

**ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIAS.  
UM TRATAMENTO COGNITIVO - COMPORTAMENTAL  
EM GRUPO**

**ANXIETY IN ADOLESCENCE AND FAMILIES.  
A COGNITIVE - BEHAVIORAL THERAPY IN GROUP**

**Inês Parada**

*Psicóloga Estagiária do Mestrado Integrado em Psicologia na área de especialização de Clínica - ISPA  
Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*

**Raquel Nunes**

*Psicóloga Estagiária do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Saúde e da Doença - Faculdade de  
Psicologia da Universidade de Lisboa*

**Pedro Dias-Ferreira**

*Psicólogo Especialista em Clínica e Saúde do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria*

**Resumo:** As Perturbações da Ansiedade são das condições mais prevalentes da Saúde Mental, com crescente incidência na idade pediátrica e implicações nas relações intrafamiliares. O tratamento em grupo nestas perturbações, segundo a Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT), é uma abordagem empiricamente validada e eficaz, com benefícios da integração das famílias. Avaliou-se a eficácia e manutenção da remissão da sintomatologia ansiosa nos momentos inicial e final do tratamento, e follow-up 6 meses, integrando-se os cuidadores no plano de tratamento. Neste estudo longitudinal e prospetivo participaram oito adolescentes e as suas famílias. 86% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 14 e 17 anos ( $M=17.6$ ;  $DP=1.06$ ), seguidos na Consulta de Psicologia da Unidade de Medicina do Adolescente do Hospital de Santa Maria. Do protocolo de avaliação consta uma Entrevista Clínica Estruturada (ADIS-C) e questionários de auto (MASC, SCAS, BSQ, CDI e YSR) e hétero - avaliação (CBCL), para sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Com 16 sessões, recorrendo ao Manual de Tratamento, traduzido e adaptado para a população portuguesa, esta intervenção inovou ao integrar uma sessão para cuidadores. Da avaliação inicial da sintomatologia, revelaram-se elevados níveis de Ansiedade Generalizada, Sintomas Somáticos e Medo de Danos Físicos, sintomatologia depressiva moderada, e uma tendência de sobrevalorização da sintomatologia, por parte dos adolescentes comparativamente aos cuidadores. Após análise intra-grupal, verifica-se a remissão progressiva dos sintomas em 71% da amostra clínica. A CBT revela-se como uma alternativa de melhor relação custo-eficácia. O grupo evidenciou a generalização das estratégias de coping adquiridas, com benefício da integração das famílias.

**Palavras-Chave:** Perturbações da ansiedade, Adolescência, Psicologia pediátrica, Terapia Cognitivo-Comportamental, Intervenção em grupo.

**Abstract:** Anxiety Disorders are one of the most prevalence Mental Health conditions, with increasing incidence in the pediatric age and implications in intrafamily relationships. According to Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), group treatment for this disorders is an empirically validated and effective approach, with benefits in family integration. We evaluate the efficacy and maintenance of the anxious symptomatology remission at the initial and final moments of the treatment, and at 6-month follow-up, integrating caregivers into this treatment. An longitudinal and prospective study was carried, with eighth adolescents and families. 86% female, aged 14 to 17 years ( $M = 17.6$ ,  $SD = 1.06$ ), followed in the Psychology Consultation of the Adolescent Medicine Unit of Hospital de Santa Maria. The evaluation protocol included a Structured Clinical Interview (ADIS-C), self (MASC, SCAS, BSQ, CDI and YSR) and hetero - evaluation (CBCL) questionnaires, for anxious and/or depressive symptomatology. In 16 sessions, using the Treatment Manual translated and adapted to Portuguese population, this intervention was innovative as we integrated a session with

caregivers. On the initial evaluation of the symptomatology, results reveal high levels of Generalized Anxiety, Somatic Symptoms and Fear of Physical Damage, moderate depressive symptomatology, as well as a tendency, by the adolescents to overvalue the symptomatology comparatively with the caregivers assessment. After intragroup analysis, we noticed a progressive remission of the symptoms by 71% of the therapeutic group. CBT proves to be a more cost-effective alternative. The group demonstrates the generalization of coping strategies acquired, with large gain in integrating families.

