

HUM@NÆ

Questões controversas do mundo contemporâneo.

v. 10, n. 2

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FOBIA ESPECÍFICA: INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Claudemir Bispo da Silva¹

RESUMO

Caracterizada por medo excessivo e persistente de alguma situação ou objeto, a fobia específica usualmente surge na infância e adolescência, desencadeando uma forte reação de ansiedade, podendo persistir por décadas se permanecer sem tratamento adequado. No campo das psicoterapias indicadas para tratamento desse quadro clínico, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido considerada atualmente a mais indicada, por apresentar evidências de sua eficácia se comparada com outras terapêuticas existentes. Diante disso, o presente artigo analisa a TCC no tratamento de fobias específicas na infância e adolescência, através de uma revisão bibliográfica em materiais publicados entre os anos 2000 a 2015. Por apresentar um forte impacto negativo na qualidade de vida, a fobia específica necessita ser diagnosticada corretamente e sofrer intervenções adequadas o mais rápido possível com o intuito de diminuir suas consequências no desenvolvimento das crianças e adolescentes, prevenindo assim a persistência desse transtorno na fase adulta desses indivíduos. Conclui-se que os recursos disponibilizados pela Terapia Cognitivo-Comportamental apresentam resultados positivos no tratamento da fobia específica na infância e adolescência, devendo ser aplicadas durante o processo de forma colaborativa com o paciente adequando os instrumentos sempre que necessário, de forma a promover o melhor resultado possível.

Palavras-chave: Ansiedade. Fobia específica. Terapia Cognitivo-Comportamental. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

Characterized by excessive and persistent fear of a situation or object, specific phobia usually appears in childhood and adolescence, triggering a strong reaction of anxiety and may persist for decades if left untreated. In the field of psychotherapies indicated for treatment of this clinical, cognitive-behavioral

¹ Psicólogo, Pós-graduando do Curso de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. E-mail: claudemirbispo@hotmail.com

therapy (CBT) has currently been considered the most suitable, to present evidence of its effectiveness compared with other existing therapies. Therefore, this article analyzes the CBT in the treatment of specific phobias in childhood and adolescence, through a literature review of materials published between the years 2000 to 2015. By presenting a strong negative impact on quality of life, specific phobia needs to be properly diagnosed and undergo appropriate intervention as soon as possible in order to reduce their impact on the development of children and adolescents, thus preventing the persistence of the disorder in adulthood these individuals. We conclude that the resources made available by cognitive-behavioral therapy have positive results in the treatment of specific phobia in children and adolescents, should be applied during the process collaboratively with the patient adjusting the instruments where appropriate, in order to promote the best possible result.

Keywords: Anxiety. Especific phobia. Cognitive Behavioral Therapy. Children. Teens.

INTRODUÇÃO

Considerado um problema de saúde pública nas sociedades modernas, os transtornos de ansiedade apresentam altas taxas de prevalência e seus efeitos atingem grande parte da população mundial, afetando de forma prejudicial o desenvolvimento humano nas várias etapas de vida. Nos últimos 50 anos os índices de ansiedade vem aumentando de forma vertiginosa e esse quadro continua crescendo cada vez mais. Para se ter uma ideia da gravidade da situação, uma criança média apresenta atualmente o mesmo nível de ansiedade que um paciente psiquiátrico apresentava em 1950 (LEAHY, 2011).

Por não terem facilidade no reconhecimento de suas emoções, as crianças acabam não compreendendo que seus medos podem se manifestar de forma irracional ou exagerada, o que explica porque a ansiedade possui uma prevalência em torno de 4% a 20% na infância e na adolescência, se tornando um transtorno comum nessa fase de vida (HELDT et al., 2013; PETERSEN, 2011; CASTILLO et al., 2000).

