

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

MARIA AUGUSTA MANSUR DE SOUZA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PRÉ-
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DESENVOLVIMENTO
DAS SESSÕES E AVALIAÇÃO DE RESPOSTA**

Porto Alegre

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

MARIA AUGUSTA MANSUR DE SOUZA

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PRÉ-
ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DESENVOLVIMENTO
DAS SESSÕES E AVALIAÇÃO DE RESPOSTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Elizeth Heldt pela orientação e pelos momentos de aprendizagem, que foram fundamentais para o meu aprimoramento profissional e pessoal. Obrigada pela tolerância, compreensão, apoio e parceria no transcorrer desta longa caminhada. Meu mais sincero “muito obrigada”.

Aos meus pais, pela educação e valores preciosos que recebi e que me fazem ser uma pessoa melhor. Por sempre terem acreditado em mim e no meu potencial, até quando nem eu mesma acreditava mais.

À minha mãe Martha, pela compreensão e por sempre “segurar as pontas” quando eu tinha que estudar. Muito obrigada pelo amor e apoio de sempre, nas inúmeras vezes em que precisei.

Ao meu irmão Gustavo, pelo amor e à minha afilhada Cristal, por ser minha grande alegria e uma fonte renovadora de energia.

Ao meu tio José Luís, um exemplo de bondade e retidão, quem sempre acreditou em mim e me proporcionou o maior presente que alguém poderia receber, a minha formação. Sem ele provavelmente eu não estaria concluindo esta etapa.

À Lara, minha companhia silenciosa, divertida e amorosa nas madrugadas de estudo.

À Juçana, que é muito mais que uma funcionária, já faz parte da família, por estar sempre pronta para ajudar.

Ao meu pai, Hugo, pelo imenso amor e admiração que tinha por mim. Mesmo tendo acompanhado grande parte desta trajetória, tenho certeza que ele está comemorando, de algum lugar que eu não posso ver, mas posso sentir, o final desta importante etapa da minha vida. Saudades imensas, pai!

Aos queridos colegas e amigos da equipe do PROTAIA que sempre me ensinaram muito e ajudaram de alguma forma no andamento e realização deste estudo: Profa. Gisele Gus Manfro, Giovanni Salum, Carolina Blaya, Rafaela Behs, Estácio Amaro, Luciano Isolan, Stefânia, Maria Helena, Jandira Acosta, Andrea Tochetto e Elza. Aos demais colegas de equipe, Grazi, Marianna, Rudi, Andessa e Cristiano, meu muito obrigada.

Aos colegas que participaram da fase inicial deste estudo, a elaboração do protocolo: Daniela Knijnik, Rafaela Behs, Fernanda de Paula Ramos e Giovanni Salum, meu muito obrigada por serem pessoas tão especiais e que me acrescentaram muito. As colegas e amigas Rafaela e Roberta, que dividiram a coordenação dos grupos comigo e que foram muito importantes neste árduo e gratificante trabalho.

Ao colega e amigo Luciano Isolan, por ter me “apadrinhado” no mestrado, me convidando para fazer parte do PROTAIA e por ter participado de forma tão significativa neste estudo. Para mim, és um exemplo de dedicação e sabedoria.

Ao colega Giovanni, por sua inestimável ajuda na análise estatística e em tantos outros momentos deste trabalho. Obrigada pela sua imensa disponibilidade e sabedoria.

Às minhas amigas e irmãs do coração, obrigada pelo apoio, alegria, amizade e paciência, por compreenderem a minha constante ausência ao longo destes anos, sem nunca desistirem da minha companhia. Obrigada pelo apoio que me deram em tantos momentos difíceis que passei ao longo destes anos. Vocês são minha fonte de força, alegria e diversão, certamente a minha vida é muito melhor porque vocês fazem parte dela.

Aos professores do PPG em Psiquiatria, pelo exemplo de profissionais e pesquisadores e por todo o aprendizado oferecido ao longo destes anos, para que eu me tornasse uma profissional melhor e mais completa. Em especial ao Prof. Flávio Kapczinski, pela sensibilidade, apoio e compreensão.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pela oportunidade de realizar este estudo. À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por me proporcionar a realização de um sonho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE), pelo auxílio financeiro para a realização deste estudo.

Às crianças e adolescentes que participaram deste estudo, bem como aos seus pais, meu muito obrigada. Sem vocês nada disso teria sido possível. Obrigada pela disponibilidade, confiança e por me serem meu incentivo na busca de respostas.

RESUMO

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais comumente observados, tanto na população em geral, quanto nos serviços de atenção primária à saúde. Acometem entre 5 a 18% de crianças e adolescentes e se associam a altas taxas de psicopatologia na adolescência e na vida adulta. Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os transtornos de ansiedade infanto-juvenis ainda são subdiagnosticados e subtratados, mesmo com evidências de tratamentos efetivos, como a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). No Brasil, a TCC tem uma aplicação restrita devido ao pequeno número de terapeutas habilitados e, sobretudo, à falta de protocolos elaborados, considerando as características socioculturais do país. A presente pesquisa tem por objetivo descrever a elaboração, o desenvolvimento das sessões de TCC em grupo para o tratamento de transtornos de ansiedade de pré-adolescentes (10 a 13 anos) e avaliar a resposta à terapia, considerando as características da cultura brasileira. A TCC em grupo elaborada nesta pesquisa baseou-se no programa reconhecido para o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade, o *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment*, e o *Coping Cat workbook*, ambos de Kendall e Hedtke (2006), em bibliografias atuais sobre o tema e na experiência das terapeutas e supervisoras. As sessões foram elaboradas uma a uma e, para verificar se cada sessão estava adequada em relação aos procedimentos e ao tempo proposto, foi realizado um grupo piloto com quatro pré-adolescentes. A versão final do protocolo de TCC em grupo, após o ajuste das sessões, de acordo com as considerações subjetivas e objetivas da equipe e dos pacientes, foi definida em 14 sessões semanais de 90 minutos cada e mais duas sessões concomitantes com os pais: uma na sétima semana do tratamento e outra na última semana do mesmo. Cento e trinta e oito estudantes de escolas públicas da área de abrangência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram diagnosticados com transtorno de ansiedade e 45 preencheram os critérios de inclusão para testar a resposta ao protocolo final. Os diagnósticos foram determinados por psiquiatras da infância e adolescência, através de uma entrevista semi-estruturada, o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KDSADS-PL)*. A eficácia do tratamento foi avaliada pelas seguintes escalas: *Clinical Global Impression (CGI)*, *Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS)* e *Children's Global Assessment Scale (CGAS)*, para mensurar a

melhora clínica; *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e *Children's Depression Inventory* (CDI), para avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão, respectivamente; a SNAP-IV que avalia os sintomas externalizantes; e *Youth Quality of Life Instrument-Research Version* (YQOL-R), que avalia a qualidade de vida. As avaliações dos pacientes foram realizadas por avaliadores independentes e aplicadas no início, meio e término do tratamento. Em relação à elaboração do manual, observou-se que vários procedimentos do protocolo original não eram viáveis nesta população, em função do nível socioeconômico e por razões culturais. Os pacientes se mostraram mais motivados em fazer atividades lúdicas e divertidas, assim como, requisitaram mais oportunidades para falarem sobre seus sentimentos e pensamentos ao invés de escrever no manual de terapia. Dos 41 pré-adolescentes que preencheram os critérios de inclusão no estudo, 28 (68%) aceitaram fazer o tratamento e entraram em um dos quatro grupos de TCC. Houve um predomínio do sexo feminino ($n = 22$; 79%), com média de idade (desvio padrão) de 12(DP=0,77) anos. O diagnóstico mais frequente foi transtorno de ansiedade generalizada ($n = 23$; 82%) e todos os pacientes apresentaram pelo menos mais de uma comorbidade, principalmente com outro transtorno de ansiedade. Considerando a resposta ao tratamento, houve diminuição significativa nos sintomas de ansiedade ($p < 0,001$), e melhora nos sintomas externalizantes, com tamanho de efeito de moderado a grande (0,59 a 2.06), porém, não houve diminuição dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida ao longo do tempo. Os resultados confirmaram que a utilização de um protocolo de TCC requer adaptação cultural. A melhora significativa nos sintomas de ansiedade e não dos sintomas de depressão e da qualidade de vida reforçam a importância de intervenções precoces para jovens. Finalmente, é necessário um estudo de seguimento para avaliar a resposta ao tratamento em longo prazo.

Descritores: terapia cognitivo-comportamental, transtornos de ansiedade, pré-adolescentes, terapia em grupo.

ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most commonly observed, both in the general population and in the services of primary health care. Anxiety disorders affect between 5 and 18% of children and adolescents and are associated with high rates of psychopathology in adolescence and adulthood. Despite the high prevalence and substantial associated morbidity, anxiety disorders in children and adolescents are still underdiagnosed and undertreated, despite evidence of effective treatments, like CBT and pharmacotherapy. In Brazil, CBT has limited application due to the small number of qualified therapists, and especially the lack of protocols devised by considering the sociocultural characteristics of the country. The objectives of the present research are to describe the design and development of the session's group CBT for the treatment of youths (10 to 13 years old) with anxiety disorders and to evaluate the final response to therapy, considering the characteristics of Brazilian culture. The CBT group developed in this research was based on the recognized program for the treatment of children and adolescents with anxiety disorders, The Coping Cat program - Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment, and The Coping Cat workbook, both by Kendall and Hedtke (2006), in current bibliographies on the subject and the experience of therapists and supervisors. The sessions were designed one by one, and to verify that each session was appropriate for the procedures and the proposed time, a pilot group was created with four youths. The final version of the group CBT protocol, after adjustment of the sessions and according to the subjective and objective considerations of staff and patients, was defined in 14 weekly sessions of 90 minutes each and an additional two concurrent sessions with parents: one in the seventh week of treatment and another in the last week. One hundred and thirty-eight students selected from public schools in the area covered by Hospital de Clínicas de Porto Alegre were diagnosed with anxiety disorder and 45 fulfilled inclusion criteria to test the response of the final protocol. Diagnoses were made by childhood and adolescence psychiatrists, through a semi-structured interview *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version* (KDSADS-PL). Treatment efficacy was evaluated through the following scales: *Clinical Global Impression* (CGI), *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) and *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS), to measure clinical improvement; *Screen for Child Anxiety Related Emotional*

Disorders (SCARED) and *Children's Depression Inventory* (CDI), which assess the severity of anxiety and depression symptoms, respectively; SNAP-IV, which assesses the externalizing symptoms; and *Youth Quality of Life Instrument-Research Version* (YQOL-R), which measures quality of life. Patient assessments were performed by independent evaluators at the beginning, middle and end of treatment. Regarding the manual, several of the original protocol procedures were not feasible in this population, due to socioeconomic and cultural reasons. Patients showed to be more motivated in playful activities while also requesting more opportunities to talk about their feelings and thoughts instead of continuously writing in the therapy manual. All 41 subjects selected according to the inclusion criteria were invited to take part in therapy. A total of 28(68%) patients entered one of four therapy groups and the remaining candidates (32%) were refused for a number of reasons. There was a predominance of females (n = 22; 79%), mean age 12 (DP=0.77) years. The most frequent diagnosis was generalized anxiety disorder (n=23; 82%) and all patients had at least more than one comorbidity, especially another anxiety disorder. Concerning response to therapy, there was a significant decrease in anxiety symptoms ($p < 0.001$), and an improvement in externalizing symptoms ($p=.003$), with a moderate to large effect size (0.59 to 2.06), but not in depressive symptoms or quality of life over time. The results confirmed that the use of a CBT protocol requires cultural adaptation. The significant improvement in anxiety symptoms and not the symptoms of depression and quality of life emphasize the importance of early intervention for youths. Finally, it is necessary to implement a follow-up study to assess response to treatment in the long term.

Keywords: Cognitive -Behavioral Therapy, anxiety disorders; youth, group therapy.

LISTA DE TABELAS

Table 1 Descriptive sample characteristics (n=28)	62
Table 2 Estimated marginal means of each outcome over the course of treatment	64

LISTA DE FIGURAS

Figure 1 Flow Diagram showing each phase of the study	58
Figure 2 Individual trajectory of all who entered the four therapy groups (n = 28)	63
Appendix CBT group sessions for youths with anxiety disorders: final version protocol	72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADHD	Attention Deficit Disorder Hyperactivity
AG	Agoraphobia
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
CDI	Children's Depression Inventory
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CGI	Clinical Global Impression
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM –IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - Texto Revisado
EEM	Estimated Marginal Means
FE	Fobia Específica
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GEE	Generalized Estimating Equations
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
LaMICs	Low and Middle Income Countries
NNT	Número Necessário para Tratar
OCD	Obsessive-compulsive disorder
ODD	Oppositional Defiant Disorder
OMS	Organização Mundial de Saúde
PARS	Pediatric Anxiety Rating Scale
PD	Panic Disorder
PROTAIA	Programa de Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência

PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
QV	Qualidade de Vida
RPD	Registro de Pensamento Disfuncional
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SCARED-C	Screen for Child Anxiety Related Disorders - Child Version
SCARED-P	Screen for Child Anxiety Related Disorders - Parent Version
SD	Standard Deviations
SeAD	Separation Anxiety Disorder
SNAP-IV	Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire
SoAD	Social Anxiety Disorder
SUDS	Subjective Units of Distress Score
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAs	Transtornos de Ansiedade
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TASep	Transtorno de Ansiedade de Separação
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCC-G	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THS	Treino de Habilidades Sociais
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
YQOL-R	Youth Quality of Life Instrument-Research Version
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	17
2.1 Epidemiologia	18
2.2 Curso e Prognóstico	19
2.3 Etiologia	19
2.4 Manifestações Clínicas	20
3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	29
3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes	29
3.2 Adaptação de Protocolo	31
3.3 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental	32
REFERÊNCIAS	44
4 OBJETIVOS	52
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
6 ARTIGO	54
7 CONCLUSÕES	76
APÊNDICE A – Protocolo final das sessões elaboradas	77
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
ANEXO A – Carta de Aprovação da Pesquisa	82

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo externo ou interno, de algo desconhecido ou estranho (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). É definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção - o medo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). As manifestações de medo e de ansiedade são semelhantes e incluem tensão, hiperatividade autonômica, apreensão, vigilância e alerta (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; DATTILIO; FREEMAN, 2004).

De fato, a ansiedade é inerente à vida e todas as pessoas a experienciam, em menor ou maior grau, em diferentes momentos. Na ansiedade normal, a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo (BARBOSA et al, 2008). Assim, a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como normal naquela faixa etária, e quando interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo (MORIKAWA; MORAIS, 2007). Dessa forma, a resposta de ansiedade é complexa e envolve componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais (WEEMS; STICKLE, 2005).

Até a década de 80, acreditava-se que os medos e as preocupações durante a infância eram transitórios e benignos. Entretanto, se reconhece hoje que podem constituir transtornos freqüentes, causando sofrimento e prejuízos à criança ou ao adolescente. Assim, a identificação precoce dos transtornos de ansiedade (TAs) pode evitar repercussões negativas na vida da criança, tais como: o absenteísmo e a evasão escolar (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000), a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e a ocorrência de doença mental na vida adulta (BRÜCKL et al, 2007; LEWINSOHN et al, 2008).

Os TAs estão entre os mais comumente observados, tanto na população em geral, quanto nos serviços de atenção primária à saúde (NORTON; HOPE, 2005), acometendo entre 5 a 18% de crianças e adolescentes (COSTELLO, 2003), e estão associados a altas taxas de psicopatologia na adolescência e na vida adulta (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009; GONÇALVES; HELDT, 2009). A tendência destes transtornos é ter o início precoce e curso crônico (ROZA et al, 2003; CLARK et al, 2007). Estima-se que até 10% das crianças e

adolescentes possa apresentar algum quadro patológico de ansiedade durante este período da vida. Além disso, mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 20% dos pacientes atendidos em atenção primária apresentam, pelo menos, um tipo de transtorno de ansiedade (FIGUEIREDO, 2004).

A etiologia dos TAs é complexa e multifatorial, envolvendo fatores biológicos, psicológicos (disfunções cognitivas e eventos condicionadores) e socioambientais que interagem permanentemente entre si (MIDDELDORP et al, 2005; SALUM et al, 2010). Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Entretanto, diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004). Embora os métodos diagnósticos de TAs em crianças e adolescentes sejam semelhantes àqueles utilizados em adultos, a avaliação e o tratamento da ansiedade patológica na infância e adolescência apresentam características particulares (ASBAHR, 2004).

Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os TAs infanto-juvenis ainda são subdiagnosticados e subtratados (WALKUP et al, 2003;. VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009; REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009), mesmo com evidências de tratamentos efetivos, como a farmacoterapia (MAIA; ROHDE, 2007) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (KENDALL, 1994; ROY-BYRNE et al, 2005; BUTLER et al, 2006).

Os tratamentos manualizados de TCC podem ser utilizados como subsídios aos clínicos para a inclusão de módulos personalizados aos pacientes em tratamento (PETERSEN et al, 2011). Assim, protocolos de tratamento precisam ser definidos e detalhados a partir da realidade sociocultural existente. Portanto, o objetivo deste trabalho é elaborar um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (TCC-G) para TAs na infância e adolescência e avaliar a resposta a terapia.

