


A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

THE PERFORMANCE OF THE PSYCHOLOGIST IN POST-TRAUMATIC STRESS

Angelina Maria Santos Rocha 

Daniela Soares Rodrigues 

RESUMO

O TEPT é um transtorno descrito no DSM V (2014), como uma condição de exposição a eventos estressores e que causam inúmeros adoecimentos emocionais ao indivíduo. O presente trabalho tem como objetivo principal compreender a atuação do psicólogo com indivíduos acometidos pelo TEPT. Assim, esse artigo procura elucidar as formas de tratamentos que o psicólogo utiliza para auxiliar no processo de reestruturação do bem estar físico e emocional. Utilizando autores como: Schestatsky et al (2003); Sbardelloto (2011); DSM V (2014). Na revisão bibliográfica foram abordados conceitos e teorias sobre o TEPT, bem como, desenvolvimento histórico, diagnóstico e as formas de tratamento. Portanto, o trabalho do psicólogo é pautado na reorganização mental do indivíduo, priorizando sua qualidade de vida. O psicólogo ao trabalhar essa demanda, tem um papel ativo de acolhedor, além de desenvolver sua atuação pautada nas diferentes técnicas psicoterapêuticas da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para tratar os sintomas psicológicos e comportamentais característicos desse transtorno. Esse profissional auxiliará o indivíduo a retomar a sua saúde emocional a partir daquele momento estressor e traumático vivenciado, diminuindo os impactos físicos e psicológicos.

Palavras-chave: Estresse Pós-Traumático. Impactos. TEPT. Transtorno. Psicólogo.

ABSTRACT

The PTSD is a disorder described in the DSM V (2014), as a condition of exposure to stressful events that cause numerous emotional illnesses to the individual. The main objective of this work is to understand the role of the psychologist with individuals affected by PTSD. Thus, this article seeks to elucidate the forms of treatments that the psychologist uses to assist in the process of restructuring their physical and emotional well-being. Using authors such as: Schestatsky et al (2003); Sbardelloto (2011); DSM V (2014). In the bibliographic review, concepts and theories about PTSD were approached, as well as historical development, diagnosis and forms of treatment. Therefore, the psychologist's work is based on the mental reorganization of the individual, prioritizing his quality of life. The psychologist, when dealing with this demand, has an active role of welcoming in addition to developing his performance based on the different psychotherapeutic techniques of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) to treat the psychological and behavioral symptoms characteristic of this disorder. This professional will help the individual to resume their emotional health from that stressful and traumatic moment experienced, reducing the physical and psychological impacts.

Keywords: Disorder. Emotional impacts. Post Traumatic Stress. Psychologist. PTSD.

* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO. E-mail:

** Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVERSO, e Pós Graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá. E-mail: soaresdaniela675@gmail.com

INTRODUÇÃO

O TEPT, é uma condição psicológica adoecedora que surge quando um indivíduo é exposto a situações traumáticas e de estresse agudo, onde, pode estar relacionada a presença em algum acontecimento marcante, colocando assim, em risco a integridade física e emocional desse indivíduo.

Todavia, o estresse propriamente dito, em tese, é uma resposta fisiológica e/ou psicológica de adaptação a eventos internos e externos, e em determinados momentos pode ser uma reação saudável e passível a todo e qualquer ser humano. Entretanto, quando essa reação ultrapassa o nível de normalidade, torna-se um estímulo gerador de patologia, trazendo consequências significativas ao bem estar psicofísico do indivíduo, por isso, faz-se necessária e importante a atuação do psicólogo, assim como outros profissionais de saúde mental diante pessoas que sofrem com as consequências emocionais do TEPT.

Esse transtorno ficou conhecido através de teóricos que estudaram soldados que lutaram em confrontos nos tempos das guerras. Com isso, pode-se dizer que a violência é um dos principais agentes estressores e causadores de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, seja ela física, verbal, psicológica ou sexual. Com isso, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM V (2014), traz em seu conteúdo uma série de sinais e sintomas característicos de TEPT.

Portanto, com o intuito de elucidar o trabalho do psicólogo frente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), e com os indivíduos acometidos por essa patologia, o presente artigo pretende abordar o tema sob a perspectiva da Psicologia. Onde, tem-se como objetivos específicos: Definir o transtorno de estresse pós-traumático; Esclarecer o papel do psicólogo no estresse pós-traumático; Descrever os impactos do estresse pós-traumático; Abordar como será o trabalho do psicólogo em relação ao estresse pós-traumático.

A metodologia utilizada no presente artigo foi a pesquisa bibliográfica, onde, buscou-se por meio de livros, revistas, jornais e artigos científicos, compreender a atuação do psicólogo diante os impactos do TEPT. Desse modo, este artigo busca apresentar de acordo com o referencial teórico os seguintes tópicos: Conceito e Diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós Traumático; Desenvolvimento Histórico Do TEPT; O Diagnóstico do TEPT de acordo com o DSM V; Os Impactos do

Estresse Pós-Traumático; As Formas de Tratamento do TEPT; O Papel do Psicólogo Diante o Transtorno De Estresse Pós-Traumático.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CONCEITO E DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático, é uma psicopatologia, inscrita sob a última versão do CID-11, F43.1, (BRASIL, 2022), que define em seu conceito “Estado de Estresse Pós-Traumático”. Esse transtorno, é um distúrbio antes considerado ansioso, mas, nos dias atuais, se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas que abrangem os níveis físicos, psíquicos e emocionais do indivíduo. As causas são variadas, e decorrem de eventos estressores ou situações traumáticas pelas quais o indivíduo foi exposto. (RAMOS, 2011). Abordar o conceito de TEPT, envolve abarcar o sentimento de estresse propriamente dito. Hans Selye (1907/1982), foi o autor que conceituou originalmente o estresse, denominando em 1926, como um conjunto de reações que se manifestam organicamente diante a agentes causadores de tensão. (BARTHOLO, 2007).

De modo geral, o estresse é uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que busca adaptar-se aos eventos internos e/ou externos de sua vida. O que caracteriza o surgimento do estresse, não é o contato direto com o estímulo estressor ou traumático, mas a reação do indivíduo a determinado estímulo que o coloca sob pressão, ameaçando sua integridade física e emocional. (BARTHOLO, 2007). Situações como violência estão entre as causas que podem desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático, seja física, psicológica ou sexual; acidentes; bullying; tragédias familiares como o processo de luto, e principalmente, outras tragédias como guerra, que apesar de não ser atual, pode ainda, ficar resquícios emocionais em soldados que estiveram em combate, e também em terceiros que presenciaram o fato. (PINHEIRO, 2022).

O transtorno se manifesta na recordação (revivescência) da situação traumática vivenciada. Ao lembrar o episódio, o indivíduo se vê revivendo aquele momento, sendo capaz de sentir as mesmas sensações, sentimentos, sofrimento e dores que aquele agente estressor o provocou, como consequência desencadeia uma série de alterações neurofisiológicas e mentais. (RAMOS, 2011).

