

COLÉGIO OFÉLIA FONSECA

MELISSA SIMAS RAMOS MARQUES

ANSIEDADE SEGUNDO A PSICANÁLISE: ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

São Paulo

2018

MELISSA SIMAS RAMOS MARQUES

ANSIEDADE SEGUNDO A PSICANÁLISE: ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada como requisito para a aprovação na disciplina Metodologia de Trabalho de Conclusão de Curso, ministrada na 3ª série do Ensino Médio, sob a orientação de Carolina A. Bello Sandoval.

São Paulo

2018

Aos meus pais por todo o apoio e incentivo
que eles sempre me deram para eu ser a
melhor versão de mim.

AGRADECIMENTOS

À professora Carolina que me ajudou sempre que eu precisei durante esse processo, à professora Márcia que deu a base que eu precisei para escrever meu trabalho e aos meus pais e amigos que me ouviram reclamar e chorar quando eu não conseguia escrever e me ajudaram a manter o foco quando eu queria desistir.

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade é um distúrbio psicológico crônico causado pelo sentimento de apreensão ou medo. É uma condição extremamente comum e são diagnosticados anualmente, no Brasil, cerca de 2 milhões de casos. Muitas vezes, desencadeia sintomas físicos como palpitações e tontura. Há diversos tipos de Transtorno de Ansiedade, sendo o mais comum e o mais explorado neste trabalho o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). A pressão pré-vestibular é um dos grandes causadores da ansiedade em adolescentes na sociedade contemporânea. O diagnóstico é feito por psicólogos e psiquiatras, que avaliam as condições do paciente e como ele reage e se sente quando apresentado a certas situações. O tratamento é feito a partir de terapia e, dependendo do caso, medicamentos.

Palavras chave: **Transtorno de ansiedade – Ansiedade na adolescência – Pressão - Diagnóstico – Tratamento**

SUMÁRIO

Introdução.....	6
1- A ansiedade.....	8
1.1- Tipos de ansiedade.....	9
2- Ansiedade na adolescência.....	15
2.1- O conceito de adolescência.....	15
2.2- Pressão Escolar.....	17
3- Tratamento.....	21
3.1- Entrevista com a psicanalista Margaret Marques.....	23
4- Conclusão.....	25
Referências bibliográficas.....	26

INTRODUÇÃO

Relatos e descrições clínicas mostram que os sintomas da ansiedade existem desde séculos antes de Cristo. Porém, foi só no século XIX que a ansiedade começou realmente a ser estudada por médicos e passou a ser considerada um quadro patológico específico.

A primeira pessoa a descrever essa patologia como uma disfunção da atividade mental foi Augustin-Jacob Landré-Beuvais, em 1813; ele a descreveu como uma “síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas”. Foi relacionada com as enfermidades, em 1844, por Jean Baptiste Félix Descurate em seu livro “A medicina das paixões”. Além disso, em 1850, Otto Domrich descreveu pela primeira vez o que hoje conhecemos como transtorno de pânico. Diante disso, novos casos de pânico foram relatados por Jacob Mendes da Costa em 1871, chamando-o de “síndrome do coração irritável”. E em 1880, Karl Westphal relatou os sintomas de fobias específicas e de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (LANDEIRA-FERNANDEZ & CRUZ, 2007).

Contudo, os transtornos de ansiedade passaram a ser classificados de forma sistemática somente a partir dos trabalhos de Sigmund Freud, o qual descrevia objetivamente os quadros clínicos que causam disfunções relacionadas à ansiedade. ¹Freud denominava-os como crise aguda de angústia, neurose de pânico e expectativa ansiosa, quadros que, hoje em dia, conhecemos como ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada. No entanto, por conta da linhagem psicanalítica seguir um modelo teórico não empírico, foi necessário criar modelos de classificação seguindo uma base científica.

O primeiro diagnóstico de ansiedade infanto-juvenil foi realizado em 1909². Freud publicou o caso de um menino de cinco anos que apresentava sintomas de neurose fóbica, mas os estudos dentro deste tema se intensificaram somente na década de 40, em um contexto de pós Segunda Guerra Mundial, na qual muitas crianças ficaram órfãs, o que serviu de interesse e motivação para os psicanalistas da época analisarem mais profundamente as condições infantis para a manifestação da ansiedade.

A ansiedade se tornou um dos principais distúrbios psicológicos do mundo contemporâneo. Com o surgimento de diversas novas profissões, mas, ao mesmo tempo, com cada vez mais candidatos para uma mesma vaga e um índice de desemprego alto ao redor do

¹ FREUD, Sigmund. **Inibição, Sintoma e Angústia, Futuro de Uma Ilusão**. Inglaterra, 1926

² FREUD, Sigmund. **Dois Histórias Clínicas - O Pequeno Hans e O Homem dos Ratos**. Inglaterra, 1909.

mundo, há uma constante pressão social para todos serem “os melhores” naquilo que fazem, tanto nos estudos, quanto no trabalho.

Diversos colégios exigem muito de seus alunos, já que são preparatórios para o vestibular. Possuindo prova todos os dias, aulas integrais, entre outras atividades. e, por isso, alguns alunos acabam se desgastando e desencadeando um distúrbio de ansiedade.