2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Por um longo período, as categorias nosológicas relacionadas à ansiedade, descritas conceitualmente na Classificação Internacional das Doenças (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), estavam restritas à idade adulta. A noção difundida até então era a de que os medos e as preocupações durante a infância eram de curso transitório (LAST et al, 1996). Em 1975, a CID-9 incluiu a descrição de uma categoria mais ampla, nomeada de Distúrbios das Emoções, com início específico na infância, que incluía dois distúrbios ansiosos – o distúrbio de ansiedade excessiva e o distúrbio da sensibilidade, timidez e retração social. Em 1980, o DSM-III, seguindo a mesma tendência, apresentou uma nova seção destinada aos transtornos mentais diagnosticáveis pela primeira vez na infância. Nesta seção, apresentou três psicopatologias relacionadas à ansiedade: o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade excessiva e o transtorno evitativo (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ 2009).

Ao longo dos anos, algumas mudanças puderam ser observadas, tanto em relação aos critérios diagnósticos quanto no que se refere às nomenclaturas na CID e no DSM. Com relação a CID-10 (OMS, 1992), observa-se atualmente a descrição de três quadros ansiosos específicos para a infância: transtorno de ansiedade de separação na infância, transtorno de ansiedade fóbica na infância e transtorno de ansiedade social na infância. No entanto, modificações relevantes somente tornaram-se presentes na versão mais recente do DSM, a versão IV, texto revisado (DSM-IV-TR). Os TAs diagnosticáveis pela primeira vez na infância foram incorporados à categoria dos transtornos ansiosos. Neste caso, os critérios diagnósticos são praticamente os mesmos encontrados em adultos (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

Atualmente, os TAs são classificados como: transtorno de ansiedade de separação (TASep), transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade social ou fobia social (TAS), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobia específica (FE), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (APA, 2000). Para os fins do presente estudo, serão incluídos os TASep, TP, TAS, e TAG por compartilharem o mesmo construto subjacente da ansiedade (PINE et al, 1998), com altas taxas de comorbidade entre si e

evidências que respondem similarmente ao tratamento, independente de qual seja o transtorno principal (RUPP, 2001).

2.1 Epidemiologia

Os TAs são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO 2000). Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TAs em infanto-juvenis têm prevalência estimada de 8 a 12% (SPENCE, 1998). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Na Inglaterra, foram observados índices de morbidade similares aos encontrados na pesquisa brasileira, e a prevalência estimada foi de 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes (FORD; GOODMAN; MELTZER, 2003).

Nas crianças e adolescentes, os TAs mais frequentes são o TASep, com prevalência em torno de 4%, o TAG entre 2,7% a 4,6% e as FEs, de 2,4% a 3,3%. Estudos epidemiológicos têm encontrado prevalências de TAS que variam de 1,6% a 4% (WITTCHEN et al, 2000), porém, em contextos clínicos, a porcentagem tende a ser maior, chegando a 14,9% (FERNANDES; TERRA, 2008). Já o TP é raro em crianças com prevalência de 0,6% (ASBAHR, 2004). A distribuição entre os sexos é de modo geral equivalente, exceto, nas FEs, no TEPT e no TP, com predominância do sexo feminino (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000). Apesar de haver um quadro clínico para cada síndrome ansiosa, estima-se que cerca da metade das crianças com TAs tenha também outro TA comórbido (ASBAHR, 2004).

2.2 Curso e prognóstico

De uma maneira geral, os TAs na infância e na adolescência apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico, caso não tratados (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004). Estudos prospectivos envolvendo crianças e retrospectivos em população adulta sugerem a possibilidade do quadro clínico dos TAs, uma vez presentes na infância, persistirem por muitos anos e se associarem a psicopatologias comórbidas (ROZA et al, 2003; CLARK et al, 2007). Em uma revisão sistemática recente, o maior número de estudos foi com o TASep, sendo que o risco maior para doença na vida adulta foi para TP, depressão ou TP com depressão (GONÇALVES; HELDT, 2009).

A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do consequente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e de longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000).

2.3 Etiologia

A causa dos TAs na infância é, muitas vezes, desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos. Entre os indivíduos com esses transtornos, o peso relativo dos fatores causais pode variar e incluem influências parentais e ambientais, disfunção cognitiva e eventos condicionadores no início da infância (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; STALLARD, 2010). O temperamento da criança também parece predispor a manifestação dos sintomas. Estudos retrospectivos evidenciaram que as crianças afetadas eram mais irritadiças, com mais episódios de choro, dificuldades de sono, intolerância à dor e com dificuldade em se acalmar após eventos estressores (MORIKAWA, MORAIS, 2007). A inibição do comportamento, caracterizada por medo exagerado, timidez, desconfiança e isolamento, foi associada à vulnerabilidade aumentada para o surgimento dos TAs (KAGAN, 1997).

2.4 Manifestações Clínicas

2.4.1 Transtorno de Ansiedade de Separação

O TASep é caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento de casa ou de figuras de vinculação (pais ou seus substitutos), não adequada ao nível de desenvolvimento (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; APA, 2000). A reação emocional exagerada diante do afastamento dos pais também pode fazer parte do funcionamento normal de crianças muito pequenas. Este comportamento pode ser frequentemente observado em crianças até a idade pré-escolar, devido à insegurança gerada pela ausência dos cuidadores. A ansiedade de separação configura-se como um transtorno quando se torna inadequada para o grau de desenvolvimento ou quando interfere no funcionamento da vida diária do indivíduo (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

As preocupações mais frequentes são com eventos que os afastem definitivamente dos pais ou cuidadores, como acidentes, seqüestro, assaltos, doenças, ferimentos graves ou até morte (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000). A própria criança ou adolescente pode temer ser sequestrado ou se perder de seus pais. Estas preocupações podem ocorrer tanto em estado de vigília como durante o sono (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

O TASep apresenta-se diferentemente, dependendo da idade da criança, no entanto, parece não existir distinção na expressão destes sintomas entre meninos e meninas. As crianças menores (de 5 a 8 anos) tendem a se preocupar com o fato de a figura de ligação poder ter se machucado ou com o fato delas mesmas se machucarem e terem que se separar dos pais, apresentando preocupação e pensamentos trágicos sobre estes. Os maiores (de 9 a 12 anos) tendem a se queixar de sintomas físicos nos dias de aula e a apresentarem estresse excessivo, tristeza e/ou isolacionismo quando separados das figuras de ligação. Também são frequentes protestos ou acessos de raiva, falta de concentração e apatia em crianças maiores. Queixas somáticas e recusa escolar são comuns em adolescentes, os quais têm mais probabilidade de se queixarem de sintomas físicos ao terem que ir para a escola ou se recusarem a frequentar a escola (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Conseqüentemente, a criança ou o adolescente passam a apresentar prejuízos sociais e acadêmicos significativos, com vínculos de

amizade restritos a poucas ou a nenhuma criança e comprometimento de sua autoestima, autoconfiança, autonomia e maturidade (TEIXEIRA, 2006).

2.4.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada

As crianças com TAG apresentam medo excessivo, preocupações ou sentimentos de ansiedade exagerados e irracionais a respeito de várias situações. Estão constantemente tensas e tendem a exibir preocupações excessivas sobre sua competência e qualidade de seu desempenho, mesmo quando não estão sendo avaliadas, demonstrando excesso de zelo na busca de aprovação e exigindo constante garantia sobre seu desempenho (MASI et al, 2004; MORIKAWA, MORAIS, 2007).

As crianças e adolescentes com TAG podem ter preocupações consigo ou com os outros sobre diferentes domínios, como por exemplo: saúde e segurança; eventos catastróficos mundiais (tais como: guerras ou desastres naturais); situação financeira familiar e futuro (LAYNE et al, 2008).

Estudos encontraram que fadigabilidade é a queixa mais frequente. Apresentam dificuldade para relaxar, sinais de hiperatividade autonômica, como palidez, sudorese, taquipnéia, tensão muscular e vigilância aumentada. Os ataques de raiva são frequentes quando o estresse é agudo. Essas crises podem ser desencadeadas por pressões sociais, mudanças na vida ou demandas de desempenho usualmente acadêmicas (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004).

Os critérios diagnósticos apontados na DSM-IV-TR incluem: ansiedade e preocupação excessiva e de difícil controle com diversos eventos, na maioria dos dias e com duração mínima de seis meses, causando prejuízos no funcionamento da vida diária. O quadro deve ser acompanhado ainda de pelo menos três de seis sintomas físicos, tais como: inquietação; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular ou perturbações do sono. Finalmente, o distúrbio não deve ser oriundo de ingestão de drogas ou de abuso, de uma condição médica geral ou ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento (APA, 2000).

A presença de comorbidades é extremamente comum em casos de crianças e de adolescentes com TAG. Em um estudo conduzido por Masi e cols. (2004), 93% dos participantes

com TAG tinham alguma comorbidade; 75% tinham como comorbidade outro transtorno de ansiedade; 56% um transtorno depressivo e 21% transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou transtorno de conduta. Comumente, pacientes adultos com TAG referem a presença de sintomas ao longo de toda a vida, tendo dificuldade de identificar o momento em que os sintomas começaram (LAYNE et al, 2008).

2.4.3 Fobias Específicas

As FEs são definidas pela presença de medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou situação, que não seja situação de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Diante do estímulo fóbico, a criança procura correr para perto de um dos pais ou de alguém que a faça sentir-se protegida e pode apresentar reações de choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora ou até mesmo um ataque de pânico (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004).

As FEs são diferenciadas dos medos normais da infância por constituírem uma reação excessiva e desadaptativa, que foge do controle do indivíduo, que leva a reações de fuga, e que é persistente (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004; PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007).

A fobia causa interferência significativa no funcionamento ou é associada a intenso desconforto. Para menores de 18 anos, a duração dos sintomas deve ser de, pelo menos, 6 meses. Em crianças ou adolescentes, não precisa haver o reconhecimento do medo excessivo ou irracional. Cinco subtipos de fobias são diferenciados (APA, 2000):

1. Animal – as mais comuns são: cobras, aranhas, cães, abelhas, insetos;
2. Ambiente natural – Tempestade, altura, água;
3. Sangue, injeção e machucados;
4. Situacionais - Os mais comuns são: túneis, pontes, elevadores, avião.

As crianças com FE, frequentemente apresentam outros transtornos associados. Até 75% das crianças avaliadas tem diagnóstico adicional de outro TAs, sendo o mais comum o de ansiedade de separação. Já 32,5% têm história de transtornos depressivos e 22,5% de algum transtorno de conduta ou de TDAH (SILVERMAN et al, 1999).

2.4.4 Transtorno de Ansiedade Social

O TAS pode ser entendido como uma vivência exagerada e persistente do medo de ser humilhado em situações sociais ou por apresentar atitudes inadequadas ou sintomas de ansiedade como tremor, rubor e sudorese excessiva (ITO et al, 2008). A criança apresenta medo de ser julgada, avaliada ou ridicularizada por outras pessoas, de se tornar o centro das atenções e de ser considerada estranha ou esquisita (TEIXEIRA, 2006).

As situações sociais mais temidas e, portanto, evitadas por crianças e adolescentes são: ler, apresentar trabalhos ou escrever em sala de aula, participar de competições, iniciar uma conversa, dirigir a palavra a figuras de autoridade como professores e treinadores, pedir ajuda aos professores quando apresentam dúvidas em sala de aula (TEIXEIRA, 2006), posar para fotos, falar ao telefone e utilizar banheiros públicos (TURKIEWICZ; JOFFE, 2007). Os adolescentes com transtorno de ansiedade social apresentam grande dificuldade de formar vínculos de amizade, principalmente com pessoas do sexo oposto (TEIXEIRA, 2006).

Enquanto um adulto pode experienciar um ataque de pânico quando confrontado com uma situação social desafiante, a criança expressa sua ansiedade por meio de choro, acessos de raiva, indiferença (REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009), imobilidade, comportamento aderente (PORTO, 2005), afastamento de situações sociais nas quais não haja pessoas familiares (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000), ou a inibição das interações a ponto de apresentar mutismo e a recusa escolar (APA, 2000).

De acordo com o DSM-IV-TR, os critérios diagnósticos para o TAS são: medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, em uma ou mais situações sociais, ou de desempenho que envolva a exposição a pessoas estranhas ou a possível gozação de terceiros; presença de resposta imediata de ansiedade, caracterizada, muitas vezes, como um ataque de pânico, resultante da antecipação ou do contato com a situação social temida; reconhecimento de que o medo é irracional ou desproporcional. As situações sociais e de desempenho temidas são constantemente evitadas, ou suportadas com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não se deve à ingestão de alguma substância (drogas de abuso ou medicamentos), condição médica geral não é melhor explicada por outro transtorno mental. A ansiedade social excessiva afeta o paciente, comprometendo a sua qualidade de vida de maneira incapacitante,

acarreta consequente prejuízo no funcionamento acadêmico, social ou ocupacional e os sintomas devem ter duração mínima de seis meses (APA, 2000).

O TAS pode ser caracterizado como generalizado ou circunscrito, dependendo da quantidade ou da diversidade das situações sociais temidas (ITO et al., 2008). As comorbidades mais frequentes são fobia simples e depressão maior, além de aumentar o risco para transtornos de abuso do álcool (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009). Já em amostras clínicas, aproximadamente um terço dos pacientes com ansiedade social referem outro TA, incluindo TAG e agorafobia (NARDI, 2000) e é um fator de risco para prejuízos funcionais importantes no adulto (CHAVIRA; STEIN, 2005).

O impacto negativo do TAS no desenvolvimento normal reflete-se no baixo desempenho educacional (NARDI, 2000), no significativo sofrimento e na diminuição da qualidade de vida de seus portadores, principalmente o subtipo generalizado (D'EL REY et al., 2008).

2.4.5 Transtorno de Pânico

Caracteriza-se por uma súbita sensação de intensa apreensão, medo ou terror, geralmente associada a sentimentos de desastre iminente. A presença recorrente destes ataques, a preocupação sobre ataques futuros e suas conseqüências descrevem essencialmente o transtorno de pânico (APA, 2000). Os ataques de pânico são caracterizados por sintomas agudos de ansiedade intensa que ocorrem inesperadamente, não são específicos para determinados eventos ou situações e, portanto, parecem ser imprevisíveis. Os sinais dominantes são muito intensos, com sintomas fisiológicos rápidos de ansiedade acompanhados de um temor secundário de morrer, de perder o controle ou de ficar louco. Isso pode resultar em esquiva das situações que desencadearam o ataque e um medo constante de ter novos ataques (KING et al, 2007; STALLARD, 2010).

Em geral, os ataques de pânico são inesperados ou associados a alguma situação estressante ou que os predisponha, como locais onde as saídas sejam de difícil acesso, o socorro seja dificultado ou em situações em que multidões ou locais fechados possam desencadeá-los. Porém, se esses ataques de pânicos tornarem-se frequentes, inesperados, em um período mínimo de um mês, acompanhados de preocupações persistentes quanto a ter novos ataques, quanto às implicações e aos prejuízos decorrentes dos mesmos e quanto às mudanças comportamentais

significativas relacionadas aos ataques, o diagnóstico de transtorno de pânico poderá ser efetuado (APA, 2000).

O TP se desenvolve em indivíduos psicológica e biologicamente vulneráveis, a partir de cognições distorcidas (BARLOW, 1988). Em pesquisas sobre o TP em crianças e adolescentes, foi sendo consolidado o modelo teórico que explica a natureza e a evolução de tal transtorno. Esse modelo estabelece que muitos jovens provavelmente possuem uma vulnerabilidade biológica para experimentar alguma forma de hiperexcitação ocasional, como por exemplo, hiperventilação e coração acelerado. Na maioria dos casos, as crianças menores de 9 anos não têm a capacidade cognitiva de perceber o “perigo” dos sintomas físicos. Tal capacidade pode ajudar a estimular a catastrofização dos sintomas de pânico e provavelmente, como resultado disso, a prevalência do TP nessa população é baixa. Além disso, algumas crianças apresentam uma “sensibilidade à ansiedade” que consiste em uma preocupação significativa em relação às mudanças corporais relacionadas à ansiedade (KISSACK; LEÓN, 2005).

A agorafobia, que pode acompanhar o TP, é a ansiedade ou medo de estar em lugares abertos ou com multidão, em que seja difícil sair ou conseguir ajuda em caso de necessidade. A agorafobia vem do medo da criança ou do adolescente de sentir os sintomas do ataque de pânico e não conseguir ajuda. Assim, passam a evitar determinadas situações em que isso possa acontecer (TEIXEIRA, 2006). Estima-se que em cerca de 50% dos casos, o pânico em crianças e adolescentes vem acompanhado de agorafobia (ASBAHR, 2004; STALLARD, 2007).

É comum as crianças enfatizarem mais os sintomas somáticos, ou expressarem o pânico como ansiedade de separação aguda (SYLVESTER, 2000). Em crianças mais jovens, há evidência de reações fisiológicas como hiperventilação, porém, muitas não apresentam sintomas cognitivos (como medo de morrer e de perder o controle), aspecto essencial para o diagnóstico em adultos (ASBAHR; ITO, 1998). Contudo, estudos demonstram que muitos adultos com TP apresentaram seus primeiros sintomas ainda na infância ou na adolescência (TEIXEIRA, 2006).

