

Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com transtornos de ansiedade

Effectiveness and basic procedures evidence in Cognitive-Behavioral Therapy for childhood Anxiety Disorders

Circe Salcides Petersen¹

Resumo

Este artigo de revisão apresenta estudos baseados em evidências e procedimentos clínicos para os transtornos de ansiedade na infância. Os ensaios clínicos revelam que a terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas pode ser considerada um tratamento bem estabelecido, que indica uma sequência organizada de intervenções. A estrutura básica do tratamento deve contemplar tópicos claros tais como: psicoeducação; solução de problemas; reestruturação cognitiva e exposição. Esse conjunto de técnicas pode ser aplicado pelo clínico com flexibilidade para adaptar as características individuais de cada paciente e família observando a fidelidade ao modelo manualizado testado previamente em ensaio clínico.

Descritores: transtornos internalizantes; terapia cognitivo-comportamental de crianças; transtornos de ansiedade na infância.

Abstract

This review presents studies based on evidence and clinical procedures for anxiety disorder in childhood. The results of trials suggest the CBT could be considered a well-established treatment to these cases, indicating an organized sequence of interventions. The basic structure should focus on psycho-

¹ Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS); Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS) Advanced Training in Rational – Emotive and Cognitive Behavior Therapy – Ellis InstituteUSA\CATREC Buenos Aires; Diretora de Ensino Projecto.

education, teaching the relation between emotions, cognitions, behavior and the body, problem solving, cognitive restructure and exposition tasks. This set of techniques could be applied by clinical psychologists with flexibility to adapt the individual characteristics of each patient and his/her family to previously tested results.

Keywords: internalizing disorders; cognitive behavioral therapy of children; childhood anxiety disorders

Este artigo de revisão apresentará estudos baseados em evidências e procedimentos clínicos, para os transtornos de ansiedade na infância. A justificativa para o estudo deste tópico se deve à alta prevalência do transtorno, bem como à necessidade de disseminação de tratamentos flexíveis, porém observando fidelidade aos resultados de pesquisas na área. Os transtornos de ansiedade são os quadros mais comuns que afetam as crianças e adolescentes, com uma prevalência entre 4% e 20%. O surgimento dessas manifestações na infância tem sido indicado como forte preditor de transtornos de ansiedade na vida adulta. O diagnóstico clínico é realizado seguindo os mesmos critérios aplicados aos adultos, com exceção do transtorno de ansiedade de separação que é típico da infância e adolescência¹.

Os fundamentos empíricos para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) dos transtornos de ansiedade iniciaram em 1994 com o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou o programa de intervenção *Coping Cat*. Neste, 47 crianças entre 8 e 13 anos portadoras de transtorno de ansiedade social, ansiedade generalizada, e com evitações foram investigadas. Os resultados indicaram significativa melhora. Um total de 66% da amostra não preenchia mais os critérios diagnósticos após intervenção. Os resultados foram mantidos após um ano de tratamento. Um segundo estudo com 94 crianças entre 7 e 14 anos foi conduzido e indicou que 50% das crianças tratadas tiveram remissão dos sintomas. Estudos sobre o modelo *Coping Cat* foram realizados em outras culturas na Austrália, onde foi denominado *Coping Koala*, e no Canadá, onde foi denominado *Coping Bear*, sendo que nos diferentes estudos foi demonstrada efetividade na intervenção^{2, 3, 4, 5}.

No processo de investigação das diferentes variáveis envolvidas na determinação do transtorno de ansiedade, deve ser contemplado o contexto ecológico da criança. É pertinente a coleta de dados durante o período de avaliação envolver a família e a escola. É importante investigar, nessas circunstâncias, os possíveis estressores familiares e/ou sociais envolvidos nos seus sintomas, já que nos transtornos de ansiedade os conflitos conjugais dos pais são possíveis complicadores. Na avaliação inicial cabe especial atenção aos fatores de risco e proteção que a família e os outros sistemas que envol-

vem a criança podem representar. Risco/proteção são fatores dinâmicos e a escola, que é um contexto/fator de proteção em uma área da vida da criança pode representar um risco em outra. Os estilos parentais, as relações com os pares e as relações familiares também devem ser observadas.