O indivíduo envolvido em um acidente de trânsito, ou numa situação de assalto, de seqüestro ou de estupro, perde o controle físico e psicológico da situação, experimentando níveis elevados de ansiedade, alterando os padrões normais da neuroquímica, e, por conseguinte, das cognições, dos afetos e dos comportamentos. (KNAPP; CAMINHA, 2003, p 31).

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO TEPT

A palavra “trauma”, em sua definição significa ferida. Essa expressão derivada do latim é um termo comum e exclusivo da medicina. Foi com Sigmund Freud que o trauma ficou reconhecido no psiquismo. Em 1915, Freud ressignifica o conceito do trauma, o associando as vivências que provocam intensa excitação na mente humana, sendo capaz de bloquear a elaboração dos mecanismos e estímulos saudáveis para lidar com as lembranças traumáticas no dia-a-dia. (BARTHOLLO, 2007).

Porém, somente depois de ser confrontado com os quadros psiquiátricos de soldados da Primeira Guerra Mundial, que Freud, o pai da psicanálise, retoma seus estudos sobre as consequências que as neuroses traumáticas podem trazer ao indivíduo. Ao enfatizar a importância da intensidade dos estressores que desencadeiam o trauma, Freud, trás em sua teoria que os indivíduos são despreparados para enfrentar as descargas emocionais traumáticas, e devido a intensidade que esses estímulos acontecem, as barreiras que protegem o ego dessas estimulações excessivas externas acabam se rompendo, deixando o organismo incapacitado para lidar com essa estimulação. (FREUD, 1931, apud SCHESTATSKY et al, 2003). Apesar de exposto seus achados teóricos sobre as origens do trauma, Freud trilha por outro caminho e Abram Kardiner, ex analisando freudiano se ocupa do assunto estresse pós-traumático e publica uma série de conteúdos a respeito do assunto de maneira mais aprofundada. (SCHESTATSKY et al, 2003).

Em 1941, Abram Kardiner, novamente inspirado nos estudos clínicos da guerra, dessa vez a Segunda Guerra Mundial, publica a obra “As Neuroses Traumáticas de Guerra”. Nessa obra, o autor detalha casos clínicos de pacientes que sofriam de neuroses traumáticas, porém, pela primeira vez na história da literatura científica tem-se anotações científicas de sintomas do que seria o

Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Kardiner observou que os indivíduos que participaram da guerra sofriam de um permanente hipervigilância e sensibilidade diante à estímulos considerados por eles, ameaças ambientais, nomeado pelo autor de um quadro de fisioneurose. Essa fisioneurose estaria presente tanto nos campos de batalhas, como durante todo o processo de reorganização emocional e psicológica, permanecendo assim, uma síndrome traumática. (SCHESTATSKY et al, 2003).

Em vista disso, muitos estudos foram desenvolvidos envolvendo os prisioneiros e os indivíduos que participaram ativamente nos campos de concentração, trazendo aspectos que mais uma vez, pessoas submetidas a intensas situações traumáticas acabavam desenvolvendo sérias consequências, tanto a nível biológico, como psicológico, social e emocional. Onde, afetava negativamente toda a vida desse indivíduo, deixando-o vulnerável, e muitas vezes incapacitado para lidar com futuras situações estressantes. (Kolk; Weisaeth; Hart, 1996, apud SCHESTATSKY et al, 2003).

E, em meados de 1970, psiquiatras americanos começaram a estudar soldados veteranos da Guerra do Vietnã, e com uma lista de sintomas mais frequentes obtiveram suas primeiras observações sobre os efeitos traumáticos, antes denominada como “neurose traumática”. (LIFTON & OLSON, 1976, apud SBARDELLOTO et al, 2011). Termo usado pela primeira vez, em 1889, por Herman Oppenheim, um médico neurologista alemão, que trouxe em sua teoria, uma implicação completamente organicista. Naquela época, sintomas de lesões funcionais tinham suas raízes nas sutis mudanças moleculares do sistema nervoso central. Entretanto, antes de Herman trazer seus achados teóricos, em 1859, trinta anos antes, Pierre Briquet, psiquiatra francês estipulou que existia uma relação entre a biologia e a psicologia, com isso, sintomas de histerias, abrangendo somatização, se conectavam com questões psicológicas no passado dos pacientes, como histórias de traumas sexuais na infância. Com isso, ao fim do período da guerra, diversos autores desenvolveram suas obras voltadas para o tratamento das síndromes traumáticas. (KOLK; WEISAETH; HART, 1996, apud SCHESTATSKY et al, 2003).

Em razão disso, estudiosos da época, viram a necessidade de estudar os traumas psíquicos nos últimos 200 anos, pois, observou que a importância de seu reconhecimento, visto que, alguns pacientes apresentavam “amnésias” após a

vivência traumática. Essas amnésias apresentavam como uma forma de reação que a mente forçava a superar os traumas considerados difíceis de serem ignorados e negados psicologicamente. (HERMAN, 1992, apud SCHESTATSKY ET AL, 2003). Por meio disso, a psiquiatria começou a cada vez mais realizar pesquisas com pacientes traumatizados, assim, muitos debates começaram a surgir sobre a etiologia do trauma, onde levantaram questões a respeito de ter base orgânica ou psicológica, bem como o que abre espaço ao trauma se esse, se refere ao evento propriamente dito, ou a forma subjetiva que o indivíduo vivencia a situação. (SCHESTATSKY et al., 2003). Ao chegar à conclusão de que essas pessoas estariam sofrendo de estresse pós-traumático, surgiu a necessidade de criar um diagnóstico que abarcasse essa categoria de pessoas que antes saudáveis, manifestaram reações subjetivas após expostos a um determinado evento estressor. (KRISTENSEN, PARENTE & KASZNIAK, 2005, apud SBARDELLOTO, 2011).

Dessa forma, foram introduzidos os critérios diagnósticos na literatura científica, na época, contidos na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM III. (APA, 1980). Contudo, pelo fato dos critérios para diagnosticar o TEPT, ter sido reconhecido apenas em 1980, nota-se que as edições I e II do DSM não continham base empírica para reconhecer os sintomas como um transtorno, assim como os critérios específicos estabelecidos serem insuficientes ao referir as reações ao estresse (CALHOUN & RESICK, 1999, apud SBARDELLOTO, 2011, p 68).

O DIAGNÓSTICO DO TEPT DE ACORDO COM O DSM V

Quando a pessoa é exposta a algum evento traumático, seja direta ou indiretamente, para uma pessoa ser diagnosticada como sofrendo de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ela deve apresentar os sintomas descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que atualmente está na sua quinta versão – DSM V (2014). Realizado na área clínica, o diagnóstico pode ser feito por uma equipe médica, com o auxílio de um psiquiatra e psicólogo, e baseia-se nos critérios descritos no DSM. (BARNHILL, 2020). Com o passar dos anos, e com a evolução da ciência frente o diagnóstico dos transtornos, os critérios que envolvem os sinais e sintomas do TEPT foram se modificando ao longo das edições do Manual

Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais- DSM (2014), numa tentativa de melhor compreender as particularidades sintomáticas do transtorno, assim como as formas de diferencia-lo de outros possíveis transtornos que podem se parecer em sua sintomatologia (SBARDELLOTO, 2011).

