RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

TRANSTORNOS ANSIOSOS NA INFÂNCIA E O MANEJO CLÍNICO NA PERSPECTIVA DA TCC

ANXIOUS DISORDERS IN CHILDHOOD AND CLINICAL MANAGEMENT FROM THE PERSPECTIVE OF CBT

TRASTORNOS ANSIEDOS DE LA INFANCIA Y TRATAMIENTO CLÍNICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TCC

Elaine Machado Chagas[1], Claudio Manoel Luiz de Santana[2], Cleia Zanatta[3], Henriette Barqueta Moreira de Lucena[4], Luiz Fábio Domingos[5]

Submetido em: 06/10/2021 e210869
Aprovado em: 16/11/2021 https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.869

RESUMO
O presente artigo busca responder a seguinte questão: A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece técnicas e subsídios práticos, na avaliação e manejo clínico, capazes de ajudar a compreensão dos fenômenos ansiosos em crianças? Este trabalho, tem como propósito analisar os transtornos de ansiedade, buscando relacioná-los no contexto dos estudos da epidemiologia e sintomatologia e propor a avaliação e a intervenção cognitivo-comportamental como tratamento destes transtornos ansiosos. Trata-se de uma pesquisa teórica com base na revisão bibliográfica que concluiu acerca da adequação das estratégias psicoterápicas propostas pela TCC no manejo clínico das crianças ansiosas.
PALAVRAS- CHAVE: Transtornos. Ansiedade. Infância. Avaliação

ABSTRACT
This article seeks to answer the following question: Does CBT offer practical techniques and subsidies, in the assessment and clinical management, capable of helping the understanding of anxiety phenomena in children? This work aims to analyze anxiety disorders, seeking to relate them in the context of studies of epidemiology and symptomatology and propose the assessment and cognitive-behavioral intervention as a treatment for these anxiety disorders. This is a theoretical

[1] Mestranda do curso de Psicologia da Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Especialista em Terapias Contextuais pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI). Formação em Terapia Comportamental Dialética pelo Linehan Institute. Formação em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Centro de Psicologia e Formação (CPAF) e aperfeiçoamento em Terapia Cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes no Beck Institute. Sócia Diretora do Instituto de Terapia Cognitivo-comportamental do Rio de Janeiro (INTCC_RIO).
[2] Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis (2020), possui graduação em Filosofia (2004) e Teologia (2010) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC- Rio; Também é graduado em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá (2018). Possui Pós Graduação Lato Sensu em Docência do Ensino Superior pela Faculdade do Planalto Central (2015), Licenciatura em Filosofia pela Faculdade Católica de Anápolis (2015) e pós graduação em Saúde Mental pela IBRA (2021). É sacerdote (pároco)
[3] Pós Doutora pela em Psicologia pela Universidade do Minho – Portugal; Doutora em Psicologia Social pela UERJ; Mestre em Psicologia pela PUC-Rio; possui graduação pela UCP em Pedagogia, Psicologia e Direito. Professora permanente e Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia e do curso de Psicologia da UCP
[4] Mestrando de psicologia Sócia do instituto INTCC RIO Especialização no CEFI (centro de especialização na família e no indivíduo) de Porto Alegre em Terapias Contextuais. Especialização em Psicopedagogia no CEPERJ (Centro de especialização em psicopedagogia do estado do Rio de Janeiro- 2010) Especialização em Teorias cognitivas comportamentais na Infância e Adolescência no INTCC Rio. Graduação em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (2015). Pós graduação em Marketing direcionado a clientes, (2011) Graduação em Administração pela Universidade Veiga de Almeida (2000)
[5] Mestre em Psicologia pela UCP- Universidade Católica de Petrópolis (2020); Convalidação em Teologia pela Faculdade de São Bento do Rio de Janeiro (2018/2019); diplomado pelo Instituto Theologico sancti benedicti (Pontifício Ateneu de Santo Anselmo - Roma 2019); Graduação em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro (UNESA - 2009-2013); Graduação em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1998 - 2001), graduação em Filosofia pela Faculdade Eclesiástica de Filosofia João Paulo II (1996-1997) . Atualmente é sacerdote

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

research based on a literature review that concluded about the adequacy of the psychotherapeutic strategies proposed by CBT in the clinical management of anxious children.

KEYWORDS: *Disorders. Anxiety. Childhood. Evaluation.*

RESUMEN
Este artículo busca dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Ofrece la TCC técnicas y ayudas prácticas, en la evaluación y manejo clínico, capaces de ayudar a la comprensión de los fenómenos de ansiedad en los niños? Este trabajo tiene como objetivo analizar los trastornos de ansiedad, buscando relacionarlos en el contexto de estudios de epidemiología y sintomatología y proponer la evaluación e intervención cognitivo-conductual como tratamiento de estos trastornos de ansiedad. Se trata de una investigación teórica basada en una revisión de la literatura que concluyó sobre la adecuación de las estrategias psicoterapéuticas propuestas por la TCC en el manejo clínico del niño ansioso.

PALABRAS CLAVE*: Trastornos. Ansiedad. Infancia. Evaluación.*

1. Introdução

Por muito tempo, manuais como DSM e CID descreviam as categorias nosológicas da ansiedade somente à idade adulta, nesta época, os medos e preocupações infantis eram considerados de curso transitório. Somente em 1975, a CID-9 descreveu uma categoria mais ampla e específica para a infância que incluía dois distúrbios: distúrbio de ansiedade excessiva e distúrbio da sensibilidade, este último, relacionado a timidez e retração social (LAST, PERRIN, HERSEN E KAZDIN, 1996). Em 1980, pela primeira vez, uma seção destinada aos transtornos mentais infantis diagnosticáveis foi publicada no DSM-III apresentando três psicopatologias: o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade excessiva e o transtorno evitativo (GAIL; BERNSTEIN; CARRIE; BORCHARDT; AMY; PERWIEN, 1996).

De acordo com o DSM-IV-TR são classificados como transtornos de ansiedade: o ataque de pânico; o transtorno de pânico com ou sem agorafobia; as fobias específicas e fobia social; o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno de ansiedade generalizada; o transtorno de estresse pós-traumático; o transtorno de estresse agudo; o Transtorno de Ansiedade devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação, e tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um destes diagnósticos, sendo o transtorno de ansiedade de separação o único restrito à infância e adolescência (APA, 2000).

Atualmente, a perspectiva mais aceita é a de que os transtornos de ansiedade observados na idade adulta podem ter início durante a infância e adolescência, o que possibilita o estudo da evolução desses quadros clínicos em pesquisas longitudinais (ALPERT; MADDOCKS; ROSENBAUM; FAVA, 1994; MANFRO et al., 2002; VASA; PINE, 2004). Existem vários distúrbios listados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; APA, 1994) associados com a ansiedade e estes, praticamente direcionados para adultos.

Neste artigo, será trabalhado o enfoque sobre três tipos de ansiedade na infância: transtorno de ansiedade generalizada (TAG); transtorno de ansiedade de separação (TAS), e fobia social (FS). A ideia de que existe uma continuidade entre os transtornos de ansiedade da infância e adolescência

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

para a idade adulta só não se observa no transtorno de ansiedade de separação. Acredita-se que neste caso, podem ocorrer dois processos distintos: a remissão dos sintomas ou a evolução para outros quadros psicopatológicos, em particular para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico ou para a depressão (SUVEG; ASCHENBRAND; KENDALL, 2005).