A ansiedade tem sua expressão em quatro dimensões bem definidas: emoções, comportamento, pensamentos e o corpo. A intervenção deve abarcar, portanto, as dimensões comportamental, cognitiva, emocional e social. No âmbito do tratamento isso ocorrerá através de práticas, recompensas, tarefas para casa, observação do processamento da informação, nomeação de sentimentos e participação dos pais e pares. A TCC não é uma receita de bolo a ser aplicada na qual os terapeutas têm as respostas. É um processo de descoberta guiada em que o envolvimento da criança, a relação terapêutica e a flexibilidade do terapeuta são preditores do sucesso do tratamento. Os fatores que podem prever o êxito na relação terapêutica são colaboração, não ter foco exagerado na ansiedade e atitude verdadeira dos terapeutas⁶.

Os transtornos de ansiedade têm em sua etiologia a combinação de variáveis biológicas e ambientais. O modelo diátese estresse de psicopatologia ressalta que a história da aprendizagem tem um papel fundamental. Alguns fatores de risco têm sido identificados para os transtornos de ansiedade, incluindo estilos de apego inseguro, temperamento da criança, presença de transtorno de ansiedade nos pais, determinadas características dos estilos parentais, tais como superproteção e comportamentos de evitação. A característica temperamental de inibição no bebê está associada à irritabilidade, medos difusos entre 18 e 30 meses e tem se mostrado correlacionada aos transtornos de ansiedade. Ansiedade nos pais tem sido apontada como preditor do mesmo transtorno nas crianças. Estilos parentais de superproteção e controle demasiado estão associados à baixa autoeficácia em crianças, fator diretamente relacionado aos transtornos de ansiedade. O modelo etiológico dos transtornos de ansiedade pode ser resumido pela interação dos fatores: 1) influências genéticas e ambientais, 2) circuitos neurais envolvidos nas emoções, 3) processos psicológicos, e 4) tendências comportamentais incluindo temperamento^{7,1,8,9}.

A etiologia comportamental é baseada no paradigma da evitação aprendida. Dois fatores combinados explicam esse fenômeno: condicionamento clássico e operante. O pareamento do estímulo causador de medo com um lugar pode resultar em medos fóbicos específicos. Por outro lado, reforçamentos resultantes de evitações desse lugar pela redução de desconforto caracterizam a aprendizagem operante. O oposto de evitação é exposição, por isso, é a técnica de intervenção de primeira linha para os quadros de evitação. A exposição resultará em uma nova aprendizagem adaptativa. Outra possibilidade de comportamento aprendido é reforçamento

de condutas de evitação da criança por parte dos cuidadores¹⁰. A etiologia cognitiva baseia-se no papel de percepções não realísticas e interpretações ameaçadoras dos fatos. O diálogo interno dessas crianças comumente é marcado por previsões de falhas e perigo. Indivíduos ansiosos são pessimistas em relação à magnitude dos eventos. Em geral, seu erro de processamento de informação clássico é o catastrofismo. Além de superestimar eventos externos, o ansioso subestima sua capacidade de enfrentamento a respeito de eventos negativos. As pessoas que experimentam ansiedade acreditam que estão sob ameaça de dano físico ou social. A interpretação do evento ou estímulo como ameaçador é essencial nos transtornos de ansiedade. É relevante observar a presença de viés atencional comum nessas circunstâncias, já que a criança provavelmente ficará hipervigilante aos estímulos corporais e/ou potencialmente perigosos. A pessoa ansiosa percebe mais sinais de perigo e pode erroneamente interpretar o aumento de ameaças eminentes, aumentando sua preocupação e reforçando ainda mais a interpretação superdimensionada^{11,10}.

Os transtornos de fobia social, ansiedade generalizada e ansiedade de separação são entendidos a partir dos mesmos constructos e tratados com intervenções semelhantes. No entanto, a fobia social apresenta comorbidades com transtornos do humor e tem menor resposta a TCC do que os outros dois quadros^{12,13}. Ensaio clínico randomizado sugere que as crianças portadoras de transtorno de ansiedade melhoram com TCC tanto em grupo quanto individual, porém, aquelas com altos escores em ansiedade social parecem responder preferencialmente a tratamento individual¹⁴.

A TCC para os transtornos de ansiedade envolve diferentes técnicas comportamentais e cognitivas relacionadas aos problemas etiológicos anteriormente descritos. O tratamento comumente se divide em duas etapas: estratégias facilitadoras e exposição às situações temidas. O tratamento deve iniciar com educação afetiva e familiarização com o modelo de tratamento através de psicoeducação¹⁰. O tratamento para os transtornos de ansiedade tem como objetivo principal ensinar a criança a reconhecer sinais de ansiedade, utilizando esses sinais para enfrentar a mesma. A criança aprende a identificar os processos cognitivos envolvidos no estado de excessiva ansiedade e recebe treinamento em relaxamento. Para atingir essas metas, algumas estratégias têm demonstrado efetividade e algumas são compiladas no modelo de tratamento *Coping Cat*. O programa *Coping Cat* é um protocolo manualizado de TCC para os transtornos de ansiedade na infância que demonstrou critérios de efetividade baseados em evidências bem estabelecidas, segundo os critérios da American Psychological Association^{15,16}.