1- A Ansiedade

O dicionário brasileiro da língua portuguesa Michaelis define ansiedade como:

1. Sofrimento físico e psíquico; aflição, agonia, angústia, ânsia, nervosismo.
 2. Estado emocional frente a um futuro incerto e perigoso no qual um indivíduo se sente impotente e indefeso.
 3. Desejo ardente ou veemente, anelo.
 4. Sentimento e sensação de intranquilidade, medo ou receio.
- (MICHAELIS, 2008: 55)

A segunda definição é a utilizada na psicanálise, caracterizada pela sensação de apreensão, tensão e insegurança, e, muitas vezes, sendo acompanhada de sintomas físicos, como palpitações e sudorese.

Em sua monografia “Inibições, Sintomas e Ansiedade”³, Freud diz que a ansiedade é o problema central da neurose e propõe uma teoria que a ansiedade era algo biológico, herdado. Porém, ele não tinha como objetivo explorar o surgimento ou natureza da ansiedade, e sim sua importância na vida psíquica do homem, relacionando o aparecimento da ansiedade com o que denominou “situações traumáticas” e “situações de perigo”.

É comum confundir estar ansioso, que é se sentir nervoso/empolgado para algo que vai ocorrer no futuro, e a ansiedade patológica, que é um distúrbio psicológico, no qual, na maioria das vezes, a pessoa não tem controle sobre o que está sentindo. Ou seja, se você está ansioso, não significa que você tenha ansiedade.

Um indivíduo só se sente ansioso se há motivo para se sentir nervoso ou com medo, por exemplo: uma prova importante. Esse sentimento pode ser moderadamente controlado e é passageiro, sumindo após a situação de tensão acabar. Já na ansiedade patológica, muitas vezes, a pessoa não sabe explicar o porquê de estar se sentindo daquela forma, ou tem sintomas exagerados e desproporcionais em relação a tal situação. É algo crônico, ou seja, não é algo passageiro e continua mesmo depois da situação de estresse (se houver uma) ter acabado.

³ FREUD, Sigmund. **Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas, Ansiedade, Análise Leiga e Outros Trabalhos**. Inglaterra, 1925-1926

1.1- Tipos de Ansiedade

A ansiedade, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II), feito pela American Psychiatric Association em 1968, pode ser dividida em: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobias específicas, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), além do transtorno de ansiedade de separação, comum principalmente entre crianças, quando essas percebem que seus pais (ou substitutos) irão se ausentar.

A ansiedade de separação pode durar, no mínimo, por quatro semanas, causando sofrimento intenso e, às vezes, prejudicando significativamente diversas áreas do desenvolvimento infantil. Essas crianças temem que algo possa acontecer a elas ou a seus responsáveis que os separem para sempre e, por conta disso, têm demonstrações de afeto excessivas, não permitindo o afastamento. Possuem dificuldade para dormir, necessitando companhia e ainda assim resistindo, já que veem dormir como um afastamento, além dos constantes pesadelos causados por esse medo. Muitas se recusam a ir para escola, mesmo que quando estão lá se adaptem bem, pois existe um sofrimento muito grande em deixar suas casas. Manifestações somáticas de ansiedade, como dor de cabeça e abdominal, náuseas e vômito são comuns, e crianças maiores podem vir a ter palpitações, tonturas e sensação de desmaio, o que prejudica a autonomia dessa criança, além de fazê-las ficarem medrosas, humilhadas e com auto-estima baixa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968).

Segundo a fonte citada, muitos estudos mostram que o transtorno de ansiedade de separação pode ser um fator que provoque diversos outros transtornos de ansiedade na vida adulta.

- **Transtorno de pânico**

Antigamente, a Associação Americana de Psicanálise descrevia qualquer tipo de tensão crônica, preocupação excessiva, cefaleias frequentes ou ataques de ansiedade recorrentes como neurose de ansiedade, termo criado por Freud em 1895. Mas, após um tempo, estudos de profissionais da associação começaram a mostrar que constantes ataques de pânico espontâneos eram diferentes dos que eram causados por outros estados de ansiedade crônica. No transtorno de pânico, a infusão de lactato de sódio era singular para a indução do pânico. Por isso, a neurose de ansiedade passou a ser dividida entre transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada.

A pessoa, quando está tendo um ataque de pânico, apresenta quatro ou mais dos seguintes sintomas em um pico de dez minutos, enquanto sentem um temor intenso ou desconforto: palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensação de falta de ar ou sufocamento; sensação de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesias; e calafrios ou ondas de calor.

O transtorno de pânico é dividido, segundo a definição da Associação Americana de Psicanálise, em transtorno de pânico com agorafobia, caso seja ligado a alguma fobia secundária, e transtorno de pânico sem agorafobia, não sendo ligado a nenhuma fobia.

Os ataques de pânico ligados a outros transtornos de ansiedade só ocorrem caso haja uma situação específica temida. Já no transtorno de pânico, os ataques podem ser inesperados, ou seja, sem alguma causa, ocasionados por uma situação e também predispostos.

As crianças sentem os mesmos sintomas que os adultos, mas podem envolver mais choros, gritos e hiperventilação que com adultos, além de tentarem evitar o contato com o mundo, sendo relutantes ao sair de casa. Os adolescentes que sofrem com transtorno de pânico muitas vezes se tornam reclusos e suicidas.