Segundo o DSM IV, o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessiva, de difícil controle que pode ocorrer em diversos eventos, na maioria dos dias, com duração mínima de seis meses, capaz de causar prejuízos no funcionamento da vida diária e com pelo menos um dos seis sintomas físicos a seguir: inquietação, irritabilidade, fatigabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração e perturbações do sono.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um dos transtornos de ansiedade mais frequentes na população infantil e adolescente. Nessa população, são comuns as preocupações excessivas e persistentes acerca do desempenho escolar, da iminência de um evento catastrófico, de problemas com saúde, família e amizades (SANTANA et al., 2021d). Além disso, sintomas como agitação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbio do sono são desencadeados devido à intensidade das preocupações e, portanto, tornam-se critérios diagnósticos do transtorno na população referida. Ainda em relação às características do TAG em crianças e adolescentes, pode-se ressaltar a influência da família no desenvolvimento de um modelo de ansiedade baseado no seu estilo cognitivo e comportamental, ou seja, de processos de interação familiar que geram insegurança, medo e provocam aumento do comportamento de evitação.

A avaliação clínica dos transtornos ansiosos deve contemplar informações a respeito do funcionamento cognitivo-comportamental dos indivíduos avaliados e dessa forma, apontar o nível do prejuízo da vida diária para indicar se os sintomas são clínicos e se existem e quais são, os elementos ambientais que contribuem para a manutenção dos sintomas para assim, definir estratégias familiares pertinentes e/ou orientações à escola (MYCHAILYSZYN; MÉNDEZ; KENDALL, 2010). Funcionamento escolar em jovens com e sem transtornos de ansiedade: Comparações por diagnóstico e comorbidade.

Por fim, é possível afirmar que as intervenções dirigidas para ansiedade na infância receberam atenção necessária e resultados satisfatórios que vem sendo comprovados. Várias formas de terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental têm se mostrado eficazes no tratamento de fobias e transtornos de ansiedade na infância e adolescência (OLLENDICK; KING, 2006). Os recursos destacados incluem o relaxamento, a construção de um modelo cognitivo de enfrentamento, resolução de problemas, modelagem, manutenção de contingência, e tarefas de exposição imaginárias e ao vivo (KENDALL; HEDTKE, 2006) usados no *The Coping Cat Workbook*.

2. Os transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são reconhecidos como um dos transtornos mentais mais prevalentes na população infantil e adolescente (BERNSTEIN; BORCHARDT, 1991), estando atrás somente do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e do transtorno de conduta

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

(ASBAHR, 2004). Dados epidemiológicos indicam que a prevalência de transtornos de ansiedade nessa faixa etária pode variar entre 8 e 12% na população americana (Spence, 1998), e no Brasil, um estudo realizado indicou a prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes amostrados (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

O Transtorno de ansiedade de separação (TAS) envolve extrema ansiedade em antecipação ou mediante a separação de uma figura de apego. Um adolescente com TAS pode ter medo de que perigos ou danos a ele ou um ente querido o impediriam de ver a pessoa amada novamente. Esse medo muitas vezes resulta em uma recusa a afastar-se do cuidador pelos períodos de desenvolvimento apropriados. Na Fobia Social (FS), a fonte do medo é a avaliação social, que pode incluir o medo de ser constrangido ou humilhado na frente dos outros e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), é tipificado por preocupações incontroláveis que podem ocorrer em diferentes domínios, tais como: com o desempenho, a família (SANTANA et al., 2021b) ou as relações sociais, a saúde física com ruminações sobre o comportamento futuro e/ou passado, em geral, difíceis de serem controlados.

Os medos da infância, comumente relatados pelos pacientes ou seus cuidadores geralmente incluem: o medo do fracasso e da crítica, o medo do desconhecido, o medo de lesões e pequenos animais, o medo do perigo e da morte, e o medo de doenças (KENDALL et al., 2010).

A gravidade e duração dos sintomas é uma consideração importante para um diagnóstico formal. Os diagnósticos de Fobia Social e TAG por exemplo, exigem pelo menos 6 meses de expressão dos sintomas e comprometimento na vida diária e a ansiedade de separação, quatro meses (APA, 1994).

É importante ressaltar que as pesquisas que examinavam os temores na infância revela haver mais similaridades do que diferenças entre as etnias (GINSBURG; SILVERMAN, 1996; TREADWELL; FLANNERY-SCHROEDER; KENDALL, 1994). Em sua análise transcultural, Fonseca e colaboradores (1994) concluíram que os medos mais comuns subscritos pelas crianças são muito semelhantes em diversos países com diferentes culturas e que geralmente as meninas revelam sentir mais medos que os meninos, indicando que o número de meninas que precisa de atenção clínica mostra-se superior (KENDALL, 2010).

Muitas dessas crianças e jovens apresentam uma excessiva e indesejada ansiedade associada ao próprio desempenho (O'NEIL; BENJAMIN; CRAWLEY; KENDALL, 2011), e embora, algumas vezes, tal ansiedade não interfira em seu funcionamento, ela é capaz de provocar reações emocionais incomodativas, que quando exageradas, podem interferir negativamente no funcionamento normativo das crianças e adolescentes.

Um estudo que comparou crianças ansiosas e normais em facetas de compreensão emocional mostrou que as crianças ansiosas demonstraram menor conhecimento de como esconder e mudar suas emoções diante de situações de risco apontando para uma limitação na capacidade de entender e regular emoções, mostrando que crianças e jovens ansiosos respondem emocionalmente às adversidades de forma diferente do que os não ansiosos (SOUTHAM-GEROW; KENDALL, 2000).

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

Outro estudo que comparou os processos de regulação das emoções em crianças com transtornos de ansiedade e as não ansiosas, indicaram que crianças ansiosas experimentaram as emoções de forma mais intensa e se percebem menos capazes de gerir com sucesso as situações ansiogênicas do que as crianças não ansiosas (Suveg & Zeman, 2004). Quando os padrões específicos da gestão das emoções foram examinados, as crianças ansiosas exibiram uma expressão emocional culturalmente inapropriada e mostrando-se menos competentes frente a ansiedade e com outras emoções como a raiva, a tristeza e a preocupação, quando comparados a jovens e crianças sem um transtorno de ansiedade (KENDALL, 2010)

Vale ressaltar que as crianças e jovens ansiosos mostraram mudanças positivas em algumas habilidades de regulação emocional após tratamento com terapia cognitivo-comportamental (Suveg, Sood, Comer, & Kendall, 2009), e alguns dados iniciais sugerem que a TCC pode ser efetiva na modificação do padrão de regulação emocional comum nesses diagnósticos (SUVEG; KENDALL; COMER; ROBIN, 2006). O foco na regulação emocional faz sentido, especialmente tendo em vista que a ansiedade e o humor deprimido frequentemente coocorrem e terapeuticamente as crianças ansiosas podem se beneficiar de intervenções que incluem esforços para melhorar sua capacidade de regular emoções (O'NEIL; PODELL; BENJAMIN; KENDALL, 2010).