Portanto, os sintomas clínicos do TEPT variam de indivíduo para indivíduo, assim como também pode variar pelo tipo de trauma que o mesmo sofreu. Com isso, sintomas emocionais e comportamentais de revivência do medo podem predominar em alguns quadros. Já em outros, alguns sintomas podem se apresentar mais intensos e perturbadores, afetando negativamente sua qualidade de vida, como estados de humor deprimido, perda em realizar atividades, tendência a isolamento, dentre outros. Em alguns outros, é comum também que a pessoa experimente a combinação desses padrões de sintomas. (DSM V. 2014).

Como critérios diagnósticos, o DSM V (2014), apresenta em seu conteúdo, sinais e sintomas que definem o transtorno. Dividido em categorias, tem-se oito critérios diagnósticos. O primeiro critério, A, relata que o indivíduo precisa ter tido a “exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual” (DSM V. 2014, p 271). Por isso, para enquadrar nesse tipo de transtorno é necessário apresentar a exposição em uma ou mais das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). (DSM V, 2014, p 271).

Já o critério B de diagnóstico, define em seu conteúdo os sintomas associados ao evento traumático, depois de ter tido contato com o evento, o indivíduo precisa apresentar um, ou mais dos seguintes:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo

novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático. (DSM V, 2014, p 271).

O critério C, se relaciona aos sinais de evitação dos estímulos associados aos traumas, que começa após sua ocorrência e persiste por um longo período de tempo, deixando em evidencia um ou ambos dos aspectos seguintes:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático. (DSM V, 2014, p 271).

O critério D, em contrapartida define as alterações cognitivas e de humor do indivíduo associadas ao evento traumático que pode começar antes ou depois da ocorrência do fato, tendo que apresentar dois ou mais aspectos, como:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Sou mau", "Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre").
3. Crenças distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor). (DSM V, 2014, p 272).

Além disso, como expõe o critério E, o indivíduo pode apresentar marcantes alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, onde, pode apresentar um ou mais aspectos como:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado). (DSM V, 2014, p 272).

Ainda seguindo os conceitos do DSM V (2014, p 105), “o transtorno de estresse pós-traumático pode incluir *flashbacks* com uma qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranoides.” Contudo, como exposto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é preciso investigar se as perturbações referentes aos critérios B, C, D e E têm persistido por mais de um mês, pois, as mesmas, são capazes de causar sofrimento significativo na vida do indivíduo, afetando importantes áreas de sua vida, como profissional e psicossocial. Porém, é importante diferenciar as perturbações sintomatológicas do transtorno, com algumas perturbações que surgem como efeitos fisiológicos de substâncias medicamentosas e substâncias alcoólicas. (DSM V, 2014).

Além disso, o TEPT pode ocorrer em qualquer idade, podendo envolver crianças, adolescentes e adultos. Geralmente, os sintomas começam a se manifestar silenciosamente a partir dos três meses depois de exposto ao trauma, contudo, ainda pode acontecer de indivíduos mesmo depois de ter sofrido o trauma, demorar mais tempo para atender ao diagnóstico, sendo assim, alguns sintomas podem se manifestar imediatamente, mas pode haver ainda assim, uma demora para satisfazer os critérios necessários, pois, os sintomas podem aparecer gradualmente. (DSM V, 2014).

Quando diagnosticado o TEPT em crianças, é um sinal de alerta o aparecimento de sonhos sem conteúdo específico do evento e normalmente são assustadores para elas. É comum em crianças pequenas, e em idade pré escolar, a expressão dos sintomas de revivência de maneira lúdica, por meio das brincadeiras, de jogos, ou ao contar histórias. Esses sintomas se referem diretamente ou simbolicamente ao trauma vivido. Portanto, no momento da exposição do trauma, elas podem não expressar reações de medo ou sentimentos negativos, porém, depois de um determinado tempo, os pais relatam uma gama de alterações comportamentais e emocionais na criança (CUNHA; BORGES. 2014).

Em virtude das limitações das crianças pequenas para expressar pensamentos e definir emoções, alterações negativas no humor ou na cognição tendem a envolver essencialmente mudanças de humor. As crianças podem vivenciar traumas concomitantes (p. ex., abuso físico, testemunho de violência doméstica) e, em circunstâncias crônicas, talvez não consigam identificar o início da sintomatologia. O comportamento de evitação pode estar associado a restrição do brincar ou do comportamento exploratório em crianças pequenas; participação reduzida em novas atividades em crianças de idade escolar; ou relutância em buscar o que o desenvolvimento oportuniza em adolescentes (p. ex., namorar, dirigir). (DSM V, 2014, p 277).

OS IMPACTOS DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Assim como os outros transtornos mentais descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DMS-5 (APA, 2014), o TEPT, influencia negativamente a integridade psicofísica, e trás impactos significantes à vida do indivíduo acometido por essa psicopatologia. (SOARES; SANTOS; DONADON, 2021). Além de seus sintomas possuírem consideráveis efeitos desencadeadores de uma série de implicações neurobiológicas e psicológicas. (PITTIGLIANI, 2019).

Indivíduos acometidos com TEPT, comumente lidam com as consequências psicológicas, físicas, emocionais, neurobiológicas, cognitivas, sociais, e em outros diversos setores de sua vida, dentre elas estão a maior predisposição a desenvolver outros transtornos mentais em forma de comorbidade, como a depressão, transtornos de ansiedade, além do próprio TEPT, TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), e também sofrem impactos nas suas relações sociais e interpessoais. É comum também nesses quadros o maior índice de absteísmo, o indivíduo perde o interesse na realização de atividades profissionais e educacionais, e conseqüentemente sofrem também consequências econômicas, além da decadência na alcançabilidade de sucesso acadêmico, financeiro, e pessoal, onde, piora de forma expressiva sua qualidade de vida. (MARTINS-MONTEVERDE, PADOVAN e JURUENA, 2017).

No que se referem os impactos do TEPT na vida dos indivíduos adoecidos, nas áreas cognitivas, as consequências se apresentam com sinais de diminuição de atenção e concentração, baixa autoestima, desorientação e confusão mental. Ao abordar a área emocional do indivíduo, ele pode sofrer com crises de ansiedade, medo, tristeza profunda que normalmente vem acompanhada de sentimento de culpa, e em casos mais graves, depressão. No comportamento, o indivíduo pode apresentar-se intolerante, impaciente, irritável, e em outros casos ele pode ter

dificuldades com a regulação do sono que conseqüentemente desencadeia esses comportamentos irritadiços. Além disso, os impactos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático podem trazer tanto sofrimento psíquico ao indivíduo, que por esse motivo, pode alcançar níveis de somatização. Ao se lembrar do episódio traumático, o indivíduo pode experimentar sensações de falta de ar, tonturas, e de taquicardia. Outro ponto importante que também sofre abalos são as relações interpessoais. Nesse quesito, geralmente o indivíduo sente-se desconfiado de tudo e de todos, além disso, também é comum o afastamento e o isolamento social. (OLIVEIRA, 2008).