- **Transtorno de ansiedade generalizada**

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG), pelos dados da DSM-II, é o principal tipo de ansiedade crônica diagnosticado. Pessoas com TAG estão constantemente tensas e com medo, esperam sempre o pior e sentem que qualquer situação pode ser causadora de ansiedade, também buscam constante aprovação em tudo o que fazem. Costumam ter insônia, tensão muscular, inquietação, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, vigilância aumentada e fadiga. Somaticamente, ficam pálidas e têm sudorese e taquipnéia. Todo ou quase todo tempo há algo que faça com que esse indivíduo se sinta preocupado, sendo uma repetição constante do mesmo tema ou diferentes temas, que geram a ansiedade.

Crianças com esse transtorno tendem a ser autoritárias, fazendo com que os outros ajam de uma forma que a tranquilize. São difíceis de lidar, já que tornam o ambiente de convívio tenso, irritando as pessoas ao seu redor e sendo um desafio acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.

Esse transtorno pode surgir em qualquer momento, sendo até mesmo complicado identificar quando que começou a se manifestar, já que a ajuda é procurada quando os sintomas ficam mais intensos.

- **Fobias específicas**

A fobia é definida como um medo persistente, excessivo e irracional relacionado a um objeto, atividade ou situação (sem ser de exposição pública). O medo sentido é considerado pela própria pessoa como desproporcional à situação. Medos irracionais são presentes em diversos transtornos psiquiátricos, então o diagnóstico de fobia específica só é feito quando o medo é isolado ou predominante no quadro, sendo a causa principal de sofrimento para o indivíduo.

A diferença entre fobia específica, agorafobia e fobia social surgiu de estudos empíricos comportamentais, realizados por Marks, e de tratamentos farmacológicos, realizados por Klein (1966 apud LEVITAN et al., 2008). A agorafobia pode ser dividida entre transtorno de pânico com agorafobia e agorafobia sem história de transtorno de pânico.

Ataques de pânico podem ser comuns entre pessoas que possuem fobias específicas, e também na fobia social, e, por isso, é importante o diagnóstico preciso para diferenciar transtorno de pânico e fobia.

O medo, geralmente, não é causado por algo, e sim pela consequência que a pessoa acha que aquele algo possa trazer. Por exemplo, alguém que tem fobia de cobra na verdade tem medo de ser mordida.

A exposição ao estímulo da fobia gera uma resposta imediata de ansiedade, que também pode ser um ataque de pânico ligado à situação. Em crianças, a resposta é chorar, se desesperar, ficar imóvel ou extremamente agitado e correr para os braços dos pais.

Algumas das fobias específicas são: tipo animal; tipo ambiente natural; tipo sangue-injeção-ferimentos; claustrofobia; entre outras.

- **Fobia social**

Segundo a Associação Americana de Psicanálise, a fobia social é o medo persistente e intenso de situações públicas, na qual a pessoa julga estar a mercê da avaliação dos outros, ou de se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa. Pessoas com fobia social tendem a evitar situações em que exigam interação com outros ou realizar uma tarefa diante de outras pessoas (uma palestra, por exemplo). Os indivíduos sentem dificuldade em falar, comer ou escrever em público e realizar entrevistas ou reuniões. Também temem que as pessoas percebam seu nervosismo e comecem a ridicularizá-los por conta disso. A exposição à uma situação pública pode causar diversos ataques de ansiedade, inclusive um ataque de pânico.

A pessoa pode ter um medo específico ou de diversas situações, fazendo com que a fobia social seja dividida entre medo de falar em público, medo de outras situações sociais e medo generalizado.

Crianças com fobia social apresentam dificuldade em falar em sala de aula, se enturmar com os colegas, ir a festas e em dirigir a palavra a professores ou outras pessoas com autoridade. Podem ter sintomas físicos como: palpitações, tremores, calafrios e calores súbitos, sudorese e náusea. Já em adolescentes, pode ocasionar crises de choro, acesso de raiva e afastamento de situações sociais nas quais haja desconhecidos. É também comum, tanto em crianças quanto em adolescentes, a fobia social causar depressão.

- **Transtorno obsessivo-compulsivo**

O Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado, assim como o nome sugere, por obsessões e/ou compulsões. Os termos obsessão e compulsão são utilizados em condições que não são realmente um tipo de TOC. Atividades em excesso, como: comer, beber, atividades sexuais e jogar, podem ser chamadas de compulsivas, mas se diferenciam de uma verdadeira compulsão, já que, em sua maioria, são agradáveis no momento (ainda assim podendo causar consequências futuras, como alcoolismo e outros vícios). Já a obsessão verdadeira é algo inconstante e instrutiva, em que o indivíduo não possui autocontrole, diferente de meditação, ruminação ou preocupações obsessivas, típicas da depressão, que mesmo que desagradáveis, são mais conscientes e a pessoa tende a se autocensurar quando em excesso.

Pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo possuem: pensamentos, impulsos ou imagens que são intrusivos e inapropriados, causando ansiedade ou sofrimento, sendo que esses pensamentos não são meras preocupações cotidianas e a pessoa tenta ignorar esses pensamentos, já que percebe que são frutos de sua imaginação, os neutralizando com outras ações; comportamento repetitivo ou ato mental, que faz a pessoa se sentir obrigada a realizar em resposta a uma obsessão ou regras que devem ser estritamente seguidas, visando principalmente diminuir ou evitar o sofrimento de uma situação temida, mesmo que não tenham nenhuma ligação com tal e são excessivos.

