

ANSIEDADE E TRAUMA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

ANXIETY AND TRAUMA: A BIBLIOGRAPHIC STUDY

Gleisiene Cristina Pereira¹, Maurício Salles Alves², Sônia Regina Basili Amoroso³

¹ Aluna do Curso de Psicologia

² Aluno do Curso de Psicologia

³ Professora Mestre do Curso de Psicologia

Resumo

A ansiedade é, hoje, referida como uma das condições mais comuns na sociedade pós-moderna, alcançando índices alarmantes, comum em indivíduos de diferentes idades e já apresentando seus efeitos num grupo cada vez mais jovem. A OMS publicou, em 2023, que o Brasil é o país com o maior número de ansiosos e destaca que “o estudo concluiu que 9,3% da população brasileira, quase 20 milhões de pessoas, sofrem de ansiedade. O objetivo geral do estudo é analisar o papel do processo terapêutico no tratamento da ansiedade, com base na compreensão do conceito de ansiedade e sua relação com o trauma. A base das ideias percorreu diferentes abordagens e suas compreensões sobre a ansiedade, além de apontar as estratégias interventivas da psicologia clínica em casos de ansiedade. Porém, como destaque, discute-se como traumas de infância podem ser armazenados inconscientemente e permanecer como gatilhos, desempenhando um papel fundamental na vida das pessoas, trazendo respostas adaptativas que vão incidir na composição da personalidade e poderão moldar os padrões de comportamento ansiosos. Concluiu-se que o papel do processo psicoterápico é fundamental, visando entender quando e por que razões os episódios de infância se transformam em feridas ou traumas que, mais tarde, produzirão nos indivíduos modos adaptativos de hipervigilância e medo e, assim, ajudá-los a reconhecer o trauma e obter uma reconexão emocional, desenvolvendo autocompaixão e autoconhecimento, não visando apenas tratar sintomas, mas integrar a experiência traumática na narrativa pessoal, reduzindo seu impacto.

Palavras-Chave: ansiedade; trauma; psicoterapia; clínica da ansiedade.

Abstract

Anxiety is now recognized as one of the most common conditions in postmodern society, with alarming levels prevalent among individuals of different ages, and already shows its effects in increasingly younger groups. In 2023, the WHO reported that Brazil has the highest number of people with anxiety and highlighted that “the study concluded that 9.3% of the Brazilian population, nearly 20 million people, suffer from anxiety.” The general aim of the study is to analyze the role of the therapeutic process in treating anxiety, based on an understanding of the concept of anxiety and its relationship with trauma. The foundation of the ideas explored different approaches and their understandings of anxiety, as well as the intervention strategies of clinical psychology in cases of anxiety. However, it is particularly noted how childhood traumas can be unconsciously stored and remain as triggers, playing a fundamental role in people's lives by bringing adaptive responses that influence personality formation and can shape anxious behavior patterns. It was concluded that the role of the psychotherapeutic process is essential, aiming to understand when and why childhood episodes turn into wounds or traumas that later produce in individuals adaptive modes of hypervigilance and fear. Thus will be able to help them recognize trauma and achieve emotional reconnection, developing self-compassion and self-awareness as well. This process is not merely about symptom treatment but about integrating the traumatic experience into the personal narrative, reducing its impact.

Keywords: anxiety; trauma; psychotherapy; anxiety clinic

Contato: mauricio.alves@souicesp.com.br e gleisiene.pereira@souicesp.com.br

Introdução

A ansiedade é hoje referida como uma das condições mais comuns na sociedade pós-moderna e tem alcançado índices alarmantes, comuns em indivíduos de diferentes idades, em especial, em grupos cada vez mais jovens. Em uma coletividade, é comum encontrar pessoas que sentem ansiedade nos dias atuais, e de fato, sentir ansiedade em alguns momentos é comum, mas não deve ser aceitável um nível alto o bastante para paralisar alguém. Resende (2024) destaca que um estudo realizado em 2023, e apresentado pela Organização Mundial da Saúde, concluiu que o Brasil é o país com o maior número de ansiosos. Também destaca que “9,3% da população brasileira, quase 20 milhões de pessoas, sofrem

de ansiedade. A mesma pesquisa indicou que um a cada quatro brasileiros sofre de algum transtorno mental. Entretanto, o quadro de ansiedade pode desenvolver outros problemas, entre esses o principal deles, a depressão” (s/n).

Maté (2023), em seu livro “O mito do normal: trauma, saúde e cura em um mundo doente”, coloca em destaque como o mundo pós-moderno tem naturalizado essas condições em saúde mental, e descreve que viver na realidade atual comporta que as pessoas experienciem um desenvolvimento carregado de pressões, estresse, conflitos e dilemas.

Assim, a análise da relação entre trauma e ansiedade é fundamental, pois considera que

experiências traumáticas podem influenciar o desenvolvimento e a manifestação de transtornos de ansiedade – que atualmente se apresentam de forma precoce. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2013), os transtornos de ansiedade incluem características de medo e ansiedade excessivos, muitas vezes relacionados a experiências traumáticas.

Deste modo, a questão da relação entre trauma e ansiedade é central, porém, não apenas no que concerne ao trauma visível e identificável, que ocorre em situações que já se encontram no radar de diferentes estudos, como casos de luto, acidentes, sequestros etc., mas principalmente ao trauma que ocorre em momento da vida em que apenas sentimentos e emoções são o que a criança tem, por exemplo, pois não há linguagem.

Maté (2023) destaca que as pessoas carregam gatilhos de traumas que ficam armazenados, ao que ele denominou “trauma pré-verbal”. Esse ocorre a partir de uma experiência emocional que fica gravada no corpo e no sistema nervoso do ser humano, ou seja, muito antes que a criança tenha uma linguagem para compreendê-lo ou expressá-lo, haja vista não ter formação cerebral suficiente para isso. Nesse sentido, o autor entende que, principalmente nos primeiros anos de vida, podem ocorrer traumas que não serão processados por meio da linguagem, visto que as conexões neurais estão em formação com base nas experiências de segurança e afeto (ou na falta desses). Para o mesmo autor, a criança que não tem suas necessidades emocionais atendidas, por vezes por força das dificuldades dos pais ou cuidadores, que estão cada vez mais sobrecarregados, torna-se inconsistente emocionalmente e poderá desenvolver mecanismos de adaptação para lidar com a ansiedade e o desconforto.