O desenvolvimento do tratamento não depende somente do conjunto de técnicas selecionadas, enfatiza-se que a sensibilidade dos terapeutas in-

fantis é um fator muito significativo. Algumas variáveis são significativas e devem ser observadas na avaliação inicial: as comorbidades, o nível de desenvolvimento, estressores familiares e ambientais e, finalmente, a condição socioeconômica. É necessário o ajuste da fina sintonia entre fidelidade às técnicas que mostraram efetividade e flexibilidade indispensável a um terapeuta. Os protocolos baseados em evidências podem ser bons guias quando conduzidos por um terapeuta empático, habilidoso e com boa formação, capaz de individualizar a proposta observando a subjetividade de cada criança⁴.

Os tratamentos manualizados podem ser utilizados como subsídios aos clínicos para a inclusão de módulos personalizados aos pacientes em tratamento. Fidelidade tem sido definida como o grau em que uma intervenção é empregada e de acordo como ela foi originalmente delineada¹⁷.

O *Coping Cat*¹⁸ tem em sua estrutura as seguintes técnicas como eixo central: ajudar a criança a identificar e nomear seus sentimentos tanto negativos quanto positivos, usar estratégias para manejar ansiedade, treinamento comportamental de relaxamento. As estratégias básicas são técnicas de *role-play*, educação afetiva, modelagem para uso de estratégias de *coping* mais eficazes, identificação de reações corporais, técnicas de relaxamento, controle de contingências pelo uso de recompensas, exposição na imaginação e in-vivo¹⁸.

Os conceitos básicos do modelo *Coping Cat* são introduzidos para a criança ao longo do tratamento e podem ser sintetizados com o anacronismo FEAR. **F** = *Feeling Frightened* (sentindo medo), **E** = *Expecting bad things to happen* (esperando coisas ruins acontecerem), **A** = *Attitudes and actions that can help* (atitudes e ações que podem ajudar) e **R** = *Results and rewards* (resultados e recompensas). Para auxiliar a criança a lembrar foram adaptados livremente à língua portuguesa os quatro passos do medo, bem como a transição oferecida pelo tratamento.

Os elementos-chave da transição de paralização frente ao medo para enfrentamento foram traduzidos livremente e são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Anacrônimo para mediação cognitiva

Medo Paralisando	Mostrar
Esperando coisas ruins acontecerem	O Que
Diferentes atitudes podem ajudar	Eu

Fonte: Esquema baseado em Kendall e Hedtke, 2006, adaptado à língua portuguesa por Petersen, Bunge, Mandil e Gomar (no prelo).

Os quatro passos apresentados na Tabela 2 do plano de enfrentamento de ansiedade: o reconhecimento das reações corporais como um indicador

da presença da ansiedade, desenvolver habilidades para enfrentar os estados ansiosos e modificar as emoções, introduzir autoinstrução eficaz para enfrentar situações através de reestruturação cognitiva, fazendo com que a organização cognitiva, deixe de ser gatilho para ansiedade. É pertinente introduzir a ideia de autoavaliação e autorrecompensa pelos sucessos mesmo que parciais. O programa oferece uma forma de aproximação estruturada, porém a flexibilidade dos terapeutas é desejável, maximizando as conquistas do tratamento.

Tabela 2. Síntese do modelo manualizado de tratamento Coping Cat

Sessão Objetivo da consulta

- 1 Construir *rapport* e orientações gerais do tratamento
 - 2 Aprender a identificar a ansiedade
 - 3 Identificar respostas corporais a ansiedade
 - 4 Encontro com pais
 - 5 Treinamento de relaxamento
 - 6 Aprender a identificar os pensamentos ansiogênicos e desafiar os pensamentos
 - 7 Recompensar a autoinstrução de *coping* eficaz e desenvolver habilidades de solução de problemas
 - 8 Introduzir autoavaliação e autorrecompensa. Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição na imaginação e revisão das recompensas aprendidas
 - 9 Encontro com pais
 - 10 Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição
 - 11 Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição
 - 12 Praticar situações de inundação de moderada intensidade usando exposição
 - 13 Praticar situações de inundação de moderada intensidade usando exposição
 - 14 Praticar situações de inundação de alta intensidade. Introduzir término do tratamento
 - 15 Praticar situações de inundação de alta intensidade usando exposição
 - 16 Praticar situações de inundação de alta intensidade usando exposição. Término do tratamento
-

Fonte: Apresentada originalmente no manual do terapeuta do *programa Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006).