As obsessões ou compulsões são percebidas como excessivas pelo indivíduo, que não as consegue controlar. Elas causam sofrimento e tomam o tempo ou interferem significativamente na rotina e funcionamento social da pessoa.

Há vários grupos de TOC, que são divididos a partir dos sintomas. Certas pessoas têm obsessão com sujeira e contaminação, e isso se manifesta com a constante necessidade de se limpar e evitar tocar em objetos/pessoas que possam estar contaminados. Outras pessoas tem

uma necessidade patológica em contar e compulsão em fiscalizar. Algumas apresentam somente sintomas obsessivos, sem compulsões. Existem indivíduos em que a lentidão obsessiva é evidente, no qual a pessoa fica horas fazendo qualquer atividade.

O TOC é considerado um transtorno de ansiedade pois, a ansiedade é, muitas vezes, associada a obsessões e à resistência a compulsões, fazendo com que a ansiedade seja aliviada quando a pessoa cede às compulsões, mesmo que só transitoriamente e que os medos sejam diferentes dos demais ligados a transtornos de ansiedade.

O transtorno obsessivo-compulsivo geralmente se manifesta no final da adolescência, mesmo que, em muitos casos, os primeiros sintomas apareçam ainda na infância. O TOC interfere significativamente na formação social do jovem, já que há grande insegurança e medo por conta dos sintomas que os fazem se “destoar” dos demais, impedindo-os muitas vezes de frequentar as aulas ou conviver com os colegas. Os principais tipos de TOC em crianças, ressaltados pela Associação Americana de Psicanálise, são de checagem, simetria e repetição. Podem também desenvolver síndrome de tourette.

- **Transtorno de estresse pós-traumático**

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) se tornou presente em estudos principalmente após a Guerra do Vietnã, pois veteranos possuíam muitos sintomas de traumas. Pessoas com TEPT possuem um fator de estresse intenso palpante, sintomas intrusivos, esquiva e hiperexcitação, podendo ser divididas entre transtorno agudo ou crônico.

O transtorno agudo tem duração de até três meses, enquanto a duração no crônico é superior a três meses. Há também o início tardio, na qual os sintomas se manifestam após pelo menos seis meses do acontecimento.

Por precisar de um fator de estresse ou situação de trauma para se manifestar, o TEPT se diferencia dos demais transtornos de ansiedade e fobias, sendo ligado ao espectro do trauma ou condições reativas, como por exemplo: psicose reativa breve, luto não-elaborado e dificuldade de adaptação.

Indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático devem ter vivenciado, testemunhado ou confrontado uma ou mais situações envolvendo morte ou grave ferimento, reais ou ameaças, envolvendo a integridade física própria ou de outros, respondendo a isso com intenso medo, impotência ou horror; revivem recorrentemente o evento por meio de recordações, sonhos aflitivos, sofrimento intenso, reatividade fisiológica e agindo como se estivessem na situação.

O TEPT causa prejuízos e sofrimentos significativos na vida funcional social e ocupacional da pessoa, que é instável e vive em constante medo.

Essas pessoas têm a faixa de afetividade restrita, constante insônia, ataques de raiva, hipervigilância, dificuldade em se concentrar, sentimento de futuro abreviado, resposta de sobressalto exageradas e evitam ao máximo situações que possam remeter ao trauma.

A causa de TEPT em crianças, segundo o DSM-II, está geralmente ligada a abusos sexuais, físicos ou mentais, sendo evidenciado como um fator de risco para o desenvolvimento de outros transtornos patológicos mentais. Após serem expostas a um acontecimento que ameace a integridade ou vida da criança, nota-se alterações importantes no seu comportamento, como inibição excessiva ou desinibição, agitação e reatividade emocional, além de pensamentos obsessivos com conteúdos relacionados ao trauma.

As crianças evitam falar sobre o que aconteceu, pois é muito doloroso para elas e essa atitude parece perpetuar os sintomas. Também apresentam dificuldade em compreender com clareza o ocorrido.

2- Ansiedade na adolescência

2.1- Conceito de Adolescência

O dicionário Michaelis define adolescência como:

Período do desenvolvimento humano, entre a puberdade e a idade adulta, durante o qual ocorrem mudanças físicas, como o crescimento acelerado e a maturidade sexual e alterações psicológicas e sociais: *“Nossa passagem ritual da adolescência para a maturidade se dera na mesa de um restaurante [...]”* (LFV).

(MICHAELIS. 2008, 19)

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, é quando o corpo começa a passar por mudanças e de amadurecimento, tanto físico quanto psicológico. A puberdade traz com ela uma visão diferente do mundo do que se tem quando criança, a sexualidade, primariamente desenvolvida, segundo Freud, nos primeiros anos de vida com o complexo de Édipo, volta a ser explorada, mas dessa vez com um distanciamento de seus pais.

Em “Romances Familiares”⁴, Freud fala sobre como o desligamento parental é importante para a passagem entre infância e a adolescência, mudando a afetividade e a imagem que os pais representam, pois antes eram a única autoridade que realmente tinham de respeitar. No texto, relata sobre como esse processo é doloroso, principalmente para aqueles que receberam muito afeto, especialmente vindo da mãe.