Os mecanismos de adaptação podem resultar em um distanciamento emocional do bebê que, diante de sentimentos tão complexos, pode aprender a suprir suas necessidades emocionais e assim lidar com a rejeição ou a falta de afeto e atenção. Chama-se isso de respostas adaptativas, que vão incidir na composição da personalidade e poderão moldar os padrões de comportamento deste bebê. Assim, ao longo de seu desenvolvimento, é possível perceber uma busca por aprovação e um estado contínuo de preocupação, bem como torná-los atentos ao ambiente. Por conseguinte, as pessoas podem se tornar vigilantes do que lhes apresentam as relações e os desafios do próprio ambiente.

Essa hipervigilância se configura, segundo Maté (2023), na manifestação de quadros futuros de ansiedade, autocritica intensa e até problemas

de saúde. O estresse contínuo pode gerar o desenvolvimento de padrões ansiosos e autodestrutivos, pois cria respostas fisiológicas e emocionais que não estão conscientes e, muitas vezes, são difíceis de acessar por meio da linguagem ou da racionalização.

Deste modo, este trabalho adota uma metodologia de revisão de literatura que possibilite uma análise minuciosa do tema, proporcione aos autores contribuições para a prática clínica e o desenvolvimento de intervenções eficazes no manejo dos transtornos de ansiedade. Além disso, esta pesquisa destina-se a profissionais da saúde mental, leigos, interessados no tema, pacientes e pesquisadores atraídos pelo tratamento do transtorno de ansiedade, ao oferecer uma revisão bibliográfica essencial sobre a eficácia das abordagens terapêuticas e sua contribuição para a restauração do equilíbrio mental dos indivíduos afetados. Assim, a pergunta que este trabalho busca responder é: qual é o papel do processo terapêutico no enfrentamento dos transtornos de ansiedade?

Para o alcance da concretização da resposta a esta pesquisa, o objetivo geral do estudo é analisar o papel do processo terapêutico no tratamento da ansiedade, com base na compreensão do conceito de ansiedade e sua relação com o trauma. Como objetivos específicos, é explorado e definido o conceito de ansiedade, além de investigar as estatísticas atuais sobre ansiedade; analisar a relação entre trauma e ansiedade; e apresentar as contribuições da psicologia clínica e suas diferentes abordagens para o tratamento da ansiedade.

Materiais e Métodos

Este estudo tem como metodologia a revisão bibliográfica cujo objetivo é o de analisar e sintetizar pesquisas existentes sobre a relação entre ansiedade e trauma. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é aquela que se desenvolve a partir de materiais já publicados, tal como livros e artigos científicos. A revisão tem caráter exploratório e descritivo e busca compreender como o trauma contribui para o desenvolvimento de quadros de ansiedade, a partir de diferentes perspectivas teóricas e estudos empíricos publicados. Para Gil (2002), a pesquisa exploratória, como o próprio termo sugere, facilita o aprofundamento do pesquisador no tema estudado, que neste caso é a ansiedade, mas em uma correlação com a ideia de trauma. Deste modo, o que os pesquisadores buscam é refinar ideias e levantar hipóteses à luz da compreensão sobre Trauma e Ansiedade.

Para isso, foram utilizados artigos

acadêmicos, livros e teses publicados nos últimos 15 anos. Deste modo, constam publicações disponíveis em bases de dados como *PubMed*, *Scielo*, *Google Acadêmico* e *PsycINFO* etc. As palavras usadas para refinar a busca do referencial são “ansiedade”, “trauma”, “transtorno de ansiedade”; “Estresse Pós-Traumático”, “Regulação Emocional”.

Como critérios de inclusão, foram escolhidos artigos que se encontram entre os anos de 1986 e 2024. Entre esses, foram incluídos apenas os escritos em português e espanhol. Foram aceitos estudos teóricos, pesquisas e publicações com metodologias variadas, ou seja, qualitativas e quantitativas, desde que estivessem dentro da temática – principalmente as discussões de psicólogos, profissionais da saúde, tais como médicos e enfermeiros –, e que abordassem a relação entre trauma e ansiedade. Como critérios de exclusão, foram descartados artigos anteriores a 2004 que não estivessem completos e que não fossem da área de interesse citada: psicologia e saúde mental. Como procedimentos do estudo, foi realizada uma busca nas bases de dados mencionadas a partir das palavras-chave: “ansiedade”, “trauma”, “transtornos de ansiedade”, “experiências traumáticas”, “estresse pós-traumático” e “saúde mental”.

Referencial Teórico

Conceito de ansiedade

A ansiedade e a angústia são termos frequentemente utilizados de forma intercambiável, embora representem conceitos distintos. A ansiedade caracteriza-se por um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa quanto ao futuro e uma inquietação interna desagradável, acompanhada tanto por manifestações somáticas e fisiológicas quanto por manifestações psíquicas. Por outro lado, a angústia associa-se a uma sensação de aperto no peito e na garganta, uma experiência de compressão e sufocamento. Dalgalarrondo (2019) destaca essa distinção, embora reconheça que os sintomas de ambos os estados emocionais possam sobrepor-se e causar confusão na diferenciação.

Para a psicopatologia, as orientações descritas no DSM-5 (2013) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da APA (Associação Americana de Psiquiatria) –, indicam que os transtornos de ansiedade são caracterizados pela presença do medo de forma excessiva, além de perturbações comportamentais relacionadas.

Clark e Beck (2012), por sua vez, descrevem que a ansiedade pode se tornar patológica quando há avaliação errada de situações perigosas, capaz de desencadear prejuízos comportamentais na vida diária do sujeito. Na mesma situação pode aparecer medo intenso, sem ameaça iminente.

Dalgalarrondo (2019) contribui com algumas divisões de estudos da psicologia sobre a ansiedade. Cada área a entende e a classifica de uma forma própria, porém, todas elas têm uma mesma base de definição: manifestações somáticas e manifestações psíquicas. Para a escola psicanalítica, são apresentadas as seguintes definições: ansiedade depressiva; ansiedade persecutória ou paranóide. Para a psicologia clínica, tem-se: ansiedade de desempenho e ansiedade antecipatória. Cada uma dessas tem definições importantes para classificar e entender, como a ansiedade tem efeito nos sujeitos.