**Keywords:** Anxiety disorders, Adolescence, Pediatric psychology, Cognitive-Behavioral Therapy, Group intervention.

## Introdução

As Perturbações da Ansiedade constituem uma das condições psiquiátricas mais comuns em jovens, com uma taxa de crescimento entre os 9% e os 32% na população pediátrica (Essau & Gabbidon, 2013) e com sérias implicações no seio das relações intrafamiliares (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

Importa salientar que todas as pessoas experienciam algum grau de ansiedade no seu dia-a-dia e que o mesmo pode não ser necessariamente negativo, dado que a ansiedade desempenha a importante função de proteger o organismo contra o perigo (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). A ansiedade pode manifestar-se através de sintomas fisiológicos, tais como o aumento do batimento cardíaco, do ritmo respiratório, da tensão muscular, entre outros (Dias, 2017). Contudo, a ansiedade pode ser disfuncional se os níveis de ansiedade experienciados pelo indivíduo forem desproporcionais em relação à ameaça real, se perduram no tempo (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; Dias, 2017), e/ou se causarem alterações significativas no comportamento (e.g., marcado evitamento dos estímulos ansiogénicos) (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). No âmbito do diagnóstico, importa, igualmente, distinguir o que são medos normativos, que podem estar associados a determinadas etapas do desenvolvimento, e medos irracionais (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Segundo o DSM-5, as Perturbações da Ansiedade caracterizam-se por ansiedade e preocupação persistentes (com duração superior a seis meses) e excessivas, sendo as preocupações desproporcionais em relação ao perigo real. Estas Perturbações podem ter inúmeras denominações, englobando várias categorias diagnósticas e distinguindo-se sobretudo pelas situações temidas, evitadas e/ou pelo conteúdo dos pensamentos e crenças (American Psychiatric Association – APA, 2013; Möller, Majdandžić, Craske & Bögels, 2014). Especificamente, a Perturbação da Ansiedade Generalizada, segundo o DSM-5, caracteriza-se por ansiedade e preocupação persistentes e excessivas relacionadas com vários contextos e situações, e pode manifestar-se através de sintomas

físicos tais como agitação motora, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (APA, 2013). A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado, sendo que estes indivíduos têm dificuldade em controlar a preocupação e evitar a interferência de pensamentos negativos nas tarefas do seu quotidiano (APA, 2013).

Quanto aos fatores de risco, a perturbação pode emergir pela influência de traços de personalidade, fatores ambientais (e.g., familiares, sociais, escolares, entre outros) e/ou genéticos e fisiológicos (Roberts & Steele, 2017). Particularmente, as Perturbações da Ansiedade e a sintomatologia ansiosa podem ter ressonância de sistemas e processos familiares disfuncionais e gestão de competências sociais e emocionais (Strauss et al., 1987; Essau et al., 2000; cit. por Rapee, Schniering & Hudson, 2009).

Em termos de prevalência, estima-se um predomínio da perturbação ( $\geq 12$  meses) em 0.9% dos adolescentes nos Estados Unidos, e entre 0.4 e 3.6% dos adolescentes em outros países; o risco de morbilidade durante a vida, associado a esta problemática, é de cerca de 9%. Adicionalmente, verifica-se uma probabilidade de prevalência da perturbação duas vezes superior em indivíduos do sexo feminino por comparação com indivíduos do sexo masculino (APA, 2013).

Torna-se fundamental avaliar a sintomatologia presente considerando a gravidade, persistência e grau de impacto/interferência dos sintomas no dia-a-dia da criança e do adolescente (Beesdo, Knappe & Pine, 2009) e da respetiva família/cuidadores (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

Especificamente, no Hospital de Santa Maria - CHLN, crianças e adolescentes com este tipo de perturbações identificadas em contexto de Serviço de Urgência de Pediatria beneficiam da intervenção psicológica, a par do despiste e avaliação médica. Este modelo de intervenção psicológica, inovador e pioneiro, em contexto de Serviço de Urgência tem o propósito de atenuar e tratar o intenso mal-estar cognitivo, comportamental e emocional vivenciado pelo indivíduo e respetiva família/cuidadores. O tratamento requer uma intervenção psicoterapêutica posterior em consulta de especialidade, numa perspetiva de complementariedade (Dias-Ferreira, 2016).