O impacto potencial dos sintomas de pânico sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente pode ser igual ou maior do que o observado no adulto, trazendo graves prejuízos no desempenho escolar e no relacionamento social e familiar (STALLARD, 2007).

2.5 Tratamento

A maioria das crianças com TAs é encaminhada para serviços de saúde mental devido a problemas de comportamento tanto em seus relacionamentos quanto no ambiente escolar. A partir da queixa principal, o papel do clínico é entender esses comportamentos em um contexto de restrições ao desenvolvimento normal subjacentes aos comportamentos. Assim, estabelece-se uma hierarquia diagnóstica diferencial que guiará os tratamentos preconizados (ASBAHR, 2004).

Comparando-se com a literatura sobre estudos com adultos, ainda há poucos estudos que avaliem o uso de medicações no tratamento dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Estudos avaliando antidepressivos como citalopram (KOSIERADZKI, 2001) e séries de caso utilizando diferentes fármacos como paroxetina, sertralina e nefazodona (MANCINI et al., 2005) têm demonstrado a eficácia dos antidepressivos no tratamento dos TAs nessa faixa etária. No entanto, apesar da elevada prevalência e prejuízos associados, há poucos estudos controlados e randomizados com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) nos TAs da infância e adolescência (BEIDEL et al., 2001; MANCINI et al., 2005; REINBLATT; RIDDLE, 2007).

Recentemente, tem havido uma preocupação com o uso de antidepressivos na infância e na adolescência, já que tais medicações poderiam estar associadas a um risco aumentado de ideação e de comportamento suicida (SEIDEL; WALKUP, 2006). Dessa forma, o uso dos ISRSs e de outros antidepressivos pode ser prescrito nessa faixa etária, porém, o médico deve estar ciente dos riscos e da suicidabilidade associados a essa classe de medicações, principalmente no início do tratamento (primeiras quatro semanas), sendo recomendável acompanhamento regular do paciente e explicação aos pais quanto aos riscos e benefícios dos ISRSs nos transtornos de ansiedade (MAIA; ROHDE, 2007).

Da mesma forma que nos psicofármacos, também há poucos estudos de boa qualidade avaliando o papel das psicoterapias para ansiedade na infância e na adolescência. As principais abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento dos TAs nesta faixa etária incluem a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar e a psicoterapia de apoio. No entanto, o uso da maioria dessas abordagens necessita de mais evidências que justifiquem sua aplicação.

Uma exceção faz-se à TCC que tem demonstrado eficácia considerável em estudos controlados. Diversos outros estudos com diferentes modalidades de TCC, individual ou em grupo (TCC-G), com ou sem participação dos pais também têm demonstrado a eficácia dessa intervenção psicoterápica no tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade (FLANNERY-SCHROEDER; KENDALL, 2000; SHORTT; BARRETT; FOX, 2001; MANASSIS et al, 2002; NAUTA et al, 2003; BERNESTEIN et al, 2005; WOOD et al, 2006).

Uma metanálise envolvendo 10 ensaios clínicos randomizados em TAs em crianças e adolescentes, comparando TCC com lista de espera, demonstrou que a taxa de remissão foi de 56,5% no grupo de TCC versus 34,8% no grupo controle, sugerindo um benefício clinicamente importante com TCC (CARTWRIGHT-H et al., 2004). Outra metanálise mais recente, envolvendo 13 ensaios clínicos randomizados com 498 pacientes e 311 controles demonstrou que a resposta a TCC para qualquer transtorno de ansiedade foi de 56% comparado com 28,2% para o grupo controle (RR: 0.6; IC95%: 0,53-0,69), com um número necessário para tratar (NNT) de 3 (IC95%: 2,5-4,5) (JAMES; SOLER; WEATHERALL, 2009).

De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, TCC ou psicoterapia dinâmica, uso de psicofármacos e intervenções familiares (CASTILLO; ASBAHR; MANFRO, 2000; ASBAHR, 2004). Apesar de a TCC apresentar evidências de resposta em crianças e adolescentes com TAs, algumas questões ainda permanecem em aberto como, por exemplo: 1) quais os componentes específicos dos protocolos de TCC que seriam mediadores de resposta; 2) a presença ou não dos pais no tratamento; e 3) qual a melhor forma de tratamento, se individual ou em grupo.

3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Não há dúvida de que a abordagem cognitiva de Beck representa uma mudança teórica no entendimento e no tratamento de transtornos emocionais. Mais de 40 anos após a publicação da teoria cognitiva da depressão, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tornou-se a abordagem psicoterápica independente mais importante e com melhor validação científica (KNAPP, 2004), inclusive, com evidências de mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais comprovadas em estudos de neuroimagem (KING et al, 2007; KNAPP; BECK, 2008). Com o movimento recente em direção à prática baseada em evidências, a TCC recebeu atenção destacada. Novas indicações são desenvolvidas para uma ampla gama de condições médicas e psicológicas, embora as bases teóricas do modelo cognitivo permaneçam inalteradas (BECK, 2005).

A TCC é uma forma estruturada de psicoterapia que enfatiza o papel da interdependência das cognições, das emoções e da conduta (STALLARD, 2010; BARBOSA et al, 2008). Trata-se de uma abordagem que focaliza nos eventos e nas dificuldades atuais. Esse foco no aqui e agora atrai as crianças, que geralmente estão mais interessadas em lidar com os problemas que estão vivendo do que tentar descobrir por que eles aconteceram (STALLARD, 2010).

As sessões são semi-estruturadas, envolvendo tarefas de casa e discussões acerca dessas tarefas, abordando as dificuldades encontradas em realizá-las e os seus benefícios terapêuticos (ITO et al, 2008). Portanto, caracteriza-se por ser prática, isto é, tanto o terapeuta quanto o paciente têm papéis ativos nas tarefas propostas; breve (DOBSON; DOZOIS, 2001; JAMES; SOLER; WEATHERALL, 2009) e por ter objetivos bem definidos a serem alcançados (STALLARD, 2010). A TCC pode ser utilizada isoladamente ou em associação à medicação (ANNICCHINO; MATOS, 2007) e ministrada individualmente ou em grupos (JAMES; SOLER; WEATHERALL, 2009).

Outra característica é que a TCC é explícita ou implicitamente educativa por natureza, apresentando um caráter didático. Uma vez que o modelo terapêutico pode ser ensinado e a lógica para a intervenção é comunicada ao paciente, isso representa um contraste de outras abordagens psicoterápicas (KNAPP; BECK, 2008; ITO, et al, 2008). Assim, os pacientes

aprendem habilidades terapêuticas para aplicar ao longo da vida, prevenindo a recorrência de sintomas (KNAPP; BECK, 2008).

3.1 Terapia Cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes

Estudos envolvendo a TCC focada em crianças e adolescentes começaram a surgir no início dos anos 80. Do mesmo modo que com adultos, a prática da TCC com crianças e adolescentes é estruturada, orientada para o problema, colaborativa e estratégica, baseada na formulação cognitivo-comportamental dos fatores mantenedores das dificuldades do paciente (REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009).

Tendo em vista que a TCC com crianças e adolescentes baseia-se em capacidades verbais e cognitivas, devem-se considerar cuidadosamente a faixa etária do paciente, bem como, suas habilidades sociocognitivas e adaptar o nível de intervenção a estas variáveis. As crianças menores tendem a se beneficiar de técnicas cognitivas simples, como a autoinstrução e intervenções comportamentais, enquanto os adolescentes provavelmente se beneficiarão de técnicas mais sofisticadas, que exigem análises mais racionais (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004). Portanto, as variáveis sociocognitivas dirigem quais, como e quando os procedimentos cognitivo-comportamentais serão utilizados (REINECKE; DATILLIO; FREEMAN, 2009).

O primeiro ensaio clínico controlado de TCC para crianças e adolescentes com TAs foi o programa “Coping Cat” de Kendall (1994). A TCC consistia em ensinar o paciente a reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificar as suas cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e recompensá-lo pelo esforço. Nesse estudo, 47 crianças e adolescentes, entre 9 e 13 anos de idade, com TAG, TASep e FE foram randomizados para TCC ou para uma lista de espera de 8 semanas. Após as 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas avaliações autoaplicativas e parentais, 66% dos pacientes randomizados para TCC não mais preenchiam critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com apenas 5% do grupo da lista de espera. Tais resultados mantiveram-se por um período de um ano. Em uma avaliação de seguimento, após 2 a 5 anos do término do tratamento (média 3,5 anos), foram reavaliados 36

desses pacientes e as melhoras nas medidas autoaplicativas, parentais e nos critérios diagnósticos estavam mantidas (KENDALL; SOUTHAM-GEROW, 1996). Posteriormente, Kendall et al. (1997) realizaram um estudo similar e encontraram resultados compatíveis. Especificamente, 53% dos pacientes tratados com TCC não preenchiam mais critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com 6% dos pacientes da lista de espera.

Em outro estudo, foi associado ao programa “*Coping Cat*” uma abordagem familiar com 79 crianças e adolescentes com TAs, entre 7 e 14 anos (BARRET; DADDS; RAPEE, 1996). Os pacientes foram randomizados para TCC, TCC + abordagem familiar e para uma lista de espera. Após as 12 semanas, ambos os tratamentos ativos foram superiores à lista de espera, porém, o tratamento que continha a abordagem familiar foi significativamente superior ao tratamento com TCC apenas. Observou-se que 84% dos pacientes que participaram da TCC mais abordagem familiar não preenchiam mais critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade, comparados com 57% do grupo que participou da TCC e 26% do grupo da lista de espera. Tais ganhos mantiveram-se em avaliações 6 e 12 meses após o tratamento.

Entre os pacientes com ansiedade de separação, 61,5% dos que participaram dos tratamentos ativos estavam sem o diagnóstico ao final do estudo. Em um segmento de 6 anos, com 52 pacientes da amostra original, os resultados foram mantidos. Cerca de 85% dos pacientes que receberam tratamento ativo não preenchiam critérios para transtorno de ansiedade e não houve diferença significativa entre os tratamentos ativos (BARRET, 2001).

Diferentes formatos de TCC, como individual, em grupo, parental ou familiar apresentam resultados similares (JAMES; SOLER; WEATHERALL, 2009). O objetivo da TCC em crianças e adolescentes é reduzir os componentes cognitivos, comportamental e somático da ansiedade, auxiliando-os a reconhecer sentimentos de ansiedade e reações fisiológicas a esta, clarificar pensamentos ou cognições em situações provocadoras de ansiedade, desenvolver habilidades para lidar com a ansiedade e avaliar os resultados obtidos.

As técnicas a serem utilizadas, dependendo do protocolo de tratamento, são: psicoeducação, relaxamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, reforço de contingência, modelagem, procedimentos baseados na exposição (KENDALL, 1994; 1997). De acordo com Kendall (2005), o componente comportamental da TCC é o que pode produzir maior benefício terapêutico.

3.2 Adaptação de Protocolo

O protocolo de TCC que foi utilizado nesta pesquisa partiu de dois programas reconhecidos para o tratamento de crianças de adolescentes com transtornos de ansiedade, o *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment, Coping Cat*, e o *The Coping Cat Workbook*, ambos de Phillip Kendall e Kristina Hedtke (2006a; 2006b).

Segundo os autores do *Coping Cat*, os manuais devem ser modelos de orientação, e não livros de receita rígidos. O programa de tratamento pode ser aplicado com flexibilidade, mas com fidelidade, ou seja, modificar os componentes cognitivos e/ou comportamentais do tratamento para melhor ajudar a criança. Os terapeutas precisam ter habilidades clínicas e flexibilidade, além de conhecimento das estratégias e das intervenções para fazer os ajustes necessários tornando o programa adequado à criança e sua família (KENDALL, 2011).

O *Coping Cat* (KENDALL; HEDTKE, 2006a; 2006b), visa ensinar a criança a reconhecer sinais de ansiedade, identificar os processos cognitivos envolvidos neste estado e aprender a utilizá-los como ferramentas para enfrentar e superar a ansiedade. Sua estrutura é dividida em duas etapas: estratégias facilitadoras e exposição às situações temidas.

O *Coping Cat* tem em sua estrutura as seguintes técnicas para manejo da ansiedade: reconhecimento e identificação dos sentimentos, bem como, desenvolvimento de habilidades para modificá-los; reconhecimento das reações corporais como um indicador da presença de ansiedade; treinamento de relaxamento; autoinstrução para enfrentar situações geradoras de ansiedade através da reestruturação cognitiva; uso da modelagem para utilização de estratégias de *coping* mais eficazes; controle de contingências pelo uso de recompensas, com autoavaliação e autorrecompensas pelos sucessos, mesmo que parciais; e exposição na imaginação e *in vivo* (PETERSEN et al, 2011).

3.3 Técnicas de TCC

A separação de intervenções em técnicas cognitivas e comportamentais é apenas para propósitos didáticos (KNAPP; BECK, 2008). Sabe-se que tanto as estratégias cognitivas provocam alterações comportamentais, quanto o inverso é verdadeiro: estratégias comportamentais são passíveis de ocasionar modificação cognitiva (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

3.3.1 Técnicas Cognitivas

As técnicas cognitivas têm sido aprimoradas ao longo dos anos, procurando instrumentalizar os terapeutas para o trabalho de identificação, análise e reestruturação do sistema de crenças do paciente (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008).

- **Psicoeducação:** trata-se da etapa de aquisição de conhecimentos, por meio de informações apresentadas pelo terapeuta, utilizando material didático que ajuda o paciente a compreender e a lidar com o seu transtorno (KING et al, 2007). Tal explicação pode ser feita de diversas formas, dependendo da criatividade e da disposição do terapeuta. No caso de crianças, livros, figuras, histórias em quadrinhos, metáforas e desenhos são muito úteis (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). A psicoeducação é um excelente instrumento a ser utilizado com as crianças e com os pais, pois traz esclarecimentos à respeito do transtorno em questão, auxilia na compreensão do problema e na redução das distorções de informações, melhorando inclusive, a motivação para a terapia (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011). Ao fazer a psicoeducação, o terapeuta deve estar atento à linguagem que utiliza para que possa ser compreendido e para não estigmatizar a criança ou adolescente perante sua família ou mesmo ela própria (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007).
- **Automonitoramento:** é uma estratégia terapêutica amplamente utilizada para aumentar a consciência do paciente sobre o que ele está fazendo, pensando e sentindo e, conseqüentemente, gerar um aumento do seu autocontrole em função desta nova consciência.

Sabe-se que, muitas vezes, para adultos é difícil diferenciar um pensamento automático de uma emoção, e para crianças esta tarefa é ainda mais desafiadora (CAMINHA; CAMINHA, 2007). Para ajudar, o terapeuta utiliza estratégias diferenciadas que mantenham o interesse da criança, tendo simultaneamente, um caráter terapêutico e lúdico (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). Podem ser utilizados personagens conhecidos de histórias infantis, criação de desenhos de animais, de pessoas com balões ou “nuvens de pensamento”, ou selecionar ilustrações de revistas com expressões que indicam algum pensamento a ser descoberto. Cartas com carinhas infantis expressando sentimentos são bastante úteis na identificação de sentimentos (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007).

