

Transtornos de ansiedade, estresse e depressões

Conhecer e tratar

BRENO SERSON

mg
MG EDITORES

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÕES

Conhecer e tratar

Copyright © 2016 by Breno Serson

Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**

Assistente editorial: **Michelle Neris**

Capa: **Alberto Mateus**

Diagramação: **Crayon Editorial**

Impressão: **Sumago Gráfica Editorial**

*Este livro não pretende substituir qualquer
tratamento médico. Quando houver necessidade, procure
a orientação de um profissional especializado.*

MG Editores

Departamento editorial

Rua Itapicuru, 613 – 7ª andar

05006-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3872-3322

Fax: (11) 3872-7476

<http://www.mgeditores.com.br>

e-mail: mg@mgeditores.com.br

Atendimento ao consumidor

Summus Editorial

Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado

Fone: (11) 3873-8638

Fax: (11) 3872-7476

e-mail: vendas@summus.com.br

Impresso no Brasil

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	13
1 DEFININDO OS TRANSTORNOS ANSIOSO-DEPRESSIVOS (TADs)	23
2 MEMBROS DA FAMÍLIA TAD	33
3 OS MEDICAMENTOS, SEUS EFEITOS E MITOS	55
4 A PSICOTERAPIA	75
5 MEDIDAS GERAIS EM TAD: AS CINCO VERTENTES	87
6 PRAGMATISMO MÉDICO E A MEDICINA “IDEAL”	179
DEPOIMENTOS E LEITURAS QUE PODEM AJUDAR	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193
OS COLABORADORES	198

Apresentação

ESTE LIVRO BUSCA EXPLICAR ao público geral, em linguagem não técnica, os transtornos de saúde relacionados ao estresse, às ansiedades e às depressões, bem como seus tratamentos convencionais com medicamentos e/ou psicoterapia. Com base em minha experiência de quase 30 anos como psiquiatra e psicoterapeuta, sobretudo com pacientes portadores desses tipos de transtorno, acabei também por valorizar e prescrever outras medidas complementares de tratamento, fundadas na evidência de seus benefícios irrefutáveis.

Tais medidas, denominadas *gerais*, são hoje entendidas no contexto da chamada medicina “complementar” ou “integrativa” à psiquiatria convencional, sendo pesquisadas e adotadas pelas mais respeitadas escolas médicas do mundo. Elas podem abranger: readequação alimentar e nutricional; atividades e exercícios físicos; correção de biorritmos de sono, luz natural e repouso; uso de novas tecnologias médicas; ioga, meditação e acupuntura.

Acredito que também contribua para a melhora do paciente a consideração de aspectos espirituais, filosóficos e de mudanças de estilo de vida e do cuidado de si. Por meio do diálogo constante com o paciente, o psiquiatra *ideal* procura compreender o que faz mal ou bem a cada um, propondo então a correção de desequilíbrios corporais e mentais.

À moda de um parteiro, esse médico ideal tenta paralelamente ajudar o paciente a “dar à luz” um *autoconhecimento* que o leve da doença à saúde e a um melhor desfrute da vida. Por exemplo, a

pessoa passa a nadar duas vezes por semana, melhora a alimentação, reduz os estresses evitáveis, reconsidera modos de trabalhar e de gerenciar o uso do tempo. Adota, enfim, a atitude de cuidar de si para evitar permanecer indefinidamente em tratamento.

Para obter essas mudanças, creio ser necessário priorizar o *vínculo* de confiança e boa-fé entre psiquiatra e paciente. Desse modo, este último consegue compreender e racionalizar seus problemas, bem como as opções e variáveis do tratamento. Busca-se, com a persuasão adequada, que ele *ponha em prática* o tratamento proposto partindo do conhecimento de seus problemas médico-psicológicos – partilhados pelo psiquiatra em *linguagem compreensível* e individualizada.

Assim, este livro acaba também por revisitar, em contraponto à crescente tecnificação da psiquiatria, as antigas artes médicas e retóricas que remontam aos gregos de 2.300 anos atrás, como as de Hipócrates e de sua escola médica. Essa medicina, que nunca perde a atualidade, já debatia a ética, a técnica e a filosofia de compreender a singularidade de cada indivíduo que se torna paciente, tendo como fim último o bem-estar deste.

