimo, falta de vontade para realizar tarefas, perda da esperança, pensamentos negativos, pessimistas, de culpa ou autodesvalorização. A pessoa pode ter dificuldade em conciliar o sono, perda do apetite, ansiedade e queixas físicas vagas. Em casos graves pode ocorrer ideias de morte e suicídio. A gravidade dos sintomas permite



determinar três graus de episódio depressivo: leve, moderado e grave. A depressão é uma doença recorrente podendo repetir de tempos, em tempos.

Segundo BECK, ALFORD (2011) a depressão é um transtorno grave que pode comprometer toda a vida familiar e social do paciente, pois destrói famílias, carreiras e relacionamentos. Sendo assim, os autores ESTEVES, GALVAN (2006) observam que preconceitos e estigmas existentes em relação a ter uma doença mental só podem ser suplantados com o conhecimento e a informação para o paciente, a família e a sociedade.

O diagnóstico da depressão perpassa por várias etapas: anamnese, exame psiquiátrico, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos e exames laboratoriais. A depressão tem causas desconhecidas porem fatores genéticos, psicológicos e ambientais podem estar envolvidos em sua origem e evolução. Com relação ao diagnóstico, BECK, ALFORD (2011) apontam que pelos sintomas apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor, insônia, fadiga e outros podem facilitar o diagnóstico, assim como também um bom conhecimento teórico da patologia.

A depressão é um afeto que aparece no momento em que o sujeito evita sua própria determinação inconsciente, cede de seu desejo, abre mão dele, não quer saber daquilo que o determina. Na depressão o eu para não correr o risco de se deparar com a castração, entristece sendo a tristeza o afeto da depressão, qual seja, uma baixa de energia psíquica, há uma perda da libido, que implica em perda de prazer, marcado pela disjunção entre o sujeito e o prazer da libido.

Para FREUD (1926/1925, p. 94), a depressão é uma inibição generalizada, ou seja, “limitações das funções do eu, fugas por precaução ou por empobrecimento de energia”. A depressão pode ser associada à inibição, já que tanto a depressão quanto inibição são geradas pelo eu.

O tratamento da depressão busca reduzir o sofrimento psíquico causado por este mal. Em tratamento o paciente diminui o risco de suicídio, melhora o estado geral e garante a qualidade de vida. No tratamento também pode incluir psicoterapia individual, terapia de grupo e psicofarmacoterapia. Os autores SILVA, SOUZA, MOREIRA E GENESTRA (2003) alertam que a depressão não tratada coloca em risco a vida do paciente e eleva o sofrimento. Por isso, o tratamento medicamentoso, na opinião dos autores, constitui o primordial da intervenção terapêutica para reduzir a duração e a intensidade dos



sintomas atuais e prevenção de recidiva. O tipo de abordagem terapêutica utilizado vai depender da precisão diagnóstica e dos riscos inerentes a cada cliente. Diante disso o DSM-5 nos trás algumas pontuações importantes:

Critérios Diagnósticos 296.99 (F34.8)

A. Explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem (p. ex., violência verbal) e/ ou pelo comportamento (p. ex., agressão física a pessoas ou propriedade) que são consideravelmente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação.

B. As explosões de raiva são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.

C. As explosões de raiva ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana.

D. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outras pessoas (p. ex., pais, professores, pares).

E. Os Critérios A-D estão presentes por 12 meses ou mais. Durante esse tempo, o indivíduo não teve um período que durou três ou mais meses consecutivos sem todos os sintomas dos Critérios A-D.

F. Os Critérios A e D estão presentes em pelo menos dois de três ambientes (p. ex., em casa, na escola, com os pares) e são graves em pelo menos um deles.

G. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou após os 18 anos de idade.

H. Por relato ou observação, a idade de início dos Critérios A-E é antes dos 10 anos.

I. Nunca houve um período distinto durando mais de um dia durante o qual foram satisfeitos todos os critérios de sintomas, exceto a duração, para um episódio maníaco ou hipomaníaco.

Nota: Uma elevação do humor apropriada para o desenvolvimento, como a que ocorre no contexto de um evento altamente positivo ou de sua antecipação, não deve ser considerada como um sintoma de mania ou hipomaníaca.



J. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de transtorno depressivo maior e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do espectro autista, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação, transtorno depressivo persistente [destemia]).

Nota: Este diagnóstico não pode coexistir com transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente ou transtorno bipolar, embora possa coexistir com outros, incluindo transtorno depressivo maior, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno da conduta e transtornos por uso de substância. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno de oposição desafiante devem somente receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Se um indivíduo já experimentou um episódio maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser atribuído.