Na base da sobrevivência humana, encontramos o medo funcionando com um tipo de alerta que indica quando um perigo está presente, causando uma forte agitação no organismo e preparando o indivíduo para agir. O medo é

uma resposta emocional a um acontecimento repentino ou a uma condição irreal, causando ansiedade. No que tange a ansiedade, pode-se defini-la como um estado emocional que se projeta para o futuro e caracteriza-se por um estado negativo de inquietação e apreensão, causando desconforto e desviando a atenção para eventos que possam ser potencialmente perigosos ou as respostas afetivas a esses acontecimentos (CLARK; BECK, 2012).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014) aponta que as maiorias dos transtornos de ansiedade que se iniciam na infância, necessitam de tratamento adequado para que não se prolonguem até a fase adulta. Entretanto os transtornos ansiosos da infância, podem não ter ligação direta com aqueles que porventura ocorrerem na vida adulta, podendo as crianças que hoje apresentam algum problema na fase atual, se tornarem adultos emocionalmente saudáveis (LEAHY, 2011; OMS, 1993).

Com o intuito de estudar com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem contribuído, enquanto abordagem terapêutica, no tratamento de crianças e adolescentes com fobia específica, o presente artigo inclinou-se em revisão bibliográfica, tomando como base algumas obras publicadas entre os anos 2000 e 2015, selecionados em bases de dados como SciELO, BVS, Lilács e PePSIC, além de livros impressos. Utilizaram-se como descritores de busca as palavras: ansiedade, fobia específica, Terapia Cognitivo-Comportamental, Crianças, Adolescentes. A partir disso, analisaram-se os dados coletados e no intuito de fornecer um breve panorama do que está sendo disponibilizado atualmente sobre as contribuições da TCC no tratamento da fobia específica em crianças e adolescentes.

OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E A FOBIA ESPECÍFICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Atualmente vivemos a chamada Era da Ansiedade, aonde a mesma vem apresentando nos últimos anos, índices duas vezes maiores do que a depressão, sendo que esta recebe muito mais atenção e cuidado no âmbito da saúde (LEAHY, 2011).

Entendida como um estado emocional onde a vivência subjetiva do medo se faz presente, a ansiedade é uma resposta a situações de perigo ou ameaças reais e inclui manifestações somáticas tais como dor de cabeça, tensão muscular, cefaleia, taquicardia, dispneia, tremores, dificuldade respiratória, vertigem, diarreia, palpitação, diarreia e sudorese. Apresenta ainda sintomatologias de ordem comportamental como esquiva, isolamento e inquietude, e de ordem cognitiva como hipervigilância, pensamento catastrófico, medo de perder o controle, inquietação interna, insônia e falta de concentração (SILVA FILHO; SILVA, 2013; PETERSON; WAINER, 2011; LEAHY, 2011; HELDT et al., 2013, CORRÊA; MOREIRA; MÉA, 2015).

Autores como Heldt et al (2013) e Silva Filho, Silva (2013) afirmam que quando uma emoção se apresenta de forma extremamente desagradável e o nível de medo se torna insuportável para o sujeito, diante de uma situação específica ou mesmo um objeto, podemos classifica-la como sendo uma ansiedade patológica, pois nesses casos, o tempo de duração, a frequência com que ocorrem e a forma como repercutem os sintomas, aumentam gradualmente de forma que acarreta graves prejuízos no desempenho diário da criança e interferindo em sua qualidade de vida e bem-estar emocional.

A etiologia dos transtornos ansiosos segue uma linha multifatorial onde estão envolvidos fatores psicológicos, neurobiológicos, ambientais e até mesmo genéticos, aumentando assim os fatores de risco para o desencadeamento de quadros ansiosos na fase infantil, principalmente se houver histórico familiar tanto de transtornos ansiosos como depressivos. Estima-se que cerca de 10% a 11% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso – com exceção do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) que só atinge até 2% das crianças e adolescentes - e mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão ao longo de seu desenvolvimento algum tipo de episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa (ASHBAR, 2012; BUNGE; MUSICH, 2015).

Os transtornos de ansiedade chegam a interferir em diversas áreas da vida da criança e do adolescente, às vezes, com sérios comprometimentos na

aprendizagem, no convívio social e nas relações familiares, causando grandes mudanças comportamentais, além de problemas emocionais. Percebe-se ainda a presença de alterações no sono, na alimentação e de atitudes tidas como “rebeldes” por parte do meio social, principalmente no período pré-escolar, já que no período escolar propriamente dito observa-se na maior parte das vezes a presença de transtornos ansiosos e de conduta em cerca de 90% dos casos (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A., 201; STALLARD, 2010).