Início o livro descrevendo os transtornos ansioso-depressivos – abreviados pela sigla TAD –, diferenciando-os de outros problemas médico-psiquiátricos e também dos momentos de estresse, ansiedade e depressão que todos nós vivenciamos. A seguir, apresento transtornos ansioso-depressivos específicos, que abarcam uma família de problemas que caracteristicamente respondem aos mesmos tratamentos – feitos à base de medicamentos antidepressivos, psicoterapias e medidas gerais.

A “família” TAD é composta por: depressões maiores; depressões menores (distímias); transtorno de ansiedade generalizada; medos excessivos (fobias); transtorno do pânico; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); transtornos psicossomáticos (somatizações); e hipocondrias.

Falo inicialmente do diagnóstico dos TADs e do tratamento com remédios, sobretudo antidepressivos: seus efeitos desejados

e colaterais, os tempos e transcurso possíveis do processo, as dosagens e os mitos sobre a medicação psiquiátrica.

O capítulo seguinte, escrito em parceria com a psicanalista Silvia Brasiliano, trata das psicoterapias e de suas indicações e perspectivas como medida de tratamento. Descrevemos sobretudo as variantes cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e psicanalíticas.

A seguir, abordo as várias medidas de tratamento não farmacológicas nem psicoterapêuticas, as chamadas medidas gerais, que são agrupadas em cinco vertentes. A primeira delas, que denomino “natural”, corresponde ao antigo aforismo médico *mens sana in corpore sano* (mente sã em corpo são). Em seção escrita com o educador físico Eduardo César, enfatizo a *atividade* e o *exercício físico* como importantes elementos no tratamento dos TADs. Depois, em colaboração com a nutricionista Adriana Trejger Kachani, explico que a *alimentação* e a *nutrição* adequadas constituem matéria-prima para a saúde corporal e mental. Também são abordadas ações ligadas à boa regulação dos *ritmos biológicos*, de sono/vigília, de luz natural/sol e de trabalho/descanso e suas relações com as substâncias cerebrais implicadas no bem-estar (neuro-hormônios e outras).

A segunda vertente é o que chamo de “medicina do bom senso”. Procuro esclarecer como a família e os amigos podem ajudar nos TADs e indico formas de reduzir os estresses elimináveis, isto é, como a razão pode modular as emoções. Falo do amorismo, dos hobbies e da arte como terapia, bem como do uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas por portadores de TADs.

A terceira vertente engloba medidas de tratamento de origem oriental que podem ser integradas aos tratamentos convencionais. Em colaboração com o médico especialista Norvan Leite, discorro sobre o uso de acupuntura e medicina tradicional chinesa. As medidas de harmonização corpo-mente, representadas pelas práticas e técnicas da ioga e da meditação, foram escritas com Daniela Carmona, professora e pesquisadora.

Já a vertente tecnológica é representada pelas técnicas de biomonitoramento e *biofeedback* no controle de sintomas ansiosos, pelas técnicas de reprogramação do movimento dos olhos (usadas em condições de estresse pós-traumático) e pelo tratamento com estímulos eletromagnéticos. São também apresentadas perspectivas futuras no tratamento dos TADs, como novos medicamentos, exames e procedimentos.

A última vertente corresponde à seguinte pergunta: fé ou filosofia ajudam a combater os TADs? Sabe-se que a espiritualidade, a religiosidade e a fé podem beneficiar alguns pacientes, enquanto outros encontram respostas para suas inquietações existenciais no enorme legado da filosofia ocidental. Partindo desta, enfoqueei as ideias de Epicuro, Sêneca e Sartre como modos de enfrentar a vida e desfrutar dela.

O capítulo final discute como o chamado pragmatismo médico pode orientar os tratamentos: por exemplo, se pesquisas e evidências mostram que determinada medida de tratamento é de fato eficaz, com baixos riscos e custos para a saúde, esta pode ser adotada. Trata-se de integrar medidas de tratamento de vertentes diversas, buscando a potencialização mútua e a sinergia. Retomo, dessa forma, a figura do psiquiatra ideal: aquele que conjuga medicação, psicoterapia e as medidas gerais descritas nas cinco vertentes e em outras mais.