- **Registro de Pensamento Disfuncional (RPD):** é utilizado para rastrear os pensamentos que foram ativados por uma situação e que geraram a emoção e o comportamento subsequentes. O RPD também visa capacitar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuíram aos eventos e compor uma resposta alternativa ou racional (KNAPP, BECK, 2008). Crianças e adolescentes precisam de instrução direta para completar um RPD. Primeiro, eles precisam acessar seu vocabulário de sentimentos. Segundo, determinar a intensidade de seus sentimentos, pois isso permite que seja avaliado se a cognição é ou não significativa. Registrar pensamentos e imagens é o terceiro passo. Para tal, a pergunta fundamental é: “O que está passando pela minha cabeça agora?”. Há vários registros de pensamentos propícios para crianças. Uma pesquisa recente revelou que mesmo crianças pequenas entendem que um balão de pensamento significa conteúdo cognitivo. O exercício de balões de pensamento flutuando sobre personagens, pessoas ou animais que estão expressando alguma emoção, é outra forma útil para identificar pensamentos. Nesse tipo de RPD, a criança desenha o rosto do sentimento, preenche o balão com seus pensamentos e indica a força da emoção associado ao evento. Os fragmentos de sentença incompleta também podem ajudar crianças e adolescentes a captar seus pensamentos em situações específicas. Trata-se de uma variação do RPD, requerendo apenas que o paciente preencha os espaços em branco com seus pensamentos. À medida que a familiarização com a tarefa aumenta, o terapeuta utiliza sentenças incompletas que incluem mais espaços em branco para se completar (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

- **Questionamento Socrático:** consiste em fazer perguntas para ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas (MULULO et al, 2009). O paciente passa a considerar seus pensamentos como hipóteses, e não como fatos. Então, terapeuta e paciente fazem um exame das evidências que apóiam o seu pensamento e das evidências que são contrárias, a fim de descobrir formas alternativas de interpretar as situações (HELDT et al, 2008). O questionamento socrático visa também estimular o paciente a ressignificar ou reinterpretar a situação, utilizando outras linhas de raciocínio e outras perspectivas, através de perguntas: “Como outra pessoa pensaria diante desta situação?”; “Será que estou esquecendo fatos relevantes e focalizando excessivamente em fatos irrelevantes?”; “De que forma alternativa eu poderia pensar?”; ou ainda “Como eu aconselharia alguém na mesma situação?”. Podemos ainda recorrer a um desafio mais pragmático, perguntando: “Qual a sua meta nessa situação?”, “Esta cognição ajuda ou atrapalha na realização de sua meta?”, e “Qual o efeito de crer em uma interpretação alternativa?”. Todas essas perguntas ajudam a questionar a validade dos pensamentos automáticos e promovem uma reestruturação cognitiva (SHINOHARA, 2005). Neste diálogo, o paciente é ajudado a descobrir e prestar atenção a informações novas ou ignoradas até então (STALLARD, 2007). Muitas crianças são extremamente sensíveis a questionamentos, então, deve-se ter certeza de estar armando um diálogo ritmado, em vez de aborrecer a criança com uma pergunta atrás da outra. Além disso, os diálogos socráticos precisam ser ajustados ao nível de maturidade psicológica da criança (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).
- **Reconhecimento e Manejo das Emoções e Reações Corporais:** a identificação de sentimentos é um dos primeiros passos na TCC com crianças que geralmente chegam ao tratamento sem saber distinguir entre suas emoções nem identificar os sinais corporais associados a elas. Ao sintonizar-se com diferentes emoções, as crianças começam a distinguir seus estados de humor. O monitoramento emocional pode assumir diferentes formas, adaptando-se o foco e formato específicos conforme as necessidades e interesses da criança, de uma forma que lhe seja atraente e prática (STALLARD, 2010). Um instrumento útil é o *Mapa de Rosto de Sentimento*, o qual oferece figuras que representam várias expressões faciais e inclui rótulos nomeando o sentimento apropriado de cada figura. Empregar figuras

de revistas é outra variação, em que elas recortam imagens de pessoas que estão experimentando diferentes sentimentos, então colam as figuras em uma cartolina e escrevem o sentimento apropriado sob cada uma. Ler livros de figuras com crianças pequenas é outra forma de explorar componentes emocionais. Enquanto se lê com a criança o livro escolhido, é apropriado fazer pausas e discutir seus componentes emocionais, pedir que a criança identifique os sentimentos dos personagens e que fale sobre como são semelhantes ou diferentes dos seus. Após aprender a identificar e a rotular seus sentimentos, as crianças estão prontas para classificar a sua intensidade (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004). Para isso, utiliza-se escalas de classificação da emoção, como o “Escore de Unidade Subjetiva de Estresse” (Subjective Units of Distress Score - SUDS -). No caso de crianças, uma forma usual de utilizar a SUDS é no formato de um termômetro (Termômetro de Sentimento ou Barômetro de Sentimento) uma vez que a maioria delas sabe o que um termômetro faz (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004; PETERSEN et al, 2011). Esses instrumentos são uma forma de quantificar as emoções em uma escala que varia de calmo/sem ansiedade até muito assustado/forte ansiedade. Também pode envolver simplesmente uma classificação numérica, de 1 a 10 ou de 1 a 100. A utilização de “listas” de reações corporais possibilita à criança uma forma mais sistemática de verificar a presença de sinais importantes e a ajuda a reconhecer suas reações específicas de ansiedade. Essa etapa é essencial, pois a criança só pode fazer uso das técnicas para manejo da ansiedade se for capaz de identificar os sinais de ansiedade de seu corpo (STALLARD, 2010).

- **Reestruturação Cognitiva:** procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas. O paciente é orientado a identificar e controlar seus pensamentos irracionais; fazer um exame das evidências favoráveis e contrárias a estes pensamentos distorcidos e avaliá-los com base nas evidências; fazer o teste da realidade e por fim, corrigir os conteúdos distorcidos, substituindo as interpretações tendenciosas por interpretações calcadas na realidade, passando a processar o real de uma nova forma (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007; ITO et al., 2008). No caso das crianças com transtorno de ansiedade, devido ao fato de estarem mais propensas a perceber o mundo como ameaçador ou perigoso e acreditarem que suas previsões negativas vão acontecer, mudar tal cognição (isto é, criar “pensamentos de combate”), é o foco central

da terapia. O terapeuta deve ajudar a criança a criar explicações alternativas para uma situação vista como negativa, o que leva a um decréscimo na probabilidade esperada do resultado temido, já que aceitar o fato de que existem vários resultados possíveis em uma determinada situação, é incongruente com a crença de que o evento temido irá acontecer com certeza. A questão agora é: “depois de olhar todas as evidências, qual a probabilidade do evento negativo com o qual eu me preocupo realmente aconteça?” O terapeuta então ajuda a criança a formular estratégias de confronto durante a situação provocadora de ansiedade para criar um senso de controle e de domínio, por fim levando à redução da ansiedade (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). Outra estratégia bastante útil é pedir que a criança escolha pessoas (imaginárias ou reais), que admira e que são “boas de enfrentamento”, para servirem como modelos na hora de lidarem com situações difíceis, utilizando pensamentos de enfrentamento (KENDALL, 2011).

- **Resolução de Problemas:** objetiva-se na TCC com crianças ver as “catástrofes” como problemas a serem resolvidos e desenvolver a confiança em suas próprias habilidades para enfrentá-los (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). No primeiro estágio, o foco do terapeuta é ajudar a criança a inibir o impulso inicial de fugir da situação geradora de ansiedade. No segundo estágio, deve ser definido e formulado operacionalmente um problema exequível com objetivos. O terceiro estágio é a resolução deste problema, envolvendo a criação de soluções alternativas, partindo de um *brain storming*, onde todas as idéias devem ser consideradas, sem caráter avaliativo. Na tomada de decisão, o quarto estágio, a criança e o terapeuta avaliam cada alternativa, escolhendo a solução mais apropriada e depois partem para ação. O estágio final consiste em verificar o mérito da solução escolhida (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007).
- **Autoinstrução:** é uma técnica que visa à substituição de pensamentos mal-adaptativos por pensamentos adaptativos, a partir de uma fala interior do paciente (PELISOLI; BELLÉ; CAMINHA, 2007). Em geral, frases usadas pelo próprio paciente, ou cartões que contenham estas instruções, colaboram para novas atitudes diante da situação geradora de ansiedade. Geralmente, é mais fácil para a criança gerar pensamentos de enfrentamento quando estiver falando de outra criança ou de um personagem que está passando por uma situação difícil ou

geradora de ansiedade (KENDALL, 2011). A partir da identificação de uma situação geradora de ansiedade para a criança, esta elaborará, com a ajuda do terapeuta, uma fala interna positiva que substituirá os pensamentos disfuncionais que geralmente apresenta em tal situação. Tipicamente, o autodiálogo envolve o uso de declarações curtas que se contrapõem às cognições antecipatórias negativas e, ao repetir, a atenção é refocalizada, afastando os pensamentos negativos (STALLARD, 2010).

- **Distração:** é uma técnica de distanciamento ou deslocamento de atenção, visando à normalização das emoções (SHINOHARA, 2005). Quando, por exemplo, uma criança fica ansiosa, ela focaliza internamente e fica fixada nos seus sinais corporais de ansiedade. A técnica de distração visa tirar o foco das sensações corporais e dos pensamentos distorcidos, fazendo com que o paciente visualize as coisas ao seu redor (STALLARD, 2010). Os recursos mais utilizados para praticar a distração, são: assistir televisão, ler um livro ou revista, praticar uma atividade lúdica ou ligar para um amigo (SILVEIRA; EILERT; CAMINHA, 2007).
- **Ensaio Cognitivo:** é uma técnica de imagística desenvolvida para auxiliar os pacientes a experimentarem as situações temidas imaginando que elas estão ocorrendo naquele exato momento (KNAPP; BECK, 2008). Esta técnica consiste em praticar uma nova maneira de pensar por meio da geração de imagens mentais ou *role-play* (dramatização). Isso pode ser feito em sessões durante o tratamento com a ajuda do terapeuta. Depois de ganhar experiência no uso de métodos de ensaio, o paciente pode ter como tarefa praticar sozinho em casa (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Através de imagens mentais, o paciente pode ensaiar a solução do problema e o treinamento de assertividade para superar situações ansiogênicas (KNAPP, BECK, 2008).
- **Autoavaliação e autorrecompensa:** crianças ansiosas estabelecem padrões altos de desempenho e raramente se recompensam por suas realizações. Dessa forma, é muito importante encorajar a criança a sentir orgulho de suas realizações ou pedir para que ela descreva alguma situação na qual sentiu orgulho de si mesma. No tratamento, a criança é ensinada a se autoavaliar e se autorrecompensar, mesmo que tenha obtido um sucesso parcial

na tarefa realizada. A criança deve ser encorajada a se recompensar com autoafirmações positivas, por exemplo, como “eu fiz um bom trabalho” ou “eu tentei” (KENDALL, 2011).

3.3.2 Técnicas Comportamentais

A premissa básica do componente comportamental dos TAs é de que o medo e a ansiedade são respostas aprendidas (condicionamento clássico), logo, podem ser desaprendidas. Em crianças e adolescentes a evitação é o componente comportamental central da ansiedade (KENDALL; SUEVEG, 2006). A ansiedade é mal adaptada quando está ligada à angústia acentuada ou quando um estímulo temido é evitado através de respostas excessivas ou irracionais a uma ameaça “percebida” versus “real” e quando a evitação passa a interromper as atividades apropriadas ao desenvolvimento como fator de manutenção do transtorno de ansiedade (reforço negativo). A maioria das técnicas comportamentais usadas na TCC destina-se a romper padrões de evitação, a enfrentar gradativamente situações temidas, a desenvolver habilidades de enfrentamento e a reduzir emoções dolorosas ou excitação autonômica (WRIGHT; BASCO, THASE, 2008).

- **Experimentos Comportamentais:** esta técnica objetiva tornar um conjunto de pensamentos como hipóteses que precisam ser submetidas ao teste de realidade (KNAPP; BECK, 2008). No caso das crianças, elas são encorajadas a enfrentar uma situação ansiogênica e relatar o resultado, qualquer que seja. Aprender fazendo, através de experimentos comportamentais, é uma forma poderosa de ajudar a criança a testar objetivamente a validade de suas cognições, pois as informações objetivas obtidas pelos experimentos são mais difíceis de rejeitar ou ignorar. Além disso, proporcionam uma forma vigorosa de promover a autodescoberta e facilitam a reestruturação cognitiva (STALLARD, 2010). O experimento precisa ser concebido e construído de forma colaborativa para garantir que ele seja adequado à vida da criança para maximizar a possibilidade de ser realizado. Poderá ser preciso combinar com a criança e seu cuidador quando, onde ocorrerá o experimento e qual o apoio necessário (STALLARD, 2010).

- **Treino de Habilidades Sociais (THS):** as crianças são naturalmente sociais e têm necessidades socioemocionais que, quando supridas através das interações com o cuidador e o ambiente, permitem ganhos em seu desenvolvimento motor e cognitivo. A meta essencial do THS é fornecer um repertório amplo e variado de comportamentos sociais mais adaptados, diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido (ITO et al., 2008). Basicamente, concentra-se na aprendizagem de habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação pelo terapeuta, ensaio comportamental, *feedback* de correção, reforço social e o treinamento realizado fora da sessão, através das tarefas de casa (MULULO et al, 2009).
- **Exposição:** trata-se de procedimentos terapêuticos utilizados para abordar a esquivas fóbica em que se expõe o paciente aos estímulos ansiogênicos (internos ou externos) de forma a provocar habituação e a extinção de respostas ansiosas e agorafóbicas. Há diferentes modalidades de exposição, tais como: imaginária e ao vivo (exposição real); intensa (*flooding*) e gradual; assistida por terapeuta e auto-exposição; curta e prolongada; individual e em grupo (CARVALHO; NARDI; RANGÉ, 2008). A exposição tem sido indicada como técnica de primeira escolha no tratamento dos transtornos de ansiedade (PETERSEN et al, 2011). A exposição repetida ao objeto e à situação temida produz a extinção ou a habituação aos sintomas, ou seja, quanto mais o indivíduo se expõe ao estímulo temido, menor é a magnitude da resposta evocada. O princípio básico é encorajar o paciente a enfrentar a situação durante o maior tempo possível, iniciando pela considerada mais fácil até a mais difícil, durante tempo suficiente para acostumar-se com a situação (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). A hierarquia do menor até o maior medo pode precisar ser mudada ou retificada ao longo do tratamento para refletir mudanças no nível de medo das situações, portanto, algum grau de ajuste é esperado (KENDALL, 2011). No processo de desenvolvimento da hierarquia com a criança, utiliza-se a figura de uma escada, onde os degraus da base da escada são as situações mais fáceis, que geram menos ansiedade. Conforme os degraus da escada vão sendo galgados, as tarefas vão se tornando mais difíceis e há um aumento da ansiedade. É útil classificar o grau de ansiedade apresentado a cada passo, uma vez que isso proporciona outra forma de checar se os degraus estão na ordem crescente. O

terapeuta precisa assegurar-se de que os degraus sejam possíveis de ser alcançados, é melhor que a criança tenha sucesso com um degrau pequeno do que fracasse ao tentar algo difícil demais. Por fim, poderá ser necessário repetir um passo algumas vezes para que ela se sinta confiante em suas novas habilidades, antes de avançar para o passo seguinte (STALLARD, 2010). No caso de terapia em grupo, a exposição de alguns exercícios é facilitada pela criação de situações geradoras de ansiedade durante a sessão (ITO et al., 2008).

- **Relaxamento Muscular Progressivo:** as técnicas de relaxamento em geral são úteis na diminuição da ansiedade basal e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade. A mais utilizada é o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (1938), que orienta o paciente a observar cada grupo muscular de maneira a identificar a tensão e propiciar o relaxamento do mesmo (ITO et al., 2008). É um exercício que envolve a prática de tensão e relaxamento progressivo dos principais grupos musculares do corpo (HELDT et al., 2008). A criança aprende a influenciar de maneira ativa seu estado corporal para manejar melhor o estresse (PETERSEN et al, 2011). Inicialmente, orienta-se ao paciente a postura confortável para a prática do exercício. Posteriormente, que feche os olhos e focalize a sensação de tensão, que deve iniciar nos pés, passando pelas pernas, quadris, abdômen, mãos, braços, ombros e pescoço até chegar à face. Mantém-se essa tensão por um período de 5 a 10 segundos e, então, relaxam-se todos os músculos ao mesmo tempo. Deve-se induzir a descoberta das sensações de conforto que surgem após o relaxamento e a discriminação muscular entre contração e relaxamento. O paciente pode repetir várias vezes o exercício, até que se sinta completamente relaxado, inclusive mentalmente, pensando em algo agradável e respirando lentamente. Após 1 ou 2 minutos, pode-se abrir os olhos e alongar os músculos, movendo-os lentamente (HELDT et al., 2008). Não há diferenças na técnica quando aplicada em crianças, apenas sugere-se que o relaxamento seja breve, envolvente e acompanhado de música (STALLARD, 2010). Com esta técnica, a criança aprende a perceber as sensações de tensão corporal que surgem quando ela fica ansiosa e a usar essas sensações como “pistas” para iniciar o relaxamento (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). Para facilitar o processo com crianças, o terapeuta deve fazer os exercícios junto a elas e levar um CD para auxiliar no relaxamento. Além disso, o terapeuta pode experimentar diferentes estratégias e tipos de relaxamento (KENDALL, 2011). Tanto os pais quanto as crianças podem se beneficiar do

relaxamento (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007), portanto, pedir às crianças que expliquem o procedimento aos pais é uma ótima estratégia (KENDALL, 2011).

- **Respiração Diafragmática:** a respiração de quem está ansioso tende a ser superficial, rápida e ofegante e os padrões inadequados de respiração conduzem à hiperventilação e aos sintomas fisiológicos decorrentes de um aumento significativo de oxigenação sanguínea, como tontura, parestesias, sufocação e taquicardia. Também chamada de respiração abdominal, a respiração diafragmática é uma técnica que utiliza os músculos abdominais para o controle respiratório. Trata-se de uma potente técnica para controle de ansiedade que pode ser ensinada no ambiente clínico, por profissionais treinados (HELDT et al, 2008). A técnica de respiração diafragmática visa obter uma mudança na frequência respiratória para normalização dos níveis de gases no organismo (SHINOHARA, 2005). Por meio de exercícios respiratórios, equilibra-se a quantidade necessária de oxigênio e de gás carbônico no organismo (KING et al. 2007). Orienta-se o paciente de que a respiração deve partir do diafragma, inspirando pelas narinas uma quantidade suficiente de ar e expirando pela boca. Os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração, contando-se até três para cada fase: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração. Devem ser utilizados apenas os músculos do abdômen, sem movimentar o tórax (empurrando o abdômen para fora enquanto inspira e contraindo-o para dentro enquanto expira). Inicialmente, recomenda-se a prática várias vezes na ausência de sintomas de ansiedade, estando o paciente sentado ou deitado, a fim de observar a movimentação abdominal e concentrando-se na contagem dos movimentos (HELDT et al., 2008). A utilização de balões com crianças tem um componente lúdico, auxilia no controle da respiração, além de ser um aliado na prática do relaxamento (CAMINHA; CAMINHA, 2007). A respiração diafragmática ajuda a criança a retomar o controle do seu corpo por meio da concentração no controle da sua respiração (STALLARD, 2010).
- **Programação das Tarefas de Casa:** durante todo o tratamento, parte da sessão é utilizada para programar e averiguar as tarefas de casa. Estas devem ser praticadas diariamente, usando como modelo o que foi aprendido nas sessões. A necessidade de cumprimento das tarefas

deve estar bem estabelecida, assim como a sua relação com o progresso da terapia (ITO et al, 2008).