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e distúrbios comportamentais relacionados. “O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura” (DSM-5, 2013, p. 215). O DSM-5 (2013) também aponta mais algumas classificações sobre ansiedade, que são ansiedade social, ataques de pânico, mutismo seletivo, agorafobia, ansiedade generalizada, indução por uso de substâncias/medicamentos. Ademais, explica que a partir dessas classificações pode-se notar quadros diversos de um desencadear de crise ansiosa.

O conceito de ansiedade na psicopatologia abrange uma ampla variedade de transtornos mentais, cuja evolução pode variar de acordo com as características individuais de cada pessoa, como indicado por Dalgalarrondo (2019). Esses transtornos incluem condições em que os sintomas ansiosos predominam, como o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de pânico, bem como aqueles em que a ansiedade desempenha um papel central ou significativo, como fobias, ansiedade social, estresse pós-traumático, quadros dissociativos e conversivos, quadros hipocondríacos, somatização e transtorno obsessivo-compulsivo.

Assim sendo, quando se analisam os sintomas em cada quadro de ansiedade, encontram-se:

(...) os transtornos mentais nos quais sintomas ansiosos configuram formas “puras” ou “quase puras” de transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada [TAG] e transtorno

de pânico) ou aqueles nos quais a ansiedade tem importância central ou muito relevante (fobias, ansiedade social, estresse pós-traumático, quadros dissociativos e conversivos, quadros hipocondríacos e de somatização e transtorno obsessivo-compulsivo [(TOC)]) (Dalgalarondo, 2019, p. 645).

O ponto de vista behaviorista sobre a ansiedade destaca a sua associação à exposição do indivíduo a estímulos aversivos, o que pode desencadear mudanças tanto psicofisiológicas quanto neurofisiológicas específicas. Segundo Dalgalarondo (2019), esse conceito é multifacetado e pode ser interpretado de diversas maneiras. A vivência de situações desagradáveis pode desencadear uma resposta complexa que envolve componentes mentais, comportamentais e físicos da ansiedade, em alterações gerais no organismo. Ainda no enfoque behaviorista, a atenção recai sobre as contingências que geram a condição psicofisiológica da ansiedade. Dalgalarondo (2019) usa o pensamento de outros autores como Queiroz e Guilhardi (2001) que fazem aplicação da ansiedade ao estado corporal em resposta a contingências específicas de reforço: um estímulo funciona como um sinalizador da iminência de um estímulo aversivo, sem a possibilidade de fuga ou esquivas. Esse entendimento ressalta a importância do contexto ambiental e das relações entre estímulos e respostas na compreensão da ansiedade sob uma perspectiva comportamental.

Holmes (2005) enfoca que a ansiedade se destaca como o principal sintoma ou até mesmo a causa de outros sintomas, diferentemente de muitos outros transtornos. Segundo esse autor, a ansiedade pode surgir como um sintoma secundário, como pode ser visto nos casos de depressão. É comum que a ansiedade surja como resultado do sentimento de desesperança e inutilidade. Da mesma forma, em condições como a esquizofrenia, a ansiedade pode estar presente como um sintoma secundário, muitas vezes associado a delírios ou crenças irracionais. É fundamental entender essa distinção entre ansiedade primária e secundária ao diagnosticar e elaborar planos de tratamento, assim como reconhecer que, nos transtornos de ansiedade, a ansiedade é central e precisa ser abordada de forma prioritária para um tratamento eficaz.

A ansiedade está ligada a questões orgânicas capazes de desencadear síndromes ansiosas que “podem ser de origem orgânica, isto é, pode ocorrer uma síndrome ansiosa (em crises de pânico ou ansiedade generalizada), que é claramente resultante de doença física, uso de fármacos, substâncias ou outra condição orgânica” (Dalgalarondo, 2019, p. 648). Além disso, o autor indica que muitas ocorrências associadas a questões hereditárias causam uma predisposição

genética no indivíduo, suscetível à crise de ansiedade, instabilidade essa passível de agravamento conforme ambiente e uso medicamentosos.

Assis (2007) ressalta a amplitude dos transtornos de ansiedade ao evidenciar sua capacidade de afetar pessoas em diferentes estágios da vida. Destaca-se a transição desses transtornos para um problema psiquiátrico quando interferem substancialmente nas atividades diárias e na funcionalidade do sujeito. Além disso, ao mencionar estudos que correlacionam transtornos de ansiedade com dificuldades na construção de amizades em crianças, revela-se um aspecto importante e muitas vezes subestimado das consequências sociais desses transtornos, especialmente durante o período de desenvolvimento. Essa constatação enfatiza a necessidade de uma abordagem holística na compreensão e no tratamento dos transtornos de ansiedade, não apenas quanto aos aspectos psicológicos, mas também os sociais e emocionais que permeiam a vida do indivíduo afetado.

Portanto, do ponto de vista behaviorista sobre a ansiedade, recebe destaque a sua ligação intrínseca com a exposição do indivíduo a estímulos aversivos, visto que resulta em uma gama de respostas psicofisiológicas e neurofisiológicas específicas. Dalgalarondo (2019) explica a complexidade desse conceito ao apontar para a variedade de interpretações da ansiedade, que pode desencadear uma resposta complexa relacionada a aspectos mentais, comportamentais e físicos. Por outro lado, Holmes (2014) ressalta a distinção entre a ansiedade como um sintoma primário nos transtornos de ansiedade e como um sintoma secundário em outros transtornos, como depressão e esquizofrenia, posição corroborada pelo DSM-5 (2013). Essa diferenciação é crucial para um diagnóstico e tratamento eficazes, assim como o reconhecimento da ansiedade como um elemento central nos transtornos específicos, uma vez que há uma gama de variações e desencadeamentos que um quadro ansioso pode manifestar.

Estatísticas atuais sobre ansiedade

Assis (2007) define o transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado pela presença persistente de ansiedade e preocupação excessiva, como ocorrências quase diariamente por pelo menos seis meses. Essa ansiedade antecipatória está associada a uma variedade de sintomas, entre esses: inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono. Esses sentimentos de apreensão frequentemente se dirigem a uma série de eventos ou atividades, como o

desempenho acadêmico ou esportivo. Para diagnosticar esse transtorno, é necessário que essa preocupação cause sofrimento significativo ou prejuízo substancialmente a vida do sujeito.