Nem todos conseguem seguir em frente com essa separação, o que faz com que alguns jovens comecem a apresentar um comportamento infantil, querendo ficar “grudados” nos pais, por não querer abrir mão dessa zona de conforto. Somente os que passam pelo desapego conseguem partir em busca de independência para adquirir conhecimentos sozinhos e achar novos modelos para se inspirar, decidindo assim como se posicionará diante a vida.

Contemporaneamente à subjugação ao repúdio dessas fantasias claramente incestuosas consuma-se uma das realizações mais significativas, porém mais dolorosas, do período da puberdade: o desligamento da autoridade dos pais, unicamente através do qual se cria a oposição, tão importante para o progresso da cultura, entre a nova e a velha geração. (FREUD, 1906, p. 1227).

⁴ FREUD, Sigmund. **Romances familiares**. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras completas. Vol IX. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Quando os adolescentes se distanciam, de certa forma, dos pais, eles abandonam a ideia de que a felicidade está em fazer os pais satisfeitos, buscando sua própria satisfação. É difícil para os jovens começarem a ficar felizes longe dos pais, sendo um caminho longo até entenderem que devem desejar além dos pais e que não precisam da aprovação deles em todas os aspectos da vida. A relação pai/filho é algo muito forte, então, em alguns casos, o jovem acaba se rebelando durante este período. Esta rebeldia nada mais é que uma imaturidade em seus relacionamentos e forma de agir.

2.2- Pressão Escolar

Em uma pesquisa feita para a realização deste trabalho, na qual 50 pessoas responderam um formulário na internet, 58,1% das pessoas que possuem ansiedade acreditam que a escola seja uma das/a causa de sua ansiedade. 74% sempre estudaram em colégio particular e 78% eram mulheres. Já entre os entrevistados que não têm ansiedade, 55,6% se estressam muito com trabalhos e provas escolares.

Gráfico I - gênero dos entrevistados

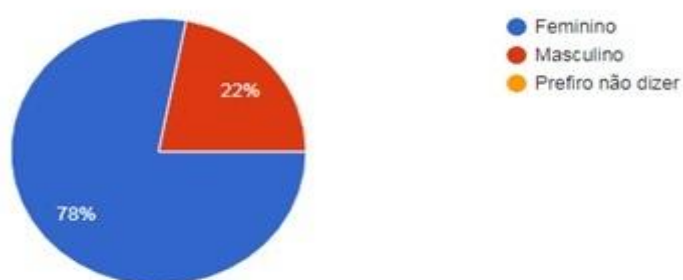


Gráfico II - idade dos entrevistados

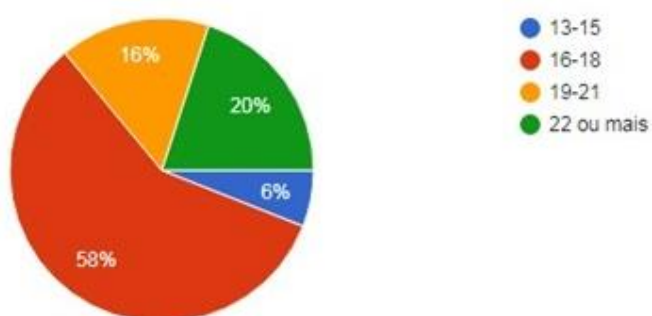


Gráfico III - alunos de colégio público ou particular?

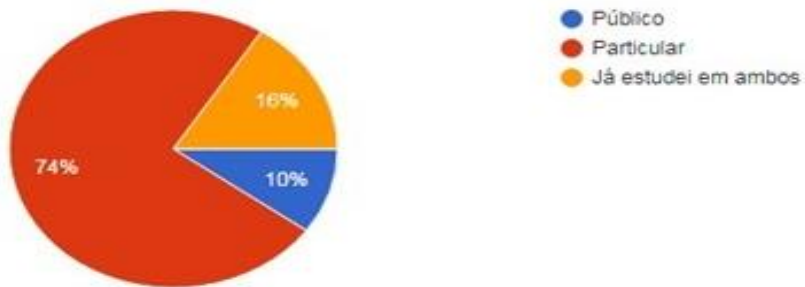


Gráfico IV - possui ansiedade?

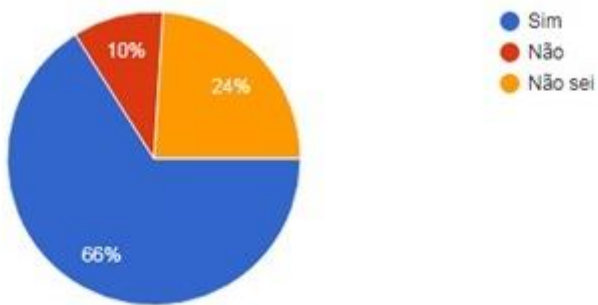


Gráfico V - foi diagnosticada?

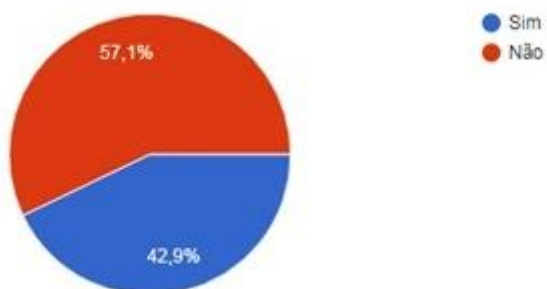


Gráfico VI - escola é uma das causas da ansiedade?