Por fim, esclareço que este livro se destina não só a quem tem o transtorno e a seus familiares e amigos, mas a qualquer pessoa que queira conhecer melhor os momentos depressivos e as angústias que todos vivemos, a fim de equacioná-los e reduzi-los com mudanças de atitude e cuidados específicos. O fim último é a melhor qualidade de vida, bem como o desfrute desta.

O AUTOR

Introdução

Sócrates: A medicina tem, de certo modo, o mesmo caráter da retórica.

Fedro: Como?

Sócrates: Em ambas é necessário analisar uma natureza [*physis*]: a do corpo em uma, a da alma na outra, não somente como uma rotina e uma prática, mas como uma técnica [*tékhné*], para ministrar ao corpo remédios e alimentos e produzir assim, nele, saúde e força; e para a alma, raciocínios [*lógos*] e ocupações justas para lhe transmitir a convicção que queiras e a virtude que é desejável, mediante os discursos e a argumentação honesta¹. (adaptado de Platão, 1986, p. 110)

INSÔNIA, FALTA OU EXCESSO de apetite, nervosismo, medos, esquecimentos, indecisões insistentes, culpas, não conseguir divertir-se de verdade, recontar e remoer os mesmos temas, ter falta de ar, crises de ansiedade, aperto no peito, tonturas, infecção a toda hora, pensamentos angustiantes: você reconhece isso? São todos sintomas físicos e mentais que podem indicar um transtorno de ansiedade ou depressão, mal que atinge cada vez mais a sociedade contemporânea.

Existe um nível aceitável de problemas. Se levarmos ao pé da letra a sátira de Machado de Assis em *O Alienista* (2014), poderíamos dizer que, olhado de perto, ninguém é normal de mente ou corpo – e aí internaríamos todo mundo.

É enorme a dificuldade para estabelecer o que é normal. Tudo é humano, tudo pode, tudo, afinal, ocorre (“Sou um homem:

1. Conceitos-chave em grego acrescentados pelo autor.

nada do que é humano me é estranho”, dizia o poeta e dramaturgo Terêncio no século I a.C.). Consideramos um comportamento doentio, patológico, porém, se este atinge tal grau de intensidade que comprometa atividades usuais de trabalho, estudo, convivência, lazer, socialização – enfim, o desfrute da vida – ou se faz o indivíduo passar por graves e contínuos sofrimentos e limitações de suas possibilidades existenciais.

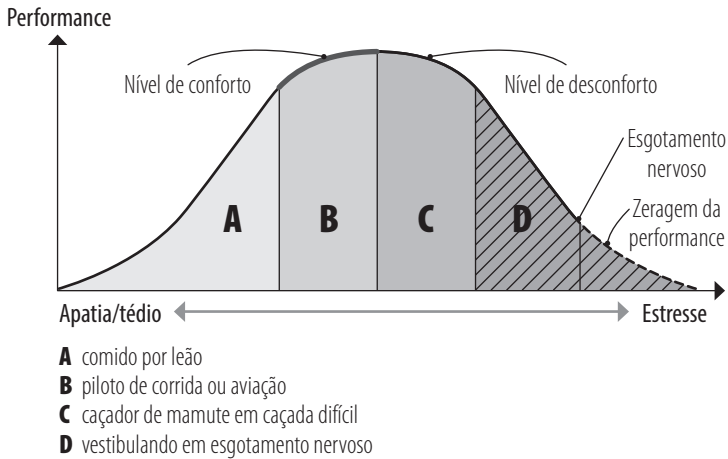
Todos nós temos momentos depressivos leves, até como reação natural a acontecimentos ruins. Em algum grau, a depressão é natural e adaptativa. No tempo das cavernas, o homem caçava o mamute com uma lança precária, fazia um esforço terrível, quase morria, machucava-se e tinha dores; ficava três dias largado num canto, sem querer interagir. Nesse caso, a depressão teria um sentido de recuperação. Ela só é um problema médico após passar a certo grau de sofrimento e comprometimento; seria o caso se nosso homem das cavernas não quisesse mais sair de sua toca nem caçar de novo, ficando sem comida e em perigoso jejum.

O mesmo raciocínio vale para a ansiedade e as reações de estresse e medo. Sem elas, não faríamos quase nada, nem estaríamos aqui, porque os leões já teriam devorado nossos ancestrais. A ansiedade está relacionada às reações de lutar ou fugir e ao desempenho. O estado de ansiedade, por exemplo, deixa o piloto mais alerta e preparado antes da corrida ou da decolagem, da mesma forma que deixava o homem pré-histórico ligado no momento da caçada.