De acordo com o DSM-5 (2013), o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) afeta adolescentes e adultos nos Estados Unidos. Além disso, mulheres e meninas adolescentes têm maior probabilidade de desenvolver TAG em comparação a homens e meninos adolescentes (DSM-5, 2013).

Nos idosos, a prevalência de ansiedade varia, e segundo o DSM-5 (2013):

A prevalência de 12 meses de transtorno de ansiedade generalizada é de 0,9% entre adolescentes e 2,9% entre adultos na comunidade geral dos Estados Unidos. A média de 12 meses de prevalência do transtorno em todo o mundo é de 1,3%, com variação de 0,2% a 4,3%. O risco mórbido ao longo da vida nos Estados Unidos é de 9,0%. Mulheres e meninas adolescentes são pelo menos duas vezes mais propensas que homens e meninos adolescentes a apresentar transtorno de ansiedade generalizada. Os 12 meses de prevalência em idosos, incluindo indivíduos com 75 anos ou mais, varia de 2,8% a 3,1% nos Estados Unidos, Israel e países europeus (DSM-5, 2013, p. 252).

Machado *et al.* (2016) investigaram a prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos. O estudo foi publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Esses autores revelaram, após conduzir uma pesquisa abrangente, que o transtorno de ansiedade generalizada era o mais evidente na população pesquisada. “Dentre os transtornos de ansiedade, o TAG foi o transtorno mais encontrado na população, com uma prevalência de 22%” (Machado *et al.* 2016, s/p). Em seguida, a Fobia Social (FS) foi identificada em 14,8% dos participantes, seguida pelo transtorno de pânico (TP) com 10,4% e pelo transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) com 8,5%. No total da amostra, 413 indivíduos, ou seja, 40,5% dos voluntários, apresentaram pelo menos um desses quatro transtornos de ansiedade.

A revista *American Psychiatric Association* relata a percentagem estimada de adultos nos EUA com vários transtornos de ansiedade. A fobia específica afeta entre 8% e 12% da população nos Estados Unidos. O transtorno de ansiedade social é encontrado em 7% da população americana. O transtorno de pânico acomete entre 2% e 3% das pessoas no país. A agorafobia tem uma prevalência de 1% a 1,7% entre adolescentes e adultos em todo o mundo. O transtorno de ansiedade generalizada atinge 0,9% dos adolescentes e 2,9% dos adultos. O transtorno de ansiedade de separação ocorre em 4% das

crianças, 1,6% dos adolescentes e entre 0,9% e 1,9% dos adultos. O mutismo seletivo afeta entre 0,03% e 1,9% da população nos EUA, Europa e Israel. À vista disso, a busca por ajuda profissional é essencial para lidar com esses desafios emocionais.

Afirmações de Assis (2007) mostram que o resultado de pesquisa sobre ansiedade indica que a fobia específica afeta entre 8% e 12% da população nos Estados Unidos e se destaca como uma das condições de ansiedade mais comuns. O transtorno de ansiedade social, caracterizado pelo medo intenso de situações sociais, é encontrado em 7% da população americana. O transtorno de pânico, que envolve ataques súbitos de medo extremo, acomete entre 2% e 3% das pessoas nos EUA. A agorafobia, o medo de estar em lugares ou situações as quais a fuga pode ser difícil, tem uma prevalência de 1% a 1,7% entre adolescentes e adultos em todo o mundo. O transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por preocupação excessiva e difícil de controlar, atinge 0,9% dos adolescentes e 2,9% dos adultos.

Além disso, Assis (2007) observa uma possível relação entre o transtorno de ansiedade generalizada e eventos traumáticos, com uma tendência de piora dos sintomas durante períodos de estresse. Embora mais da metade dos pacientes já apresentem sintomas na infância ou adolescência, o início na vida adulta também é observado. Estudos indicam uma prevalência em torno de 3% em amostras comunitárias e até 25% em amostras clínicas, o que evidencia a relevância desse transtorno na população. O transtorno de ansiedade de separação, que envolve medo excessivo de se separar das figuras de apego, ocorre em 4% das crianças, 1,6% dos adolescentes e entre 0,9% e 1,9% dos adultos. Por fim, o mutismo seletivo, caracterizado pela incapacidade de falar em certas situações sociais, afeta entre 0,03% e 1,9% da população nos EUA, Europa e Israel, e mostra a diversidade e complexidade dos transtornos de ansiedade.

Nessa mesma perspectiva, “os ataques de pânico ‘não clínicos’ acontecem ocasionalmente com cerca de 3 a 5% das pessoas da população geral” (Barlow, 2016, p. 2). Desta forma, pode-se perceber que, estatisticamente, há uma prevalência dos ataques de pânico na população geral, diagnosticados ou não, mesmo entre aqueles que não cumprem todos os critérios para o transtorno de pânico. Os ataques também são considerados um fator definidor potencial para qualquer transtorno do DSM-5 (2013), com destaque à importância clínica desses episódios. A ansiedade adicional em relação ao pânico, bem como as cognições catastróficas, são o que

distingue o transtorno de pânico de outros transtornos de ansiedade ou de pessoas que experimentam pânico ocasional não clínico.

Machado *et al.* (2016) cita que estudo publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* inicia a discussão sobre a prevalência de transtornos ansiosos em idosos, e evidencia que o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é o mais comum, com uma prevalência de 22%. A American Psychiatric Association (2013) acrescenta que a fobia específica afeta entre 8% e 12% da população nos Estados Unidos, enquanto o transtorno de ansiedade social é encontrado em 7% dessas pessoas. Clark e Beck (2012) concordam com o argumento em voga ao comprovar a alta prevalência desses transtornos e a necessidade de intervenções eficazes. Finalmente, Barlow (2016) destaca a prevalência de ataques de pânico não clínicos, que ocorrem entre 3% e 5% da população geral. Esse fenômeno sublinha a importância de distinguir pânico clínico e não clínico, assim como a ansiedade associada a cognições catastróficas, um ponto crucial para o diagnóstico diferencial e o tratamento.