No que tange aos aspectos cognitivos, “a criança começa a avaliar as situações e a prever possíveis riscos, tendo algumas reações físicas que preparam o corpo para luta e fuga, este comportamento faz com que a criança antecipe um perigo e possa evitá-lo” (CORRÊA; MOREIRA; MÉA, 2015, p. 4). Embora não se possa afirmar exatamente porque uma determinada pessoa possui uma fobia em particular, é sabido que praticamente todas as fobias específicas possuem um caráter universal, ou seja, em todas as culturas elas se manifestam como se fossem mais inatas do que aprendidas (LEAHY, 2011).

Portanto, o comportamento fóxico apresenta-se normalmente diante de situações como lugares escuros, objetos ou coisas imaginárias, tais como monstros que virão pegá-los no quarto, acarretando assim dificuldades para dormir ou chorar com facilidade, ou ainda correr para junto dos pais, ter ataques de raiva ou ainda agarra-se a algo ou alguém, são atitudes muito comuns em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade, devido ao medo descontrolado que é despertado nelas (OMS, 2013; SADOCK, B. J, SADOCK, V. A. 2011).

Segundo Stallard (2019), crianças e adolescentes mais velhos apresentam sintomas cardiovasculares, ansiosos e respiratórios, situação bem diferente da que se percebe com mais frequência em crianças menores onde prevalecem as dores corporais, sintomas de gripe e também gastrointestinais. À medida que as situações ansiosas vão aparecendo, aumenta a frequência dos sintomas físicos nas crianças e adolescentes, o que faz com que atividades rotineiras como ir à padaria ou até mesmo ao colégio se tornem uma experiência dolorosa e sofrível, despertando sentimentos desconfortáveis que

as fazem querer ficar isoladas do contato com as pessoas, prejudicando assim as suas relações sociais, bem como seu aprendizado, de acordo com as afirmações de Sadock, B. J.; Sadock, V. A.(2011).

De acordo com Corrêa, Moreira e Méa, “a ansiedade fóbica é caracterizada por um medo excessivo de alguma situação pela qual a criança tenha passado e a deixado com muito medo, como medo do escuro, de monstros ou de animais” (2015, p. 4). Diante disso, a evitação de situações fóbicas acontece com um intenso nível de ansiedade e de mal-estar, bem como objetos e/ou ambientes que se pareçam com aqueles que despertam a mesma sensação de incômodo e terror, desenvolvendo assim na criança e no adolescente um medo irracional, irreal e extremo de viver novamente uma situação. Os transtornos de ansiedade dividem-se em vários tipos, sendo a fobia específica um deles, apresentando como sua principal característica o medo exagerado e persistente acerca de um objeto ou situação, sendo restritas a situações altamente específicas (LOTUFO NETO, 2011; STALLARD, 2010; DSM-5, 2014; OMS, 2013).

É importante salientar que as respostas cognitivas apresentadas nos quadros de fobias específicas geralmente trazem em seu conteúdo o negativismo das ideias e pensamentos distorcidos como se algo aterrorizante fosse acontecer a qualquer momento, sem a possibilidade de exercer qualquer controle sobre a situação, seja ela real ou imaginária. Já as respostas fisiológicas vem acompanhadas de suor, tremores, batimento cardíaco acelerado, enquanto que as respostas comportamentais se caracterizam pela esquiva ou fuga do estímulo fóbico (SILVA FILHO; SILVA, 2013).

Um tipo de fobia que merece destaque é a fobia alimentar, que acarreta na criança um medo excessivo de engolir determinado alimento por medo de aspirá-lo, gerando assim uma fobia de deglutição. A aversão a determinado tipo de alimento, como por exemplo, o café, também se caracteriza como uma forma de fobia alimentar conforme cita Paes *et al* (2011).

Tanto as crianças quanto os adolescentes que possuem um elevado grau de ansiedade ficam preocupadas frequentemente, acarretando muito

sofrimento para si. Nessas situações faz-se necessário um acompanhamento psicoterápico que permita auxiliar o paciente no processo de identificação e controle de seus sentimentos, pensamentos, emoções e comportamentos, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental a mais indicada para essa situação, se tornando assim uma grande aliada no combate à fobia específica (STALLARD, 2010).