- **Modelagem:** esta técnica diz respeito à aprendizagem vicária, a qual consiste na aprendizagem do paciente a partir da observação de terceiros, de pessoas que lhe são significativas. Assim, é importante que o terapeuta também possa atuar como modelo para os seus pacientes, interagindo com o objeto fóbico, numa demonstração de que este não lhe traz riscos. Torna-se especialmente relevante quando o personagem que se aproxima do objeto fóbico tem aspectos semelhantes com o paciente. No caso de crianças, essa postura de aproximação do objeto fóbico deve ser adotada também pelos pais ou responsáveis. As variações de modelagem incluem a filmada, onde o paciente assiste a um vídeo do modelo e ao vivo, onde o modelo está presente. Na modelagem participativa, o modelo (terapeuta) interage com a criança ansiosa. Um *feedback* corretivo regular, além do reforço pelo esforço e sucesso parcial, ajuda a igualar o desempenho ao modelo. O terapeuta não deve demonstrar total domínio da situação, pois isso pode intimidar a criança, então deve agir como um “modelo de combate” que não demonstra sucesso inicial, mas que apresenta um problema igual ao experimentado por ela, discute e pratica estratégias para superar o problema e depois obtém algum sucesso (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007).
- **Manejo de Contingências:** representa o relacionamento entre comportamentos e consequências, ou seja, o tipo de recompensa que se pode alcançar a partir de certas respostas comportamentais. O manejo de contingências parte do princípio do reforço, já que pressupõe reforçar positivamente os comportamentos-alvos. Os pais ou cuidadores têm um papel muito importante nas intervenções de manejo das contingências, uma vez que são eles que irão estabelecer os parâmetros da aproximação do comportamento desejado (modelação), reforçando toda a vez que ocorrer uma reação positiva por parte da criança. No caso dos transtornos de ansiedade, busca-se extinguir as respostas de medo. Dessa forma, os pais devem ser orientados a facilitar e encorajar o confronto do filho com o estímulo temido (ITO, 2007). Pelo fato de algumas crianças ansiosas apresentarem autofoco negativo, com pensamentos de autorreprovação, de baixa autoconfiança e estabelecerem padrões de realização excessivamente altos, o terapeuta deve enfatizar a importância de se

autorrecompensar pelo esforço e sucesso parcial. A prática gradual e o esforço oportuno que vão fazer a criança desenvolver confiança e uma percepção crescente de competência (TIWARI; ASBAHR; KENDALL, 2007). As recompensas devem ser proporcionais à idade, nível social, cultural e também à atitude em si. Recomenda-se o uso de pontuação para que as crianças possam administrar o recebimento dos pontos, acumulá-los para depois trocar por recompensas. Além de reforçadora, a técnica incentiva a criança, principalmente as mais impulsivas, a guardar, juntar e acumular os pontos em vez de trocá-los imediatamente, o que também tem seu efeito terapêutico (CAMINHA; CAMINHA, 2007).

3.4 Protocolo elaborado

A elaboração do protocolo de 14 sessões de 90 minutos de TCC em grupo para pré-adolescentes (10 a 13 anos) com transtornos de ansiedade foi embasada nos protocolos *The Coping Cat Workbook* e *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual for Group Treatment* (Kendall e Hedtke, 2006a; 2006b), na revisão de livros e artigos sobre o tema, aliado à experiência clínica das terapeutas e da supervisora.

Adicionalmente, foram desenvolvidas duas sessões concomitantes com a sétima e décima quarta sessões para a inclusão dos pais ou responsáveis. O detalhamento das sessões encontra-se no Apêndice A e os resultados das fases do estudo (desenvolvimento das sessões e avaliação de resposta à TCC em grupo) estão apresentados no artigo a seguir.

Os grupos foram realizados no ambulatório e na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os pacientes e seus pais ou responsáveis foram avaliados no início, meio (sessão 7) e final do tratamento (sessão 14) por psiquiatras da infância e adolescência, independentes para o estudo. Além disso, antes do início dos grupos, a terapeuta realizava uma entrevista com os pacientes e seus responsáveis, para coletar informações sobre o paciente, orientar sobre o tratamento, avaliar a motivação e a disponibilidade do paciente e de seus familiares para realizar a TCC em grupo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: revisão. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ANNICCHINO, A.G.P.S.; MATOS, E.G. Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. *Estud Psicol (Campinas)*, v.24, n.1, p.33-39, 2007.
- ASBAHR, F.R.; ITO, L.M. Transtornos Ansiosos na infância e adolescência. In: ITO, L.M. e cols. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ASBAHR, F.R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J Pediatr*, v.80, n.2, p.28-34, 2004.
- BARBOSA, J.G. et al. Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade: um estudo exploratório. *Rev Bras Ter Cogn*, v.4, n.2, p.56-72, 2008.
- BARLOW, D.H. Anxiety and its disorders: the treatment of anxiety and panic. Guilford Press, New York, 1988.
- BARRETT, P.M.; DADDS, M.R.; RAPPE, R.M. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, v.64, n.2, p.333-42, 1996.
- BARRET, P.M.; TURNER, C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school based trial. *Br J Clin Psychol*, v.40, n.4, p.399-410, 2001.
- BECK, A.T. The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, v.62, n.9, p.953-9, 2005.
- BEIDEL, D.C. et al. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, v.24, n.4, p.831-46, 2001.
- BERNSTEIN, A. et al. Anxiety sensitivity taxonicity and trauma: discriminant associations for posttraumatic stress and panic symptomatology among young adults. *Cogn Behav Ther*, v.22, n.4, p.138-49, 2005.
- BRÜCKL, T.M. et al. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom*, v.76, n.1, p.47-56, 2007.
- BUTLER, A.C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinic Psychol Rev*, v.26, n.1, p.17-31, 2006.

- CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G.A. *Prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007.
- CARTWRIGHT-HATTON, S. et al. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, v.43, n.4, p.421–36, 2004.
- CARVALHO, M.R.; NARDI, A.E.; RANGÉ, B. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Rev Psiquiatr Clín*, v.35, n.2, p.66-73, 2008.
- CASTILLO, A.R. G. L.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr*, v.22, supl. 2, p.20-23, 2000.
- CHAVIRA, D.A.; STEIN, M.B. Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, v.14, n.4, p.797-818, 2005.
- CLARK, D.M; BECK, A.T. Cognitive approaches. In: LAST, C. G.; HERSEN, M. *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press, 1988. p.362-85.
- CLARK C. et al. Childhood and adulthood psychological ill health as predictors of midlife affective and anxiety disorders. The 1958 British Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*, v. 64, n.6, p. 668-78, 2007.
- COSTELLO, E.J. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, v.60, n.8, p.837-44, 2003.
- DIMIDJIAN S., et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*, v.74, n.4, p.658-70, 2006.
- DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. O desenvolvimento das conceituações de tratamento na terapia cognitiva. In: DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (org). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy, 2004.
- D'El REY. et al. Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Rev Psiquiatr Clín*, v.35, n.2, p.79-83, 2008.
- DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: DOBSON, K.S., editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001.
- FERNANDES, G.C.; TERRA, M.B. Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr*, v.57, n.2, p.122-6, 2008.
- FIGUEIREDO M.S.L. Psicoterapia. In: HETEM, L.A.B.; GRAEFF, F.G. (Orgs) *Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. p.349-68.

FLANNERY-SCHROEDER, E.C.; KENDAL, P.C. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, v.24, n.3, p.251-78, 2000.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatry disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.43, n.6, p. 727-34, 2004.

FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.42, n.10, p.1203-11, 2003.

FRIEDBERG, R.D.; MCCLURE, J.M. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRIEDBERG, R.D.; MCCLURE, J.M.; GARCIA, J.H. Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GONCALVES, D.; HELDT, E. Transtorno de ansiedade na infância como fator de risco para psicopatologia na idade adulta. *Rev Gaúcha Enf*, v.30, n.3, p.533-41, 2009.

HELDT, E. et al. Utilização de técnicas da terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com sintomas residuais do transtorno de pânico: seguimento de 2 anos. *Rev HCPA*, v. 28, n.1, p.10-15, 2008.

ISAACS, E. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med*, v.345, n.6, p.466-67, 2001.

ITO, L.M. Fobia específica e transtorno do estresse pós-traumático. In: Asbahr, F.R e Cols. *Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p.58-75.

ITO, L.M. et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*, v.30, supl II, p.96-101, 2008.

ISOLAN, L.R.; PHEULA, G.; MANFRO, G.G. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clin.*, v.34, n.3, p.125-32, 2007.

JAMES, A.; SOLER, A.; WEATHERALL, R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, v.19, n.4, 2009.

KAGAN, J. Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, v.68, n.1, p.139-43, 1997.

KAUFMAN, J. et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.36, n.7, p.980-8, 1997.

KENDALL, P.C. Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *J Abnorm Child Psychol*, v.13, n.3, p.357-72, 1985.

_____. Cognitive-behavioral therapies with youth: guiding theory, current status, and emerging developments. *J Consult Clin Psychol*, v.61, n.2, p.235-47, 1993.

_____. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, v.62, n.1, p.100-10, 1994.

_____. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, v.65, n.3, p.366-80, 1997.

_____. *Child and Adolescent Therapy: cognitive-behavioral procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2000.

_____. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.40, n.7, p.787-94, 2001.

_____. Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*, v.72, n.2, p.276-87, 2004.

_____. Clinical psychology in the twenty-first century: the wheel remains round. *J Clin Psychol*, v.61, n.9, p.1083-6, 2005.

_____. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*, v.76, n.2, p.282-97, 2008.

_____. In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, v.77, n.3, p.517-25, 2009.

_____. Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *J Anxiety Disord*, v.24, n.3, p.360-65, 2010.

_____. Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. In: PETERSEN, C.S.; WAINER, R. e Cols. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.256-63.

KENDALL, P.C.; CHU, B.C. Retrospective self-reports of therapist flexibility in a manual-based treatment for youths with anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*, v.29, n.2, p.209-20, 2000.

KENDALL, P.C.; HEDTKE, K. *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment*. Coping Cat. 3 ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006a.

_____. *Coping Cat Workbook*. 2 ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006b.

KENDALL, P.C.; PANICHELLI-MINDEL, S.M. Cognitive-behavioral treatments. *J Abnorm Child Psychol*, v.23, n.1, p.107-24, 1995.

KENDALL, P.C.; PIMENTEL, S.S. On the psysiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *J Anxiety Disord*, v.17, n.2, p.211-21, 2003.

KENDALL, P.C.; SOUTHAM-GEROW, M.A. Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *J Consult Clin Psychol*, v.64, n.4, p.724-30, 1996.

KENDALL, P.C.; SUVEG, C. Treating anxiety disorders in youth. In: KENDALL, P. C. (Ed). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (3rd ed.)* New York: Guilford Press, 2006.

KENDALL, P.C.; TREADWELL, K.R. The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, v.75, n.3, p.380-9, 2007.

KING, A.L. et al. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Rev Psiq Clín*, v.34, n.4, p.191-5, 2007.

KISSACK, M.R.; LEÓN, N.C.M. Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico em crianças e adolescentes. In: Caballo & Simón. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente. Transtornos Gerais*. São Paulo: Santos Editora, 2005. p. 93-120.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, P. (org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 19-41.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, v.30, supl II, p.54-64, 2008.

KOSIERADZKI, P.H. Citalopram in social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.40, n.10, p.1126-7, 2001.

LAST, C.G. et al. A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.35, n.11, p.1502-1510, 1996.

LAYNE, A.E. et al. Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *J Anxiety Disord*, v.23, n.2, p.283-9, 2008.

LEWINSOHN, P.M. et al. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.47, n.5, p.548-55, 2008.

MAIA, C.R.M.; ROHDE, L.A. Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr*, v.29, n.1, p.72-9, 2007.

MANASSIS, K. et al. Group and individual cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.41, n.12, p.1423-30, 2002.

MANCINI, C. et al. Emerging treatments for child and adolescent social phobia: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, v.15, n.4, p. 589-607, 2005.

- MASI, G. et al. Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.43, n.6, p.752-60, 2004.
- MIDDELDORP, C.M. et al. The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. *Psychol Med*, v.35, n.5, p.611-24, 2005.
- MORIKAWA, M.; MORAIS, R.M. Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: ASBAHR, F.R. e Cols. *Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 42-57.
- MULULO, S.C.C. et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Rev Psiq Clín*, v.36, n.6, p. 221-8, 2009.
- NARDI, A. *Transtorno de Ansiedade Social: Fobia Social – A Timidez Patológica*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.
- NAUTA, M.H. et al. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.42, n.11, p.1270-78, 2003.
- NORTON, P.J.; HOPE, D.A. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, v.36, n.2, p.79-97, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, décima versão. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1992.
- PELISOLI, C.; BELLÉ, A.H.; CAMINHA, R.. Caracterização e tratamento da fobia específica em crianças. In: CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. *A Prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007. p.121-42.
- PETERSEN, C.S. et al. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. In: PETERSEN, C.S.; WAINER, R. e Cols. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 232-55.
- PINE, D.S. et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, v.55, n.1, p.56-64, 1998.
- PORTO, P. Orientação de pais de crianças com fobia social. *Rev Bras Ter Cogn*, v.1, n.1, p.131-5, 2005.
- RAPPE, R.M. Group treatment of children with anxiety disorders: outcome and predictors of treatment response. *Aust J Psychol*, v.52, n.3, p.125-9, 2000.
- REINBLATT, S.P.; RIDDLE, M.A. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology*, v.191, n.1, p.67-86, 2007.

REINECKE, M.A.; DATILLIO, F.M.; FREEMAN, A. *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Relato de casos e a prática clínica*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2009.

ROY-BYRNE, P.P. et al. A randomized effectiveness trial of cognitive behavior therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, v.62, n.3, p.290-98, 2005.

ROZA, S.J. et al. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry*, v.160, n.12, p.2116-21, 2003.

SALUM, G.A. et al. Effects of childhood development on late-life mental disorders. *Curr Opin Psychiatry*, v.23, n.6, p.498-503, 2010.

SALUM, G.A. et al. The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. *Rev Bras Psiquiatr*, v.33, n.2, 2011.

SEIDEL, L.; WALKUP, J.T. Selective serotonin reuptake inhibitor use in the treatment of the pediatric non-obsessive-compulsive disorder anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, v.16, n.1-2, p.171-9, 2006.

SHINOHARA, H. Transtorno de pânico: da teoria à prática. *Rev Bras Ter Cogn*, v.1, n.2, p.147-54, 2005.

SHORTT, A.L.; BARRET, P.M.; FOX, T.L. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol*, v.30, n.4, p. 525-35. 2001.

SILVEIRA, J.A.M.; EILERT, V.P.; CAMINHA, R.M. Ansiedade de Separação. In: CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. *A Prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 2007. p.175-88.

SILVERMAN, W.K. et al. Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: a randomized clinical trial. *J Clin Child Psychol*, v.67, n.5, p.675-87, 1999.

SPENCE, S.H. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*, v.36, n.5, p.545-66, 1998.

STALLARD, P. *Guia do terapeuta para os bons pensamentos-bons sentimentos*. Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

STALLARD, P. *Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SYLVESTER, C. Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

- TEIXEIRA, G.H. *Transtornos comportamentais na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2006.
- TIWARI, S; ASBAHR, F.R.; KENDALL, P. Terapia Cognitivo-comportamental. In: ASBAHR, F.R e Cols. *Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p.160-94.
- TURKIEWICZ, G.; JOFFE, V. Fobia Social e Mutismo Seletivo. In: ASBAHR, F.R e Cols. *Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 96-113.
- VIANNA, R.R.A.B.; CAMPOS, A.A.C.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev Bras Ter Cogn*, v.5, n.1, p.46-61, 2009.
- WALKUP, J.T. et al. Searching for moderators and mediators of pharmacological treatment effects in children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.42, n.1, p.13-21, 2003.
- WEEMS, C.F.; STICKLE, T.R. Anxiety disorders in childhood: casting a nomological net. *Clin Child Fam Psychol Rev*, v.8, n.2, p.107-34, 2005.
- WITTCHEN, H.U. et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*, v.15, n.1, p.46-58, 2000.
- WOOD, J.J. et al. Family-cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v.45, n.3, p.314-21, 2006.
- WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Rev Bras de Ter Comp Cogn*, v.7, n.1, p.77-92, 2005.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Avaliar a resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes entre 10 e 13 anos com transtornos de ansiedade.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever a elaboração e o desenvolvimento das sessões de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade, considerando as características da cultura brasileira.
- Avaliar o impacto da intervenção nos sintomas de ansiedade, depressão e na qualidade de vida dos pré-adolescentes.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 08-450; Anexo).