Deste modo, a interação entre esses autores evidencia a complexidade dos transtornos de ansiedade e a necessidade de abordagens terapêuticas abrangentes para mitigar seus impactos. A prevalência desses transtornos varia significativamente entre diferentes grupos populacionais e reforça a importância de intervenções específicas e adaptadas às necessidades individuais.

Relação entre trauma e ansiedade

Maté (2023) afirma que a palavra “trauma” deriva do grego e significa “ferida”. Independentemente de a pessoa ter consciência ou não, são as feridas emocionais e a forma como alguém lida com elas que influenciam profundamente o comportamento, moldam os hábitos sociais e condicionam a percepção do mundo. Assim, mesmo sem perceber, as feridas emocionais impactam o indivíduo em vários níveis e determinam a sua maneira de ser e agir.

Wolynn (2023) traz uma importante reflexão sobre o papel do inconsciente no armazenamento de informações após um evento traumático. Palavras, imagens, sons e até mesmo cheiros podem surgir em momentos específicos da vida e reativar padrões comportamentais repetitivos. Esses conteúdos ficam guardados no inconsciente e manifestam-se quando encontram um objeto de relação que os evoca.

Freud e Jung observam como fragmentos de experiências de vida previamente bloqueadas, suprimidas ou reprimidas apareciam nas palavras, nos gestos e nos comportamentos dos pacientes (Wolynn, 2023, p.16).

Bejar (2017) explora como a dor física se relaciona com o corpo e com a nossa biologia, mas também como cada pessoa reage mentalmente, de maneira única, a essa experiência. Quando se trata de dor psíquica, o autor retoma as ideias freudianas, as quais indicam que a vivência dolorosa gera defesas primitivas, desinvestimento emocional e uma necessidade de liberação dessa carga, por ser um excesso de estímulos que o indivíduo não consegue processar. Essa experiência traumática precoce, que não chega a ser traduzida em termos psíquicos, pode ser reativada por eventos posteriores e gerar patologias como somatizações. Ademais, Bejar (2017) resalta o termo “masoquismo guardião da vida”, em que a dor é investida emocionalmente para proteger a psique.

Maté (2023), por sua vez, observa que o trauma está presente em várias esferas da cultura, desde as relações pessoais até a educação, economia e política. Essa realidade subjetiva reflete como o trauma afeta cada pessoa no seu meio. Para esse autor, “trauma refere-se a uma ferida interna ou uma clivagem duradoura no ego devido a acontecimentos difíceis” (Maté, 2023, p. 34). Assim, trauma não é o acontecimento em si, mas o que ocorre dentro da pessoa em consequência desses eventos. Em palavras do autor, “trauma não é o que acontece com você, mas sim o que acontece dentro de você” (Maté, 2023, p. 34).

Wolynn (2023) destaca que essas memórias reprimidas emergem no presente em forma de padrões repetitivos de comportamento e, assim, influenciam a fala e a ação das pessoas.

Marty (1995) explica que, quando um sistema funcional se desorganiza após um trauma, isso demonstra a incapacidade de se processar ou lidar com esse sistema. No caso da mente, ele revela que ocorrem oscilações em áreas como memórias e estados emocionais, com alternância entre alerta e devaneio. Marty exemplifica com o caso de uma paciente que, na adolescência, sofreu uma ferida narcísica ao sentir-se humilhada e rejeitada pelos pais. A paciente, ao longo da vida, revive essa experiência inicial de desamparo.

O estudo das ligações entre ansiedade e trauma oferece uma visão aprofundada sobre como o trauma desorganiza o funcionamento psíquico e gera padrões de comportamento

difíceis de se enfrentar. Freud liga o trauma ao desamparo inicial vivido no nascimento e sugere que situações de perigo podem reviver esse desamparo ao longo da vida (Marty, 1995).

Maté (2023) reforça que, em momentos de grande estresse, muitas pessoas tendem a reviver traumas antigos e demonstram comportamentos que remontam aos primeiros anos de vida de uma pessoa. Pierre Janet, em 1889, foi o primeiro a descrever a memória traumática como algo gravado em ações e reações automáticas. Choques traumáticos podem desequilibrar o corpo e a mente, da mesma forma que uma memória específica domina todas as experiências. O então fenômeno denominado “tirania do passado” se refere ao impacto das memórias traumáticas no presente (Maté, 2023).

A questão da linguagem é abordada por Wolynn (2023) ao defender que, embora alguns teóricos sugerem que a linguagem se perde durante um trauma, ela permanece no inconsciente à espera de ser redescoberta. A região do cérebro conhecida como área de Broca, que é crucial para a fala, pode ser inibida, assim como o córtex pré-frontal medial, que desempenha um papel importante na vivência do momento presente. Essa inibição ajuda a explicar a dificuldade em se relatar eventos passados e a sensação de desconexão com o presente que uma pessoa pode experimentar após passar por um trauma. Mesmo com a desativação temporária dessas áreas, as memórias traumáticas não desaparecem, mas sim manifestam-se por meio de fragmentos de palavras, imagens e sensações que reaparecem em momentos críticos. Essa “linguagem oculta” da dor mantém-se latente no inconsciente e, quando reativada por eventos atuais ou por outra razão, influencia a forma como o trauma é vivenciado. O trauma é muitas vezes reencenado em uma tentativa de resolução inconsciente, mediante a chamada “compulsão à repetição” (Wolynn, 2023, p. 15).

A compreensão de trauma inclui não só o seu impacto imediato no indivíduo, mas também os seus efeitos transgeracionais. Estudos mais recentes em neurociência e psicologia exploram a possibilidade de o trauma ser transmitido geneticamente. As predisposições genéticas e as modificações epigenéticas destacam a relevância das intervenções terapêuticas para mitigar os efeitos transgeracionais do trauma, com vistas ao bem-estar emocional das gerações impactadas. Maté (2023) reforça que o trauma é essencialmente aquilo que acontece dentro da pessoa como resposta a eventos difíceis ou dolorosos, e não o evento em si.