Se a pessoa que sofreu o trauma estiver debilitada, tanto por cansaço físico quanto por outros fatores orgânicos ou emocionais, a probabilidade de uma reação aguda ao estresse pós-traumático aumenta. O histórico de doenças mentais, uso excessivo de álcool e drogas, instabilidade emocional e dificuldade de adaptação também são fatores de risco. (BATTISTELLI, 2018, p 01).

Em virtude das conseqüências provenientes do transtorno mental, em específico o pós-traumático, em um estudo realizado por Bremner e Vermenten (2001), onde os autores abordaram os prejuízos biológicos e comportamentais do estresse, em seus dados obtidos, chegou-se a conclusão de que quando um indivíduo é exposto a condições de estresse crônico, desencadeia nesse indivíduo um forte impacto em algumas partes cerebrais, como a diminuição do hipocampo, (estrutura do cérebro humano responsável pela memória e os sentimentos). Portanto, quando o cérebro recebe essa diminuição na parte do hipocampo, além de sofrer déficits nas funções corticais memoriais, há também prejuízos nas funções ligadas a atenção e funções executivas desse indivíduo. (SOARES; SANTOS; DONADON, 2021).

Além disso, quando exposto a situações estressantes e traumáticas, o córtex pré-frontal também sofre impacto na sua funcionalidade, assim como o hipocampo, essa, também é outra área importante que em conjunto com o sistema límbico torna-se responsável pela variação das descargas e respostas emocionais, visto que, o córtex pré-frontal também recebe estímulos memoriais. Com isso, ao ter-se prejuízo nessa área cortical, o indivíduo acometido com TEPT desenvolve uma dificuldade para controlar respostas emocionais diante os estímulos que são gatilhos mesmo que minimamente associados á memória traumática. Além do mais, o indivíduo se sente ameaçado constantemente, o que explica o fato é a hiperativação das

amígdalas, estrutural neural ligada ao processamento das emoções. (LIBERZON; SRIPADA, 2007)

Segundo Borges e Dell’Aglío (2008), citado por Soares; Santos e Donadon, 2021:

Foram identificados os seguintes prejuízos cognitivos associados ao TEPT: baixo desempenho em atividades de memória verbal declarativa, memória imediata, habilidades visuoespaciais, atenção sustentada e funções executivas; e alterações estruturais em áreas cerebrais, como aumento do volume do hipocampo, da amígdala e do corpo caloso. (BORGES e DELL’AGLIO, 2008, apud SOARES; SANTOS; DONADON, 2021, p 19).

Em razão disso, no cérebro humano, as alterações decorrentes do abalo emocional traumático é uma manifestação responsiva como forma de tentar de se adaptar a desestruturação e aos impactos do evento estressor. Por esse motivo, o indivíduo sente essas mudanças neurobiológicas na sua cognição, nas impressões afetivas, nos comportamentos conscientes e inconscientes e nas reações fisiológicas do próprio corpo. (PITTIGLIANI, 2019).

Comumente, a pessoa passa a ter frequentes pensamentos e sentimentos negativos sobre a situação traumática pela qual presenciou. Esses pensamentos passam a serem repetitivos, recorrentes e ficam ecoando na mente desse indivíduo, e como consequência, a pessoa portadora do TEPT experimenta a sensação de incapacidade de seguir em frente e lidar com os efeitos negativos do transtorno. (BROTTO, 2020).

Nesse sentido, ao se lembrar do fato, essa lembrança antecipa as descargas neurológicas que provocam as alterações no cérebro, e nas suas estruturas, assim como as excitações físicas e mentais. “As experiências traumáticas (armazenadas nas memórias cognitivas, emocionais e motoras) geram um padrão característico de estimulação da memória”. (KNAP; CAMINHA, 2003, p 31). Dessa forma, a revivescência do acontecimento possui as mesmas características que o agente estressor provocou. Independente do perigo não ser real, o indivíduo tem a impressão de que está vivendo aquele momento outra vez, continuamente, como se fosse uma experiência presente, sendo capaz inclusive de ver as imagens, sentir os cheiros, odores, náuseas, tonturas, medo, inclusive ouvir os sons, como no caso de campos de batalha. (PITTIGLIANI, 2019).

A repetição dessas experiências provenientes do evento traumático causa um severo sofrimento na pessoa. Esse sofrimento pode acabar refletindo no seu comportamento, causando isolamento social e interpessoal. Ao buscar as formas de esquivar de qualquer fato que lembre o acontecimento, como uma forma de mecanismo de defesa, o indivíduo tenta negar sentimentos, pensamentos, lugares, fotos, conversas sobre o assunto, ou qualquer outro tipo de recordação estimulativa, para se defender dos impactos e da ansiedade desencadeada. Essa ação acaba deixando-o anestesiado diante os seus sentimentos, e conseqüentemente afeta toda a sua vida, e suas relações. (PITTIGLIANI, 2019).

Pelo fato, de experimentarem essas reações, e a impressão sobre o acontecimento ser distorcida, geralmente esses indivíduos podem se culpar ou projetar a culpa do evento em outra pessoa, principalmente aqueles que sobrevivem a situações catastróficas. (BARNHILL, 2020).

Os sobreviventes de traumas que sofrem TEPT podem ter problemas com seus relacionamentos familiares próximos ou amigos. Seus sintomas podem causar problemas com confiança, proximidade, comunicação e resolução de problemas, que podem afetar a maneira como o sobrevivente age com os outros. Por sua vez, a forma como um ente querido responde a ele ou ela afeta a sobrevivência do trauma. (PALAZZO, 2016, p 01).

AS FORMAS DE TRATAMENTO DO TEPT

Muitas são as dificuldades encontradas para tratar uma experiência traumática, principalmente quando essa experiência tem suas raízes fixadas no inconsciente do indivíduo. Com isso, sabe-se que pessoas que vivenciaram um trauma e um evento desencadeante de estresse, possuem uma maior chance em adquirir outros problemas de saúde mental e física, principalmente pelos efeitos e impactos negativos que os sintomas apresentam. (BROTTO, 2020). Além disso, a demora por buscar um tratamento específico pode também influenciar o agravamento dos sintomas e aumentar ainda mais a incidência de outras psicopatologias que surgem em comorbidade. (OLIVEIRA, 2005).