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA FOBIA ESPECÍFICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os mesmos critérios diagnósticos utilizados nos transtornos de ansiedade em adultos também são aplicados em crianças e adolescentes, excetuando-se apenas o do transtorno de ansiedade de separação, por ser este um quadro tipicamente da infância e adolescência. Os prejuízos advindos desses transtornos têm seu reflexo não apenas na formação da identidade da criança e do adolescente, mas na sua vida em geral, perpassando pela vida social, escolar e familiar. (GONÇALVES, 2009; PETERSEN, 2011).

O diagnóstico clínico da fobia específica deve contar com uma anamnese bem estruturada, como também da aplicação de outros recursos como observação, entrevistas e escalas de aferição que permitam ao terapeuta captar formas de manifestação dos sinais e sintomas do transtorno. Entretanto, é necessário observar que todo e qualquer recurso ou instrumento a ser aplicado no processo de investigação diagnóstica deve ser adequadamente adaptado à faixa etária do paciente, bem como a fase do desenvolvimento em que o mesmo se encontra. Os contextos culturais, sociais, econômicos e etc, que a criança ou adolescente estiverem inseridos também devem ser considerados nessa etapa do processo terapêutico (STALLARD, 2010).

No início do processo de avaliação da criança ou do adolescente, é preciso que se busque entender de forma ampla como se iniciou o processo de ansiedade e seus principais sintomas, bem como a identificação dos fatores precipitantes que possam se fazer presente, tais como histórico escolar, clínico,

ocorrências de transtornos de ansiedade e/ou psiquiátricos entre familiares, além de fatos relevantes que possam ter ocorrido durante o desenvolvimento, etc. É de fundamental importância que se verifique ainda no processo de avaliação, quais são os motivos para o encaminhamento ou mesmo da procura pelo atendimento psicológico, pois o terapeuta necessitará fazer investigações precisas em aspectos que possam estar interferindo na qualidade de vida e no bem-estar emocional do paciente (SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A., 2011; PETERSEN; WEINER et al., 2011).

Por se tratar de um processo terapêutico com crianças e adolescentes, a participação dos pais é de fundamental importância para que haja um consenso entre eles e o paciente quanto aos problemas que deverão ser tratados nas sessões. Porém para que se evitem bloqueios durante a terapia por parte da criança ou do adolescente, é necessário que esta seja envolvida e participe da definição dos objetivos a serem alcançados, pois ao longo do processo terapêutico a TCC buscará ajudar o paciente na identificação dos seus pensamentos disfuncionais, procurando modificá-los, principalmente os que estão ligados diretamente às emoções que despertam a fobia (TESSARO et al., 2014).

O trabalho terapêutico com crianças e adolescentes é feito em conjunto com a escola e a família, devendo ser coletados dados com os pais, os parentes e professores, além de pessoas significativas para o paciente. Faz-se necessário em alguns momentos ao longo da terapia que se entre em contato com a escola para checar como é a interação e o comportamento da criança junto aos professores e colegas (STALLARD, 2010).

Existe ainda dúvida quanto ao modelo ideal de TCC para atendimento com crianças e adolescentes, no entanto autores com Heldt et al (2013) e Gurgel et al (2014), afirmam que os princípios a serem adotados na TCC para esse público são os mesmos adotados na terapia com adultos, partindo-se da premissa que existe uma ligação entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos do indivíduo. Esses mesmos autores destacam ainda a importância que as variáveis comportamentais, afetivas, cognitivas e

socioambientais possuem tanto nas causas quanto na manutenção dos transtornos emocionais.

Durante o processo terapêutico em TCC o objetivo principal será a modificação da estrutura cognitiva do paciente para ela consiga atingir uma mudança em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, através da identificação dos pensamentos negativos, questionando-os e reconhecendo-os a partir do que eles representam para o mesmo. É necessário que se destaque o papel ativo que terão os cuidadores da criança em todo o tempo em que a criança ou adolescente estiver em terapia (PETERSEN; WAINER et al., 2011; BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012).

Além das atividades de praxe de um processo terapêutico que envolva crianças e adolescentes tais como a escuta do paciente, de sua família e da sua escola, é importante que o terapeuta assuma uma postura mais ativa, levantando o máximo de informações possíveis, trabalhando de forma colaborativa na busca por soluções, bem como ajudando no desenvolvimento de habilidades cognitivas por meio da aplicação de técnicas específicas da TCC e de estratégias diferenciadas que promovam os melhores resultados possíveis (BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012).