A intervenção para a redução da sintomatologia ansiosa considerada disfuncional tem em consideração: (i) o impacto adverso que a perturbação pode ter na vida da criança e do adolescente (e.g., a nível académico) (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998) e dos seus pais/cuidadores (e.g., a nível familiar) (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Ezpeleta, Keeler, Erkanli & Costello, 2001), (ii) a possível comorbilidade com outras perturbações (e.g., depressão) (Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn & Sack, 1997) e (iii) a associação existente entre a Perturbação da Ansiedade na infância e Perturbações da Ansiedade e Depressivas na idade adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998; Woodward & Fergusson, 2001; APA, 2013).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) emerge na literatura como uma abordagem eficaz (Heuzenroeder et al., 2004; Pelland et al., 2011; Seligman & Ollendick, 2011), e frequentemente utilizada, no tratamento das Perturbações da Ansiedade em crianças e adolescentes. O Programa “Coping Cat” constitui um dos primeiros programas manualizado de tratamento destas perturbações na idade pediátrica (Kendall, 1994). Todavia, uma revisão de literatura sugere benefícios nos resultados terapêuticos pela integração das famílias no plano de tratamento. Segundo Barrett, Rapee e Dadds (1996), a Intervenção Cognitivo-Comportamental revela resultados superiores quando inclui os pais/cuidadores no tratamento, verificando-se uma remissão contínua da sintomatologia, a manutenção dos resultados alcançados e a generalização das estratégias aprendidas pelos adolescentes em follow-up de 6 e 12 meses. Da mesma forma, um estudo recente de Walczak e colaboradores (2017) aponta para o pressuposto de que quando as famílias integram ativa e colaborativamente o plano de tratamento para a sintomatologia ansiosa das suas crianças, estas últimas apresentam uma remissão mais significativa em follow-up de 6 meses e 3 anos, em comparação com crianças cujas famílias tiveram uma participação mais limitada no tratamento.

Segundo Ginsburg e Schlossberg (2002), os pais têm um papel importante no desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos, de modo que as intervenções CBT que utilizam uma abordagem familiar revelam-se efetivas na redução da sintomatologia ansiosa. Especificamente, estas intervenções podem incluir fases de Psicoeducação, controlo de contingências, Reestruturação Cognitiva, redução da sintomatologia ansiosa dos pais, melhoria da relação pai-filho e prevenção de recaídas (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

As intervenções nas Perturbações da Ansiedade podem também ocorrer de forma individualizada, mas especificamente as intervenções em grupo suportam uma maior eficácia neste tipo de intervenção (James, Soler & Weatherall, 2005), sendo notória uma redução significativa da sintomatologia associada à perturbação, bem como uma manutenção dos ganhos do tratamento 3 e 6 meses após a intervenção (Pincus, May, Whitton, Mattis & Barlow, 2010).

Com este trabalho, pretende-se avaliar a intensidade e interferência da sintomatologia ansiosa num grupo de adolescentes, nos momentos inicial e final do tratamento, bem como avaliar a eficácia e a manutenção da remissão dos sintomas num follow-up de 6 meses, integrando os pais no plano de tratamento para a otimização e capacitação dos recursos da família.

## **Metodologia**

Efetivou-se um estudo longitudinal e prospetivo, a partir de dados de uma intervenção realizada em grupo no ano 2016/17, de um Tratamento Cognitivo-Comportamental para Perturbações da Ansiedade na Adolescência.

### Participantes

Neste estudo participaram sete adolescentes, 86% dos quais do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos ( $M=17.6$ ;  $DP=1.06$ ), acompanhados na Consulta de Psicologia da Adolescência da Unidade de Medicina do Adolescente, no Departamento de Pediatria, do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte.

O tratamento possibilitou ainda a integração dos Pais numa sessão específica.

A caracterização da amostra de adolescentes que integraram o Grupo Terapêutico encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	N	%	M	SD
Género				
<b>Feminino</b>	6	86		
<b>Masculino</b>	1	14		
Idade				
			17.6	1.06
<b>14</b>	2	28.57		
<b>16</b>	4	57.14		
<b>17</b>	1	14.29		
<b>TOTAL</b>	7	100		