Todos os participantes e responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

6 ARTIGO

Group cognitive-behavioral therapy for youths with anxiety disorders from low and middle income countries: preliminary evidence of efficacy and underpinnings for session development*

Maria Augusta Mansur de Souza, Giovanni A. Salum, Rafaela Behs Jarros, Luciano Isolan, Roberta Davis, Daniela Knijnik, Gisele Gus Manfro and Elizeth Heldt

Abstract

Background: Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is established as a first line treatment for anxiety disorders in children and adolescents, there is little evidence about the efficacy of CBT protocols in low and middle income countries (LaMICs).

Objective: To evaluate the efficacy of a CBT protocol for youths with anxiety disorders and to discuss the underpinnings for session development of LaMICs.

Method: A total of 14 sessions of group CBT for youths and 2 concurrent sessions for parents were designed one by one in order to take sociocultural Brazilian reality into consideration, using Kendall's Coping Cat program as a basic structure. Participants were selected from a cross-sectional community study, 45 subjects fulfilled inclusion criteria and 28 accepted to participate in the open label clinical trial. Treatment efficacy was evaluated with standard clinical, self- and parent-rated measures of anxiety as well as depression and externalizing symptoms and a measure of quality of life (QoL).

Results: Subjects were predominantly female (n=22; 79%), with a mean age of 12 (SD=0.77). Twenty youths completed the protocol. All clinician, self-rated and parent-rated scales showed an improvement of anxiety symptoms over time with a moderate to large effect size (0.59 to 2.06), reduction in externalizing symptoms, but not in depressive symptoms or QoL. Session development is discussed qualitatively in a pilot group of four youths not included in the efficacy analysis.

Conclusion: Consistent with similar clinical reports, group CBT is effective and produces substantial effects in the treatment of anxiety disorders in youths. Thus, the results encourage the need for randomized clinical trials on CBT using standardized protocols for youths in LaMICs.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; anxiety disorders; youth; group therapy.

Anxiety disorders program for Child and Adolescent Psychiatry (PROTAIA), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)

Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)

Financing: Project linked of Universal Edict- CNPq 2007 (Number: 483032/2007-7), FIPE-HCPA and CAPES-Prof.

* Article developed in accord with the submission norms of *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*

INTRODUCTION

Anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders in children and adolescents (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Merikangas et al., 2010). Epidemiological studies describe prevalence rates ranging from 2 to 4% for current or 3-month pediatric anxiety disorders, respectively, and 6 to 12-month prevalence rates vary between 10 and 20% (Costello, Egger, & Angold, 2005). In addition to significant negative impact on social and emotional development of children (Kessler et al., 2005), anxiety disorders tend to follow a chronic and fluctuating course in adulthood (Merikangas et al., 2010). Therefore early identification and effective treatment can reduce the impact of disease on social and academic functioning (Kendall, Khanna, Edson, Cummings, & Harris, 2011; Klein, 2009) and on development of psychiatric disorders in adulthood (Connolly, Bernstein, & Issues, 2007).

Anxiety disorder treatment has been the focus of several studies with important advances in the last 20 years (March, 2011). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) are considered both first line treatments for anxiety disorders (Rynn et al., 2011; Walkup et al., 2008). A recent review of controlled trials showed a remission rate of around 56% for CBT using conservative intention-to-treat criteria versus 28.2% for controls (James, Soler, & Weatherall, 2009). However, the majority of studies were conducted in specific research centers in high income countries (Connolly et al., 2007).

Although first line options are easily accessible around the world, in low and middle income countries (LaMICs) like Brazil, CBT is limited to research centers and specialized care. We believe that several reasons like the small number of qualified therapists and lack of CBT protocols designed for these specific populations may contribute to its underutilization. Dissemination of effective techniques is an important new research field and adequate protocols are a starting point for this (Kendall et al., 2011; McLean & Foa, 2011).

In fact, CBT protocols, particularly in a group format, have been developed in Brazil with evidence of efficacy for adults with anxiety disorders in the short (Heldt et al., 2003; Cordioli et al., 2003) and long term (Braga, Manfro, Niederauer, & Cordioli, 2010; Heldt et al., 2010). However, CBT structured sessions for youths with anxiety disorders have not been developed or tested thus far. Also notable is the lack of qualified health professionals capable of conducting CBT in children and adolescents, even greater than that noted for adults.

Regarding the complexity of mental health in childhood and adolescence, in the south of Brazil we designed research linked to the public schools catchment area of the primary care unit, the PROTAlA (*Anxiety Disorders Program for Child and Adolescent Psychiatry*) Project. In brief, PROTAlA is an emerging program that aims to study anxiety disorders using a comprehensive, research-based perspective through a multidisciplinary project. It comprises five phases: 1) a community screening; 2) a psychiatric diagnosis; 3) a multidimensional assessment phase evaluating environmental, neuropsychological, nutritional and biological factors; 4) a treatment phase; 5) a translational phase (Salum et al., 2011).

The CBT group sessions designed for this research were based on recognized CBT protocols for anxious children, Kendall's Coping Cat program (Kendall & K. Hedtke, 2006a; Kendall & Hedtke, 2006b). This study is not a cross-cultural adaptation of a manual, rather it uses previously validated CBT techniques to develop a feasible protocol adapted to Brazilian culture, focusing on anxiety with evidence of similar responses to treatment for separation anxiety disorder (SeAD), social anxiety disorder (SoAD), panic disorder (PD), and generalized anxiety disorder (GAD).

The present article is part of a larger community project which aims to study anxiety disorders in a multidisciplinary and global perspective. It is intended to describe the CBT session's group for youths with anxiety disorders, considering the cultural elements, and to evaluate the final protocol response.

METHODS

The sessions' phase elaboration and the evaluation of CBT final protocol for youths' anxiety disorders were performed from 2009 to 2010. The study was approved by the Research and Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 08-450). Primary caretakers and youths signed written informed consents to participate. The authors have authorized the use of the manual for research purposes.

Participants

From a total of 2,457 subjects, 138 (5.6%) were diagnosed with at least one anxiety disorder after the community screening phase of the PROTAIA Project. The definitive diagnosis was made through a semi-structured interview, *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)* (Kaufman et al., 1997), performed by independent child and adolescents psychiatrists or psychiatric residents under supervision (Salum et al., 2011). In order to participate, youths had to be between 10 to 13 years old, not be under psychotherapy or psychopharmacological treatment, and be available to participate in group CBT for 14 weeks. The exclusion criteria were: severe comorbidities that demanded immediate treatment, main diagnosis of PTSD, OCD, psychotic disorders or pervasive developmental disorder and mental retardation/important cognitive dysfunction. Forty-five subjects met the inclusion criteria (Figure 1).

Elaboration of group CBT sessions

The sessions of the present article were based on a recognized CBT protocol for anxious children, Coping Cat program - *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment* (Kendall & Hedtke, 2006a), and *The coping cat workbook* with 16 sessions (Kendall & Hedtke, 2006b). In addition, sessions were elaborated from articles and books on the subject, and the combined clinical experience of therapists and supervisors. Sessions were designed one by one, considering the sequence outlined in the Coping Cat program, making sure that cognitive and behavioral procedures were adapted to Brazilian sociocultural reality.

After carefully reading and discussing the selected material the authors defined that the present CBT protocol would have a duration of 14 weeks with sessions of 90 minutes each. Two more concurrent sessions with parents, one in the seventh and another at the last session of treatment were included. CBT was conducted by two clinical psychologists, supervised by researchers with vast experience in group CBT.

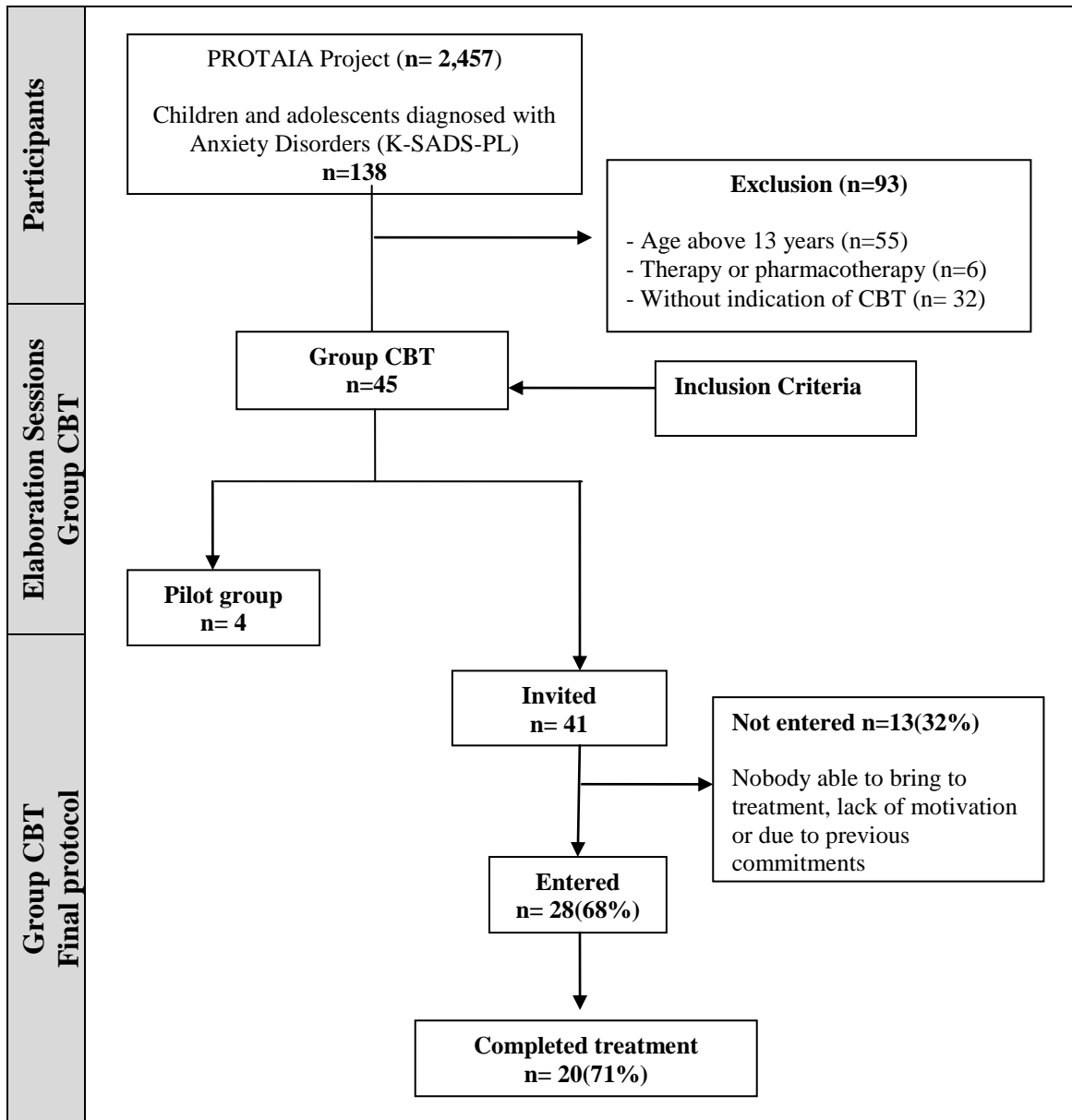


Figure 1 Flow Chart of the study

It was decided to launch a pilot group in order to verify if each session was appropriate for the above cited procedures and to verify the possibility of being performed within 90 minutes. Four participants (3 girls and 1 boy), aged 10 to 13 years, with anxiety disorders (SeAD, GAD, SoAD and PD) and recommended for CBT were invited to participate in this phase of the study. The evaluation of the sessions was conducted through weekly meetings with the team of therapists and supervisors after the completion of each one. In order to define the final format of

the present protocol, the opinion of each patient was required regarding the activities performed during each session. Thus, the final version of the sessions was adjusted each week, based on subjective and objective considerations from staff and patients.

Evaluation of group CBT - final protocol

With the final protocol format, the other 41 youths were invited to participate in group CBT. Patient assessments were performed by childhood and adolescence psychiatrists and through self-report questionnaires. These evaluations were conducted at three different points: before starting treatment (baseline), in the middle of treatment (session 7) and at the end of treatment (session 14).

Outcome Measures

The clinical outcome was measured by the Clinical Global Impression Scale (CGI). CGI is a clinician rating scale of severity and ranges from 1 (normal) to 7 (extremely ill), with lower scores indicating greater improvement, as compared with baseline (Guy, 1976). Remission rates were defined by a $CGI \leq 2$ in the previous month.

Anxiety severity was evaluated through the *Pediatric Anxiety Rating Scale* (PARS). With this scale, the clinician uses a checklist of questions regarding the symptoms of anxiety during the past week to elicit responses from parents and youths aged between 6–17 years old. After completing this checklist, the clinician rates five general items: the severity of the child's distress due to anxiety, the frequency of anxiety, the degree to which the child avoided anxiety-provoking situations, and the degree to which the anxiety limited the child's participation in typical daily activities both at home and in other environments, such as school. Total scores on this scale range from 0 to 30, with scores above 13 indicating clinically meaningful anxiety. Symptoms were confirmed through integration of both youth and parent information, rated by the evaluator ("The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties.," 2002).

The *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) (Birmaher et al., 1997) is a child and parent self-report measure with 41 items that assesses DSM-IV symptoms of SeAD, GAD, SoAD, PD, and school phobia. The two versions are for the child (SCARED-C) and parents (SCARED-P), respectively. The total score and each of the five factors of the SCARED Brazilian-Portuguese version showed good internal consistency, test-retest and construct validity (Isolan, Salum, Osowski, Amaro, & Manfro, 2011).

The *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) provides a global impairment measure and functioning over the previous month. The scale ranges from 1 (lowest) to 100 (highest) and scores of 60 or lower are considered to indicate a need for treatment (Shaffer et al., 1983).

The *Children's Depression Inventory* (CDI) is a 27-item self-report measure assessing cognitive and somatic symptoms associated to depression in people aged from 7 to 17 years old (Golfeto & D'Oliveira, 2004). Items are rated on a 3-point scale, ranging from 0 to 2, reflecting the degree of particular depressive symptoms over the past 2 weeks. With the sum of the scores of all items, we obtain the total score from 0 to 54.

Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R) is a self-report questionnaire of 49 perceptual items used to perform a multidimensional assessment of the generic quality of life (QoL) (Edwards, Huebner, Connell, & Patrick, 2002; Patrick, Edwards, & Topolski, 2002). A conceptual model was used to organize QoL items for each domain and their associated facets, in an 11-point scale with anchors of 0 (Not at all) and 10 (A great deal or completely). The YQOL-R is considered a youth-centered questionnaire, focuses on positive aspects of health and perceptions, is developmentally appropriate, and allows cross-cultural comparisons.

The SNAP-IV was the version used in a Multimodality Treatment Study, which includes 26 items corresponding to Attention Deficit Disorder Hyperactivity (ADHD), and symptoms of Oppositional Defiant Disorder (ODD). The 4-point response is scored from 0-3, subscale scores for the ADHD and ODD are calculated by summing the scores on the items in the specific subset (e.g., Inattention) and dividing by the number of items in the subset (Serra-Pinheiro, Mattos, & Regalla, 2008).

Statistical analysis

Data were described as count and percent (%), mean and standard deviations (SD). A Generalized Estimating Equations (GEE) model was performed taking into consideration the individual and therapy group levels testing time effect in the repeated measures at baseline, mid-point and endpoint evaluations. An unstructured correlation matrix was used as a robust estimator. Sequential Bonferroni adjustment for multiple comparisons was used to compare time points. All comparisons were adjusted for age and gender. These tests were complemented by presentation of within-group effect sizes (Cohen's $d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{SD_1^2 + SD_2^2 - 2 \times r \times SD_1 \times SD_2}}$). Tests were two-tailed, with a significance level of 0.05 and performed with SPSS 17.0.

RESULTS

All 41 subjects selected according to the inclusion criteria were invited to take part in therapy. A total of 28 (68%) patients were included in one of the four therapy groups and the others (n=13; 32%) were refused for several reasons as shown in Figure 1. Demographic characteristics and diagnoses of the participants are described in Table 1.

Twenty patients (71%) completed the 14 sessions' protocol and 9 (45%) met criteria for remission ($CGI \leq 2$). Figure 2 showed individual trajectories. No significant difference levels of anxiety severity measured by PARS were found between groups (GEE group effect).

All clinician, self-rated and parent-rated scales showed an improvement over time with a moderate to large effect (Cohen's d ranging from = 0.59 to 2.09). In addition, there was a significant improvement in symptoms of externalizing disorders, but not in depressive symptoms over time. No significant change was found in QoL scores (Table 2).

Table 1 Descriptive sample characteristics (n=28)

Age (years)	12	SD=0,77
Gender (female)	22	79%
<i>Anxiety Disorders</i>		
PD	3	11%
SeAD	13	46%
SoAD	11	39%
GAD	23	82%
<i>Present Comorbidities*</i>		
ADHD	8	29%
ODD	4	14%
<i>Past Comorbidities</i>		
Enuresis	4	14%
Depression	6	21%
<i>Anxiety Disorders comorbidities</i>		
1	6	21%
2	12	43%
3	9	32%
4	1	4%

Note: Data are presented as n (%) and mean and Standard Deviation- SD.