No *setting* terapêutico, devem existir brinquedos e materiais diversificados que ajudem a criança ou adolescente a expressar suas experiências através das atividades lúdicas e do brincar, manifestando assim suas preocupações e seus conflitos. Todo material produzido ao longo de cada sessão deve ser guardado em uma caixa ou pasta identificada com o nome do paciente e é importante frisar que as atividades devem ser escolhidas conforme os objetivos a serem atingidos, pois é através dessas atividades que o paciente consegue se expressar. Nesse caso a criatividade do terapeuta será de grande valia para o processo de escolha, criação e aplicação desses recursos (PETERSEN; WAINER et al., 2011; SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A., 2011; BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012).

A fundamental diferença entre psicoterapia cognitiva de adultos e crianças é a capacidade criativa do terapeuta para criar linguagens que sejam capazes

de acessar a criança e promover o ambiente terapêutico propício ao desfecho do tratamento. Desse modo, a prática clínica com crianças requer sempre uma grande capacidade criativa por parte de quem a pratica (CAMINHA; CAMINHA, 2011, p.16).

Faz-se necessário adaptar as técnicas que serão aplicadas levando-se em consideração a faixa etária, o desenvolvimento e as habilidades cognitivas da criança de modo que se garanta a eficácia na aplicação dos procedimentos. A Terapia Cognitiva-Comportamental Infantil orienta que o paciente deve aprender fazendo, sendo sempre orientadas à ação. Para haver envolvimento no processo terapêutico por parte da criança, é necessário que o mesmo seja divertido e estimulador e não tenha conotação que a faça interpretar aquele momento como um trabalho. Como na fase inicial da terapia, o paciente não sabe distinguir e separar com eficiência suas emoções, o terapeuta ajudará no processo com alguns recursos lúdicos, como por exemplo, utilizando carinhas que representem a alegria, a tristeza, o medo e a raiva, facilitando assim o reconhecimento e a nomeação desses sentimentos, como indicam Bunge, Gomar e Mandil (2012).

Tão importante quanto identificar os sentimentos é levar a criança ou adolescente a identificar também os sinais físicos que se manifestam quando as situações que geram medo ou outros sentimentos acontecem e que estão diretamente ligados à ansiedade. Para tanto o terapeuta pode utilizar de um evento que tenha acontecido e verificar junto com o paciente o que ocorreu antes, durante e depois, possibilitando que a criança comece a identificar quais os sinais que seu corpo manifesta no momento em que ela apresenta um quadro de ansiedade (STALLARD, 2010).

Autores como Stallard (2010) e Caminha e Caminha (2011) destacam a importância de se monitorar constantemente a intensidade das emoções vivenciadas pelo paciente, de forma que ela consiga perceber a força de sua ansiedade em situações em que é exposta. Através de uma escala que vai de 0 até 10 com figuras que variam de sem ansiedade até muito assustado, é possível verificar como estão os sentimentos do paciente durante a exposição frente a estímulos que o deixem ansioso. Uma variação dessa técnica é o uso

de um termômetro ilustrado com escores que variam de muito fraco, fraco, médio, forte e muito forte.

Stallard (2010) apresenta uma forma bastante interessante para se trabalhar os pensamentos automáticos (aqueles que surgem sem que haja controle ou reflexão) do paciente utilizando “balões de pensamentos vazios”, que deverão ser preenchidos conforme o pensamento que a criança ou adolescente apresentou quando vivenciou determinada situação. Assim é possível identificar e monitorar através de registros as crenças que se manifestam em momentos de ansiedade intensa por parte do paciente. A partir daí o terapeuta deve conduzi-lo para que veja a situação vivida de forma diferente daquela que seu pensamento apresentou inicialmente. Pode-se ainda, segundo esse mesmo autor, utilizar-se de um diário de registros de sentimentos, onde serão descritas situações que causem ansiedade, como ela se sentiu naquele momento e quais os pensamentos surgiram para que assim o terapeuta possa ajudá-la na identificação dos principais padrões de funcionamento cognitivo que surgem e promover uma reflexão sobre o que está escrito no diário.