Os mecanismos cerebrais são adaptativamente feitos para conferir se tudo está certo, atacar o mamute quando há fome ou, se no meio do caminho encontrarmos um leão, identificá-lo rapidamente, sair correndo com aquela energia extra, assustados, porém lúcidos, subindo num ímpeto na primeira árvore. Mas em que momento a ansiedade circunstancial vira angústia contínua ou recorrente e deixa de ser normal? Quando, por exemplo, só se pensa em um leão imaginário atacando; quando só se vive no medo.

O problema surge quando tudo é excessivo ou desproporcional – quando, por exemplo, em vez de melhorar o desempenho, a ansiedade exponencial o faz cair a zero. É a típica história daquele excelente aluno “nervoso” que vai fazer o vestibular: estudou como louco, sabia tudo e, na hora, esqueceu o que aprendeu, entregou a prova em branco e saiu chorando.

FIGURA 1. Curva de estresse *versus* performance.



FONTE: <[HTTP://WWW.VISTRATESS.COM](http://www.vistratess.com)>, ADAPTADO PELO AUTOR.

Todo mundo tem um pouco de ansiedade e depressão de vez em quando, mas às vezes o motivo do abatimento ou da reação de angústia – a morte de um parente ou uma violência sofrida, por exemplo – passa e a pessoa não se recupera.

Uso muito no consultório, com meus pacientes, a imagem do coqueiro com o vendaval. Há um tremendo estresse, o coqueiro se dobra com a tempestade, às vezes perde umas folhas, mas torna a ficar em pé. Porém, algumas pessoas, em certos momentos frágeis, assim como certas árvores, mesmo com uma ventania não tão forte, quebram. A tempestade passa e elas não se levantam. Há uma ruptura.

Um rio pode ter uma enchente; quando a chuva acaba, ele retorna ao seu leito. Às vezes, porém, ele não volta a ser como era, muda o curso, alaga tudo. Se quisermos que ele volte ao curso original, é preciso intervir ativamente. É o que faz o psiquiatra no campo dos transtornos mentais, dos sintomas apavorantes e das inibições de vida. O grande especialista suíço Binswanger (1881-1966) falava em “ruptura de um projeto existencial” na vivência de graves crises psíquicas.

Alguém que está mudando de país, passando por um processo de seleção de emprego ou estudando para um concurso difícil, casando ou tendo um filho pode ter momentos de angústia, insônia ou dor e queimação no estômago. Depois de passar pela provação, volta ao normal. Se não voltar, é sinal de que se instaurou um desequilíbrio, o qual pode chegar até mesmo na forma de uma úlcera no estômago, que gera dor contínua – que, por sua vez, gera mais mal-estar. Esse desequilíbrio, tanto em qualidade como em quantidade de sintomas, é o que o psiquiatra busca reconhecer e diagnosticar, e, conseqüentemente, tratar.

É também preciso investigar as causas da ansiedade e da depressão. Primeiro, deve-se suspeitar de algum problema corporal, como anemia, ou ligado ao consumo de substâncias, como remédios ou drogas. Na grande maioria dos casos, porém, não se encontram tais problemas, também chamados de “causas orgânicas”. Estes podem, em geral, ser detectados pelo diálogo clínico e por exames rotineiros, como os que revelam, por exemplo, baixas taxas hormonais ou de vitaminas, inflamações, infecções ou tumores.

Um grupamento de queixas e sintomas ansiosos e depressivos sem causas orgânicas evidenciáveis constitui a grande maioria dos casos que eu chamo neste livro de transtornos ansioso-depressivos, ou TAD. Essa sigla engloba, como veremos, não só a ansiedade e a depressão de variadas intensidades, entendidas como transtornos, doenças e males relacionados, mas também o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), as fobias, o transtorno do pânico, as somatizações e as hipocondrias.

Os TADs constituem o que se chama em medicina de diagnóstico “por exclusão”, feito quando os meios de detecção convencionais não mostram causas orgânicas conhecidas e catalogadas que expliquem o quadro.