Definições dos tipos de ansiedade junto aos transtornos

Embora sejam citados pelo DSM-5 (2013) e por alguns autores renomados da área de psicopatologia sobre vários tipos de transtornos de ansiedades, focaremos aqui nos transtornos de ansiedade com fatos mais recorrentes como o TAG (transtorno de ansiedade generalizado), que causa somatização no corpo, o pânico, a ansiedade social e o medo.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) tem como principal característica definidora a preocupação excessiva ou o pensamento repetitivo sobre os piores cenários que envolvem possíveis eventos futuros (Roemer *et al.*, 1997, p. 170). O transtorno de ansiedade generalizada mostra uma série de decorrências de fatores não cronológicos, pois os indivíduos afetados não conseguem identificar quando começou. Esses autores afirmam que o ataque de transtorno de pânico são episódios distintos de temor ou medo intenso, acompanhados pelos sintomas físicos e cognitivos apresentados pelo DSM-5 (2013).

A respeito do transtorno de pânico e da agorafobia, Barlow (2016) trabalha a ideia de que o transtorno de ansiedade, especialmente quando evolui para o transtorno de pânico, é caracterizado por episódios distintos de temor ou medo intenso, acompanhados por sintomas físicos e cognitivos. Os ataques de pânico se diferenciam por seu início inesperado e de curta duração em comparação à ansiedade gradual.

Ataques de pânico podem ocorrer no contexto de qualquer transtorno de ansiedade, bem como outros transtornos mentais (transtornos depressivos, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias) e algumas condições médicas (cardíacas, respiratórias, vestibulares, gastrointestinais) (DSM-5, 2013, p. 383). Pode-se observar que o ataque de pânico acontece em vários tipos de situação que uma pessoa pode vivenciar. Esses ataques são caracterizados por um surto abrupto de medo intenso ou desconforto, acompanhado por sintomas como palpitações, sudorese, tremores e taquicardia.

No contexto do transtorno de pânico, os ataques muitas vezes ocorrem de forma inesperada e desencadeiam preocupação persistente com a recorrência e as alterações comportamentais significativas. Esses ataques de pânico estão associados a fortes tendências à ação, como a necessidade de fugir ou lutar, acompanhadas por percepções de perigo iminente, como a morte ou perda de controle. Entretanto, “as características de necessidade

urgente de fuga, excitação autonômica e percepção da ameaça não estão presentes em todas as ocorrências de pânico” (Barlow, 2016, p. 2). Nessas situações, pode aparecer o chamado pânico “não cognitivo”.

A agorafobia condiz com o medo ou a ansiedade acentuados em relação a duas (ou mais) das cinco situações a seguir: uso de transporte público, presença em espaços abertos ou em locais fechados, permanência em fila ou no meio da multidão e constatação de estar fora de casa sozinho (DSM-5, 2013, p. 388). Pessoas com agorafobia evitam essas situações e acreditam que seria difícil escapar ou obter ajuda. O medo é desproporcional ao perigo real.

O transtorno de ansiedade social ou fobia social (TAS) é definido pelo DSM 5-TR (2013) como o transtorno ligado a relações sociais, ou seja, medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ocorrerem ou de desempenho nas quais o indivíduo seja exposto a pessoas desconhecidas ou ao escrutínio possível de outras pessoas. O indivíduo teme que possa agir de um modo (ou apresentar sintomas de ansiedade) que seja humilhante ou embaraçoso (DSM-5, 2013, p. 368). Em outras palavras, ansiedade social é um medo e uma preocupação do que os outros vão ou podem pensar sobre você. Não se trata somente do medo da socialização, também de falar em público, comer, beber, ir ao banheiro, situações que o colocam em observação e destaque.

Barlow diz que a incapacidade pelo transtorno de ansiedade social (TAS) pode afetar todas as facetas da vida cotidiana, inclusive os relacionamentos pessoais, o trabalho e os estudos (Barlow, 2023, p. 99). Para enfrentá-lo, é essencial reconhecer seus gatilhos e sintomas.

Ademais, “seguindo essa metáfora, podemos dizer que as pessoas que sentem uma ansiedade social grave (e provavelmente outras formas de ansiedade) enxergam o mundo através de lentes amarelas” (Hope, 2012, p. 63). Ou seja, a ansiedade social grave e outras formas de ansiedade alteram a percepção do mundo, como se as pessoas estivessem olhando através de lentes.

Mutismo seletivo é a falha consistente ao se falar em situações sociais específicas nas quais há essa expectativa, apesar de se falar em outras situações. Ao encontrar outros indivíduos em interações sociais, as crianças com mutismo seletivo não iniciam a fala ou respondem reciprocamente quando falam com outras pessoas. A falta de fala ocorre em interações

sociais com crianças ou adultos (DSM-5, 2013, p. 359). O mutismo pode ser identificado já na primeira infância. As crianças com essa condição não conseguem falar em certos ambientes como a escola, apesar de serem capazes de se expressar em outras situações.

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade que se caracteriza pela ausência de comunicação verbal (fala, uso de voz) em ambientes sociais selecionados, como, por exemplo, a escola, na qual ocorre aproximadamente 98% dos casos, segundo as pesquisas indicam (Vieira, 2023, p. 3). O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade que afeta a comunicação verbal em ambientes sociais específicos. Por isso, o diagnóstico e tratamento devem ser realizados por profissionais especializados.

Nem todas as pessoas que passam por experiências traumáticas desenvolvem crises de ansiedade. No entanto, os traumas são considerados um dos fatores que podem contribuir para o surgimento dessas crises. Gabor *et al.* (2023) dizem que: seja de que forma for, a desconexão é proeminente na experiência de vida de pessoas traumatizadas e é um aspecto essencial da constelação do trauma. Independentemente de como ocorra, a sensação de desligamento é uma característica marcante na jornada de vida daqueles que sofreram traumas e representa um elemento fundamental no conjunto de sintomas e reações associadas ao trauma.

Contribuições da psicologia clínica para a ansiedade

A psicologia clínica tem oferecido contribuições substanciais para a compreensão e o tratamento dos transtornos de ansiedade. O diagnóstico diferencial, como apontado por Clark e Beck (2012), tem um papel central na identificação precisa dos sintomas e no desenvolvimento de planos terapêuticos eficazes. A entrevista diagnóstica permite aos clínicos não apenas identificar os sintomas-alvo, mas também avaliar a intensidade dos sintomas, os processos de pensamento e os gatilhos que os desencadeiam. Essa etapa inicial de diagnóstico é essencial para entender o impacto dos sintomas na vida cotidiana dos pacientes e ajustar as abordagens terapêuticas conforme necessário (Clark e Beck, 2012).