3. Avaliação clínica dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes

A descrição diagnóstica dos transtornos de ansiedade na infância e juventude, até agora, é realizado através de um sistema categórico que qualifica o diagnóstico em detrimento do que a criança faz ou não, exigindo um número mínimo de sintomas requeridos para satisfazer tais critérios (KENDALL, 2010). Entretanto, há uma controvérsia considerável sobre este sistema de classificação de doenças entre alguns profissionais de saúde mental que levantam questionamentos acerca de uma comum sobreposição dos sintomas entre os transtornos da infância (ACHENBACH; EDELBROCK, 1978; DRABICK; KENDALL, 2010), afirmando que a validade discriminativa e utilidade clínica dos transtornos classificados sob um sistema categórico de avaliação diagnóstica, pode comprometer o tratamento de pacientes subclínicos (CHORPITA; ALBANO; BARLOW, 1996).

Os parâmetros para a prática da avaliação e tratamento (BUKSTEIN, 1997; AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 1997) descreveram áreas importantes a serem consideradas durante a avaliação de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, são elas: (1) o início, o desenvolvimento e o contexto em que ocorrem os sintomas de ansiedade; (2) informações a respeito do desenvolvimento; (3) condições médicas da criança; (4) o desempenho acadêmico; (5) o desempenho social e (6) a história psiquiátrica familiar (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWEIN, 1996).

Levando em conta estes fatores, os instrumentos utilizados para avaliar ansiedade em crianças e adolescentes devem fornecer informações confiáveis sobre os sintomas ansiosos nos seus diferentes domínios: (1) cognitivo; (2) comportamental; (3) emocional e (4) social. Dessa forma, avaliação dos sintomas e das mudanças obtidas através intervenções terapêuticas e/ou

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

medicamentosas podem ser mensuradas (KENDALL, 2010). Embora nenhum instrumento seja perfeito, várias ferramentas de avaliação aceitáveis estão disponíveis (KENDALL; FLANNERY-SCHROEDER, 1998; STALLINGS, 1995).

Entre as escalas de classificação mais amplamente usadas, destaca-se o *Child Behavior Checklist* (CBCL), cuja confiabilidade é aceitável, bem como sua validade e dados normativos (ACHENBACH, 1991). O instrumento avalia os problemas comportamentais e competências fornecendo dados sobre nível de perturbação de fatores específicos da criança, oferecendo discriminação entre transtornos externalizantes e internalizantes (ASCHENBRAND; ANGELOSANTE; KENDALL, 2005). A utilização dos itens do CBCL maximiza as chances de identificação de transtornos de ansiedade em crianças e jovens por diferenciar com segurança a ansiedade desordenada da não desordenada. O CBCL também fornece dados sobre a participação das crianças em atividades sociais e interações com os pares (KENDALL; 2010).

Há também uma versão do CBCL projetado para professores - o *Teacher Report Form* (TRF). A coleta desses dados permite uma comparação de comportamentos de ansiedade das crianças em casa e no ambiente escolar, que pode ser especialmente relevante para as crianças cujos medos envolvem situações sociais e de separação das figuras de afeto. Vale ressaltar que o professor pode não considerar alguns comportamentos como ansiosos e assim não oferecer dados fidedignos. O instrumento para professores fornece informações úteis, mas não está vinculado às categorias de diagnóstico do DSM (KENDALL, 2010).

Uma distinção importante a ser feita quando se fala de ansiedade em crianças e jovens está entre as *distorções cognitivas* e *deficiências cognitivas* (KENDALL; CHOUDHURY; CHUNG; ROBIN, 2002). As deficiências referem-se à ausência de uma habilidade cognitiva e as distorções incluem pensamentos que são disfuncionais ou tendenciosos. Nas deficiências, existe uma falta de reflexão em situações que requerem alguma consideração mais sofisticada que pode ocorrer por um prejuízo no processamento de informação, diferente da distorção que se revela somente pela presença de pensamentos desajustados (LENT, 2011). Se tratando de pacientes sem tais deficiências, o tratamento cognitivo-comportamental se iniciará identificando e ensinando o paciente a reconhecer duas cognições disfuncionais para posteriormente serem corrigidas. (PULIAFICO; KENDALL, 2006).

Fazer tal distinção é útil terapeuticamente na medida em que permite aos médicos e terapeutas alvejar a natureza específica das dificuldades apresentadas pelos pacientes. Se tratando de uma deficiência cognitiva vale selecionar estratégias que busquem minimizar atitudes impulsivas, trabalhando mais comportamentalmente e com estratégias de resolução de problemas (KENDALL; 2010).

A avaliação comportamental da ansiedade na infância inclui técnicas de observação estruturadas e não estruturadas. Durante todo o processo de avaliação, especialmente durante a entrevista clínica, é necessário observar qualquer comportamento que pode ser sugestivo de ansiedade, tais como inquietação, roer unha, evita contato com os olhos, e fala em voz baixa. As escalas de avaliação preenchida por responsáveis e professores, são baseadas em observações não

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

estruturadas de comportamento da criança em contextos naturais. Vale lembrar, que as observações não estruturadas são importantes, mas podem ser limitadas pelo preconceito do observador (ASCHENBRAND; ANGELOSANTE; KENDALL, 2005).

Estratégias de observação mais estruturadas são empregadas em tarefas de prevenção de comportamento com a observação direta por avaliadores treinados (coterapeutas), em ambientes naturais, tais como a sala de aula ou no parque. Por exemplo: avaliar a ansiedade associada ao ato de comer em público (KENDALL, 2010). Essa situação especificamente pode ser feita de modo que o alimento estaria disponível (bandejas para a seleção de alimentos), e várias opções de lugares para se sentar, lugares que são solitários, com uma pessoa (SANTANA et al., 2021c), ou com muitos outros. O coterapeuta avalia a situação registrando o grau de enfrentamento do paciente em um contínuo, exemplo: o ato de "não comer" para "comer entre as pessoas" (KENDALL, 2010).

As respostas comportamentais mais comuns que devem ser observadas, são as de evitar a ansiedade, a voz trêmula, a postura rígida, o choro, roer unhas e chupar o dedo etc. (BARRIOS; HARTMANN, 1988). Uma criança com TAS por exemplo, pode evitar dormir fora em um esforço para ficar perto de um cuidador, enquanto uma criança com FS pode evitar eventos sociais devido ao medo da avaliação e crítica dos pares (KENDALL, 2010).

As reações fisiológicas que geralmente ocorrem nas crianças e adolescentes ansiosos, estão associadas a um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo capaz de provocar transpiração, dor difusa abdominal ("borboletas no estômago"), rubor facial, desconforto gastrointestinal, e tremor (BARRIOS; HARTMANN, 1988).

Já a angústia cognitiva vivida por crianças ansiosas pode incluir ruminação ou preocupação excessiva e pensamentos ansiosos (esperando que o pior vá acontecer em uma situação), e embora muitos jovens com ansiedade experimentem diferentes angústias cognitivas, a natureza particular da angústia varia de acordo com o transtorno (SANTANA et al., 2021a). Os temores de que um ou um dos pais possa ser ferido, ou que os cuidadores possam sair e nunca mais voltar, são comuns entre as crianças com medo de separação; os temores relacionados com situações sociais ou de desempenho nas quais eles podem ser humilhados ou embaraçados são comuns na FS e no TAG, como o próprio nome indica, é caracterizado por um sentido mais generalizado ou difuso, de se preocupar com uma série de questões que podem incluir o medo da avaliação, a autoconsciência, e a ruminação sobre o comportamento passado ou futuro.