Apesar disso, como tática para evitar os comprometimentos na saúde física e psicológica das vítimas do TEPT, intervenções preventivas e de tratamento para os

fatores individuais de cada um, tem obtido sucesso significativo diante essa variável. (BRASIL, 2019). Dessa forma, o tratamento de indivíduos acometidos com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático geralmente, é feito de maneira multidisciplinar, tendo o auxílio de profissionais de diversas áreas, incluindo principalmente um psicólogo e um psiquiatra trabalhando ativamente com esse indivíduo. (IAME, 2020).

Portanto, as principais formas de tratar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático envolvem o tratamento farmacológico, e psicoterapêutico, objetivando um melhor desenvolvimento de suas potencialidades, visando a qualidade de vida. Por isso, ao relacionar o tratamento farmacológico do TEPT, esse inclui a administração de medicamentos chamados de primeira escolha, sendo os inibidores de recaptção de serotonina (ISRS), como fluoxetina e sertralina, além disso, outros fármacos são comumente prescritos, como os antidepressivos tricíclicos; inibidores da monoamino-oxidase e outros antidepressivos de segunda geração como anti-adrenérgicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, agentes opióides, dentre outros medicamentos. (FREITAS, 2014). Mesmo que o paciente não seja portador de transtornos depressivos, médicos psiquiatras prescrevem esses medicamentos para agir em alguns sintomas relacionados. Além disso, remédios como olanzapina e quetiapina também são frequentemente usados para tratar a insônia e pesadelos sobre as memórias traumáticas. (BARNHILL, 2020).

A utilização da terapia farmacológica pode trazer o controle da evolução dos sintomas do paciente, porém, sem realizar o tratamento psicoterápico em conjunto com a farmacológica, pouca evolução pode-se obter, uma vez que na psicoterapia, o indivíduo será levado a se expor a novas situações e quebrar o emparelhamento dos estímulos e das situações estressoras negativas, com outras situações mais saudáveis para a sua saúde mental. Em razão disso, não obstante, a intervenção psicoterapêutica ao trabalhar com o paciente, busca reinseri-lo na sociedade, no âmbito familiar, ambiente educacional, e em todas as outras atividades que o mesmo já realizava e desempenhava antes do diagnóstico. (OLIVEIRA, 2005).

A psicoterapia no TEPT baseia-se no fato de ser este uma reação fisiológica desenvolvida pelo organismo, como um estágio de elaboração e de reorganização da quebra da homeostase. De acordo com Kaplan (apud Freitas, 2014) , a psicoterapia, em alguns casos, levando à reconstrução dos eventos traumáticos, pode ser terapêutica. Em outros casos, porém, pode não ser útil, porque alguns

pacientes encontram-se muito fragilizados para conseguirem reviver os traumas sofridos. (FREITAS, 2014, p 01).

Em consonância, outras intervenções também podem servir significativamente como tratamento, dentre elas estão as práticas que estimulem a socialização, como atividades físicas, visto que produz a liberação de neurotransmissores que causam sensação de prazer como endorfina e serotonina, além de auxiliar no alívio de sintomas como a ansiedade. (BOROWSKY, 2019).

Além disso, a rede de apoio social, é de suma importância para o processo terapêutico do indivíduo adoecido, pois oferece a ele as medidas de proteção e suporte físico e emocional que ele necessita. A família, ao participar ativamente desse processo, acaba influenciando a diminuição de sentimentos de isolamento e desamparo frequentemente vivenciado por eles. (OLIVEIRA, 2005).

Contudo, ao explanar o prognóstico, esse tem grande relevância, pois, é muito importante que as análises do quadro clínico bem como as intervenções sejam feitas precocemente, uma vez que, quanto antes forem feitas as estratégias terapêuticas, melhores chances o indivíduo tem de alcançar a estabilização dos sintomas. (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN E JURUENA, 2017).

O PAPEL DO PSICÓLOGO DIANTE O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Segundo Gomes (2012), ao realizar um estudo sobre as abordagens psicoterápicas mais utilizadas como intervenção de tratamento para o TEPT, a abordagem que mais apresentou eficácia foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Essa abordagem teoriza e associa os sentimentos e comportamento. Sendo que, a maneira como um evento ou acontecimento é interpretado pelo indivíduo implica de maneira direta em seu comportamento. Por isso, a partir da reavaliação dos pensamentos e sentimentos ligados à memória traumática, ao ser indagado, o paciente automaticamente começa a flexibilizar esses pensamentos que são chamados na abordagem terapêutica de “disfuncionais”, e assim, obtém-se uma remissão sintomatológica e conseqüentemente a melhora comportamental e emocional.

Em virtude disso, o psicólogo tem influência ativa no processo de reorganização mental, pois, com o auxílio desse profissional, o indivíduo será capaz

de superar os efeitos negativos desse transtorno, refletidos na sua saúde mental e no seu comportamento. O trabalho do profissional de psicologia é acima de tudo, prestar acolhimento a esse indivíduo, deixa-lo livre para falar sem medo de julgamentos sobre seus medos e sensações, para que assim, que ele possa sentir compreendido integralmente, e dessa forma, ajudar esse indivíduo vulnerável, e que muitas das vezes, chega até esse profissional sem nenhuma perspectiva de vida, inundado por sofrimento pelos sintomas do transtorno. (MACHADO, 2017).

Quando esse indivíduo chega ao consultório sem um encaminhamento, e não se tem noção da psicopatologia, o primeiro passo que o psicólogo precisa seguir no processo de psicoterapia, é traçar a hipótese diagnóstica e em seguida, a identificação do evento estressor. E dessa forma, quando identificada, trabalhar os aspectos relacionados ao evento estressor que gerou o trauma em questão. (ALVES, 2013).

Portanto, diante esse contexto, o psicólogo desempenha um papel fundamental no tratamento do TEPT. Pois, além de acolher o indivíduo em crise e sofrimento, o psicólogo tem o função de o ajudar a superar e lidar com o que vivenciou, para que assim, ele consiga retomar o curso de sua vida a partir daquele momento. (BROTTO, 2020). Através de técnicas exclusivas a classe de psicólogos, esses profissionais ao aplica-las promovem a mudança comportamental, onde objetiva-se que o paciente supere o trauma. (MACHADO, 2017). Com isso, durante o processo terapêutico, o paciente com TEPT, aprenderá a interferir nos pensamentos negativos e autodestrutivos, e também nas atitudes resultantes desses pensamentos, além de reconstruir as relações intra e interpessoais que ele deixou de preservar em virtude do transtorno. (BROTTO, 2020).

Poder contar com um profissional ou um grupo de apoio ajuda o paciente a lidar com suas frustrações, medos e dores. Por isso é fundamental obter apoio e realizar algumas sessões de terapia para lidar com o TEPT. Esse processo auxilia a lidar não apenas com a raiva, irritabilidade e ansiedade, como compreender o que acontece com você e seu corpo durante as crises de revivência, tornando tudo mais consciente e controlável. (BROTTO, 2020, p 01).