Na abordagem da terapia cognitiva para transtornos de ansiedade, o foco não se restringe apenas à análise da tipologia e intensidade dos sintomas, mas também à compreensão dos processos cognitivos subjacentes que influenciam o ciclo da ansiedade. Esse modelo cognitivo

destaca a relação entre os pensamentos automáticos, crenças centrais e distorções cognitivas que perpetuam os sentimentos de ansiedade. Beck e colaboradores salientam que essa avaliação detalhada é essencial para identificar padrões de pensamento disfuncionais e trabalhar em técnicas cognitivas para reestruturá-los e, assim, favorecer a modificação do comportamento ansioso (Clarck e Beck, 2012).

A entrevista diagnóstica tem uma dimensão terapêutica, conforme proposto por Osório e Valle (2009). A partir de uma abordagem livre, que permite ao paciente expressar livremente o que o trouxe ao processo terapêutico, cria-se um espaço de acolhimento e aceitação. Esse ambiente, além de proporcionar uma melhor compreensão dos sintomas e das experiências de vida, facilita a construção de um vínculo terapêutico. Ao acolher a ansiedade do paciente e demonstrar interesse genuíno por suas dificuldades, a entrevista inicial resgata a esperança de ser compreendido e promove a colaboração ativa no tratamento. Essa abordagem é fundamental para a continuidade do processo terapêutico, uma vez que facilita o engajamento tanto do paciente quanto da família.

No contexto da terapia familiar sistêmica, conforme descrito por Osório e Valle (2009), o sociodramatista atua como um facilitador, ao ajudar a família a abrir-se para novas formas de troca e interação. A ansiedade, muitas vezes vista como um sintoma isolado, pode ser compreendida como resultado de padrões disfuncionais de interação familiar. O papel do sociodramatista é promover a espontaneidade e criatividade no sistema familiar, bem como restabelecer a vitalidade e a capacidade de lidar com os desafios da ansiedade em conjunto. Esse modelo sistêmico oferece uma perspectiva inovadora sobre o papel das dinâmicas familiares na manutenção ou no alívio dos sintomas ansiosos, e dá destaque à importância do suporte familiar para o crescimento emocional dos indivíduos.

Do ponto de vista fenomenológico, a ansiedade é considerada uma parte intrínseca da condição humana, uma emoção que está presente ao longo de toda a vida de um indivíduo. Rollo May (1986) argumenta que a ansiedade, ao contrário de ser exclusivamente negativa, pode ser um estímulo para o crescimento pessoal. Segundo ele, a experiência de relacionar-se com outra pessoa que está em profunda ansiedade e culpa requer uma compaixão intrínseca, uma prova da melhor humanidade que existe em cada um. A psicologia existencial, desta forma, promove a aceitação da ansiedade como uma força motriz que, se bem compreendida, pode levar ao autoconhecimento e ao desenvolvimento emocional.

A psicanálise, por sua vez, oferece uma distinção importante entre angústia real e angústia neurótica, como descreve Plon (2024). A angústia real está relacionada a perigos concretos e reais, enquanto a angústia neurótica está associada a uma expectativa contínua de perigo, muitas vezes sem uma causa objetiva aparente. Essa angústia neurótica é a base da ansiedade generalizada e está na origem de várias formas de transtornos de ansiedade, entre os quais fobias e neuroses obsessivas. O entendimento psicanalítico oferece uma abordagem mais profunda para compreender os mecanismos inconscientes que sustentam a ansiedade, ao tempo em que fornece subsídios valiosos para o tratamento de suas manifestações mais complexas.

Em relação aos transtornos de ansiedade, a Associação Americana de Psiquiatria (2013) destaca que esses distúrbios afetam o funcionamento psicológico e social dos indivíduos, em razão de possíveis causas multifatoriais que incluem fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Além disso, é importante salientar que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) descreve várias formas de transtornos de ansiedade, como o transtorno de ansiedade generalizada, fobias específicas e transtorno de pânico. Essas classificações facilitam o diagnóstico preciso e a escolha de intervenções terapêuticas adequadas, uma vez que cada transtorno apresenta características próprias que requerem abordagens diferenciadas.

De acordo com Barlow e Durand (2011), a abordagem integrada para o tratamento da ansiedade envolve tanto a terapia cognitiva-comportamental (TCC) quanto intervenções farmacológicas, quando necessário. A TCC é amplamente reconhecida como uma das formas mais eficazes de tratamento para a ansiedade, pois oferece ferramentas para modificar os padrões de pensamento e comportamento disfuncionais. Essa abordagem é reforçada por Clark e Beck (2012), que enfatizam a necessidade de ajudar os pacientes a identificar pensamentos automáticos e substituí-los por interpretações mais realistas e funcionais.

Outro ponto relevante trazido por Dalgalarondo (2019) é a importância da psicopatologia no contexto da ansiedade. Ele observa que os transtornos de ansiedade muitas vezes coexistem com outras condições mentais, como depressão e transtornos do humor, o que pode complicar o diagnóstico e tratamento. Machado *et al.* (2016) destacam a prevalência dos transtornos de ansiedade em populações idosas e indicam que essas condições frequentemente se sobrepõem a comorbidades físicas e cognitivas, o

que exige uma abordagem multidisciplinar no tratamento.

A contribuição da psicologia clínica para a compreensão e o tratamento da ansiedade também inclui um enfoque no desenvolvimento humano e na influência dos contextos familiares e sociais. Dessen e Polonia (2007) sublinham a importância da família e da escola como contextos fundamentais para o desenvolvimento humano, ao observar que ambientes disfuncionais podem contribuir para o surgimento de transtornos de ansiedade desde a infância. Assis *et al.* (2007) corroboram essa visão ao afirmarem que a violência e outras adversidades enfrentadas na infância podem ter um impacto significativo no desenvolvimento de transtornos de ansiedade na vida adulta.