### Instrumentos

Para avaliar a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, foram utilizados questionários de auto e hétero-avaliação, traduzidos e adaptados para a população portuguesa em contexto académico. Nomeadamente, 1) a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC ou Multidimensional Anxiety Scale for Children) proposta por March e colaboradores (1997; cit. por Salvador, M.-C. et al., 2017), para avaliar sintomas e dimensões da ansiedade em crianças e adolescentes e com 39 itens avaliados numa escala tipo Likert que varia entre 0 (“Nunca”) e 3 (“Muitas Vezes”). Esta escala divide-se em quatro fatores principais (i) Sintomas Físicos (Tensão/Inquietude e Somático/Autonómico), (ii) Evitamento/Medo do Perigo (Perfeccionismo e Mecanismos de Coping Ansiosos), (iii) Ansiedade Social (Humilhação/Rejeição e Desempenho Público), e (iv) Ansiedade de Separação. Quanto à sua validade, a escala demonstra uma boa consistência interna para a globalidade dos itens e fatores (entre 0.74 e 0.90), uma forte validade convergente e boa confiabilidade no teste-reteste (Baldwin & Dadds, 2007; March, Sullivan & Parker, 1999); Rynn et al., 2006; cit. por

Salvador, M.-C. et al., 2017); 2) a Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS ou Spence Children's Anxiety Scale) de Spence (1997/1998; cit. por DeSousa et al., 2014), para a avaliação da sintomatologia ansiosa em crianças e adolescentes e com 44 itens avaliados numa escala tipo Likert que varia entre 0 ("Nunca") e 3 ("Sempre"). Da globalidade dos itens, podemos dividi-los em seis sub-escalas (i) Ansiedade Generalizada, (ii) Ansiedade de Separação, (iii) Fobia Social ou Perturbação de Ansiedade Social, (iv) Pânico/Agorafobia, (v) Problemas Obsessivo-Compulsivos, e (vi) Medo de Danos Físicos (Fobias Específicas); seis itens são utilizados para reduzir o viés de resposta, não sendo contabilizados. Esta Escala revela, também, boas qualidades psicométricas (DeSousa et al., 2014); 3) o Questionário de Sensações Corporais (BSQ ou The Body Shape Questionnaire) de Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987), para a avaliação da preocupação dos sujeitos com a sua imagem corporal e com um total de 34 itens, avaliados segundo uma escala tipo Likert que varia entre 1 ("Nunca") e 6 ("Sempre"). Este questionário demonstra boas qualidades psicométricas e boa validade convergente; 4) o Questionário de Autoavaliação para Jovens (YSR ou Youth Self-Report), proposto por Achenbach (1991; Pimenta, Leal, Maroco & Rosa, 2012), avalia as competências sociais e os problemas de comportamento das crianças e dos adolescentes, tal e qual como estes são percebidos pelo próprio. Este questionário divide-se em duas partes (i) com 17 itens acerca das competências, atividades e interesses sociais do sujeito e (ii) com 119 itens a propósito dos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais, nos últimos seis meses, segundo uma escala tipo Likert que varia entre 0 ("Não Verdadeira") e 2 ("Muitas Vezes Verdadeira"); e 5) o Inventário de Depressão Infantil (CDI ou Children's Depression Inventory), proposto por Kovacz (1992; cit. por DeSousa et al., 2014) para avaliar sintomatologia depressiva em crianças e jovens, com 27 itens avaliados numa cotação que varia entre "Abaixo da Média" e "Acima da Média" e com 13 itens a inverter (itens 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 e 25). Estudos têm vindo a demonstrar boas qualidades psicométricas para este inventário (DeSousa et al., 2014).

No que respeita à medida de hétero-avaliação, foi utilizado o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL ou Children Behavior Checklist), preenchido pelos pais. Desenvolvido por Achenbach e Rescola (2001), para avaliar especificamente a presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva nos adolescentes, conta com 99 itens avaliados numa escala tipo Likert que varia entre 0 ("Não Verdadeira") e 2 ("Muito Verdadeira/Frequentemente Verdadeira"). Esta medida integra fatores que avaliam Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperatividade/problemas de Atenção, Depressão, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade e Pensamento Obsessivo-Compulsivo (Wielewicky, Gallo & Grossi, 2011).

Importa referir que em todos os instrumentos de avaliação deste protocolo, a pontuação obtida pelo somatório da cotação dos itens com valores mais elevados indicam um maior nível de gravidade e/ou de preocupação.