K. Os sintomas não são consequência dos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica ou neurológica

O Agir Terapêutico do Psicológico:

Sendo que a depressão começa silenciosamente o indivíduo vai perdendo gradualmente a sua libido e começa a se isolar, tem choro e tristeza constante perde, o apetite interesse pelas coisas e pessoas, etc. diante isso pode também haver certa ansiedade em indivíduos com depressão acarretando ainda mais seu grau de doença mental.

Diante dessa proporção é importante que o profissional seja cauteloso pois, cada indivíduo tem sua individualidade que o identifica e o faz um ser único, sendo que cada um internaliza de maneira diferente, e a maneira como isso ocorre é fundamental para a evolução do tratamento terapêutico.

A maneira de se trabalhar e como isso ocorre depende essencialmente do paciente, pois tudo é no tempo dele. Existem testes psicológicos que ajudaram na pontuação de qual o foco real do problema e onde é preciso ser trabalhado primeiro. É fundamental que haja um vínculo muito bom com esse indivíduo para que se flua a



terapia e que ele tenha compreensão de que o psicólogo está ali para ajudá-lo e não julgá-lo.

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis fatores desencadeantes (ex. crise conjugal, perda por morte ou separação, doença na família e nascimento de irmãos) e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, levar em conta o temperamento da criança (ex. presença de comportamento inibido), o tipo de apego que ela tem com seus pais (ex. seguro ou não) e o estilo de cuidados paternos destes (ex. presença de superproteção), além dos fatores implicados na etiologia dessas patologias. Também deve ser avaliada a presença de comorbidade. Castillo, et al; 2000.

De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia dinâmica, uso de psicofármacos e intervenções familiares. Castillo, et al; 2000.

Diante desses aspectos é importante que o indivíduo tenha interesse na terapia mesmo que de início seja mínima; pois se não obter esse interesse pode dificultar e minimizar as chances de melhoria desse paciente, também é importante o apoio moral de familiares e amigos deste indivíduo durante o tratamento terapêutico.

Conclusão:

A finalidade deste estudo é mostrar para as pessoas a importância de se prevenirem contra a depressão, pois este é um transtorno aparentemente fácil de ser tratado, mas que quando analisado e estudado mais a fundo é que pode ser visto a sua real complexidade. Este transtorno destrói famílias, faz com que as pessoas se sintam inseguras e desmotivadas perdendo a vontade de viver, de trabalhar a pessoa se sente um fraco diante de si e da sociedade pois sente medo de assumir que está com depressão e buscar ajuda de um profissional. O depressivo é um carrasco de si próprio, ele vive um processo de autopunição. A pessoa depressiva fica vulnerável pois seu sistema imunológico também é afetado perdendo a eficácia, por isso é importante que a pessoa tenha total conhecimento da situação vivenciada, e predisposição para uma melhor qualidade de vida.



Referencias

Batista, Marcos Antonio, and Sandra Maria da Silva Sales Oliveira. "Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes." *Psic: Revista da Vetor Editora* 6.2 (2005): 43-50. Retirado do Site:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006

Em 13/04/2017.

BECK, AT; ALFORD, B. A. **Depressão causas e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Retirado do Site:

<https://psicologado.com>Abordagens>Psicanális>

Em 13/04/2017.

Castillo, Ana Regina GL, et al. "Transtornos de ansiedade." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22 (2000): 20-

23. Retirado do site: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4446200000600006&script=sci_arttext

Em 14/04/2017.

ESTEVE, F, C; GALVAN, A.L. **Depressão numa contextualização contemporânea**. Revista Atletheia, n.24,p. 127-135, jul./dez.2006.

Retirado do site: <https://psicologado.com>Abordagens>Psicanálise>

Em 13/04/2017.

FREUD, S. "Inibições, sintomas e angústias" (1926/1925). ESB, V.XX

Retirado do Site: www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a07.pdf

Em 13/04/2017.

Manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais: DSM-5/ (American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Correia Nascimento... et al.); revisão técnica: Aristides Volpato Cordivli... (et al)-5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Nardi, Antônio Egídio. "Transtorno de ansiedade social." *Fobia Social-A Timidez Patológica*. Rio de Janeiro: MEDSI (2000). Retirado do site:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5106&fase=imprime

Em: 17/04/2017.

Oliveira, Maria Aparecida de, and Angela Maria Menezes Duarte. "Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais." *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 6.2 (2004): 183 – 200. Retirado do site:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200005

Em 18/04/2017.

Osório, F. de L., JA de S. Crippa, and Sonia Regina Loureiro. "Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social." *Rev Psiq Clín* 32 (2005): 73-83. Retirado do site:

<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n2/a03v32n2>

Em 18/04/2017.

Dos autores

Acadêmica de Psicologia cursando 9º período na Unifimes.

Acadêmica de Psicologia cursando 9º período na Unifimes.