No que se refere o papel do psicólogo frente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, esse profissional desenvolverá sua forma de atuação pautada nas diferentes técnicas psicoterápicas da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para tratar os sintomas psicológicos e comportamentais. Sendo assim, o psicólogo ao

submeter o indivíduo no tratamento psicoterápico, desenvolve sua atividade profissional no sentido de fornecer ferramentas para ajudar os pacientes a identificar, avaliar a veracidade de suas crenças e modificá-las quando não for reais, o que é chamado de reestruturação cognitiva. Ao mesmo tempo, o psicólogo precisa expor esse indivíduo a estímulos indutores de ansiedade que não são verdadeiramente perigosos para que os hábitos de ansiedade se desenvolvam. (GONÇALVES et al, 2010).

Em razão disso, dentre as técnicas da TCC, para intervir nesse processo pode-se citar algumas, como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, as técnicas de relaxamento, de exposição (in vivo e imaginária), dentre outras. (GONÇALVES et al., 2010).

A técnica da psicoeducação tem como finalidade informar o paciente sobre o que envolve o transtorno, assim como os tratamentos que ele será submetido. Dessa forma, ao psicoeducar o indivíduo, o psicólogo estará inserindo e estimulando o paciente a colaborar e participar integralmente do processo terapêutico, deixando-o ciente acerca desses problemas e consequências do diagnóstico. (BECK, 2013, apud SOARES; SANTOS; DONADON, 2021). Deixar o paciente ciente de todas as implicações em torna da psicopatologia é muito importante para que ele consiga se beneficiar da melhor forma possível do processo psicoterápico.

Em contrapartida, ao ser trabalhado a técnica de reestruturação cognitiva o psicólogo poderá detectar pensamentos distorcidos que são provenientes das crenças do paciente. Dessa maneira, o profissional consegue compreender as questões envolvidas no funcionamento cognitivo desse paciente. Além de identificar, o terapeuta irá pautar o seu trabalho guiando o paciente a também observar e compreender seus pensamentos e crenças, levando ao questionamento e correção desses pensamentos desadaptativos, para que assim, a ansiedade gerada por eles diminua. (MULULO *et al.*, 2009, apud SOARES; SANTOS; DONADON, 2021)

Já na técnica de exposição, uma das mais utilizadas, o psicólogo expõe o pacientes aos estímulos que ele tenta evitar e fugir, pois, normalmente são os principais desencadeadores de ansiedade e revivência. Essa técnica pode ser feita de forma real ou imaginativa. (GOMES, 2012). De forma gradual e controlada o terapeuta traz a tona as memórias traumáticas, podendo ser estímulos ligados a lugares, situações, sensações ou gatilhos relacionados ao evento, assim, essa

exposição é uma maneira de ajudar o indivíduo a confrontar seus pensamentos, crenças e estímulos traumáticos. (TECHE; LIMA, 2016).

Entretanto, apesar do valor benéfico que essa técnica tem, em contrapartida, expor esses estímulos pode ser um processo muito estressante para esse paciente, por isso, o indivíduo precisa sentir que tem o apoio do psicólogo e também da sua rede de apoio familiar e afetivo. Caso isso não aconteça, o paciente pode reagir intensamente às memórias traumáticas e agravar o quadro. (BROTTO, 2021).

Na exposição in vivo, os indivíduos são confrontados com estímulos indutores de ansiedade. Na exposição imaginada, há um confronto com a própria memória do evento, e o paciente ouve repetidamente seus relatos do trauma até não se sentir mais ansioso. (GONÇALVES et al, 2010, p 35).

Por outro lado, outro instrumento do psicólogo que desempenha seu papel profissional é a psicoterapia interpessoal nesse contexto. Essa é uma técnica que se concentra nos prejuízos interpessoais causados pelos eventos traumáticos que podem sustentar ou exacerbar o transtorno. Com isso, a utilização da psicoterapia interpessoal dependendo do caso clínico do paciente, pode aliviar os sintomas de TEPT sem expor as memórias traumáticas. É uma intervenção não expositiva, que funciona através de um foco pré-determinado em relacionamentos interpessoais problemáticos e tem como objetivo melhorar o suporte social e as habilidades interpessoais das vítimas de violência, reduzir os sintomas psicológicos que interferem na socialização e, assim, restaurar a sensação de segurança e domínio dos seus processos psíquicos. (Markowitz, 2010, apud TECHE; LIMA, 2016).

Ainda fazendo menção as intervenções breves, quando o psicólogo trabalha com essa linha terapêutica, a psicoterapia psicodinâmica tenta compreender o contexto das memórias traumáticas com significados e localizações específicos. A história de vida do indivíduo e o inconsciente transformam memórias reprimidas em processos defensivos para sintomas desadaptativos. À medida que esses sentimentos, comportamentos e memórias são explorados, os pacientes podem obter uma compreensão ou compreensão mais profunda de como suas memórias reprimidas se transformaram em seus sintomas atuais. Porém, essa estratégia se diferencia da psicanálise em relação as técnicas utilizadas, na psicodinâmica não trabalha com técnicas tão rigorosas. (FOA, 2009, apud TECHE; LIMA, 2016).

Além das técnicas citadas, tem-se também o Debriefing psicológico. Essa é uma técnica muito importante para o manejo dos sintomas de TEPT e é considerada também uma das ferramentas mais utilizadas no tratamento do TEPT, associada ao tratamento psicológico. O Debriefing psicológico consiste em uma intervenção breve, que diferentemente das outras citadas, é realizada em grupo, e visa ajudar a expressar emoções associadas a experiências traumáticas. (GUIMARÃES *et al.*, 2007, apud SOARES; SANTOS; DONADON, 2021).

Por ser realizada de forma grupal, e normalmente é feita em apenas uma sessão. Ela é dividida em quatro etapas principais, que se subdividem em outras sete etapas. Sendo: a primeira definida como introdução. Nessa etapa, antes de tudo, são explicadas e apresentadas as técnicas, os objetivos que procura alcançar, assim como os benefícios. A segunda etapa é definida como narrativa. Essa é a etapa em que o paciente relata a história do trauma ocorrido, enfocando os pensamentos apresentados no contexto e pensamentos sobre o evento. A terceira é denominada como a fase de liberação emocional associada ao evento traumático. E por último, a fase de psicoeducação, nessa etapa o paciente relata os sintomas de TEPT que ele sentiu ao vivenciar o momento do trauma, dessa forma, as respostas são normalizadas e com o fornecimento de materiais informativos, o terapeuta explica a respeito de técnicas de enfrentamento. (GUIMARÃES *et al.*, 2007, apud SOARES; SANTOS; DONADON, 2021).

Também outra estratégia psicoterapêutica como forma de tratamento que pode ser utilizada é o modelo Eye-Movement Dessentization Reprocessing – EMDR. Esse é um método de tratamento no qual o paciente é instruído a pensar em todos os contextos do evento traumático, envolvendo tanto os pensamentos negativos quanto as emoções associados. Posteriormente, o paciente deverá realizar movimentos seguindo demonstração do terapeuta. (SOARES; LIMA, 2003).