### *Procedimento*

Foi aplicada a Entrevista Clínica Estruturada (ADIS-C ou Anxiety Disorders Interview Schedule) na consulta de primeira vez com o objetivo de triar e estabelecer critérios de inclusão e de integração para o Grupo Terapêutico. Foi, ainda, administrado o protocolo de avaliação com os instrumentos supracitados, estabelecidos para este tratamento de ansiedade.

A intervenção decorreu, posteriormente, em 16 sessões com uma duração média de 90 minutos cada e com uma regularidade que variou entre semanal e quinzenal, em conformidade com as necessidades e adaptações aos horários escolares dos elementos do grupo. Recorreu-se, para o efeito, ao Manual de Tratamento Cognitivo-Comportamental (Programa “Coping Cat”), traduzido e adaptado para a população portuguesa, com ajustamento à realidade e ao contexto clínico e à intervenção na adolescência (Kendall, 1994).

O tratamento dividiu-se em seis fases complementares, designadamente: 1) Psicoeducação, na qual foi explicado o Racional e explorada a gênese e a manutenção da sintomatologia; 2) Ensino e Treino de Estratégias adequadas, para a diminuição do mal-estar experienciado e da própria sintomatologia; 3) Elaboração e Interpretação dos pensamentos e emoções expressos pelos adolescentes; 4) Exposição a situações alusivas às dificuldades demonstradas por cada adolescente, de uma forma gradual, sistemática e prolongada; 5) Integração e Generalização das estratégias recém-adquiridas; e finalmente, 6) Prevenção de recaídas (Kendall, 1994).

Esta intervenção, que se pretendeu inovadora, integrou, a meio do tratamento (8<sup>a</sup> sessão), uma sessão com os adolescentes e os pais, dando espaço e incluindo aspetos do contexto e do ambiente intrafamiliar. Neste programa, as sessões com as famílias possibilitaram a aprendizagem, identificação e monitorização, dando lugar a uma atitude disposicional a propósito da contenção da sintomatologia vivenciada. Por outro lado, puderam experimentar-se enquanto modelo suficientemente capaz de conter, estruturar e reorganizar a perceção de autocontrolo dos adolescentes face à sintomatologia ansiosa (Rapee, Schniering & Hudson, 2009).

### **Resultados**

A avaliação inicial revelou elevados níveis de ansiedade generalizada, de sintomas somáticos e de medo específico de danos físicos e sintomatologia depressiva moderada. Estes resultados são concordantes com as reações fisiológicas das Perturbações da Ansiedade e dificuldade em controlar a preocupação e evitar pensamentos negativos (APA, 2013).

Concomitantemente, utilizaram-se três medidas de auto-relato para avaliação de sintomatologia ansiosa inicial e final apresentada pelos sete adolescentes, as

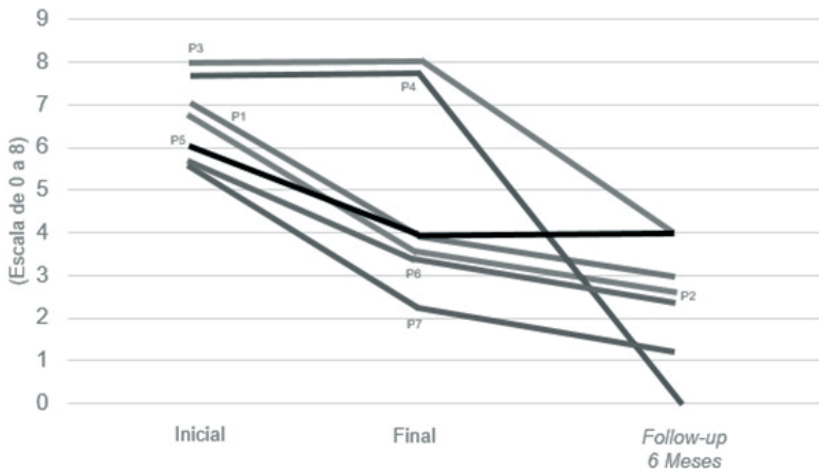


quais: (1) avaliação da intensidade da sintomatologia ansiosa experienciada; (2) interferência da sintomatologia ansiosa na vida e no quotidiano dos sujeitos; e (3) Expetativa dos adolescentes a propósito do tratamento proposto.