As estratégias fundamentais do programa *Coping Cat* são modelagem para aquisição de estratégias de *coping*, mudança no diálogo interno da criança, educação afetiva, autoavaliação e recompensas, solução de problemas, tarefas de exposição e as sessões finais podem incluir celebração, comerciais ou ainda exposições de cartazes construídos pela criança nos quais são apresentadas as habilidades conquistadas.

A terapia cognitivo-comportamental tem como características essenciais sua configuração com modelos teóricos abertos a novas evidências, postura terapêutica colaborativa e ativa, tempo determinado, foco no aqui e agora e preocupação com o problema ou sintomas, descoberta e experimentação guiadas e fornece estrutura para avaliar a mudança. A TCC tem se mostrado útil com crianças, pois suas práticas são orientadas por aprendizagens mediadas por ações e avaliação de novas habilidades, sendo concreta na observação de situações e problemas da vida real, tem alta validade para crianças que se preocupam apenas com o momento, facilita descobertas guiadas aumentando a autocompreensão e independência para buscar soluções e, finalmente, tem curto prazo – o que sintoniza com a perspectiva de tempo da criança e com a brevidade da própria infância (Stallard, 2010).

O modelo de intervenção descrito, assim como outros protocolos de TCC com crianças, tem sido investigado e tem demonstrado evidências de efetividade. Ensaio clínico randomizado conduzido com 19 crianças entre 9 e 13 anos indicou significativa melhora após TCC e as conquistas foram mantidas um ano após a finalização o tratamento. Achados preliminares deste estudo sugerem que a técnica de exposição teve um papel fundamental nos resultados¹⁶. A participação dos pais tem sido alvo de investigação e ainda não há ideia da forma como a participação pode contribuir na melhora. Estudo conduzido com 62 participantes com transtorno de ansiedade e seus pais investigou três grupos distintos: TCC somente com a criança, TCC em que os pais e a criança participaram e TCC no qual somente os pais participaram da intervenção. Os resultados sugerem que em todas as modalidades de intervenção houve redução nos sintomas de ansiedade e depressão e mudanças nas estratégias de *coping*. A intervenção que envolveu pais e crianças apresentou maior uso de estratégias ativas de *coping*. A presença dos pais juntamente com os filhos mostrou progressos significativos em termos de bem-estar, se comparados com a outra modalidade que incluía somente os pais⁵.

A efetividade de TCC individual foi comparada com TCC envolvendo a família (FTCC) e abordagem familiar focada em apoio e educacional (FESA)²⁰. Este estudo investigou a influência nos resultados do tratamento, da associação das técnicas terapêuticas e do treinamento parental. As técnicas investigadas foram manejo parental de ansiedade, transferência de controle do terapeuta para os pais na implementação de *coping* eficaz, treinamento

de habilidades de comunicação e treinamento de manejo de contingências. Transferência de controle do terapeuta para os pais e manejo parental de ansiedade contribuiu para a melhora global da criança em FTCC. No entanto, o treinamento parental não contribuiu de modo significativo nas medidas de ansiedade da criança. Sintetizando, TCC e FTCC > FESA^{21,22}. O papel dos pais, bem como de suas práticas educativas, tem demonstrado achados inconsistentes. Porém, há indicadores de que envolvimento intrusivo da mãe em situações de afetos negativos pode ser um fator mantenedor dos sintomas.