Os equívocos de ameaça ou perigo que normalmente afetam as crianças com ansiedade parecem resultar de um processo de pensamento que os fazem focar sua atenção em estímulos que julgam ameaçadores. A consequência dessa disposição pode ser uma hipervigilância aos estímulos ambientais que sinalizam algum tipo de ameaça que pode se agravar quando a criança vive em ambientes hostis (COMER; KENDALL, 2007).

Em suma, o processo de avaliação da ansiedade inclui além da observação dos comportamentos das crianças e jovens, a identificação dos sintomas fisiológicos da ansiedade e das

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

distorções cognitivas. Essa avaliação contempla informações obtidas através do próprio paciente, seus cuidadores, professores e outros profissionais envolvidos (STALLARD, 2011).

4. Intervenção Cognitivo-Comportamental

Dentro perspectiva teórica da Terapia Cognitivo-Comportamental, a psicopatologia seria resultado de déficits ou distorções cognitivas oriundos das primeiras experiências infantis e relação com cuidadores e figuras de afeto (CAMINHA, 2011). A investigação, a reestruturação cognitiva e quando necessário técnicas de exposição são usadas com intuito de alterar comportamentos ou emoções disfuncionais (BECK J, 1997).

Por ser um método colaborativo e ativo, baseado em modelos empiricamente testáveis, intervenções racionais e coesas tornam-se possíveis e os pacientes sentem-se encorajados a questionar seus pensamentos e a fazer descobertas sobre diferentes maneiras de compreender uma mesma situação e escolher novos modos de agir (RANGÉ, 2001). Entretanto, a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes precisa levar em conta o estágio desenvolvimental e sofisticação cognitiva do paciente para melhor escolha das estratégias a serem utilizadas (STALLARD, 2004).

A TCC para o tratamento da ansiedade na infância e juventude integra as eficiências demonstradas pela abordagem comportamental através das tarefas de exposição, treino de relaxamento e dramatizações com ênfase nos fatores cognitivos associados com as ansiedades (FLANNERY-SCHROEDER; KENDALL, 1996; HOWARD; KENDALL, 1996b; KENDALL; HEDTKE, 2006; KHANNA; KENDALL, 2008). O objetivo geral do tratamento é ensinar as crianças a reconhecer os sinais de excitação ansiosa permitindo que estes sinais sirvam como pistas para o uso das estratégias, o treinamento de habilidades e prática de habilidades de enfrentamento. As sessões de treinamento de habilidades concentram na construção de quatro áreas básicas de competências: a consciência de reações corporais, as emoções relacionadas aos sintomas físicos específicos da ansiedade, o reconhecimento e avaliação do diálogo interno, ou seja, o que a criança pensa e diz para si mesmo quando ansiosa, a resolução de problemas, a modificação do diálogo interno ansioso e desenvolvimento de planos de enfrentamento que inclui auto avaliação e recompensas (KENDALL, 2010).

Durante o curso do tratamento, a prática dessas habilidades aprendidas em *setting* terapêutico é levada para situações reais que provoquem ansiedade através das tarefas de exposição. Essas tarefas proporcionam à criança a oportunidade de demonstrar as habilidades aprendidas aumentando seu senso de autoeficácia. Os ensaios e múltiplas tentativas de enfrentamento, levam a criança a obter sucesso em situações que anteriormente pensou ser impossível de enfrentar sem depender dos outros para sentir-se seguro. O incentivo a lidar e evitar o uso de medidas de segurança apresentam resultados favoráveis (HEDTKE; KENDALL; TIWARI, 2009).

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

O foco sobre os processos cognitivos e criação de um modelo de enfrentamento decorre de um interesse em ajudar a criança a internalizar os aprendizados e generalizar as novas habilidades para outros ambientes. A criança é ensinada a atribuir os sucessos a sua própria competência em uma variedade de situações, e não apenas naquelas praticadas nas sessões (CREED; KENDALL, 2005).

Durante todo o tratamento, uma das funções do terapeuta é ser um modelo de enfrentamento, demonstrando a habilidade para situações ansiogênicas para a criança ou adolescente. Como um modelo de enfrentamento adequado, o terapeuta modela estratégias para lidar com a ansiedade. A criança então, é convidada a participar com o terapeuta de algumas dramatizações, começando sempre pela menos ameaçadora. Descrevendo o que está sentindo ou pensando, o terapeuta pergunta se a criança está experimentando sentimentos semelhantes ou diferentes. Em última análise, a criança é incentivada a viver as cenas antes dramatizadas por ela mesma e em contextos reais. As variações de dramatizações variam de acordo com o nível de habilidade da criança e a compreensão de conceitos que estão sendo introduzidos. As dramatizações devem representar situações relevantes para a criança, assim, e devem ser derivadas de uma hierarquia previamente organizada com a criança ou adolescente (KENDALL, 2010).

A Autorrevelação pelo terapeuta pode também ser apropriada para demonstrar um modelo de enfrentamento (SANTANA; ZANATTA, 2021). Autorrevelação do terapeuta, muitas vezes toma a forma de revelar experiências passadas relevantes para as experiências da própria criança com a descrição em voz alta de seus pensamentos e sentimentos sobre as situações que possam surgir na terapia. Por exemplo, pode ser interessante que o terapeuta revele sua ansiedade ao encontrar a criança na primeira sessão. Este tipo de atitude naturaliza a ansiedade e aumenta o *rapport* aumentando as chances de a criança relatar sentimentos durantes os atendimentos discutindo-os mais confortavelmente. O terapeuta atua relatando também como fez para lidar com uma situação ansiogênica. Por exemplo, o terapeuta expressa a sua própria ansiedade dizendo o que pensou como: “que bom, ele não riu de mim. Isso teria sido embaraçoso", e em seguida, descreve a forma como ele “corrigiu” seu pensamento dizendo: “mesmo se você risse de mim, isso não significa que você não gosta mais de mim". Dessa forma, a criança tem a oportunidade de observar como um adulto competente lida com sua ansiedade (KENDALL, 2010).

Levando em consideração essas informações e as evidências que estudos recentes trazem acerca da efetividade da junção da terapia cognitivo-comportamental com intervenções familiares para o tratamento da ansiedade em crianças e adolescentes a identificação precoce de sintomas e o uso de estratégias cognitivo-comportamentais adequadas (KENDALL, 2010) devem ser utilizadas passando pelas etapas descritas a seguir: (1) psicoeducação, com a apresentação à criança/adolescente e aos pais de informações sobre o transtorno, o modelo cognitivo e a terapia cognitivo-comportamental; (2) identificação das cognições disfuncionais, através da utilização de jogos, estórias e brinquedos com crianças menores e técnicas de registro para crianças maiores e adolescentes; (3) reestruturação cognitiva, assim como na etapa anterior, também são utilizadas

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

estratégias lúdicas com crianças menores e técnicas de registro com crianças maiores e adolescentes, com a finalidade de buscar evidências que refutem os pensamentos envolvidos no desenvolvimento e manutenção do transtorno gerando assim pensamentos realistas e saudáveis; (4) manejo dos sintomas fisiológicos da ansiedade através de treino de relaxamento por respiração, imagens mentais e distração, adequando-os conforme as limitações das faixas etárias e etapa do tratamento; (5) enfrentamento de situações evitadas, com o uso de cartões e economia de fichas; (6) contrato com os pais de que estes retirarão a atenção das queixas excessivas e dos comportamentos ansiosos dos filhos para não reforçá-los; (7) ensino aos pais de como identificar suas sensações de ansiedade e tomar atitudes adequadas que sirvam de exemplo para a criança/adolescente; (8) treinamento de habilidades para que as crianças aprendam a reagir de forma mais adaptativa quando frente as adversidades e (9) treinamento em habilidades sociais com os pais para que possam manter os benefícios do tratamento após seu término (KENDALL, 2010).