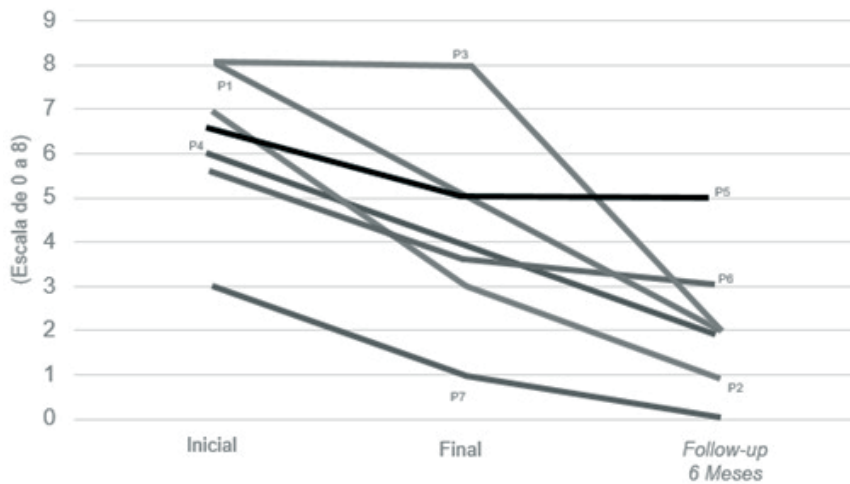
De um modo geral, verificou-se uma intensidade elevada da sintomatologia ansiosa e elevada interferência da mesma no quotidiano dos adolescentes. Estes resultados validaram o impacto negativo da problemática no quotidiano dos adolescentes (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; APA, 2013) e respetivos pais (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Ezpeleta, Keeler, Erkanli & Costello, 2001; Ginsburg & Schlossberg, 2002).

Emerge a pertinência de uma intervenção específica para tratamento desta perturbação. Como referido anteriormente, foi utilizada uma CBT em grupo, dirigida não só aos adolescentes, mas integrando, também, os pais na intervenção.

No que concerne à intensidade, os resultados evidenciaram um decréscimo gradual da intensidade da sintomatologia ansiosa desde o início do tratamento até ao momento de follow-up (6 meses após a intervenção). Após uma análise intragrupal, verificou-se que 71% da amostra clínica revelou remissão progressiva dos sintomas, desde o início do tratamento até ao follow-up (Figura 1 - ver Anexo A).

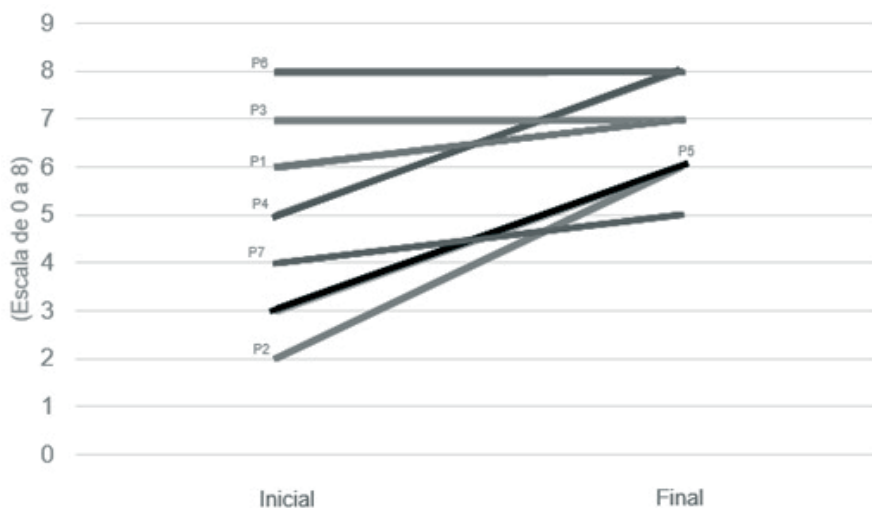


A avaliação da interferência da sintomatologia, isto é, de que modo e em que medida a sintomatologia ansiosa tem impacto no dia-a-dia destes adolescentes (e.g., nas salas de aulas; nas relações com os pares/familiares), verificou-se que, com este tipo de abordagem, os adolescentes realizam as tarefas do quotidiano com níveis mais baixos de ansiedade por comparação com o momento inicial da intervenção - num continuum/espectro decrescente no follow-up de 6 meses (Figura 2 - ver Anexo B), de forma que a sintomatologia ansiosa deixa de ser desadaptativa, e torna-se funcional (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).