A ansiedade, conforme a perspectiva de Maté (2023), é um reflexo de como os traumas e as adversidades da vida se internalizam na mente e no corpo de uma pessoa e afetam o equilíbrio emocional desse indivíduo. Maté sugere que, para além dos sintomas evidentes, a ansiedade muitas vezes é um reflexo de experiências emocionais não processadas que continuam a afetar o indivíduo ao longo da vida. Nesse sentido, a psicologia clínica oferece uma gama de ferramentas terapêuticas, desde a reestruturação cognitiva até a terapia familiar sistêmica, no intuito de tratar não apenas os sintomas, mas também as causas subjacentes da ansiedade.

Portanto, é evidente que as contribuições da psicologia clínica para a ansiedade são vastas e multifacetadas. A partir da combinação de diferentes abordagens teóricas e práticas, é possível promover um tratamento holístico que aborde, tanto os sintomas imediatos, quanto as causas subjacentes da ansiedade. Seja por meio de intervenções individuais, como a terapia cognitiva, ou abordagens mais amplas, como a terapia familiar, a psicologia clínica continua a desempenhar um papel essencial no enfrentamento desse transtorno que afeta milhões de pessoas ao redor do mundo.

Conclusão

Ao concluirmos esta pesquisa, foi importante compreender que o processo terapêutico tem um papel central no enfrentamento dos transtornos de ansiedade, atua principalmente na criação de um ambiente seguro e favorece o desenvolvimento da resiliência. Nas relações parentais, esse suporte é essencial para que pais e filhos construam vínculos de confiança, o que amplia a capacidade de lidar com desafios emocionais ao longo da vida. A terapia, ao

trabalhar com as interações familiares, contribui para o fortalecimento desses laços ao ajudar a criar uma base emocional mais estável e segura para todos os membros da família, especialmente em contextos em que a ansiedade tende a se manifestar.

No cenário pós-moderno, as dificuldades de conciliar a realização pessoal, as responsabilidades profissionais e o tempo necessário para cuidar da família são desafios constantes. O ritmo acelerado da vida contemporânea limita o tempo de qualidade entre pais e filhos, o que pode gerar sentimento de insegurança e falta de suporte emocional. A terapia entra nesse contexto como uma ferramenta essencial para ajudar as pessoas a equilibrar essas demandas ao oferecer estratégias para reduzir o estresse e construir uma convivência mais saudável. Dessa forma, o processo terapêutico auxilia não apenas no tratamento dos sintomas de ansiedade, mas também na prevenção de novos episódios, ao promover uma gestão mais eficaz do tempo e das relações.

A partir das ideias de Maté (2023), podemos concluir que o papel do processo psicoterápico é fundamental quando visa entender os momentos e as razões pelas quais os episódios de infância se transformam em feridas ou traumas que, mais tarde produzirão nos indivíduos modos adaptativos de hipervigilância e medo e, assim, ajudá-los a reconhecer o trauma e obter uma reconexão emocional, com o desenvolvimento da autocompaixão e do autoconhecimento, sem focar apenas em tratar sintomas, mas integrar a experiência traumática na narrativa pessoal e reduzir seu impacto.

Por fim, as implicações da ansiedade se estendem às relações de trabalho e à vida social, ao afetar de maneira ampla o bem-estar dos indivíduos. O processo terapêutico atua como um mediador, quando permite que as pessoas adquiram habilidades para enfrentar esses desafios e melhorar sua qualidade de vida. Ao longo do tratamento, os pacientes se tornam mais capazes de lidar com as pressões do dia a dia, tanto no trabalho quanto nas relações pessoais, o que fortalece suas interações sociais e familiares. Com isso, a terapia oferece uma abordagem abrangente que não só trata os sintomas imediatos da ansiedade, mas também promove um equilíbrio sustentável em todas as áreas da vida.

Agradecimentos

Agradecemos imensamente a Deus pela oportunidade de concluir esta etapa tão importante

em nossas vidas. Agradecemos a nossa orientadora, Msc. Sonia Amoroso, pela dedicação, pela paciência e pelo conhecimento compartilhados durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Sua orientação foi fundamental para o nosso crescimento acadêmico. Agradecemos também aos nossos colegas de turma, que tornaram esta jornada ainda mais enriquecedora com suas contribuições e

companheirismo. Agradecemos a todos os pacientes que tiveram contato conosco durante a formação em psicologia e confiaram a nós suas inquietações em prol de autoconhecimento e melhora do quadro clínico. Por fim, mas não menos importante, agradecemos imensamente as nossas famílias que, com infinita sabedoria e amor, sempre nos proporcionaram o ânimo necessário para superar os desafios e celebrar as conquistas.

Referências Bibliográficas:

APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ASSIS, S. G. de et al. **Ansiedade em crianças**: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007.

BARLOW, D. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**: tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BÉJAR, Victoria Regina (org.). **Dor psíquica, dor corporal**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Blucher, 2017.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**: ciência e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HOPE, Debra A.; HEIMBERG, Richard G.; TURK, Cynthia L. **Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo comportamental**: manual do paciente. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Revisão técnica de Ricardo Wainer. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HOLMES, J. Depressão. **Conceitos da Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

JUNG, C. G. **Memórias, Sonhos e Reflexões**. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2016.

MACHADO, M. B. *et al.* Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 28-35, jan. 2016.

MARTY, Pierre. **Psicossomática de hoje**: aspectos psicossomáticos das neuroses. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MATÉ, Gabor. **O mito do normal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2023.

MAY, Rollo. **Psicologia existencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS destaca a necessidade urgente de transformar a saúde mental e a atenção**. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>>. Acesso em: 22 fevereiro. 2024.

PLON, Michel. **Inibição, sintoma e angústia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

RESENDE, André. Ansiedade: Doença crônica da modernidade. Publicado em 19/02/2024, no jornal *A UNIÃO*. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/noticias/caderno_paraiba/doenca-cronica-da-modernidade>. Acesso em: 3 setembro de 2024.

ROEMER, L.; MOLINA, S.; Borkovec, t. D. An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of nervous and mental disease*, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005053-199705000-00005>. Acesso em: 25 setembro 2024.

SERVAN-SCHREIBER, David. **Curar**: o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise. São Paulo: Sá Editora, 2004.

VIEIRA, Elisa Neiva. **Guia básico sobre mutismo seletivo**. 1. ed. 2023.

WOLYNN, Mark. **Não começou com você**: como o trauma familiar herdado nos define e como dar um fim a esse ciclo. 1. ed. São Paulo: Alta Life, 2023.