Os resultados esperados da intervenção descrita são a remissão dos sintomas de ansiedade e prejuízos causados pelo transtorno, assim como a promoção de interações familiares funcionais que proporcionem segurança emocional e estimulem comportamentos adaptativos na criança/adolescente (KENDALL, 2010), já que as intervenções fundamentadas na teoria cognitivo-comportamental possibilitam a perspectiva de resultados positivos, por demonstrar sua eficácia (STALLARD, 2011).

5. Estratégias e Técnicas no manejo contra a Ansiedade

Ao longo do processo de tratamento, e principalmente no início, as crianças e jovens precisam aprender sobre vários aspectos da ansiedade como sua natureza e seus componentes e isso é feito através da psicoeducação (KENDALL, 2010). Ela ajuda na identificação e discriminação dos próprios (e de outros) estados de sentimentos. Os pacientes com ansiedade experimentam sintomas físicos que muitas vezes os levam a atribuir a alguma doença. Através da psicoeducação, eles aprendem a discriminar quando seus sintomas somáticos como por exemplo a dor de estômago podem ser devido à ansiedade e não a uma doença, por aprenderem a avaliar analisando o contexto em que o sintoma ocorre, exemplo: apenas antes da escola (STALLARD, 2011).

A cognição é teorizada como intimamente ligada à emoção e ao comportamento (INGRAM, KENDALL, CHEN, 1991). Acredita-se que dificuldades que se apresentam tanto no âmbito comportamental como emocional podem ser amenizadas por meio da identificação e reestruturação de cognições distorcidas.

Estratégias cognitivas consistem tipicamente em ensinar a criança a testar e reduzir o autorrelato negativo, gerando autodeclarações positivas, desafiando as negativas, irrealistas ou disfuncionais. Construir um modelo de enfrentamento cognitivo implica na identificação e modificação de cognições disfuncionais associando-as a construção de uma nova maneira de pensar e interpretar as situações, inclusive aquelas que são naturalmente ameaçadoras ou ansiogênicas.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

Por exemplo, medo de falar na frente de outros pode ser baseado em motivos legítimos se a criança tiver uma dificuldade como a gagueira e tende a imaginar essa situação como mais ameaçadora do que uma criança não gaga, no entanto, pode ser pouco realista se a criança concluir que, porque ela gagueja e já foi provocada por algumas crianças, e outras crianças se recusariam a ser seus amigos (KENDALL, 2010). A este nível, o terapeuta e a criança podem criar um modelo de enfrentamento, incluindo um diálogo interno que desafia essa estrutura de crença inflexível, orientando a criança a fazer perguntas como: "É verdade que todos os outros colegas vão me provocar depois de um discurso?" e "Será que meus amigos atuais vão me abandonar depois de eu ser provocado pelos outros?".

Algumas crianças diagnosticadas com transtornos de ansiedade demonstram um diálogo interno negativo, caracterizado por pensamentos de autodepreciação e dúvidas quanto sua autoconfiança e/ou escolhem demandas de difícil realização, não conseguem atender construindo assim o comum modelo cognitivo na ansiedade de superestimar os riscos e subestimar sua capacidade de enfrentamento. Para ajudar a combater essa estrutura de crença injustamente crítica, o terapeuta enfatiza a importância de recompensar a si mesmo pelo esforço e sucesso mesmo que parcial (STALLARD, 2010).

O objetivo de construir um novo modelo para o pensamento não significa que as percepções das situações ameaçadoras vão desaparecer, mas para que os equívocos anteriormente angustiantes não sejam vivenciados é necessário a utilização de recursos de enfrentamento cognitivo, que vão servir como lembretes para o uso de estratégias (KENDALL, 2010).

Outra estratégia bastante usada, é a do relaxamento, cujo objetivo é ensinar a desenvolver a consciência e o controle sobre suas próprias reações fisiológicas e musculares quando ansioso. Um dos procedimentos utilizados objetiva relaxar os principais grupos musculares do corpo liberando tensões somáticas (KING; HAMILTON; OLLENDICK, 1988). Tensionando e relaxando esses grupos musculares, o indivíduo aprende a perceber as sensações de tensão do corpo e usar essas sensações como pistas para iniciar o relaxamento. A instrução inicial é que a criança identifique os grupos musculares que caracterizam seus próprios estados ansiosos. Este aumento da consciência de suas próprias reações somáticas da ansiedade permite que a criança use um estado físico ativado como um "sinal de alerta" para iniciar a técnica de relaxamento (KENDALL, 2010).

O terapeuta também pode ensinar o relaxamento controlado associado a uma palavra de comando como "calma". Enquanto a criança está totalmente relaxada, a palavra sugestão é retirada. O relaxamento controlado é útil quando a criança deseja iniciar o relaxamento em um ambiente público, mas não se sente confortável realizando técnicas de relaxamento muscular progressivo (KOEPPEN, 1974; OLLENDICK; CERNY, 1981).

Com crianças menores a técnica é ensinada de forma bem lúdica como sentir e relaxar a barriga, imaginando que ela está se espremendo através de uma cerca, ou contrair e relaxar os músculos da mão, fingindo espremer o suco de laranja. Com crianças mais jovens o treinamento deve ser mais curto e os grupos musculares em menor quantidade do que para adolescentes ou

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

adultos (WEISMAN; OLLENDICK; HORNE 1978). O uso de imagens mentais no treino de relaxamento pode melhorar o resultado terapêutico de relaxamento progressivo. Uma revisão recente de estudos controlados que avaliaram a eficácia de tratamentos para medos na infância e fobias (OLLENDICK; KING, 1998) concluiu que o relaxamento usado em conjunto com exposições graduais imaginárias é superior ao treinamento de relaxamento sozinho, e o benefício terapêutico é ainda maior se ao vivo, ao invés de imaginário, as exposições são implementadas (ULTEE; GRIFFIOEN; SCHELLEKENS, 1982).

Já a "Exposição" implica em colocar o cliente em uma experiência de medo imaginariamente ou ao vivo, para ajudar a se acostumar com a situação angustiante e praticar as habilidades de enfrentamento em situações antes simuladas (KENDALL, 2010). Na exposição gradual, o terapeuta e a criança constroem uma lista de situações temidas em uma hierarquia do que menos ao que mais provoca ansiedade. A criança então, se aproxima de cada situação sequencialmente, subindo na hierarquia e manejando a ansiedade.