Coerentemente com a literatura, estes dados suportam a eficácia de uma intervenção segundo a CBT para o tratamento das Perturbações da Ansiedade (Heuzenroeder et al., 2004; Pelland et al., 2011; Seligman & Ollendick, 2011) e, especificamente, a eficácia de uma intervenção em grupo para o tratamento desta problemática (James, Soler & Weatherall, 2005), evidenciando-se uma redução significativa da sintomatologia associada à perturbação, bem como uma manutenção dos ganhos do tratamento 6 meses após a intervenção (Pincus, May, Whitton, Mattis & Barlow, 2010).

Esta abordagem é validada pelo aumento gradual (ao longo da intervenção) das expectativas dos adolescentes em relação ao Tratamento (Figura 3 - ver Anexo C).



Sabemos que nas Perturbações da Ansiedade, o contexto no qual o indivíduo se insere impacta fortemente na valorização/desvalorização dos sintomas, podendo ser atribuído um sentido orgânico ou físico ao mal-estar vivenciado. Assim, um dos propósitos desta intervenção passou pela promoção de uma melhor exploração e compreensão da natureza psicológica deste tipo de sintomatologia.

É possível observar uma relação entre a expectativa que os adolescentes demonstraram face ao Tratamento Cognitivo-Comportamental e a motivação para o mesmo, sendo que quanto maior a expectativa que o indivíduo possui em relação ao tratamento, maior a sua motivação para a intervenção e maior o significado atribuído ao Tratamento (Greenberga, Constantino & Bruce, 2006).

Os resultados corroboram os benefícios da integração das famílias no tratamento, verificando-se uma remissão contínua da sintomatologia, bem como a manutenção dos resultados e a generalização das estratégias aprendidas pelos adolescentes, em follow-up de 6 meses (Barrett, Rapee & Dadds, 1996). Contudo, importa ressaltar a evidência de uma tendência de sobrevalorização da sintomatologia por parte dos adolescentes, em comparação com a avaliação dos pais, com os adolescentes a reportar elevados níveis de sintomatologia ansiosa, e os pais a reportar níveis médios da mesma sintomatologia. Esta tendência remete para a experiência/vivência subjetiva e interna do adolescente da problemática, a qual não é diretamente observável pelos pais e, como, tal, pode ser desconsiderada nas percepções dos mesmos em relação à sintomatologia ansiosa experienciada pelos filhos. Por outro lado, verifica-se concordância entre as percepções dos adolescentes e dos pais no que respeita a elevados níveis de ansiedade e sintomas somáticos, o que pode ser justificado pelo referido anteriormente, e pela tendência para a desvalorização do mal-estar psicológico e primazia dos sintomas físicos e causas orgânicas sobre os fatores psicológicos e emocionais.

O presente estudo valida a eficácia da CBT em grupo no Tratamento de Perturbações da Ansiedade na Adolescência, bem como é inovador na medida em que integrou estes pais na intervenção, adotando uma abordagem holística. Adicionalmente, os resultados demonstraram a existência de benefícios terapêuticos associados à implementação desta abordagem de tratamento. No entanto, este estudo possui limitações, como a reduzida amostra, dado o foco em apenas um grupo de intervenção com sete participantes, que apesar de ser uma amostra clínica, pode condicionar a generalização dos resultados. Por outro lado, este estudo não possui um grupo de controlo, o que tem implicações na interpretação dos resultados, pela possível interferência de outros fatores que não a intervenção terapêutica.

Investigações futuras poderão replicar os resultados deste estudo com diferente robustez na monitorização da avaliação da sintomatologia, tal como a utilização de um Tratamento Cognitivo-Comportamental, como o que apresentámos, com recurso à utilização das novas tecnologias. Um estudo de

Vigerland e colaboradores (2017), demonstra benefícios a longo-prazo deste tipo de intervenção para a sintomatologia ansiosa. Igualmente, podemos conceptualizar a utilização das tecnologias como uma aplicação interativa e de comunicação que promove a melhoria na saúde e na prestação de serviços de saúde a crianças, adolescentes e famílias (Pelermo & Wilson, 2009; cit. por Roberts & Steele, 2017).