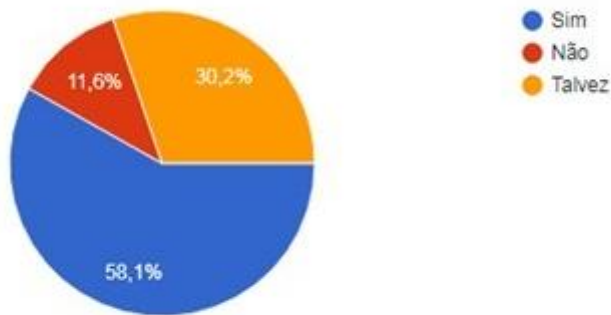
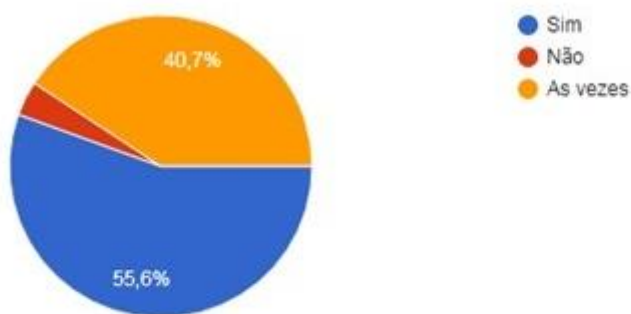


Gráfico VII - se estressa muito com trabalhos e provas?



⁵Estudos realizados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico apontam que os estudantes brasileiros na faixa etária de 15 anos são uns dos mais ansiosos do mundo, ficando atrás apenas da Costa Rica. Mesmo que não haja uma exigência tão grande como na Coreia do Sul e em Hong Kong quando se trata de testes escolares, os alunos brasileiros tendem a ficar mais acuados pelas avaliações, e muito tensos enquanto estudam.

Os pesquisadores afirmam que a pesquisa mostra que o sistema de avaliação dos colégios brasileiros não estimula a aprendizagem dos estudantes, e sim serve como instrumento de punição ou recompensa, o que faz com que o jovem esteja mais propício a desenvolver ansiedade.

⁵ Disponível em: <https://oglobo.globo.com>. Acesso em: 20 ago. de 2018

O vestibular qualifica, classifica e elimina estudantes a entrarem na faculdade. A maioria dos que prestam esse exame é de adolescentes no último ano do ensino médio, ou seja, jovens que, em média, têm entre 16-18 anos.

A escolha de profissão durante este período marcado por muitas mudanças, tanto físicas quanto comportamentais, pode ser muito difícil. Normalmente, o adolescente não possui maturidade e autoconhecimento necessários para se fazer uma escolha que vai influenciar o resto de sua vida, que é a escolha profissional (BIANCHETTI, 1996).

O vestibular e processos seletivos geram conflitos, dúvidas, medos, ansiedade e estresse nos jovens. O medo vem principalmente da preocupação de não passar, o que também é a maior causa da ansiedade. (D'AVILA & SOARES, 2003). Também está relacionado a não alcançar as expectativas familiares e sociais, com a possibilidade de fracasso, incerteza profissional, quantidade de matéria que é preciso estudar e o número de concorrentes durante o teste (LEVENFUS, 1993).

A pressão pessoal, social e familiar que o jovem enfrenta na época pré-vestibular para um bom desempenho na escola e nos exames pode causar um estado de ansiedade que acaba prejudicando o desempenho acadêmico. Sentimentos de solidão, insegurança e dúvida surgem nesse período, tanto por serem característicos da adolescência como por conta dos vestibulares, podendo resultar em crises de pânico e sentimento de incompetência. Com a aproximação dos testes, esses sentimentos aumentam. O vestibulando se torna propício, em certas situações, a desenvolver distúrbios psicofisiológicos, podendo se transformar até mesmo em depressão (SOARES, 2002).

3- Tratamento

Nos dias de hoje, há diversas opções diferentes para o controle da ansiedade. Cabe a pessoa e ao seu psicólogo, psiquiatra ou psicanalista chegar em um senso de qual será o mais adequado para ela.

O uso de medicamentos para o tratamento de ansiedade em adultos tem sido muito estabelecido. Antidepressivos, benzodiazepínicos e alguns anticonvulsivantes são os mais indicados e eficazes para o tratamento (STEIN et al., 2004; MULLER et al., 2005). Porém, há poucos estudos quando se trata do uso de medicamentos para o tratamento de crianças e adolescentes. A maioria dos estudos realizados avalia os três transtornos mais comuns nessa faixa etária: transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social em conjunto. Estudos abertos mostram a eficácia de diversas classes de medicação para esses transtornos em jovens (BEIDEL et al., 2001; SEIDEL & WALKUP, 2006).