A exposição gradual ajuda a criança a construir uma nova experiência sobre o comportamento aversivo vivenciado anteriormente desenvolvendo um senso de domínio sobre os desconfortos causados pela ansiedade. É importante que na medida em que a criança passe pelas etapas da hierarquia, ela possa discriminar os estímulos ameaçadores aos não mais ameaçadores ligados às etapas da exposição, avaliando assim a eficácia da redução na produção de seu próprio medo (KENDALL, 2010).

E por fim, ressalta-se o programa cognitivo-comportamental *coping cat* criado na Universidade Temple por Phillip Kendall em 2008 que ganhou o título de “eficaz” e será apresentado nesse artigo. Atualmente é considerado um dos programas mais usados no mundo para tratamento de crianças ansiosas (PETTERSEN, 2011).

Para facilitar a utilização e o aprendizado do programa, as quatro etapas do tratamento foram descritas pelo mnemônico *Fear*, na tradução para a língua portuguesa, “Medo: (1) reconhecer os sintomas corporais de ansiedade (“se sentindo assustado?”), (2) identificar a cognição ansiosa (“esperando que coisas ruins aconteçam?”), (3) o desenvolvimento de um repertório de estratégias de enfrentamento contemplando atitudes e ações que podem ajudar, e (4) gestão de contingência (resultados e recompensas) (KENDALL, 2010).

No programa *Coping Cat* – Gato Habilidoso de Phillip Kendall (2008), um dos primeiros passos que as crianças aprendem é reconhecimento do sentimento ansiedade para diferenciá-la de outras emoções e assim, através de psicoeducação, as crianças e adolescentes aprendem a reconhecer expressões faciais, posturas e sinais fisiológicos associados com diferentes emoções, tanto em si mesmas quanto nos outros.

Em seguida adentram a etapa "M": criança e terapeuta, através da escolha de fotos, filmes, revistas ou livros, treinam o reconhecimento de diferentes expressões faciais e corporais que representem a ansiedade. Em outra atividade, terapeuta e criança interpretam papéis experimentando essas diferentes emoções; e finalmente, após aprenderem a identificar as próprias

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

expressões fisiológicas de ansiedade, imaginando-se em situações ansiogênicas e desenham uma imagem de si mesmos experimentando a ansiedade (desenhar um coração batendo forte, rosto corado, etc.); assim, a partir de uma lista de sentimentos e a criança verbalmente descreve o comportamento que adota quando ansiosa. Desta forma, a criança pode desenvolver um senso crítico das características específicas de cada emoção possibilitando avaliar seus próprios rótulos, ou seja, aprendem a discernir as reações comportamentais, sintomas fisiológicos e pensamentos oriundos de diferentes sentimentos (KENDALL, 2010).

Uma vez que as crianças começam a identificar seus próprios sintomas físicos de ansiedade, podem utilizar sinais fisiológicos que emergem como pistas para começar a relaxar. Em geral, eles são ensinados a respirar profundamente logo que reconhecem que estão ficando ansiosos. O terapeuta pode, então, modelar e discutir com eles, quando utilizar o relaxamento e de que forma eles são úteis. Para a criança mais nova, um roteiro que coloca o exercício em uma história como cenário pode facilitar o uso da estratégia. Como auxílio, uma fita de áudio com a voz do terapeuta, além de ser usada para treinar o relaxamento durante as sessões pode ser entregue às famílias para que o paciente possa treinar em casa (KENDALL, 2010).

Após o reconhecimento de sintomas fisiológicos de ansiedade, os pacientes são ensinados a identificar seus pensamentos. A percepção do diálogo interno, que contém os pensamentos e afirmações ditas para si mesmos quando a ansiedade vem é um conceito importante introduzido no programa de treinamento. Esse diálogo interno inclui expectativas da criança e atribuições acerca de si mesmo, dos outros e das situações. Para a criança ansiosa, essas expectativas podem incluir uma autoavaliação negativa associada a idealizações perfeccionistas para seu desempenho, atenção e preocupação com o que os outros podem estar pensando, e as preocupações com falhas ou não de enfrentamento de situações consideradas ansiogênicas (KENDALL, 2009).

Na etapa “E”, as crianças aprendem a reconhecer e modificar pensamentos disfuncionais, e, embora isso possa ser um pouco difícil para crianças menores ou com desenvolvimento atrasado, quando o terapeuta faz uso dos relatos das crianças sobre sua própria ansiedade, esse objetivo é atingido mais facilmente. Também como forma de facilitar esse processo, o terapeuta pode utilizar desenhos animados com balões de pensamento sobre suas cabeças vazias que retratam cenas ameaçadoras simples, deixando espaço para que a criança descreva cognições livremente. À medida que a criança se sente confortável com a tarefa, as situações provocadoras de sua ansiedade devem ser usadas (KHANNA; KENDALL, 2010).

Identificando pensamentos ansiosos, terapeutas podem auxiliar na produção de cognições que minimizam as ansiedades, estimulando a criança a usar perguntas como: "Qual é a probabilidade de que isso vai realmente acontecer?"; "Quantas vezes isso já aconteceu antes?"; "Poderia haver outras maneiras pensar sobre isso?" ou "Como você sabe que vai ser tão ruim quanto você está esperando?" Assim, através de um processo de teste de hipóteses empíricas em que ambos trabalham juntos, as crianças começam aprender como flexibilizar seus pensamentos disfuncionais, desafiando suposições e crenças que levam a ansiedade e angústia. O objetivo ao longo do curso do

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

tratamento é desenvolver um modelo de processamento de informação alternativo baseado no enfrentamento (*coping*) (KENDALL, 2010).

Mesmo que no início do tratamento tais pensamentos de enfrentamento possam não produzir redução imediata de ansiedade, com o tempo, a criança além de ficar cada vez mais confortável para falar sobre suas ansiedades, percebem sua capacidade de produzir pensamentos de enfrentamento. Durante o processo de tratamento, jovens e crianças ansiosas podem se tornar hábeis em produzir enfrentamento através de autorrevelações positivas, mesmo que ainda não tenham interiorizado totalmente uma nova estrutura de crença (KENDALL, 2009)

Inicialmente, é comum que a criança desconfie das orientações do terapeuta e por isso, construir um modelo de enfrentamento através de tarefas de casa, dramatizações, e exposição é necessário para reforçar a ideia de que se tem a capacidade para lidar com situações angustiantes. Uma boa estratégia é pedir a criança para entrevistar os outros em casa para ver o que eles pensam sobre algum trabalho que tenha feito na escola, ou como eles iriam avaliá-lo caso não ganhasse um concurso, e se o medo primário estiver relacionado a “valentões” provocadores, a criança pode sondar amigos e perguntando se já foram provocados e como lidaram com seu medo. Dessa forma, a criança vai ganhando confiança através da prática e da investigação, desenvolvendo confiança no modelo de enfrentamento aprendido em terapia, o que lhe será útil para os desafios futuros (KENDALL, 2010).

Na etapa “D”, as crianças já aprenderam a identificar as manifestações fisiológicas e cognitivas da ansiedade e a relaxar e agora é momento de aprender a manejar a situação ansiosa através da resolução de problemas.