Adicionalmente, e considerando a carência de estudos a propósito da experiência subjetiva e interna dos adolescentes com Perturbação da Ansiedade, torna-se pertinente estudar este tema, abrangendo as perceções dos pais/cuidadores em relação à sintomatologia ansiosa dos filhos e realizando uma comparação de ambas. A utilidade do estudo prende-se com a importância de consciencializar e sensibilizar as famílias de crianças/adolescentes, para a experiência interna da criança/adolescente relativamente à sua problemática, com o intuito de aumentar o suporte familiar e, assim, obter melhores resultados terapêuticos. Por outro lado, será importante uma melhor compreensão dos benefícios associados à inclusão da família (i.e., pais/cuidadores) no tratamento de Perturbações da Ansiedade na adolescência.

## Conclusão

O Tratamento Cognitivo-Comportamental revela-se uma alternativa de melhor relação custo-eficácia e a realizar na redução das Perturbações da Ansiedade. Concretamente, este grupo evidencia a manutenção e a generalização de estratégias de coping adquiridas ao longo da intervenção para situações do seu quotidiano. Verificou-se benefício da integração dos pais neste tipo de abordagem, na medida em que estes podem atuar como parceiros na intervenção global e contribuir para o decréscimo da sintomatologia, aumentando uma sensação de autocontrolo percebida pelos adolescentes e pelas próprias famílias.

## Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baldwin, J. S., & Dadds, M. R. (2007). Reliability and Validity of Parent and Child Versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children in Community Samples. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 252-260.
- Barrett, P., Rapee, R., & Dadds, M. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333-342.

- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524.
- Cooper, P.J., Taylor, J., Cooper, Z., & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- DeSousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C. S., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S. H. (2014). Psychometric properties of the Brazilian-Portuguese Version of the Spence Children's Anxiety Sclae (SCAS): Self- and parente-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 427-436.
- Dias, C. (2017) Aprender a Relaxar. Gapsi – Gabinete de Apoio Psicopedagógico. Retirado de <http://www.utad.pt/vPT/Area2/autad/tutoria/Documents/Relaxamento.pdf>
- Dias-Ferreira, P. (2016). *Intervenção Psicológica no Serviço de Urgência Pediátrica*. Lisboa: Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), EPE.
- Essau, C. A., Conrardt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.
- Essau, C. A., & Gabbidon, J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. In: Essau CA, Ollendick TH, Eds. *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* (1st Ed., 23-42). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., & Costello, E.J. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *The Journal of Child Psychology Psychiatry*, 42(7), 901-914.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social Anxiety in Children with Anxiety Disorders: Relation with Social and Emotional Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (3), 175-185.
- Ginsburg, G., & Schlossberg, M. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154
- Greenberga, R. P., Constantino, M. J., Bruce, N., 2006. Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, ..., & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group*, 2-26.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1),

- 100-110.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 377-394.
- March, J. S., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-Retest Reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
- Möller, E., Majdandžić, M., Craske, M. G., & Bögels, S. M. (2014). Dimensional assessment of anxiety disorders in parents and children for DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 331-344.
- Pelland, M.-E., Marchand, A., Lessard, M.-J., Belleville, G., Chauny, J.-M., Vadeboncoeur, A., ..., & Lavoie, K. L. (2011). Efficacy of 2 interventions for panic disorder in patients presenting to the ED with chest pain. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(9), 1051-1061.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Rosa, B. (2012). Validação do Body Shape Questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia-idade. Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G., & Barlow, D. H. (2010). Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder in Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 638-649.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Roberts, M. C., & Steele, R. G. (2017). *Handbook of Pediatric Psychology* (5th Ed.). New York: Guildford Press.
- Salvador, M.-C., Matos, A. P., Oliveira, S., March, J. S., Arnarson, E., Carey, S. C., & Craighead, W. E. (2017). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): Propriedades Psicométricas e Análise Fatorial Confirmatória numa Amostra de Adolescentes Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 45(3), 33-46.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238.
- Vigerland, S., Serlachius, E., Thulin, U., Andersson, G., Larsson, J.-O., & Ljótsson, B. (2017). Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioural therapy for childhood anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 67-75.
- Walczak, M., Esbjørn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2017). Parental

- Involvement in Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety Disorders: 3-Year Follow-Up. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(3), 444-454.
- Wielewicki, A., Gallo, A. E., & Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas em Psicologia*, 19(2), 513-523.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.