Descartadas, assim, possíveis causas orgânicas e estabelecido o diagnóstico de TAD “por exclusão” destas, essa família de transtornos é então tratada usualmente com medicamentos, psicoterapia ou ambos. Este livro procura dar ênfase, todavia, a um terceiro e importante recurso: a mudança do estilo de vida, da maneira de se viver, do cuidado de si por uma série de *medidas gerais* favoráveis ao tratamento e à prevenção dos diversos subtipos de TAD, que as pessoas podem conhecer e adotar.

Em geral, o paciente com TAD vem ao consultório com queixas de mal-estar que passaram de um limite suportável, ou encaminhado por clínicos gerais que, apesar de verificarem sintomas muitas vezes físicos, não encontraram nenhuma doença que explicasse de modo plausível o seu mal-estar. Trata-se de um indivíduo que às vezes vai ao pronto-socorro com tremores incontroláveis ou formigamentos, ou frequenta a enfermaria da empresa com pressão alta por conta do nervosismo, ou, ainda, desenvolveu medos, fobias e inseguranças que, no limite, se tornaram incapacitantes.

Melhora da saúde, quando se trata de ansiedade e depressão, consiste em restaurar o bem-estar geral do paciente e não apenas obter o alívio de alguns sintomas, como dificuldade de iniciar o sono ou desconfortos corporais. É também restabelecer sua liberdade, sua autonomia, seu potencial, sua qualidade de vida e sua felicidade.

Mesmo quando o paciente toma o remédio ou faz psicoterapia, ele precisa, em médio prazo, criar condições para voltar a ter uma vida “normal”, sem uma recaída quando o tratamento é suspenso. A ideia é que ele não deve se tornar um dependente eterno do psicoterapeuta e do psiquiatra.

Tanto a depressão quanto a ansiedade podem ser ou se tornar problemas crônicos, tendência que podemos reverter em algum

grau. Isso não se consegue apenas com remédios e psicoterapia. Mais do que consciência, é preciso ter *vontade e ação* para mudar, sabendo o que é importante mudar. Se bem orientado, o paciente pode entender e, assim, tentar modificar certas coisas; ou, inversamente, saber quando não pode mudar e processar esse fato dentro de si, buscando adaptar-se e aceitar-se.

Objetiva-se com este livro explicar o que são ansiedades, depressões e outros males da mesma “família” e os meios de tratamento reconhecidos, dando ênfase, sobretudo, às chamadas “medidas complementares e gerais” – além da farmacoterapia e da psicoterapia convencionais. Valoriza-se a ideia de uma medicina integrativa que conjugue esforços de tratamento e possa prevenir problemas, diminuindo a possibilidade de os transtornos se repetirem no futuro. São orientações gerais que buscam dar a medida do que fazer e de quanto fazer, de acordo com cada caso.

A ALIANÇA FUNDAMENTAL ENTRE MÉDICO E PACIENTE NO TRATAMENTO

A MISSÃO DO MÉDICO é encontrar dentro do tratamento a melhor relação de risco/custo *versus* benefício para o paciente. No caso dos TADs, mais do que em outras áreas da medicina, o psiquiatra precisa instituir um *vínculo* emocional com o paciente, o que passa a ser instrumento essencial ao tratamento.

Como qualquer outro médico, o psiquiatra pode indicar uma tomografia, exames de sangue, dar meio comprimido de remédio. Porém, em qualquer especialidade médica, se não houver uma vínculo de confiança e respeito mútuos, o paciente não segue o tratamento, não faz os exames e não toma (ou toma errado) os remédios. Assim, o resultado não é bom.

É preciso entender o contexto, a demanda e as queixas clínicas de cada um para formular uma proposta de tratamento que se encaixe nas necessidades amplas do paciente, sejam físicas ou

psicológicas. O médico de qualquer área busca as condições mais corretas e factíveis e menos penosas ou dolorosas para o paciente recuperar seu bem-estar. Também se deve ouvir a pessoa – *única* entre 7 bilhões de terráqueos – para criar um “vínculo terapêutico”, conceito técnico que define a relação adequada entre médico e paciente. Isso historicamente foi entendido e teorizado pela psicologia, mas vem da arte médica milenar, multicultural, sendo, de forma geral, uma postura requerida do médico e do psiquiatra em particular.