Nessa fase, o terapeuta ajuda a criança começar a gerar soluções alternativas para lidar com uma situação difícil e selecionar a solução mais adequada. O terapeuta providencia exemplos de situações e ajuda a criança a gerar alternativas, avaliar as possibilidades, e escolher a solução mais acertada. Uma vez que a criança parece confortável em solucionar problemas fictícios, as suas próprias situações ameaçadoras são incorporadas e colocadas dentro da técnica.

Para aprender a praticar a resolução de problemas, as crianças podem escolher um herói ou personagem de desenho animado (televisão, cinema) a quem admira ou acredita, para treinar a lidar com situações difíceis. O terapeuta pode incentivar a criança a pensar sobre como esse personagem pode lidar com situações que provocam ansiedade.

A habilidade final que crianças e adolescentes precisam aprender acontece na etapa “O”, pois embora a implementação do plano de ação seja o objetivo final, a criança deve ser recompensada por iniciar o processo de enfrentamento e lembrada que essas habilidades levam algum tempo para serem dominadas. Entretanto, ainda assim, a criança além de aprender a premiar-se reconhecendo seus ganhos, deve ser recompensada por seu terapeuta e sua família pelos ganhos que obteve no processo e na etapa final.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

6. Considerações finais

As manifestações clínicas das ansiedades podem causar importantes prejuízos, que em um constructo multidimensional provoca reações comportamentais, caracterizadas por respostas de esquiva ou fuga, inquietude e respostas motoras alteradas; reações somáticas como sudorese, taquicardia, enjoo, dentre outros; reações cognitivas, identificadas por distorções que revelam percepção de estímulos ambientais como ameaçadores, sentimento de inferioridade, produção de imagens catastróficas e sensação de insegurança e reações emocionais que induzem estratégias compensatórias que ajudam a evitar entrar em contato com aquilo que teme (DE SANTANA et al., 2021; KENDALL, 2009).

As consequências mais imediatas dessas reações estão relacionadas a prejuízos funcionais e as consequências a médio e longo resultam em prejuízos na autoestima e desinteresse pela vida possibilitando o surgimento de psicopatologias comórbidas como o abuso de substâncias, depressão e risco de suicídio quando não tratados precocemente (KENDALL; GOSCH; HUDSON; SCHROEDER; SUVEG, 2008).

O desenvolvimento normal fornece um ponto de partida útil para um melhor entendimento do conteúdo e natureza das ansiedades e medos na infância, e para avaliar a gravidade das ansiedades e medos específicos (KENDALL; MARRS-GARCIA; NATH; SHELDRICK, 1999). Geralmente, os medos infantis começam com um conteúdo mais global, imaginário, incontrolável e poderoso, e ao longo do tempo tornam-se mais específicos, diferenciados e realistas refletindo assim, as mudanças nas percepções das crianças enquanto se desenvolvem. Por exemplo, o medo do "bicho papão" difuso que se esconde no escuro evolui para medos mais distintos e realistas que incluem a aceitação dos pares e preocupações com o desempenho escolar (KENDALL, 2009).

Apesar dos métodos de avaliação comportamental estruturados sejam vantajosos, eles são limitados pela ausência de procedimentos padronizados, o que dificulta a comparabilidade entre os estudos de dados obtidos com essas técnicas. Além disso, tanto as técnicas não-estruturadas quanto as estruturadas não são suficientes para afirmar o que pode ser considerado patognomônico, pois como citado anteriormente, é comum haver sobreposição de sintomas entre os transtornos de internalização além de existir uma variabilidade na expressão comportamental da sintomatologia ansiosa (KENDALL; WATSON, 1989).

A psicoeducação torna os pacientes mais capazes de lidar com sua ansiedade por aprenderem a identificá-la e diferenciá-la de outros estados, e por isso, como parte da psicoeducação, relaxamento, exposição e *coping cat* podem ser úteis que os pais sejam também informados sobre o conteúdo dessas sessões para que aprendam a lidar melhor com os estados emocionais de seus filhos (ZANATTA et al., 2021).

Em suma, reconhecendo o impacto potencial de estresse familiar, patologia e estilos interpessoais dos membros individuais, o papel da família no desenvolvimento e manutenção de experiência ansiosa de uma criança é inevitável e imprescindível. Estima-se que este artigo contribua

e fomente novas pesquisas, que possam ser desenvolvidas e robusteça ainda mais o contributo teórico deste trabalho.

7. Referências

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. **Psychological bulletin**, v. 85, n. 6, p. 1275, 1978.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR)**. 4. ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 2000.

ASBAHR, F. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria (R J.)**, v. 80, n. 2, supl, 2004.

ALPERT, J. E.; MADDOCKS, A.; ROSEMBAUM, J. F.; FAVA, M. Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 31, p. 165-171, 1994.

BERNSTEIN, G. A.; BORCHARDT, C. M.; PERWIEN, A. R. Transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: Uma revisão dos últimos 10 anos. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 35, n. 9, p. 1110-1119, 1996.

BERNSTEIN, G. A.; BORCHARDT, C. M.; PERWIEN, A. R Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 35, n. 9, p. 1110-9, set. 1996.

BUKSTEIN, O. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 36, n. 10, 1997.

CHORPITA, B. F.; ALBANO, A. M.; BARLOW, D. H. Processamento cognitivo em crianças: Relação com ansiedade e influências familiares. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 25, n. 2, p. 170-176, 1996.

CREED, T. A.; KENDALL, P. C. Terapeuta de construção de alianças dentro de um tratamento cognitivo-comportamental para ansiedade na juventude. **Revista de consultoria e psicologia clínica**, v. 73, n. 3, p. 498, 2005.

DE SANTANA, C. M. L.; DOMINGOS, L. F.; ZANATTA, C.; CAMPOS, L. A. M. Catholic Priests mental health facing contemporary challenges. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 07, p. 48976-48982, 2021.

DRABICK, D. A.; KENDALL, P. C. Psicopatologia do desenvolvimento e diagnóstico de problemas de saúde mental entre jovens. **Psicologia Clínica: Ciência e Prática**, v. 17, n. 4, p. 272, 2010.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatr,** v. 43, n. 6, p. 727-34, jun. 2004.

GAIL, A.; BERNSTEIN, M. D.; CARRIE, M.; BORCHARDT, M. D.; AMY, R.; PERWIEN, B. A. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 35, p. 9, 1996.

GINSBURG, G. S.; SILVERMAN, W. K. Phobic and anxiety disorders in Hispanic and Caucasian youth. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 10, n. 6, p. 517-528, 1996.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

INGRAM, R. E.; KENDALL, P. C.; CHEN, A. H. Cognitive-behavioral interventions. **Handbook of social and clinical psychology: The health perspective**, p. 509-522, 1991.

HEDTKE, K. A.; KENDALL, P. C.; TIWARI, S. Safety-seeking and coping behavior during exposure tasks with anxious youth. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 38, n. 1, p. 1-15, 2009.

HOWARD, B. L.; KENDALL, P. C. Cognitive-behavioral family therapy for anxiety-disordered children: A multiple-baseline evaluation. **Cognitive therapy and research**, v. 20, n. 5, p. 423-443, 1996.

KENDALL, P. C. Princípios da mudança terapêutica por volta de 2010. **Psicologia Aplicada e Preventiva**, v. 13, n. 1-4, p. 19-21, 2009.