O terapeuta irá ajudar, através da aplicação de recursos como histórias ou ilustrações, a criança ou adolescente a perceber a conexão que existe entre o que ela pensa e o que ela sente, bem como a forma como se comportou ou reagiu, permitindo assim que ela compreenda da melhor forma esse processo. Além do paciente, os pais também precisam aprender a relação que existe entre pensamentos e sentimentos ansiosos bem como seus impactos na qualidade de vida da criança, de forma que possam ajudá-la tanto na identificação dos pensamentos quanto a se preparar para vivenciar as situações que desencadeiam ansiedade, separando assim os pensamentos positivos dos pensamentos negativos e modificando-os de forma a sentir-se menos ansiosa (BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012; STALLARD, 2010).

A reestruturação cognitiva é outra técnica bastante eficaz no tratamento de ansiedade. Nela o paciente irá identificar os pensamentos disfuncionais, questionando-os em seguida e buscando encontrar alternativas que permitam-

lhe se adaptar melhor ao ambiente. Bunge, Gomar e Mandil (2012), além de Stallard (2010), destacam que o terapeuta pode dramatizar as situações que mais causem medo a criança, invertendo os papéis com ela durante a encenação, ajudando a questionar os pensamentos negativos e pouco a pouco desconstruindo junto com ela essa forma de pensar sobre o estímulo desencadeador de ansiedade, permitindo assim que a criança construa novas informações mais saudáveis, passando então a considerá-las de forma mais adaptativa e saudável.

Um recurso que auxilia bastante no trabalho com crianças e adolescentes é o baralho das emoções que se utiliza de cartas semelhantes a do baralho comum, porém com desenhos que representam as diversas emoções ajudando assim o paciente a identificar cada uma delas. Isso permite que o terapeuta acompanhe e monitore as principais emoções, sua intensidade ao longo do processo e também aborde os processos cognitivos e comportamentais advindos da ativação emocional da criança (CAMINHA; CAMINHA, 2011; PATZLAFF; KRATZ; OLIVEIRA, 2014).

A dessensibilização sistemática é outra técnica que apresenta bons resultados no tratamento dos transtornos de ansiedade e é feita através da exposição gradual ou graduada ao estímulo estressor, segundo afirma Lotufo Neto (2011). Durante o processo a criança vai sendo colocada frente à situação ou ao objeto que desencadeie a fobia, seguindo uma ordem de sintomas que começa sempre pelos menos ansiogênicos até chegar naqueles que são mais temidos pelo paciente. É a partir da exposição que o paciente vai aprender habilidades de enfrentamento do problema e desenvolver autoconfiança diante daquilo que lhe cause aversão (HELDT et al., 2013).

É importante que o terapeuta reforce junto ao paciente alguns de seus comportamentos que são necessários ao bom andamento da terapia, tais como: fazer as atividades de casa, falar do que pensa e sente quando está vivenciando determinadas situações e organizar os brinquedos e a sala de terapia ao final de cada sessão, pois é preciso que a criança ou adolescente desenvolva habilidades sociais e de enfrentamento das situações que antes

eram evitadas, sabendo que esse processo deverá ocorrer de forma gradual até que a mesma se sinta segura e fortalecida, como afirma Stallard (2010).

O contexto social no qual a criança vive é muito importante para o desfecho da terapia. Se há problemas entre pais e filhos isso irá interferir na terapia, bem como na manutenção dos comportamentos desadaptativos nas crianças. Sendo assim, se torna muito importante a criação de um modelo de tratamento com a participação dos pais para que assim eles compreendam e possam dar continuidade ao tratamento em casa, o que tornará o processo terapêutico mais eficaz (HELDT et al., 2013).

É importante destacar que nos casos em que o paciente é muito ansioso, a família pode atuar tanto como um fator de proteção como de risco, pois segundo Stallard (2010), os fatores de risco estão diretamente ligados aos fatores genéticos que podem ter grande influência tanto no temperamento como na inibição de certos comportamentos, embora a criança que possua pré-disposição nem sempre ela será necessariamente ansiosa.