Um estudo clínico multicêntrico, controlado e randomizado com crianças e adolescentes revelou resultados promissores em relação a TCC. O estudo teve uma amostra de 488 crianças com idade entre 7 a 17 anos que tinham o diagnóstico primário de transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica ou fobia social. Essa amostra de pacientes recebeu 14 sessões de terapia cognitivo-comportamental, sertralina (em doses de até 200 mg por dia), uma combinação de sertralina e terapia cognitivo-comportamental, ou comprimidos de placebo durante 12 semanas. Os resultados indicam que o percentual de crianças que havia melhorado muito ou bastante na escala de impressão clínica global foi de 80,7% para tratamento combinado, 59,7% para TCC e 54,9% para sertralina. Todos os tratamentos foram superiores ao placebo (23,7%). A abordagem combinada foi superior a ambas monoterapias. Os resultados obtidos na escala de ansiedade pediátrica foram similares em magnitude e padrão de resposta. O tratamento combinado teve melhor resultado que somente TCC, a qual foi equivalente à sertralina. Todas as terapias foram superiores ao placebo. Eventos adversos não foram observados no grupo que recebeu TCC, incluídos ideação suicida ou homicida, não foram mais frequentes no grupo de sertralina do que no grupo placebo e nenhuma criança tentou cometer suicídio (dado que não foi menor levando em conta as controvérsias acerca do uso da medicação em adolescentes com depressão). No grupo de TCC foram observados menos manifestações de insônia, fadiga, sedação ou cansaço do que no grupo que recebeu a sertralina²³.

Os efeitos positivos da TCC, em comparação com placebo, agregam nova informação à literatura existente. Este estudo incluiu crianças com sintomas de moderados a severos, diferentemente de outros estudos que foram criticados por incluir crianças com sintomas leves. Antes deste estudo, a TCC para crianças ansiosas era considerada “provavelmente eficaz”²⁴. Esta avaliação de TCC, junto a outros estudos recentes²⁵, sugere que a modalidade terapêutica constitui um tratamento bem estabelecido, baseado em evidências para a abordagem da ansiedade infantil. Levando em conta que o risco de eventos adversos é menor no grupo de TCC que no grupo de sertralina, alguns pais e seus filhos podem considerar a eleição da TCC como tratamento

inicial. A TCC de adultos há muito tem demonstrado ser o tratamento de primeira linha para os transtornos de ansiedade e depressão. Meta-análise revelou que TCC é superior a outras formas de abordagem no tratamento de ansiedade e depressão^{26,9}.

TCC tem se mostrado uma modalidade promissora de tratamento para ansiedade, apesar do número de ensaios clínicos ainda ser relativamente pequeno, é a modalidade mais investigada com populações de crianças e adolescentes. As evidências oriundas de revisão prévia indicam efetividade em 56% dos casos em comparação com 28,2% do grupo-controle (lista de espera). Claramente, ainda há espaço para avanços em tratamentos nessa área. Não há evidências quanto a diferenças em relação às modalidades em TCC individual, grupal ou familiar. Há uma maior ênfase na indicação de tratamentos psicológicos para crianças e adolescentes com ansiedade em lugar de fármacos como primeira escolha, particularmente em razão da recente preocupação com o uso de recaptadores seletivos da serotonina (SSRIs) com esses grupos populacionais. Os estudos ainda precisam avançar para a seleção de amostras estratificadas por idade para adequação do modelo de intervenção de acordo com as características de cada etapa do desenvolvimento. Há, ainda, a necessidade da aplicação de medidas cognitivas sensíveis às mudanças desenvolvimentais, particularmente em crianças no período pré-operacional e adolescentes finais, em lugar de simples mudanças sintomáticas. Também é necessário que as pesquisas avancem na seleção de amostras. Atualmente têm sido agrupadas crianças com transtornos de ansiedade generalizada, ansiedade social, entre outros quadros. Os resultados de tratamento dos quadros de ansiedade social têm se mostrado piores do que os demais transtornos. Assim, sugere-se que as amostras sejam estratificadas separando os diferentes quadros. Serão necessários novos estudos de segmentos de longo prazo, assim como investigações comparando com outras formas de tratamento e farmacoterapia, incluindo tratamentos combinados^{27,9}.

Considerações finais e implicações práticas

Os transtornos de ansiedade infanto-juvenis são altamente prevalentes, sem dúvida, e muitas vezes podem ser subdiagnosticados ou ainda serem tratados com modelos de intervenção que não contam com apoio empírico e que não foram submetidos a provas que avaliem sua efetividade. A terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas pode ser considerada um tratamento bem estabelecido, que indica uma sequência organizada de intervenções, levando em conta uma margem de flexibilidade para ser adaptado às características particulares de cada paciente e família. A par-

tir deste marco, os terapeutas podem utilizar metáforas, jogos e recursos visuais adequados ao nível evolutivo e interesses da criança a fim de motivar o autoquestionamento cognitivo, a autorregulação emocional e o enfrentamento independente. Finalmente, o tratamento da ansiedade necessita conter itens básicos e fundamentais: reconhecimento de sentimentos e respostas fisiológicas, praticar estratégias de *coping* em situações reais, solução de problemas, exposição, nunca esquecendo de que a flexibilidade sempre acompanha a fidedignidade. Salienta-se a necessidade de estudos de efetividade a partir da implementação de programas com populações brasileiras adaptados às características culturais.