KENDALL, P. C.; COMPTON, S. N.; WALKUP, J. T.; BIRMAHER, B.; ALBANO, A. M., SHERRILL, J.; PIACENTINI, J. Características clínicas da ansiedade desordenada juventude. **Revista de transtornos de ansiedade**, v. 24, n. 3, p. 360-365, 2010.

KENDALL, P. C.; FLANNERY-SCHROEDER, E. C. Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 26, n. 1, p. 27-38, 1998.

KENDALL, P. C.; HEDTKE, K. A. **Coping cat workbook (Vol. 44).** Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006.

KENDALL, P. C.; HUDSON, J. L.; GOSCH, E.; FLANNERY-SCHROEDER, E.; SUVEG, C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 76, n. 2, p. 282, 2008.

KENDALL, P. C.; MARRS-GARCIA, A.; NATH, S. R.; SHELDRICK, R. C. Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 67, n. 3, p. 285, 1999.

KENDALL, P. C.; WATSON, D. E. **Anxiety and depression**: Distinctive and overlapping features. New York: Academic Press, 1989.

KHANNA, M. S.; KENDALL, P. C. Computer-assisted CBT for child anxiety: The coping cat CD-ROM. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 15, n. 2, p. 159-165, 2008.

KHANNA, M. S.; KENDALL, P. C. Terapia cognitiva comportamental assistida por computador para ansiedade infantil: resultados de um ensaio clínico randomizado. **Revista de consultoria e psicologia clínica**, v. 78, n. 5, p. 737, 2010.

KING, N. J.; OLLENDICK, T. H. Um comentário sobre intervenções psicossociais e prática baseada em evidências: Tempo de reflexão sobre como seria uma intervenção psicossocial 'Ideal'na Psicologia Clínica?. **Mudança de Comportamento**, v. 23, n. 3, p. 157-164, 2006.

KNAPP, P. *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOEPPEN, A. S. Relaxation training for children. **Elementary School Guidance & Counseling**, v. 9, n. 1, p. 14-21, 1974.

LAST, C. G.; PERRIN, S.; HERSEN, M.; KAZDIN, A. E. A prospective study of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 35, p. 1502-1510, 1996.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

MANFRO, G. G.; ISOLAN, L.; BLAYA, C.; SANTOS, L.; SILVA, M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 26-29, 2002.

MYCHAILYSZYN, M. P.; MÉNDEZ, J. L.; KENDALL, P. C. Funcionamento escolar em jovens com e sem transtornos de ansiedade: Comparações por diagnóstico e comorbidade. **Revisão de Psicologia Escolar**, v. 39, n. 1, p. 106-121, 2010.

OLLENDICK, T. H.; CERNY, J. A. **Avaliação comportamental em Terapia de Comportamento Clínico com Crianças**. Boston, MA: Springer, 1981. p. 25-56

OLLENDICK, T. H.; KING, N. J. Tratamentos empiricamente suportados para crianças com transtornos fóbicos e de ansiedade: Estado atual. **Revista de psicologia clínica infantil**, v. 27, n. 2, p. 156-167, 1998.

O'NEIL, K.; BENJAMIN, C.; CRAWLEY, S.; KENDALL, P. C. Anxiety: Situational and performance anxiety. *In.:* KOOCHER, G. P.; LA GRECA, A. M. **The parent's guide to psychological first aid: Helping children and adolescents cope with predictable life crises**. New York : Oxford University Press, 2011. p. 257-263.

O'NEIL, K. A.; PODELL, J. L;, BENJAMIN, C. L.; KENDALL, P. C. Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered youth: Demographic, clinical, and family characteristics. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 41, n. 3, p. 330-341, 2010.

RANGÉ, R. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SANTANA, C. M. L.; ZANATTA, C. **Espiritualidade e Sentido de vida**. Curitiba, PR: CRV, 2021. DOI: 10.24824/978652510919.0.

SANTANA, C. M. L.; DOMINGOS, L F. D.; MORAES, F. X. Os desafios do Ensino em Psicologia em Tempos de Pandemia. *In*: CAMPOS, L.A.M (Org.). **Cognição Social**. Curitiba, PR: CRV, 2021a.

SANTANA, C. M. L. de; DOMINGOS, L. F.; MONTEIRO CAMPOS, L. A.; ZANATTA, C.; CORDEIRO TELLES, L. A Contribuição da teoria de Schutz para a Terapia Familiar. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 4, p. e24274, 2021b. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v2i4.274

SANTANA, C. M. L. de; DOMINGOS, L. F.; GARCIA DE CASTRO, C. P. O Conceito de Pessoa e a perspectiva educacional de Karol Wojtyla. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. e26403, 2021c. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v2i6.403

SANTANA, C. M. L.; DOMINGOS, L. F.; ZANATTA, C. Spirituality beliefs and sense of life realization: A social cognition research. **International Journal of Development Research**, 2021d DOI: https://doi.org/10.37118/ijdr.22379.07.2021

SOUTHAM-GEROW, M. A.; KENDALL, P. C. Estudo preliminar da compreensão emoção dos jovens encaminhado para tratamento de transtornos de ansiedade. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 29, n. 3), 319-327.

SPENCE, S. H. Uma medida dos sintomas de ansiedade entre as crianças. **Pesquisa comportamental e terapia**, v. 36, n. 5, p. 545-566, 1998.

STALLARD, P. Promovendo o bem-estar das crianças. **Psicologia Infantil e Psiquiatria**, v. 72, 2011.

SUVEG, C.; ASCHENBRAND, S. G.; KENDALL, P. C. Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 14, n. 4, p. 773-795, 2005.

RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

SUVEG, C.; KENDALL, P. C.; COMER, J. S.; ROBIN, J. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, v. 36, n. 2, p. 77-85, 2006.

SUVEG, C.; SOOD, E.; COMER, J. S.; KENDALL, P. C. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 38, n. 3, p. 390-401, 2009.

SUVEG, C.; ZEMAN, J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. **Journal of clinical child and adolescent psychology**, v. 33, n. 4, p. 750-759, 2004.

TREADWELL, K.; FLANNERY-SCHROEDER, E. C.; KENDALL, P. C. Ethnicity and gender in a sample of clinic-referred anxious children: Adaptive functioning, diagnostic status, and treatment outcome. Journal of Anxiety Disorders, v. 9, p. 373-384, 1994.

ULTEE, C. A.; GRIFFIOEN, D.; SCHELLEKENS, J. The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of 'systematic desensitization in vitro'and 'systematic desensitization in vivo'. **Behaviour Research and Therapy**, v. 20, n. 1, p. 61-67, 1982.

VASA, ROMA A.; PINE, DANIEL S. **Neurobiology**: Transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. New York: A Guilford Press, 2004.

VIANNA, R.; ALFANO, A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Revista. Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 5, n. 1, p. 46-61, 2009.

WEISMAN, D.; OLLENDICK, T. H.; HORNE, A. M. A comparison of muscle relaxation techniques with children. Unpublished manuscript, Indiana State University, **Terre Haute**, v. 5, 1978.

ZANATTA, C.; SANTANA, C. M. L. de; DOMINGOS, L. F.; BARQUETA M. de L. H.; MACHADO CHAGAS, E. Impactos dos tempos líquidos sobre o processo de educação. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. e26461, 2021c. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v2i6.461