Um estudo multicêntrico avaliou o uso de fluvoxamina durante 8 semanas em 128 jovens entre 6 e 17 anos que sofriam de TAG, fobia social ou ansiedade de separação. Após uma avaliação, os pacientes foram encaminhados para acompanhamento psicoeducacional durante 3 semanas antes de receberem o medicamento. A partir disso, uma parte do grupo recebeu fluvoxamina e outra parte placebo, de forma aleatória. Ao passar as 8 semanas, os pacientes que receberam fluvoxamina tiveram uma diminuição média de $9,7 \pm 6,9$ pontos nos sintomas de ansiedade na *Pediatric Anxiety Rating Scale*, já os que receberam placebo tiveram uma diminuição média de $3,1 \pm 4,8$ pontos. Efeitos colaterais, como desconforto abdominal (49% dos pacientes do grupo fluvoxamina versus 28% do grupo placebo) e aumento de atividade motora (27% versus 12%) causaram o afastamento de 6 pacientes (5 que receberam fluvoxamina e 1 que recebeu placebo) do estudo. Esse experimento é considerado limitado, pois foi realizado em um curto período de tempo e não possuía avaliadores independentes para as medidas de eficácia e efeitos colaterais (RUPP, 2001).

Quando se trata da psicoterapia, há uma abrangente quantidade de estudos voltadas para a eficácia no tratamento de ansiedade em crianças e adolescentes. Mas ainda assim, avaliações das abordagens específicas são muito mais estudadas para o tratamento de adultos do que de jovens. As principais abordagens utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes são: psicanálise, psicoterapia de orientação analítica, terapia cognitivo-

comportamental (TCC) , terapia familiar e psicoterapia de apoio. Entre essas, a que se mostrou mais eficaz em estudos controlados foi a cognitivo-comportamental (BARRET ET AL., 2001).

Em 1994, Kendall realizou o primeiro ensaio clínico controlado com TCC infante juvenil. 47 crianças entre 9 e 13 anos fizeram parte do estudo. Essa abordagem faz com que o paciente reconheça seus sintomas de ansiedade, modifique suas crenças negativas, saiba como lidar com a ansiedade, se exponha gradualmente a situações temidas e auto reforço. Após 16 semanas, 66% dos encaminhados para o TCC não se encaixavam mais no diagnóstico de transtorno de ansiedade, e apenas 5% dos que permaneceram na lista de espera tiveram esse resultado. Essas porcentagens continuaram as mesmas durante um ano e mostraram uma melhora em 36 pacientes nas medidas auto aplicativas e parentais após três anos e meio.

Por outro lado, a psicanálise também é muito indicada nesses casos, já que a ansiedade nada mais é que a resposta do inconsciente para nossos conflitos internos e da nossa relação com o ambiente em que vivemos e a linhagem psicanalítica trabalha exatamente com a compreensão e identificação do inconsciente e suas reações.

Para entender melhor como o tratamento psicoanalítico funciona, foi realizada uma entrevista com a psicanalista Margaret Simas Ramos Marques - C.R.P: 06/35183-5 no dia 19 de setembro de 2018.

3.1- Entrevista com a psicanalista Margaret Marques

Margaret Marques é uma psicanalista graduada em psicologia na Universidade Paulista (1990), fez sua especialização em psicanálise no Instituto Sedes Sapientiae (1991/2000) e fez pós-graduação em pesquisa em psicoterapia pela UNIFESP (2006), em metodologia quantitativa de pesquisa da saúde mental pela UNIFESP (2006), em psicofarmacologia pela UNIFESP (2008) e em violência e transtorno pós-traumático pela UNIFESP (2009).

A seguir segue a entrevista:

P: Qual é sua abordagem para trabalhar com pacientes que têm ansiedade, principalmente os adolescentes?

R: Minha abordagem baseia-se na escuta psicanalítica. A escuta psicanalítica permite que entenda o que tem por trás das palavras, do sintoma de ansiedade, e os conflitos psíquicos que levaram às crises. Numa conversa de coisas triviais, que chamamos de entrevistas: escola, família, relações com amigos e namoro. Nessas entrevistas proponho o sigilo profissional, e durante as conversas vai estar se estabelecendo bom vínculo de confiança, onde o adolescente poderá contar, sem receios, seus conflitos e angústias.

P: Quando é aconselhado tomar medicamentos para controlar a ansiedade?

R: Nem toda ansiedade é patológica, pode ser algo circunstancial. Por ex: as angústias com relação ao vestibular e escolha de profissão, ou adequação ao grupo social ou ao grupo familiar; um momento de crise por estarem em um momento de transição entre a vida infantil e entrada na vida adulta.

Costumo dizer que já na origem da palavra adolescente encontramos o sentido das angústias e ansiedades dessa fase da vida. No latim, em resumo, significa crescer com dor.

P: Só a medicação funciona ou é necessário também fazer terapia?

R: Continuando, deixei pra responder aqui sobre medicação. A medicação é pontual, e apenas será usada se psicólogo e psiquiatra avaliarem existir um quadro clínico psicopatológico, ou seja, um transtorno depressivo ou transtorno de ansiedade.

O ideal é um trabalho em parceria entre psicólogo e psiquiatra ao longo do processo de cura, pois existem vários quadros psicopatológicos na adolescência que são passíveis de

completo restabelecimento emocional e de todas as funções cognitivas. Será avaliado se após interrupção do tratamento medicamentoso, haverá necessidade de continuar o tratamento psicológico em um processo de psicoterapia.

P: Quais são as outras formas de controlar a ansiedade além do tratamento?

R: Outras formas de controle da ansiedade, podem ser usados, mas depois que avaliamos se ocorrem crises à um nível psicopatológico (avaliamos pelo nível quantitativo - baixa, moderada e alta; e pelo desencadeamento ou não de crises e o nível de desconforto psíquico dessas crises).