Referências

1. Krain A; Ghaffari M; Freeman J; Garcia A; Leonard H; Pine D. (2007) Anxiety Disorders In Martin A; Volkmar (Eds.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Four Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Albano A; Kendall P. (2002) Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
3. Barrett P; Dadds M; Rapee R. (1996) Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
4. Kendall P; Beidas R. (2007) Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 13-20.
5. Mendlowitz S; Manassis K; Bradley S; Scapillato D; Miezitis S; Shaw B. (1999) Cognitive-Behavioral Group Treatments. In: *Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(10):1223-9.
6. Kendall P. (2010b). Treating anxiety in Youth: clinical procedures informed by developmental, cognitive, behavioral, and family literatures. Manuscript at Word Congress of Cognitive Behavioral Therapy. Boston, USA.
7. Reinecke M; Dattilio F; Freeman A. (2009) *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes. Relatos de caso e a prática clínica*. LPM editora.
8. Morris T; March J. (2004) *Anxiety disorder in children and adolescents*. Second Edition. The Guilford Press, NY, London.
9. Petersen C; Bunge E; Mandil J, Gomar M. (2010) Terapia Cognitivo-Comportamental para os transtornos de Ansiedade. In: Petersen C; Weiner R.

Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e adolescentes: ciência e arte. ArtMed, Porto Alegre no prelo.

10. Shapiro J; Friedberg R; Bardenstein K. (2006) *Child and Adolescent therapy science and art.* John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey
11. Salkovskis P. (2005) *Fronteiras da terapia cognitiva.* Casa do Psicólogo, São Paulo.
12. Kendal P; Suveg C. (2006) treating Anxiety disorder in Youth. In: P. Kendal (Ed.), *Child and Adolescent Therapy.* New York, Guilford Press.
13. Puleo C; Klungman J; Kendall P. (2009) CBT for socially Phobic youth: differential short- and long-term treatment outcomes. ScholarOne abstracts. Retrived from <http://abct2009.abstractcentral.com/planner?> On 09/15/2009.
14. Manassis K; Mendlowitz S; Scapillato D; Avery D; Fiksenbaum L; Freire M; Monga S; Owens M. (2002) Group and Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*
15. Kendall P. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 62(1), 100-110.
16. Kendall P; Flannery-Schroeder E; Panichelli-Mindel S; Southam-Gerow M; Henin A; Warman M. (1997) Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 65(3), 366-380.
17. O'Connell M; Boat T; Warner K. (2009) Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. This PDF is available from the National Academies Press at: <http://www.nap.edu/catalog/12480.html>.
18. Kendall P; Hedtke K. (2006) *Cognitive-Behavioral therapy for anxious children: therapist manual. Coping Cat. Workbook.*
19. Stallard P. (2010) Ansiedade Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens. ArtMed, Porto Alegre.
20. Kendall P. (2010a). Tips from trenches the clinical side of CBT for anxious youth. Manuscript at Word Congress of Cognitive Behavioral Therapy. Boston, USA.
21. Kendall PC; Hudson J; Gosch E; Flannery-Schroeder E; Suveg C. (2008). Child and family therapy for anxiety-disordered youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 76:282–297.

22. Khanna MS; Kendall P. (2009) Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77(5), 981-986.
23. Walkup JT; Albano, AM; Piacentini J; Birmaher B; Compton S; Sherrill J; Ginsburg GS; Rynn M; McCracken J; Waslick B; Iyengar S; March JS; Kendall PC. (2008) Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 26, 359, 2753-2766.
24. Silverman WK; Pina, AA; Viswesvaran C. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1, 37, 105-30.
25. Beidel DC; Turner SM; Sallee FR; Ammerman RT; Crosby LA; Pathak S. (2007) SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-32.
26. Tolin D. (2010) Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? Meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. Retrived in August 14, doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003.
27. James A Soler, A.; Weatherall R. (2007) Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3.

Recebido em: 05/08/2010	Aceito em: 15/08/2010
-------------------------	-----------------------

Endereço para correspondência:

Circe Salcides Petersen

Rua Ten. Cel. Fabricio Pilar, 740 | cj. 305

Mont'serrat | Porto Alegre | RS | 90450-040

Tel. Comercial: 51 33304000

E-mail: circe@terra.com.br | www.projecto-psi.com.br/dracircepetersen