Como relata FOA (2009), citado por TECHE; LIMA, 2016, p 140:

É um tratamento que envolve oito etapas: coleta da história, planejamento do tratamento, preparação do paciente, avaliação sistemática do foco do trauma, dessensibilização e reprocessamento (estimulação bilateral: movimento ocular guiado pelo movimento horizontal do braço do terapeuta), instalação de cognições positivas alternativas, mapeamento do desconforto corporal e o fechamento, que é projetado para planejar o enfrentamento do futuro. A duração do tratamento baseia-se no número de acontecimentos traumáticos e na avaliação da resposta do paciente. As sessões podem ter tempo variado, dependendo do resultado com o paciente.

Existe uma diversidade de técnicas que o psicólogo pode aplicar quando se trata do tratamento psicoterapêutico de um indivíduo adoecido com TEPT, dentre essas já mencionadas, por último, tem-se o treinamento de inoculação do estresse. Esse, é um programa que tem como forma de tratamento, um manejo dos múltiplos componentes da ansiedade. Esses componentes envolvem a psicoeducação, técnicas de relaxamento muscular e respiração, bloqueio de pensamentos desadaptativos, técnicas de reestruturação cognitiva visando o treinamento de pensamentos positivos, também pode-se utilizar algumas estratégias de resolução de problemas. E também, mesmo que indiretamente, o terapeuta pode se beneficiar de componentes da terapia de exposição. O treinamento de inoculação do estresse é um aglomerado de técnicas e intervenções, que destina-se a proporcionar aos pacientes uma sensação de controle do seu estresse, ensinando-lhes uma diversidade de habilidades de enfrentamento. (TECHE; LIMA, 2016).

Por fim, ao obter uma melhora significativa no quadro do paciente, quando já exposto aos métodos de tratamento, o terapeuta ao perceber a melhora dos sintomas do transtorno, tem a responsabilidade de introduzir na psicoterapia os elementos de prevenção de recaída e trabalha-los com paciente. Para que dessa forma, os progressos alcançados não sejam em perdidos, levando em consideração que o processo psicoterapêutico é árduo e delicado, essa é uma forma de preparar o paciente para possíveis riscos futuros. (PELUCIO, 2013).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização do projeto de pesquisa foi a Bibliográfica, na qual está refere-se a:

Segundo Gil (2002, p. 61) o método bibliográfico consiste em:

Esse levantamento bibliográfico preliminar pode ser entendido como um estudo exploratório, posto que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo no qual está interessado, bem como sua delimitação. Essa familiaridade é essencial para que o problema seja formulado de maneira clara e precisa.

Com isso, foi utilizado livros, revistas, artigos, monografias e dissertações para a elaboração do corpo teórico do trabalho.

Devido a crescente demanda de diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático na atual sociedade, principalmente no período pandêmico, todo desenvolvimento desse trabalho, terá como objetivo abordar a forma de atuação do psicólogo diante essa psicopatologia e com pacientes acometidos pelo mesmo, levando em consideração todo o processo de superação dos sintomas, e retomada do controle de sua vida. Busca-se alcançar todo o público, principalmente adultos que desempenham suas atividades laborais em diferentes áreas. Levando em consideração sua relevância o trabalho será baseado em artigos, livros e revistas que abordem o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, assim como foi explanado, o presente artigo pôde compreender o que é um Transtorno de Estresse Pós-Traumático, perpassando todo o conceito, formas de diagnóstico e tratamento, e principalmente a ideia principal foi esclarecer de maneira mais elucidada como o psicólogo atua com pacientes que procuram na psicoterapia o tratamento para os efeitos negativos.

O TEPT atinge pessoas de diferentes idades e gênero, a sua principal característica é a exposição a um evento traumático. Assim como os sintomas clínicos variam de indivíduo para indivíduo, cada sintomatologia também pode variar de acordo com cada tipo de trauma que o mesmo sofreu, e quais sensações e emoções aquele indivíduo absorveu naquele momento.

Sabe-se que o trauma traz sérias consequências para a sua emocional do indivíduo, quando associado a níveis elevados de estresse, acaba elevando a um nível mais grave e desenvolvendo o transtorno em questão. É notável que cada indivíduo interpreta e reage de uma forma subjetiva a um evento estressor e traumático, e conseqüentemente isso implica ativa e diretamente em seu comportamento. Por isso, faz-se tão necessário ter um psicólogo no processo de tratamento de um indivíduo com Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Esse profissional influenciará e auxiliará esse paciente com TEPT a reavaliar seus pensamentos, e acessando as memórias ligadas a situação traumática. Além disso, quando um indivíduo chega ao consultório psicológico relatando estar sentindo os impactos do transtorno, é responsabilidade do profissional prestar

escuta e acolhimento a esse paciente que se encontra em total sofrimento. O tratamento psicoterápico, será pautado em uma gama de instrumentos, técnicas e estratégias próprias do psicólogo para intervir da melhor maneira de ajudar os pacientes a retomar o curso de suas vidas, para que assim, o paciente obtenha a remissão sintomatológica e consiga alcançar a melhora emocional e física.

Por fim, destaca-se que o desenvolvimento desse artigo proporciona inúmeros apontamentos acerca do impacto emocional que uma situação traumática reflete na vida de uma pessoa, onde, nota-se um elevado nível de adoecimento psicológico e comportamental, que quando não tratados poderá perdurar por muito tempo e inclusive incapacitar esse indivíduo que antes sadio, a não realizar atividades básicas de seu dia a dia, colocando assim em pauta a importância da psicologia e dos profissionais psicólogos nesse processo de reestruturação cognitiva e comportamental.

REFERÊNCIAS

ALVES, Simone, S. Atendimento em psicoterapia dinâmica breve: relato de caso. Rev. bras. psicoter. 2013;15(3):71-80. Disponível em: http://rbp.celq.org.br/detalhe_artigo.asp?id=130. Acesso em: 8 jun. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION –APA- (2014). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V** – (5 eds. Ver). – Porto Alegre: Editora Artmed. Teixeira, Maria Cristina Triguero Veloz et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2010, v. 56, n. 5 [Acessado 30 Março 2022] , pp. 607-614. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000500026>>. Epub 30 Nov 2010. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000500026>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM. 3 ed. Washington D/C, 1980.

BARNHILL , John W. **Transtorno de estresse agudo**. New York, abr. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtornos-de-adapta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 5 jun. 2022.

BARNHILL , John W. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). New York, abr. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BARTHOLO, WALDANNE RIBEIRO. ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. **REVISTA DE PSICOLOGIA: Saúde Mental e Segurança Pública**, Polícia Militar de Minas Gerais, ano 2007, v. 2, ed. 4, p. 41-51, 1 jan. 2007. Disponível em: <https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/psicologia/article/view/62>. Acesso em: 4 jun. 2022.