Abbreviations: ADHD, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ODD, Oppositional Defiant Disorder, PD, Panic Disorder; SeAD, Separation Anxiety Disorder; SoAD, Social Anxiety Disorder; GAD, Generalized Anxiety Disorders.

* Relative frequency superior to 10%.

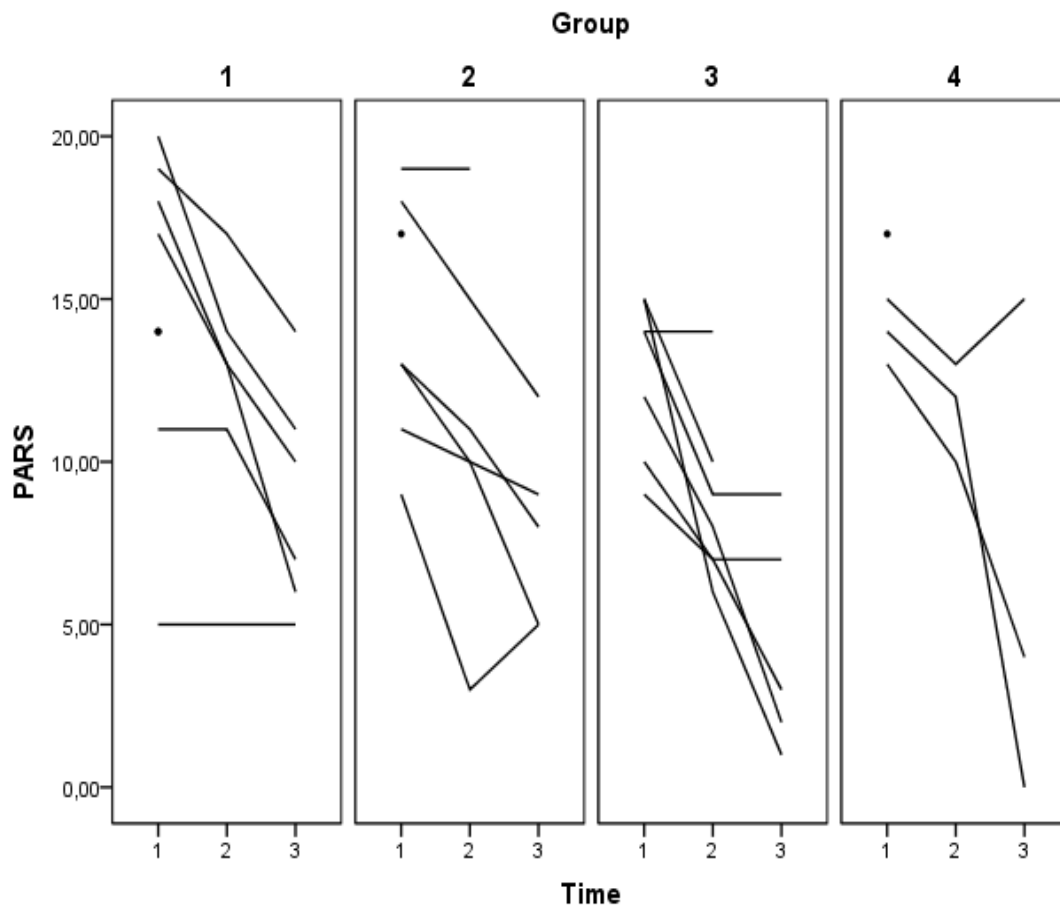


Figure 2 Individual trajectory of each patient included in the four therapy groups.
Note: PARS, Pediatric Anxiety Rating Scale.

Table 2 Estimated marginal means of each outcome over the course of treatment

	Baseline			Week 7			Week 14			GEE time effect	Effect Size*
	EMM	CI95%		EMM	CI95%		EMM	CI95%			
<i>Clinician rated</i>											
PARS	13.8 ^a	12.7	14.9	10.8 ^b	9.6	11.9	7.2 ^c	5.6	8.7	<0.001	1,57
CGI	4.1 ^a	3.8	4.4	3.5 ^b	3.2	3.9	2.7 ^c	2.2	3.1	<0.001	2,06
CGAS	55.9 ^a	52.9	58.9	62.2 ^b	59.2	65.2	69.8 ^c	65.3	74.4	<0.001	1,93
<i>Self-rated</i>											
SCARED-C	28.2 ^a	23.8	32.6	25.0 ^{a,b}	21.3	28.8	21.6 ^b	18.2	25.1	0.012	0,66
<i>Parent-rated</i>											
SCARED-P	29.2 ^a	24.4	34.1	28.2 ^{a,b}	23.1	33.4	23.0 ^b	18.1	27.9	<0.001	0,67
<i>Comorbid symptoms</i>											
CDI	5.4	3.4	7.5	4.2	2.5	5.9	4.0	2.0	6.0	0.080	--
SNAP	27.7 ^a	23.3	32.1	26.0 ^a	19.0	32.9	21.7 ^b	15.7	27.7	0.003	0,59
<i>Quality of Life</i>											
YQOL	82.1	74.9	89.4	83.5	77.7	89.3	83.5	77.7	89.3	0.602	--

Abbreviations: **EEM**, Estimated Marginal Means; **CI95%**, 95% Confidence Interval; **GEE**, Generalized Estimating Equations; **PARS**, Pediatric Anxiety Rating Scale; **CGI**, Clinical Global Impressions; **CGAS**, Children's Global Assessment Scale; **SCARED-C**, Screen for Child Anxiety Related Disorders - Child Version; **SCARED-P**, Screen for Child Anxiety Related Disorders - Parent Version; **CDI**, Childhood Depression Inventory; **YQOL**, Youth Quality of Life Instrument.

Note: Different letters (^{a,b,c}) indicate statistical significant results at 0.05 level of significant in sequential Bonferroni multiple comparison adjustment.

* Effect size (Cohen's formula) between baseline and the 14 week assessment.

Session development

In order to prepare the sessions, the following items were considered primary objectives: group therapy, recognition and analysis of distorted thinking patterns which contributed to the anxiety symptoms, development of coping strategies to deal with anxiety-provoking situations, recognition of signs of anxiety as a clue to use the strategies proposed in CBT and decrease or eliminate avoidance which maintains the disease (Kendall et al., 1997; Kendall & Hedtke, 2006b). The present protocol, based on the Coping Cat Program (Kendall & Hedtke, 2006a), is presented in the Appendix.

The authors were not able to adapt many procedures from the original program to the present protocol. For instance, one task was for each group participant to call a fellow group member during the week. Although this activity is aimed at increasing group cohesion and social skills, it was not possible to include since most patients did not have a telephone or were unable to cope with the cost of frequent phone calls. Another task that was adapted was the creation of music, a movie or story to be presented in the last treatment session in order to demonstrate group progress. Instead, we decided to include a small party with parents and relatives. The rewards for doing homework were also adapted. In the original protocol, children earned a point or other award for each task performed, but in the adapted protocol, each task was worth a number of points, and with every 10 points earned, the patients received a toy.

Occasionally, a few extra sessions with parents and the patient had to be scheduled due to personal situations and which bore no relation to anxiety disorder, but were directly influencing the child's performance in treatment.

In general, to perform each session in 90 minutes, including the assessment of activities by group members, the length of procedures with long records during the sessions was reduced. According to therapists, the patients' motivation regarding treatment was more related to playful activities, rather than to writing in the manual itself.

DISCUSSION

The present study was a first attempt to clinically test and further develop a CBT protocol for anxiety disorders in a Brazilian youth sample (Kendall et al., 1997; Kendall & Hedtke, 2006a). The results' findings are in agreement with similar clinical reports, indicating that group CBT is effective and encourages the use of this well-established protocol for anxiety disorders in a LaMICs context. However, qualitative data on session development suggests that the use of a protocol for CBT in a different cultures from which they were developed is a complex process that requires adaptation (Beidas, Benjamin, Puleo, Edmunds, & Kendall, 2010; Chu &

Kendall, 2004), as well as a pilot group to test its suitability. Further randomized clinical trials are needed in order to assess causality.

Interestingly, CBT produced substantial treatment effects for anxiety symptoms measured by PARS and SCARED, but did not result in a significant decrease of depressive symptoms or quality of life improvement. There is evidence that depression is frequently a consequence of high levels of anxiety and something that starts in childhood (Merikangas et al., 2010; Roza, Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2003). The mean age of our sample is around 12 years old and the mean of depressive symptoms was low, as verified by CDI, suggesting that perhaps we did not have enough power to show mild differences in depression scores (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004).

Another interesting result was the significant decrease in symptoms after the treatment of externalizing symptoms measured by the SNAP-IV. With regard to this finding, around 30% of the sample had ADHD comorbidity (Kendall, Brady, & Verduin, 2001). Furthermore, improvement of anxiety symptoms may have led to this outcome. More specifically, CBT tools like stress management (diaphragmatic breathing and muscle relaxation), cognitive restructuring, and commitment to homework are important components and so it was expected that treatment would also have positive effects on youths' levels of SNAP (Beidas et al., 2010).

Despite achieving a qualitative assessment of therapy development, some relevant points about the experience of therapists in the performance of groups can be useful. For example, the presence of a co-therapist in all sessions was essential; no session exceeded 90 minutes, since the number of participants per group did not exceed six due to individual demands (shyness, anxiety, etc.). According to the family report, the two sessions designed for family members were vital in understanding the disorder, learning how to deal with the child's anxiety and cooperating with the child's homework.

Some of this study's limitations should be taken into consideration. The lack of a control group and the small sample size could limit generalization of our findings. In spite of that, the effect size of interventions greatly encourages further research. The youths suffered from various types of anxiety disorders, and, as the sample was too small, it remains unclear which demonstrated a better response to group CBT.

On the other hand, the present study shows some interesting findings. This was a sample directly selected from the community and not a treatment-seeking patient. Therefore, our external validity may be high. In addition, we have implemented a pilot study.

Given the high prevalence and substantial morbidity associated with anxiety disorders in childhood and adolescence, dissemination of CBT from research to clinical practice should be a priority (Beidas et al., 2010; Kendall et al., 2011; March, 2011; McLean & Foa, 2011). However, an important barrier is the lack of CBT practitioners adequately trained in empirically supported treatments which is unlikely to meet the need for care in coming years (Kendall et al., 2011).

The use of a group CBT protocol aided the ability of clinicians to regularly provide a manual driven treatment to patients and also allowed a response evaluation that facilitates the spread of more feasible treatments. Finally, a follow-up study is necessary to evaluate whether the response will be maintained over time.

References

- BEESDO, K., KNAPPE, S., & PINE, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*, 32(3), 483-524.
- BEIDAS, R.S., BENJAMIN, C.L., PULEO, C.M., EDMUNDS, J.M., & KENDALL, P.C. (2010). Flexible Applications of the Coping Cat Program for Anxious Youth. *Cogn Behav Pract*, 17(2), 142-153.
- BIRMAHER, B., KHETARPAL, S., BRENT, D., CULLY, M., BALACH, L., KAUFMAN, J., & NEER, S.M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- BRAGA, D.T., MANFRO, G.G., NIEDERAUER, K., & CORDIOLI, A.V. (2010). Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*, 32(2), 164-168.
- CHU, B.C., & KENDALL, P.C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 72(5), 821-829.
- CONNOLLY, S.D., BERNSTEIN, G.A., & ISSUES, W.G.O.Q. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(2), 267-283.
- CORDIOLI, A.V., HELDT, E., BRAGA, D.T., MARGIS, R., BASSO DE SOUSA, M., FONSECA TONELLO, J., MANFRO, G.G., & KAPCZINSKI, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 72(4), 211-216.
- COSTELLO, E.J., EGGER, H.L., & ANGOLD, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 14(4), 631-648, vii.
- EDWARDS, T.C., HUEBNER, C.E., CONNELL, F.A., & PATRICK, D.L. (2002). Adolescent quality of life, part I: conceptual and measurement model. *J Adolesc*, 25(3), 275-286.

- GOLFETO, J.H., & D'OLIVEIRA, A.B. (2004). [Prevalence study of depressive symptomatology and the risk of suicide in school children in Ribeirão Preto evaluated by the Inventory of Child Depression (CDI)]. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(1), 68-69.
- GUY, W. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. (ed., pp. 217–222.): Review of Education Rockville, MD.
- HELDT, E., KIPPER, L., BLAYA, C., SALUM, G.A., HIRAKATA, V.N., OTTO, M.W., & MANFRO, G.G. (2010). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr*.
- HELDT, E., MANFRO, G.G., KIPPER, L., BLAYA, C., MALTZ, S., ISOLAN, L., HIRAKATA, V. N., & OTTO, M.W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*, 72(1), 43-48.
- ISOLAN, L., SALUM, G.A., OSOWSKI, A.T., AMARO, E., & MANFRO, G.G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *J Anxiety Disord*, 25(5), 741-748.
- JAMES, A.A.C.J., SOLER, A., & WEATHERALL, R.R.W. (2009). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review).
- KAUFMAN, J., BIRMAHER, B., BRENT, D., RAO, U., FLYNN, C., MORECI, P., WILLIAMSON, D., & RYAN, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- KENDALL, P.C., BRADY, E.U., & VERDUIN, T.L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7), 787-794.
- KENDALL, P.C., FLANNERY-SCHROEDER, E., PANICHELLI-MINDEL, S.M., SOUTHAM-GEROW, M., HENIN, A., & WARMAN, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 65(3), 366-380.
- KENDALL, P.C., & HEDTKE, K.A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment. Coping Cat* (3 ed ed.): Pennsylvania: Workbook Publishing.
- KENDALL, P.C., & HEDTKE, K.A. (2006b). *The Coping Cat Workbook* (2 ed. ed.): Pennsylvania: Workbook Publishing.

- KENDALL, P.C., KHANNA, M.S., EDSON, A., CUMMINGS, C., & HARRIS, M.S. (2011). Computers and psychosocial treatment for child anxiety: recent advances and ongoing efforts. *Depress Anxiety*, 28(1), 58-66.
- KENDALL, P.C., SAFFORD, S., FLANNERY-SCHROEDER, E., & WEBB, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*, 72(2), 276-287.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K.R., & WALTERS, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- KLEIN, R.G. (2009). Anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(1-2), 153-162.
- MARCH, J.S. (2011). Looking to the future of research in pediatric anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 28(1), 88-98.
- MCLEAN, C.P., & FOA, E.B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Rev Neurother*, 11(8), 1151-1163.
- MERIKANGAS, K.R., HE, J.P., BURSTEIN, M., SWANSON, S.A., AVENEVOLI, S., CUI, L., BENJET, C., GEORGIADES, K., & SWENDSEN, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- PATRICK, D.L., EDWARDS, T.C., & TOPOLSKI, T.D. (2002). Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *J Adolesc*, 25(3), 287-300.
- ROZA, S.J., HOFSTRA, M.B., VAN DER ENDE, J., & VERHULST, F.C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry*, 160(12), 2116-2121.
- RYNN, M., PULIAFICO, A., HELENIAK, C., RIKHI, P., GHALIB, K., & VIDAIR, H. (2011). Advances in pharmacotherapy for pediatric anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 28(1), 76-87.

- SALUM, G.A., ISOLAN, L.R., BOSCA, V.L., TOCCHETTO, A.G., TECHE, S.P., SCHUCH, I., COSTA, J.R., COSTA, M.E.A., JARROS, R.B., MANSUR, M.A., KNIJNIK, D., SILVA, E.A., KIELING, C., OLIVEIRA, M.H., MEDEIROS, E., BORTOLUZZI, A., TOAZZA, R., BLAYA, C., LEISTNER-SEGAL, S., SALLES, J.F., SILVEIRA, P.P., GOLDANI, M.Z., HELDT, E., & MANFRO, G.G. (2011). The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. *Rev Bras Psiquiatr*, 33(2), 181-195.
- SERRA-PINHEIRO, M.A., MATTOS, P., & REGALLA, A.M. (2008). Inattention, hyperactivity, and oppositional- defiant symptoms in Brazilian adolescents: gender prevalence and agreement between teachers and parents in a non-English speaking population. *J Atten Disord*, 12(2), 135-140.
- SHAFFER, D., GOULD, M.S., BRASIC, J., AMBROSINI, P., FISHER, P., BIRD, H., & ALUWAHLIA, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- THE PEDIATRIC ANXIETY RATING SCALE (PARS): development and psychometric properties. (2002). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(9), 1061-1069.
- WALKUP, J.T., ALBANO, A.M., PIACENTINI, J., BIRMAHER, B., COMPTON, S.N., SHERRILL, J.T., GINSBURG, G.S., RYNN, M.A., MCCRACKEN, J., WASLICK, B., IYENGAR, S., MARCH, J.S., & KENDALL, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*, 359(26), 2753-2766.