Ainda assim, o psiquiatra é diferente dos médicos em geral. Se alguém entra num pronto-socorro com o braço quebrado, por exemplo, o ortopedista manda tirar um raio-X, colocar o gesso, retirá-lo semanas depois e fazer fisioterapia. Basta um mínimo de confiança para o paciente seguir suas recomendações. Independentemente da relação do paciente com esse especialista, o osso vai se consolidar. No caso do clínico geral, o grau de vínculo tem de ser bem maior; o médico precisa olhar a pessoa no olho, escutar a queixa, dialogar com o paciente, entender o que está acontecendo para, então, fazer o diagnóstico e prescrever o tratamento. Na psiquiatria, a relação entre médico e paciente é ainda mais importante. O psiquiatra está no extremo oposto do ortopedista. O sucesso do tratamento depende muito mais de sua relação com o paciente. Ele precisa lidar com a idosa assustada, com o fortão prepotente, com a hipocondríaca tímida, com o rapaz que pesquisou no Google, acha que sabe tudo e aparece com o nome do remédio em um papel dizendo: “Eu quero esse”.

Existe um termo da Grécia antiga que define bem como age um remédio na medicina e na psiquiatria em particular: o *pharmakon*. Na época do médico grego Hipócrates (300 a.C.), definia-se *pharmakon* como uma substância vegetal ou animal que fosse considerada remédio, desde que *associada* à palavra do médico no *contexto* de um tratamento.

Em dose baixa, uma substância pode ser inócua; em quantidade excessiva, é veneno; na dosagem adequada, torna-se um medi-

cimento. Há muitos medicamentos, como o ópio e as flores da *Digitalis purpurea*, já usadas na medicina antiga, cuja dose tem de ser bem precisa, a fim de melhorar, respectivamente, a dor e a fraqueza do coração. Em dose um pouco mais alta, podem ser fatais.

No efeito obtido pelo *pharmakon*, não apenas as características da substância ingerida, mas também a conduta e a palavra do médico a respeito dela e da expectativa de seu uso promovem a cura. O diálogo do psiquiatra com seu paciente, portanto, já equivale a administrar o medicamento. É o que ocorre quando uma pessoa melhora logo ao sair da primeira consulta, antes de usar qualquer medicação.

Na medida do possível, o médico deve partilhar o raciocínio clínico envolvido no decorrer da consulta médica, gerando confiança. Não pode fazer falsas promessas nem enfatizar demais ou exagerar os efeitos esperados e colaterais. Isso não dá certo. É preciso fazer que o paciente saiba do tempo que o tratamento leva para funcionar, das expectativas realistas, dos riscos, dos efeitos desejados ou inesperados. Isso também ajuda a fazê-lo melhorar.²

Em suma, remédio faz efeito pela associação da substância com o que se espera dela. É admirável como certas pessoas que têm dores de cabeça constantes ou outros problemas relacionados aos TADs sentem-se melhor com um remédio inócuo, uma simples pílula de farinha, se comparadas com outras que não recebem nada – o efeito placebo. Já o sujeito que está com o braço engessado pode pensar o que quiser: não mudará nada na sua recuperação. Em muitas situações médicas, só de achar que vai melhorar, o paciente já o faz em algum grau. Na psiquiatria, a melhora situa-se também em campos ainda mais subjetivos, no “sentimento da pessoa no mundo”, no seu temer/gozar o viver, na sua autoavaliação do passado e no seu “projeto de vida”. Isso complexifica ainda mais o tratamento.

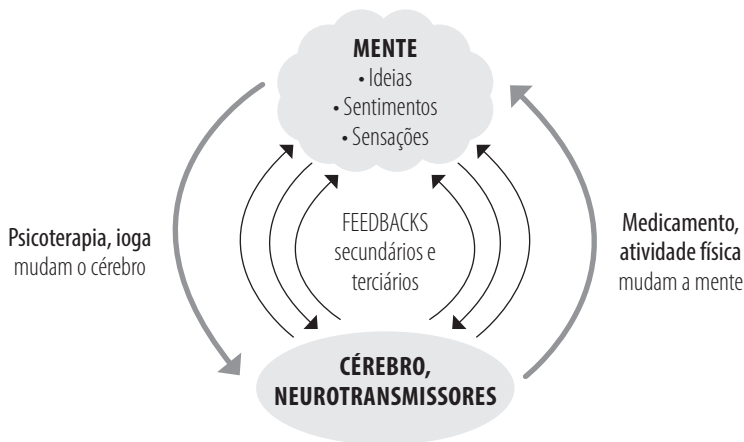
2. Esse tema é aprofundado no meu artigo técnico “Pharmakon e vínculo”, 2009. Disponível em: <blogdobrenoserson.blogspot.com.br>.