Em geral, a ansiedade circunstancial, ao longo do processo psicoterápico irão cedendo, tendo então um alívio dos sintomas. Mas esses alívios não estão diretamente relacionados à alta do processo psicoterápico, pois as angústias e ansiedades, por terem origem em conflitos e complexos, precisam de um tempo para serem trabalhados. Alguns conflitos estão em camadas profundas de nossa mente, ou seja, na corrente dos pensamentos inconscientes, e todos os complexos pertencem a esta camada de pensamentos inconscientes. A abordagem psicanalítica irá dar vazão ao trabalho com esse nível mais profundo da mente, ao pensamento inconsciente.

P: A prática de esportes ajuda na ansiedade? Por quê?

R: A prática de esporte, a yoga, e tratamentos como fitoterapia, acupuntura, massagens relaxantes ou na linha oriental, podem exercer um efeito coadjuvante para o alívio da ansiedade, porém sem a investigação pelos métodos das psicoterapias e ou pelo método da psicanálise não se obterá a cura completa dos sintomas, por não ocorrer o trabalho de dissolver os conflitos e complexos por de trás, os verdadeiros causadores dessa ansiedade.

P: E as artes (como música, teatro, pintura, etc.)?

R: Freud nomeou a sublimação uma poderosa forma de se obter a resolução de conflitos e complexos inconscientes, um dos mais poderosos remédios, que se darão através das artes (da música, dança, pintura etc) e das ciências (investigações e pesquisas em qualquer ramo científico).

Conclusão

Ao decorrer do trabalho, pode-se perceber que o transtorno de ansiedade é algo que sempre esteve presente em nossa sociedade, desde os períodos mais antigos até o mundo contemporâneo, mas que com a necessidade de uma vida acelerada e com grandes cobranças provenientes da globalização, esse vem se mostrando mais presente no dia-a-dia humano.

Também é notável a diferença entre os tipos e níveis desse distúrbio, mostrando quais são os mais comuns na adolescência e o porquê de cada um se desenvolver nas pessoas. Por fim, como mostrado e analisado, é possível entender como as pressões escolar, familiar e pré-vestibular interferem na vida dos jovens atuais, fazendo com que se sintam angustiados e ansiosos.

O transtorno de ansiedade sempre foi estudado, mas com o decorrer do tempo mais pesquisas e especialistas sobre o assunto vêm surgindo, e com isso métodos de tratamento estão se tornando mais eficazes.

A ansiedade tem se tornado mais visível, e mesmo sem trazer grandes mudanças no modo em que a sociedade lida com isso, pessoas ansiosas estão sendo mais compreendidas.

Um jeito de tentar controlar o aumento de casos de ansiedade na sociedade é disponibilizando um psicólogo em colégios e empresas para quando a pessoa se sentir sobrecarregada poder conversar com um profissional sobre isso. Além disso, é importante que haja a conscientização da população sobre o tema, com palestras e campanhas para o combate da ansiedade.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II): 2 ed. Washington DC, 1968
- BARRET, D.M. *et al.* Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6 years) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 69:134-141, 2001
- BEIDEL, D.C. *et al.* The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 24:831-846, 2001
- Ferreira, Paula. Estudantes brasileiros estão entre os mais ansiosos do mundo - 2017 <<https://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/estudantes-brasileiros-estao-entre-os-mais-ansiosos-do-mundo-21225685>> - acesso em 20 ago. 2018
- FREUD, S. Duas Histórias Clínicas - O pequeno Hans e o homem dos ratos. Londres, 1909
- FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia, futuro de uma ilusão. Londres, 1926
- FREUD, S. Romances familiares. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras completas. Vol IX. Rio de Janeiro: Imago; 1976
- HOLLANDER, E.; SIMEON, D. Transtornos de ansiedade. Artmed Editora, 2009
- ISOLAN, Luciano; PHEULA, Gabriel; MANFRO, Gisele Cruz. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. 2006. 8f. Revisão de literatura - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul
- LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CRUZ, A. P. M. Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2007
- LEVITAN, M. *et al.* Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. Psicologia: Teoria e Pesquisa: 24 ed. Brasília, 2008
- MULLER, J.E. *et al.* Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs* 19:377-391, 2005
- PAIDÉIA (RIBEIRÃO PRETO). Ribeirão Preto: vol, 20 no. 45, apr. 2010
- PINTO, Ênio Brito. Ansiedade na adolescência, Goiânia, vol.12 no.2, p. 59-66, jul./dez., 2006
- PSIC: REVISTA DA VETOR EDITORA. São Paulo: vol.6 no.2, dez. 2005
- PSICOLOGIA: TEORIA E PRÁTICA. São Paulo: vol.16 no.3, dez. 2014
- REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS. Rio de Janeiro: vol.5 no. 1, jun. 2005
- REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVA. São Paulo: vol.7 no.1, jun. 2005
- REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. São Paulo: vol.22 s.2, dec. 2000
- REVISTA CIENTÍFICA ELETRÔNICA DE PSICOLOGIA. São Paulo: vol. 7 no. 12, mai. 2009
- RUPP Anxiety Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Eng J Med* 344:1279-1285, 2001

SEIDEL, L.; WALKUP, J.T. Selective serotonin reuptake inhibitor use in the treatment of the pediatric non-obsessive compulsive disorder anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16:171-179, 2006

STEIN, D.J. et al. Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database Syst Rev* 8(4):CD001206, 2004