Os fatores ambientais também deverão ser considerados, pois podem contribuir para que a criança seja mais ansiosa, caso tenha pais também ansiosos, já que eles servem como modelo comportamental para esta. Por outro lado, se esses pais possuírem crenças mais adaptativas poderão estimular e encorajar a criança ou adolescente no enfrentamento das situações problemáticas de uma maneira mais saudável, funcional e assertiva colaborando assim na diminuição dos sintomas ansiosos (HELDT et al., 2013; STALLARD, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Cognitivo-Comportamental cada vez mais se firma como uma abordagem eficaz na redução de sintomas de uma grande variedade de transtornos psiquiátricos e no que tange ao seu desempenho com crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade também vem merecendo destaque pelos resultados alcançados.

O seu caráter lúdico e dinâmico durante o processo terapêutico infantil,

faz com que a TCC cada vez mais desenvolva e disponibilize instrumentos e recursos em suas abordagens clínicas tais como baralho das emoções, diário dos pensamentos, dessensibilização sistemática, entre outros que promovem alívio e bem-estar para o paciente, pois permita que sejam compreendidos os sintomas da ansiedade e a apropriação de pensamentos, emoções e sentimentos, reconhecendo-os e melhorando sua qualidade ao longo do processo, passando assim a adotar comportamentos mais saudáveis e bem ajustados ao seu meio ambiente.

Por se tratar de um estudo de revisão literária que buscou debruçar-se em recentes pesquisas sobre o tratamento de fobia específica com crianças e adolescentes, não pretendemos esgotar este tema e sugerimos que outros estudos sejam realizados de forma a alargar esse conteúdo, incluindo também outras pesquisas e estudos de casos, de forma que valide cada vez mais a importância e eficácia da TCC no tratamento desse tipo de transtorno que infelizmente atinge hoje uma parcela significativa da população infantil.

REFERÊNCIAS

ASHBAR, F. R. **Transtornos Ansiosos na Infância e Adolescência: Aspectos Clínicos e Neurobiológicos**. 2012. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/transtornos-ansiosos-na-infancia-e-adolescencia-aspectos-clinicos-e-neurobiologicos/>>. Acesso em 25 de Junho de 2016.

BUNGE, E.; GOMAR, M.; MANDIL, J. **Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Aportes Técnicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____; MUSICH, F. M. Sessões com um adolescente com transtorno de ansiedade. In: BUNGE, E. et al (Orgs). **Sessões de psicoterapia com crianças e adolescentes: Erros e Acertos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

CAMINHA, R. M; CAMINHA, M. G. **Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico**. 4. ed. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

CASTILLO, A. R., et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2000.

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

CORRÊA, A.; MOREIRA, D. D. L.; MÉA, C. P. D. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes com Fobia Específica**. Disponível em: <http://soac.imed.edu.br/index.php>>. Acesso em 25 de Junho de 2016.

GONÇALVES, D. H.; HELDT, E. Transtornos de Ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, 2009.

GURGEL, C., et al. **Terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**: Guia de referência de ferramentas e estratégias terapêuticas. Foz do Iguaçu: Epígrafe, 2014.

HELDT et al. Ansiedade, medos e preocupações: transtornos de ansiedade na infância e adolescência In: KONKIEWITZ, E. C. (Org) **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência**: uma visão transdisciplinar. UFGD: Dourados, 2013.

_____. Terapia cognitivo-comportamental na infância e adolescência In: KONKIEWITZ, E. C. (Org) **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência**: uma visão transdisciplinar. UFGD: Dourados, 2013.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LOTUFO NETO, F.. Fobias específicas. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. American Psychiatric Association (APA). Tradução: Maria Corrêa Nascimento, et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAES et al.. Transtorno obsessivo compulsivo e transtornos alimentares: um contínuo ou diagnósticos separados? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, 2011.

PATZLAFF, K., KRATZ, V., DE OLIVEIRA, C.. ANSIEDADE NA INFÂNCIA: UMA ABORGAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Anais - Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG, América do Norte, 1, mar. 2015. Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/view/1390>. Acesso em: 16 Out. 2015.

PETERSEN, C. S.. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitiva Comportamental para crianças com Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 13, n. 1, 2011.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. (e col.) **Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA FILHO, O. C. da; SILVA, M. P.. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2013.

STALLARD, P. **Ansiedade: Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.