TRATAMENTOS ALÉM DA MEDICAÇÃO

MUITOS DOS MEDICAMENTOS PSQUIÁTRICOS atuais agem sobre os *neurotransmissores*, substâncias que regulam quimicamente o cérebro e atuam sobre as sensações e vivências de perigo, estresse, dor, prazer, concentração e bem-estar. Além dos neurotransmissores mais importantes sobre os quais agem os medicamentos atuais – serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA –, essas sensações e vivências podem ser modificadas por outras medidas de tratamento, igualmente importantes na clínica psiquiátrica. A psicoterapia é uma delas. Em determinadas situações em que o problema é de origem tipicamente psíquica – o indivíduo sofreu graves maus-tratos na infância, *bullying* repetitivo, abusos sexuais –, o TAD responde bem à psicoterapia associada a outras medidas.

Pode-se dizer que a psicoterapia muda modos de pensar que geram ou derivam de certos sentimentos e, conseqüentemente, acerta os neurotransmissores dentro do cérebro, ainda que por uma via diferente. Esse é o grande mistério, a miséria e a grandeza da psiquiatria. Vai do cérebro para a mente, mas também ocorre o inverso. Tudo reverbera. E dá muita volta...

FIGURA 2. Relação mente-cérebro.



Nos casos de ansiedade e depressão, a mudança psicológica e de estilo de vida pode ter o efeito de remédios, na medida em que atua por outras vias sobre a produção de neurotransmissores e neuro-hormônios (como adrenalina, cortisol, endorfinas, melatonina, ocitocina e muitos outros), que, por fim, modulam finalmente o estado físico e de espírito do indivíduo.

Por isso, além dos remédios, consideramos a psicoterapia e medidas de mudança de estilo de vida o tripé ideal para um tratamento completo. Podem ser úteis mudanças na alimentação, na atividade física e no sono, a reorganização dos relacionamentos e do uso do tempo, a eliminação de estresses evitáveis. Como veremos, podem-se associar recursos da chamada “medicina integrativa”, como ioga, acupuntura, meditação, reeducação alimentar, *biofeedback* e outros.

Este livro busca, assim, partilhar conhecimento sobre os transtornos ansiosos e depressivos e os tipos de tratamento disponíveis, refletindo sobretudo sobre a integração de ferramentas convencionais e de medidas gerais benéficas. Objetiva-se obter, com isso, resultados para uma vida melhor.

1. Definindo os transtornos ansioso-depressivos (TADs)

INTRODUÇÃO

O PSIQUIATRA É UM médico especializado; faz a chamada “residência médica”, estágio de três ou mais anos para se tornar especialista. Com isso, pode ser psiquiatra clínico (pede exames, medica) e/ou psicoterapeuta (ouve, dialoga, trabalha os problemas psicológicos do paciente). É, portanto, diferente do psicólogo, que pode ser também um psicoterapeuta pleno, mas não é médico, isto é, não pode prescrever medicações ou tratamentos médicos. Diferente também do psicanalista – tipo de psicoterapeuta com formação específica, que prescinde da especialização estritamente médica ou em Psicologia.

Trabalho há quase 30 anos como psiquiatra clínico e psicoterapeuta e acredito cada vez mais que o paciente precisa ser ouvido e compreendido de forma mais ampla, já que nem todos os problemas que chegam à consulta são estritamente médicos. Na realidade, a maior parte dos sofrimentos da mente humana ou relacionados a ela não corresponde a um diagnóstico médico – ou sua compreensão não deve se restringir *apenas* a isso.

O psiquiatra trata de uma série de problemas que precisam ser distinguidos. Minha conceituação de “transtornos ansioso-depressivos”, foco deste livro, não é a oficial. Reuni aqui, sob a sigla “TAD”, toda uma família de transtornos psiquiátricos que têm certas relações entre si, sobretudo em seu transcurso e sua