BATTISTELLI, Juliana. **Estresse pós-traumático: como lidar com o transtorno depois do trauma**. [S. l.]: VITUDE BLOG, 12 mar. 2018. Disponível em: <https://www.vitude.com/blog/estresse-pos-traumatico-como-lidar-com-o-transtorno-depois-do-trauma/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BOROWSKY, Paula. COMO A PSICOLOGIA PODE TRATAR O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO?. **A FOLHA**, [S. l.], p. 1-1, 30 ago. 2019. Disponível em: <https://afolhatorres.com.br/colunas/como-a-psicologia-pode-tratar-o-transtorno-do-estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 8 jun. 2022.

BRASIL, In: Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático– TEPT. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de

BRASIL, In: CID-11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Organização Mundial da Saúde. 11^a rev., 2022.

BROTTO, Thaiana F. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. [S. l.], 3 set. 2020. Disponível em: <https://www.psicologoeterapia.com.br/blog/transtorno-de-estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BROTTO, Thainara. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. [S. l.], 3 set. 2020. Disponível em: <https://www.psicologoeterapia.com.br/blog/transtorno-de-estresse-pos-traumatico/#tratar>. Acesso em: 8 jun. 2022.

BROTTO, Thainara. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático: o que é e como lidar**. [S. l.], 23 out. 2021. Disponível em: <https://www.psicologo.com.br/blog/transtorno-estresse-pos-traumatico-como-lidar/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

CUNHA, M.P & BORGES, L. M., 2014. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar. *Academia paulista de psicologia*. v. 33. n. 2. pp 1-24. Acesso em: 5 jun. 2022.

FREITAS, Ana Célia. **Transtorno de estresse pós-traumático**. [S. l.], 23 jun. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/29526/transtorno-de-estresse-pos-traumatico>. Acesso em: 8 jun. 2022.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Rilzeli Maria. Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 672-680, 2012. Disponível em:

<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/172/247>. Acesso em: 08 junho. 2022.

GONCALVES, Raquel Menezes et al. Impacto da co-terapia no tratamento do TEPT com terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 32-41, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 jun. 2022.

IAME, Instituto. **Como tratar o transtorno de estresse pós-traumático**. Salvador, BA: lame | Instituto de Assistência Multidisciplinar Especializada, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://institutoiame.com.br/estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 8 jun. 2022.

KNAPP, Paulo e CAMINHA, Renato Maiato. **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2003, v. 25, suppl 1 [Acessado 5 Junho 2022], pp. 31-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500008>>. Epub 10 Nov 2003. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500008>.

LIBERZON, Israel; SRIPADA, Chandra Sekhar. **The functional neuroanatomy of PTSD: a critical review**. Progress in brain research, v. 167, p. 151-169, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0079612307670113>. Acesso em: 06 junho, 2022.

MACHADO, Ingrid. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. [S. l.], 10 out. 2017. Disponível em: <http://www.minutopsicologia.com.br/postagens/2017/10/10/transtorno-de-estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 8 jun. 2022.

MACHADO, Thais. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. Salvador, BA, 22 mar. 2017. Disponível em: <https://www.thaismachadopsicologa.com.br/single-post/2017/03/22/Transtorno-do-Estresse-P%C3%B3s-Traum%C3%A1tico-TEPT>. Acesso em: 8 jun. 2022.

MARTINS-MONTEVERDE, Camila Maria Severi; PADOVAN, Thalita; JURUENA, Mario Francisco. **Transtornos relacionados a traumas e a estressores**. Medicina (Ribeirão Preto, Online.), v. 50, n. Supl 1, p. 37-50, 2017. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/Simp4-Transtornos-relacionados-a-traumas-e-a-estressores.pdf>. Acesso em: 06 junho, 2022.

OLIVEIRA, Adriana de. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. [S. l.], 29 mar. 2005. Disponível em: <https://inpaonline.com.br/blog/transtorno-do-estresse-pos-traumatico-tept-2/>. Acesso em: 8 jun. 2022.

OLIVEIRA, S. M. D. (2008). Traumas de guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal). Disponível em:

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853_Tese_-_Susana_M_Oliveira.pdf. Acesso em: 09. jun. 2022.

PALAZZO, Valeria. **Ansiedade Pós- Traumática – Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)**. [S. l.], 19 mar. 2016. Disponível em: <http://gatda.com.br/index.php/2016/03/26/ansiedade-pos-traumatica-transtorno-do-estresse-pos-traumatico-tept/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

PELUCIO, Mauricio. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) dentro do modelo cognitivo-comportamental**. [S. l.], 30 out. 2013. Disponível em: <https://marcelopelucio.org/2013/10/30/transtorno-de-estresse-pos-traumatico-tept-dentro-do-modelo-cognitivo-comportamental/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

PINHEIRO, Pedro. **Estresse pós-traumático: sintomas e tratamento**. Md. Saúde, 3 maio 2022. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/psiquiatria/estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 4 jun. 2022.

PITTIGLIANI, Sonia. **A extensão do Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. [S. l.], 17 dez. 2019. Disponível em: <https://www.telavita.com.br/blog/transtorno-de-estresse-pos-traumatico/>. Acesso em: 6 jun. 2022.

RAMOS, Lilian. **Estado de estresse pós-traumático: CID 10 F43.1**. Ambulatório Medicina do Trabalho Unisul Tubarão, 30 nov. 2011. Disponível em: <https://ambinternatomedtrabtub.blogspot.com/2011/11/estado-de-estresse-pos-traumatico-cid.html>. Acesso em: 4 jun. 2022.

SBARDELLOTO, Gabriela et al. **Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência**. Psico-USF [online]. 2011, v. 16, n. 1 [Acessado 5 Junho 2022] , pp. 67-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>>. Epub 25 Ago 2011. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>.

SCHESTATSKY, Sidnei et al. **A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2003, v. 25, suppl 1 [Acessado 5 Junho 2022] , pp. 8-11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500003>>. Epub 10 Nov 2003. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500003>.

Segurança Pública, Brasília, SENAP, 2019. Acessado em: 8, jun, 2022.

SOARES, Bernardo Garcia de Oliveira; LIMA, Maurício Silva de. **Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2003, v. 25, suppl 1 [Acessado 9 Junho 2022] , pp. 62-66. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500014>>. Epub 10 Nov 2003. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500014>.

SOARES, Daiele Cristina Santos; SANTOS, Luís Augusto dos; DONADON, Marina Fortunata. **TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E PREJUÍZOS COGNITIVOS, INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**. REVISTA EIXO, Brasília, DF, ano 2021, v. 10, ed. 2, p. 15-24, 23 ago. 2021. Disponível em:

<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/834/561>. Acesso em: 6 jun. 2022.

TECHE, Stefania Pigatto; LIMA, Luís Francisco Ramos. Indicações de tratamento psicoterápico individual no Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, RS, ano 2016, v. 18, ed. 2, p. 134-144, 10 ago. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/201458>. Acesso em: 8 jun. 2022.