Appendix

CBT group sessions for youths with anxiety disorders: final version protocol

Sessions	Objectives	Procedures
1^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integration group ▪ Purpose of CBT ▪ Psychoeducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentation of the group members: the activity "Let's get to know each other better" in which participants talk about their personal characteristics (name, age, where he/she studied, etc.) and preferences (games, pets, leisure, etc.). To foster greater interaction, group members exchange contact info (phone, email, social network). • A brief explanation of CBT and the importance of the active participation of patients in the sessions. Information about the functioning of the group and establishment of a therapeutic contract is called "Rules for the group". • Psychoeducation - Introduction to feeling activity, particularly on normal and excessive anxiety. • Homework: Write about a situation of anxiety and how they felt at the time (1 point).
<p>The review of homework, checking the mood and agenda of the session * occur early in the coming sessions. The tasks performed are scored and each time we manage to accumulate 10 points they are rewarded with a gift.</p>		
2^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoeducation ▪ Identify emotions: our and others 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification of different emotions through word-search related to feelings. ▪ Exercises: drawings with different expressions in different situations and stories to match the feelings. ▪ Homework: Find magazine pictures or pictures with different expressions for cutting and pasting and demonstrating the related emotion (1 point).
3^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identify the body's reactions to anxiety ▪ Plan FEAR **- First step 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connection between the body's reactions through illustrations. ▪ Identifications that generate anxiety and bodily reactions to everyday situations, to recognize that certain reactions are expected and necessary while others are excessive. ▪ First step Plan "F" – Feeling anxiety? ▪ Homework: Describe two situations when fear or anxiety were felt, identifying emotions and bodily reactions (2 points).

4 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Techniques to cope with anxiety 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduction in feelings of anxiety through techniques: <ul style="list-style-type: none"> • Progressive Muscle Relaxation • Diaphragmatic Breathing ▪ Homework: Practice relaxation techniques and breathing every day (1 point) and describe situations that lead to anxiety or fear, emotions and bodily reactions (1 point).
5 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identify automatic thoughts ▪ Plan FEAR – Second step 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercise drawings to show what the person is thinking (put a balloon in white to represent the thought). ▪ Stories with drawings which show that, in the same situation, two people can have completely different thoughts, since it depends on individual interpretation. ▪ Plan FEAR: Second step "E" - Expecting something bad to happen? ▪ Homework: Describe two situations when fear or anxiety were felt, identifying the thoughts that occurred at the same time (2 points).
6 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identify automatic thoughts and consequences ▪ Plan FEAR – Third step 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A review of automatic thoughts, reviewing what they learned in the last session. ▪ Scheme with the relationship situation, thought and consequences, noting that the situation is the same, what can change is the thought which directly influences emotions and reactions. ▪ Plan FEAR: Third step "A" - Attitudes that can help. "Comes to devising strategies to cope with anxiety". ▪ Homework: Describe two situations when fear or anxiety were felt, identifying the thoughts that occurred at the same time, and what new coping thoughts (2 points) became apparent.

- Meeting with parents or guardians: psychoeducation about anxiety disorders and how CBT can help.

7 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Development of coping strategies ▪ Preparation of a list situations: hierarchy of fear 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ To address the anxiogenic situations, we need to identify situations of difficulty, creating levels for each one through the "Ladder of Fear." After setting the difficulty, anxiety-generating situations are classified as easy (the lowest rungs of the ladder), medium and hard (higher rungs). ▪ Each participant selects a situation classified as "easy" to share with the group. You can now review what has worked in previous sessions. <p>Homework: Choose an "easy" situation and identify the emotions, the physical reactions, thoughts, attitudes and new coping strategies (3 points).</p>
----------------	---	---

8 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluate the results and the practice of self-rewards ▪ Plan FEAR – Fourth step 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation of results and the practice of self-rewards for trying to tackle an anxiogenic situation. ▪ Plan FEAR: Fourth step "R" – Results and rewards. ▪ Exercises in pairs so that each participant plans and discusses the situation facing an "average" degree of difficulty of the "Ladder of Fear." The pairs then read to the other members of their planning group. ▪ Homework: Choose a situation with "medium" difficulty and identify the emotions, the physical reactions, thoughts, attitudes and new coping strategies (3 points).
9 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Review the steps of the Plan of FEAR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keep the exercises in pairs for each participant and discuss the plan for coping with a situation classified as "difficult" on the "Ladder of Fear." ▪ It is decided during the session that each choose a character of their choice and bring a photo, picture or drawing of it to the next session. ▪ Homework: Choose a "difficult" situation and identify emotions, physical reactions, thoughts, attitudes and new coping strategies (3 points). Put into practice what each one planned with the session (3 points).
10 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Start facing the situations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ To start with the exposure, the patient chooses a situation with a low level of anxiety setting, with a plan ready to face the situation. Participants must draw themselves facing a chosen situation. ▪ As an increase in anxiety is predictable, the development of alternative thoughts (rational response) to confront these situations is recommended. ▪ Each participant is asked to create a story where the character could help him/her cope with an anxiogenic situation. ▪ Homework: Put a plan in place to confront an easy situation(3 points).
11 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Address the situations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situation with a medium level of anxiety is selected. A plan is ready to face. ▪ Discuss the end of therapy. ▪ Homework: Put a plan in place to confront a situation with a medium level of anxiety (3 points).

12 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Address the situations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situation is selected with a medium difficulty level without planning. ▪ The proposal is to plan and conduct a role play during the session to facilitate coping. ▪ Homework: Put a plan in place to confront a situation with medium degree of difficulty (3 points).
13 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ More practice 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situation with a high level of anxiety is selected. A plan is ready to face. ▪ Homework: Put a plan in place to confront a situation with a hard difficulty level (3 points).

- Meeting with parents or guardians: agreements on the next step, according to each case, and how the family can contribute to maintaining the improvement achieved.

14 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Last Session 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selecting a more difficult situation. ▪ Read the story created in the 10th session for the group and confirm that the character will help them in the task of facing fear. ▪ Hold a celebration party and invite parents or guardians.
-----------------	--	--

* For self-monitoring moods, each patient creates a tool called an "emotionmeter" like a clock with different facial expressions.

** The FEAR plan was adapted from the original protocol of the Coping Cat program. It is a 4-step plan using the acronym of the word "FEAR" to facilitate the memory of the steps with cognitive-behavioral strategies to deal with anxiety.

7 CONCLUSÕES

Considerando os resultados encontrados podemos concluir que:

- A elaboração de um protocolo de TCC é um processo complexo e requer adaptação cultural;
- O grupo de TCC é viável e eficaz para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade, com melhora significativa dos sintomas de ansiedade e de sintomas externalizantes;
- Cabe pontuar também algumas considerações a partir das observações das terapeutas e supervisoras durante o desenvolvimento da pesquisa: a abordagem com a família em duas sessões foi importante para o entendimento da doença e da terapia. Em relação às sessões, a presença de co-terapeuta, o número de participantes (até 6) e o tempo de cada sessão (90 minutos) são informações que podem ser úteis.

Portanto, o uso de protocolos adaptados nas diferentes culturas em países de baixa e média renda (LaMICs), além de facilitar a capacitação de profissionais da saúde e a avaliação de resposta, possibilita a disseminação da TCC para prevenir as complicações associadas aos transtornos de ansiedade na infância e adolescência.

Finalmente, é necessário um estudo de seguimento para avaliar a resposta ao tratamento ao longo do tempo.

APÊNDICE A

Sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade: versão final do protocolo.

Sessões	Objetivos	Procedimentos
1 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração grupal ▪ Objetivo da TCC ▪ Psicoeducação 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos integrantes do grupo: a atividade “<i>Vamos nos conhecer melhor</i>” em que os participantes falam sobre suas características pessoais (nome, idade, onde estuda, etc) e preferências (jogos, animais de estimação, lazer, etc). Para estimular uma maior interação, os membros do grupo trocam os contatos (telefone, e-mail, rede social). • Breve explanação sobre a TCC e a importância da participação ativa dos pacientes nas sessões. Informados sobre o funcionamento do grupo e se estabelece um contrato terapêutico denominado “<i>Regras para o grupo</i>”. • Psicoeducação - atividade de <i>Introdução aos Sentimentos</i>, particularmente sobre a ansiedade normal e excessiva. • Tarefa de casa: Escrever uma situação que sentiu ansiedade e o que sentiu no momento (1 ponto).

A revisão da tarefa de casa, a verificação do humor* e a agenda da sessão ocorrem no início nas próximas sessões. As tarefas realizadas são pontuadas e cada vez que conseguem acumular 10 pontos, são recompensados com um presente.

2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação ▪ Identificar emoções: as nossas e a dos outros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação das diferentes emoções através de caça-palavras de sentimentos. ▪ Exercícios: desenhos com diferentes expressões e histórias com diferentes situações para combinar com os sentimentos. ▪ Tarefa de casa: Procurar em revistas figuras ou fotos com diferentes expressões para recortar, colar e definir a emoção relacionada (1 ponto)
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as reações corporais da ansiedade ▪ Plano do MEDO**- Primeiro passo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ligação entre as reações corporais através de ilustrações. ▪ Identificação que geram ansiedade e reações corporais de situações cotidianas, para reconhecerem que determinadas reações são esperadas e necessárias, já outras, são excessivas. ▪ Primeiro passo do Plano: “M”- Você sente Medo? ▪ Tarefa de casa: Descrever duas situações que sentiu ansiedade ou medo, identificando as emoções e as reações corporais (2 pontos).

4 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas para enfrentar a ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redução da sensação de ansiedade através de técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo • Respiração diafragmática ▪ Tarefa de casa: Praticar as técnicas de relaxamento e a respiração diariamente e descrever situações que sentiu ansiedade ou medo, com as emoções e as reações corporais (1 ponto cada).
5 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar pensamentos automáticos ▪ Plano do MEDO - Segundo passo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios com desenhos para inferir o que a pessoa está pensando (colocar um balão em branco para representar o pensamento). ▪ Histórias com desenhos que, em uma mesma situação, duas pessoas podem ter pensamentos completamente diferentes, pois depende da interpretação individual. ▪ Plano do MEDO: Segundo passo “E” – Esperando que algo ruim aconteça? ▪ Tarefa de casa: Descrever duas situações que sentiu ansiedade ou medo, identificando os pensamentos que ocorreram no mesmo momento (2 pontos).
6 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar pensamentos automáticos e conseqüências ▪ Plano do MEDO - Terceiro passo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão sobre pensamentos automáticos, revisando o que aprenderam na sessão passada. ▪ Esquema com a relação situação, pensamento e conseqüências, ressaltando que a situação é a mesma, o que pode mudar é o pensamento que influencia diretamente as emoções e reações. ▪ Plano do MEDO: Terceiro passo “D” – Desempenho ou atitudes que podem ajudar. Trata de elaboração de estratégias para enfrentar a ansiedade. ▪ Tarefa de casa: Descrever duas situações que sentiu ansiedade ou medo, identificando os pensamentos que ocorreram no momento e quais os novos pensamentos de enfrentamento (2 pontos).
7 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de estratégias de enfrentamento ▪ Elaboração de uma lista de situações: hierarquia do medo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para enfrentar as situações ansiogênicas, é necessário identificar as situações, níveis de dificuldade de cada uma, através da “Escada do Medo”. Após a definição da dificuldade, as situações geradoras de ansiedade são classificadas em fácil (degraus da escada mais baixos), médias e difíceis (degraus mais altos). ▪ Cada participante seleciona uma situação classificada como “fácil” para compartilhar com o grupo. Neste momento, é possível revisar o que foi trabalhado nas sessões anteriores. ▪ Tarefa de casa: Escolher uma situação “fácil” e identificar as emoções, as reações físicas, os pensamentos, as atitudes e as novas estratégias de enfrentamento (3 pontos).

- Reunião com os pais ou responsáveis: psicoeducação sobre Transtornos de ansiedade e como a TCC pode ajudar.

8ª	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os resultados e a prática da autorrecompensas ▪ Plano do MEDO – Quarto passo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação dos resultados e a prática de autorrecompensas pela tentativa de enfrentar uma situação ansiogênica. ▪ Plano do MEDO: Quarto passo “O” – Optando por recompensas. ▪ Exercícios em duplas para que cada participante planeje e discuta o enfrentamento de uma situação com grau de dificuldade “médio” da “Escada do Medo”. As duplas deverão ler para os demais membros seus planejamentos. ▪ Tarefa de casa: Escolher uma situação com grau de dificuldade “médio” e identificar as emoções, as reações físicas, os pensamentos, as atitudes e as novas estratégias de enfrentamento (3 pontos).
9ª	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar os passos do Plano do MEDO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter os exercícios em duplas para que cada participante planeje e discuta o enfrentamento de uma situação classificada como “difícil” na “Escada do Medo”. ▪ É combinado durante a sessão que cada um escolha um personagem de sua preferência e que tragam a foto, imagem ou desenho do mesmo na sessão seguinte. ▪ Tarefa de casa: Escolher uma situação “difícil” e identificar as emoções, as reações físicas, os pensamentos, as atitudes e as novas estratégias de enfrentamento (3 pontos). Colocar em prática o que cada um planejou com na sessão (3 pontos)
10ª	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar o enfrentamento das situações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para iniciar com a exposição, o paciente escolhe uma situação com nível de dificuldade fácil que já tenha o plano de enfrentamento pronto. Para facilitar, cada participante pode desenhar a si próprio enfrentando a situação escolhida. ▪ Como é previsto um aumento da ansiedade, a elaboração de pensamentos alternativos (resposta racional) para o enfrentamento destas situações é recomendado. ▪ É solicitado que cada participante crie uma história na qual o personagem o ajuda a enfrentar uma situação ansiogênica. O enfrentamento da situação é muito bem-sucedido. ▪ Tarefa de casa: Colocar em prática o plano de enfrentamento da situação fácil (3 pontos)
11ª	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfrentar as situações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situação selecionada é com nível de dificuldade médio que já tenha o plano de enfrentamento pronto. ▪ Conversar sobre o final da terapia. ▪ Tarefa de casa: Colocar em prática o plano de enfrentamento da situação com grau de dificuldade médio (3 pontos).

12 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfrentar as situações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situação selecionada é com nível de dificuldade médio sem planejamento. ▪ A proposta é elaborar o plano e realizar uma dramatização durante a sessão para facilitar o enfrentamento. ▪ Tarefa de casa: Colocar em prática o plano de enfrentamento da situação com grau de dificuldade médio (3 pontos).
13 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais prática 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A situação selecionada é com nível de dificuldade difícil que já tenha o plano de enfrentamento pronto. ▪ Tarefa de casa: Colocar em prática o plano de enfrentamento da situação com grau de dificuldade difícil (3 pontos).
14 ^a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Última sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selecionar mais uma situação difícil. ▪ Leitura da história criada na 10^a sessão para o grupo e confirmar que o personagem irá ajudá-los nas tarefas de enfrentamento do medo. ▪ Realizar uma festa de confraternização e incluir os pais ou responsáveis.

- Reunião com os pais ou responsáveis: combinações sobre próximo passo de acompanhamento, conforme cada caso, e como a família pode contribuir para a manutenção da melhora conseguida.

* Para o automonitoramento do humor, cada paciente constrói um instrumento denominado de “emocionômetro” tipo um relógio com diferentes expressões faciais.

** O plano do MEDO foi adaptado do protocolo original do Programa *Coping Cat*. Trata-se de um plano de 4 passos por meio do acrônimo da palavra ”FEAR” para facilitar a lembrança dos passos com estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com a ansiedade.

APÊNDICE B

PROGRAMA DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HCPA (PROTAIA)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os transtornos de ansiedade são prevalentes na infância e na adolescência e estão associados a prejuízos significativos ao longo do desenvolvimento. Diversos tratamentos como terapias e medicamentos vêm sendo utilizados para tratar esses transtornos com bons resultados e eficácia comprovada.

O objetivo do presente estudo é avaliar a resposta a terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de escolares entre 10 e 13 anos, devidamente matriculados na rede pública de ensino de Porto Alegre no ano de 2008, que estejam dentro das escolas pertencentes à área de abrangência de atenção à saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Seu filho(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Crianças e Adolescentes com Transtornos de Ansiedade: desfechos e preditores de resposta”. A avaliação de seu filho(a) constará de uma entrevista no início do estudo, de cerca de uma hora e de avaliações na 7ª semana e ao final dos 4 meses.

O tratamento com terapia cognitivo-comportamental será realizado em 14 sessões de grupo com uma hora e meia de duração, quando será utilizada a técnica para enfrentar a ansiedade e os medos excessivos.

Eu,....., fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

O (a) pesquisador(a).....certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,.....de.....de 200...

Assinatura do pai/mãe ou responsável

Assinatura do aluno

Pesquisador

Contato Pesquisador responsável- Profª Elizeth Heldt 33598573 / 93270910

ANEXO



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-450

Versão do Projeto: 11/09/2008

Versão do TCLE: 11/09/2008

Pesquisadores:

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

GISELE GUS MANFRO

MARIA AUGUSTA MANSUR DE SOUZA

GIOVANNI ABRAHAO SALUM JUNIOR

DANIELA ZIPPIN KNIJNIK

FERNANDA LIA DE PAULA RAMOS

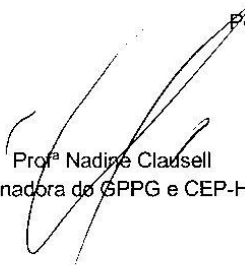
RAFAELA BEHS JARROS

GRAZIELA SMANIOTTO RODRIGUES

Título: AVALIAÇÃO DE RESPOSTA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 15 de setembro de 2008.


 Prof.ª Nadine Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA