

Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica*

Marina Cunha

As perturbações de ansiedade, actualmente também consideradas, do ponto de vista clínico, no campo da infância e adolescência, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), são muito frequentes e constituem o principal motivo de consulta em contextos de saúde mental infantil. Estudos epidemiológicos recentes (nomeadamente anglo saxónicos) têm reforçado este dado, ao revelarem a elevada taxa de prevalência das perturbações ansiosas nesta faixa etária (Essau, Conradt e Petermann 2000; Verhulst 2001; Wittchen, Nelson e Lachner 1998). No entanto, nem sempre a ansiedade beneficiou deste estatuto clínico que lhe é hoje atribuído.

Longe de pretender fazer aqui uma análise histórica exaustiva, e seguindo de perto o percurso proposto por Treffers e Silverman (2001), é possível constatar que a ansiedade nas crianças e adolescentes nem sempre foi reconhecida enquanto um sintoma ou condição psiquiátrica. Influenciados, naturalmente, pelos progressos no campo da psiquiatria dos adultos, os modelos de compreensão e de intervenção da ansiedade na infância e adolescência acabaram por constituir uma linha de desenvolvimento própria para a qual contribuíram diversos factores (Treffers e Silverman 2001).

* Este artigo é uma adaptação de parte da dissertação de Doutoramento intitulada 'Ansiedade Social na Adolescência: Avaliação e Trajectórias de Desenvolvimento', apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra em 2005.

Antes do século XIX, a ansiedade nas crianças era, basicamente, uma preocupação e alvo de interesse no domínio da educação. Apenas no século XIX, período durante o qual a psiquiatria se desenvolveu enquanto disciplina independente, a ansiedade nas crianças passou a ser vista, primeiro, com 'um factor de vulnerabilidade' adquirido, mais tarde, na segunda metade do século, o estatuto de sintoma e de perturbação psiquiátrica.

As últimas décadas do século XX e início deste século têm sido marcados pelo desenvolvimento da ciência em geral, nomeadamente no campo das ciências humanas, onde a articulação de diversos campos de conhecimento, como a neurobiologia, psicologia e psiquiatria, tem sido responsável por modelos conceptuais mais complexos, desencadeadores de investigações mais fecundas no conhecimento das perturbações ansiosas na infância e adolescência.

O presente artigo tem como objectivo centrar a atenção sobre a manifestação de perturbações ansiosas na infância e adolescência, iniciando-se com uma evolução da importância dada à ansiedade neste ciclo de vida específico. Segue-se uma leitura desenvolvimental da ansiedade e das perturbações de ansiedade que procura compreender este fenómeno, à luz dos processos desenvolvimentais adaptativos, integrando perspectivas biológicas, ambientais e relacionais. Numa análise diferente, a abordagem fenomenológica irá caracterizar as diferentes perturbações de ansiedade reconhecidas pelo DSM, apresentando as suas características definidoras e incluindo dados sobre a sua prevalência. Por último, é ainda revisto o tópico referente à continuidade ou descontinuidade das perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes, questão pertinente pelas implicações ao nível da prática clínica.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Aforismos, da autoria de Hipócrates (460 370 AC), é um dos primeiros escritos onde se pode encontrar uma referência à ansiedade nas crianças. Nesta obra, Hipócrates apontava os medos como uma, entre outras, das doenças típicas dos recém nascidos e crianças.

Na Idade Média, a ansiedade nas crianças foi também alvo de atenção, nomeadamente no círculo educacional. Desta altura, existem diversos livros sobre a forma de educar que apresentam descrições de problemas de comportamento e problemas emocionais, incluindo a timidez, recusa à escola e ansiedade (Wardle 1991). Concretizando,

assustar ou provocar medo nas crianças era visto como um aspecto relevante na sua educação, especialmente quando esta envolvia um contexto religioso (Shahar 1990). Em termos de cuidados ou tratamento das crianças que sofriam de perturbações, neste período, aqueles estavam, principalmente, a cargo da igreja que promovia diferentes santos, consoante as regiões, como patronos de uma ou mais doenças. O santo patrono para a epilepsia era também o santo patrono para as convulsões na infância, medos e problemas de desenvolvimento em geral das crianças.

O século XVI permaneceu, em grande medida, na sombra da queima das bruxas, fazendo também vítimas as crianças que sofriam de problemas psiquiátricos. O holandês Johann Weyer, um dos primeiros autores da psiquiatria infantil, desempenhou um papel importante na atribuição dos cuidados das doenças mentais ao domínio médico e conseqüente afastamento do clérigo desta tarefa (Stone 1973).

No século XVII, começou a perder terreno a ideia de que as perturbações mentais eram causadas por forças satânicas e surgiram, paralelamente, obras relevantes no domínio dos medos e ansiedade na infância. Destaca-se o trabalho do inglês Robert Burton sobre a melancolia, no qual o autor chamou a atenção para as múltiplas causas da melancolia, entre as quais, a hereditariedade e o papel da educação.

No final do século XVIII, foi publicado o artigo 'On the Different Species of Phobia', escrito pelo americano Benjamin Rush (Rush 1798, citado por Teffers e Silverman 2001), que contém a primeira descrição da ansiedade fóbica em crianças.

Mais tarde, já no início do século XIX, foi publicada outra obra de Rush, intitulada *Medical Inquiries and Observations, upon the Diseases of the Mind*, na qual se encontra uma discussão exaustiva dos medos na infância, assim como o tratamento para os mesmos, inovador para a época, embora, actualmente, familiar. No seu capítulo referente aos medos, Rush defende uma função adaptativa dos medos: 'Há muito perigo e mal no nosso mundo, de modo que a paixão do medo foi implantada nas nossas mentes pelo propósito sábio e benevolente de nos defender deles' (Rush 1812: 325; citado por Teffers e Silverman 2001). No que respeita ao tratamento dos medos, Rush focou a importância da educação e de medidas preventivas precoces: 'O medo que é excitado pela escuridão pode ser facilmente ultrapassado por um modo adequado de educação, nos primeiros anos de vida. Este consiste em impelir as crianças a irem para a cama sem uma vela, ou não permitindo que a companhia de um adulto perma-

neça junto delas até caírem no sono' (ibidem: 332; citado por Treffers e Silverman 2001).

A primeira metade do século XIX é, ainda, caracterizada pelo domínio de uma perspectiva das perturbações psiquiátricas nas crianças e jovens muito influenciada pelas ideias oriundas da psiquiatria de adultos. Neste período, foram especialmente notórios os trabalhos que procuraram distinguir a idiotia de perturbações psiquiátricas na infância. O psiquiatra francês Esquirol foi um dos que mais se destacou nas primeiras décadas deste século, apontando algumas causas das perturbações psiquiátricas na infância e adolescência. Assim, segundo este autor, a hereditariedade e a educação eram dois aspectos importantes no desenvolvimento da insanidade. Por exemplo, o comportamento da mãe (experiências de fortes emoções) durante a gravidez, a escolarização, se iniciada muito cedo e muito exigente, e a masturbação eram alguns dos factores apontados como importantes no desenvolvimento de sintomas ou perturbações psiquiátricas.

Acreditava-se, também, que as perturbações mentais na infância eram pouco frequentes, devido à fragilidade da organização cerebral própria das crianças, que, segundo esta persuasão, não seria capaz de tolerar uma doença grave sem uma perda total de faculdades psicológicas, ou sem expor a criança a sérios riscos de vida. De acordo com Esquirol, a baixa prevalência das doenças mentais nas crianças era explicada pela ausência de paixões durante esta etapa de vida. Somente mais tarde, no período da puberdade, o aparecimento dos sentimentos e paixões iria perturbar a existência moral do homem, podendo originar novas vontades e levar à insanidade.

Apesar de, neste período específico, pouca atenção ter sido dada à ansiedade e respectivas perturbações, Esquirol já salientava que o crescimento e educação das crianças não deveria ser baseado no medo. O medo ou a ansiedade eram vistos não como uma perturbação, mas como algo que poderia estar na base do aparecimento, mais tarde, durante a puberdade, de uma doença mental. Neste sentido, a ansiedade era conceptualizada, por Esquirol, como uma vulnerabilidade, ou seja, como algo a partir da qual se poderia desenvolver a psicopatologia.

Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria de crianças e adolescentes começa a adquirir a forma de uma disciplina específica. Para tal, contribuíram os avanços conseguidos no domínio da pediatria. Os médicos ingleses West e Maudsley, o americano Savage e o psiquiatra alemão Emminghaus são alguns dos nomes que mais se destacaram no desenvolvimento da psiquiatria infantil e juvenil. Nas

obras destes autores, está bem patente a preocupação em diferenciar e operacionalizar as causas dos problemas psiquiátricos nas crianças e adolescentes. Por exemplo, já não se fala apenas na hereditariedade da doença, mas no papel da hereditariedade na determinação do temperamento. Outros factores, como o papel de doenças de um dos pais, alcoolismo nos pais, complicações obstétricas, doença da mãe durante a gravidez, passam a ser considerados no aparecimento das perturbações mentais. Mais revolucionárias, para a época, são as ideias de Savage e West acerca da influência do temperamento da criança nos estilos parentais e da contribuição dos pais na manutenção das perturbações da criança. Durante este período, assiste-se a várias descrições de sintomas e perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes, assim como é sugerida uma relação entre ansiedade e temperamento, considerando-se que a ansiedade desempenha um papel importante nas doenças mentais.

Este desenvolvimento, no campo científico e clínico, manifestou-se numa tentativa de classificação das doenças mentais. Como tal, as perturbações de ansiedade foram incluídas pela primeira vez no sistema de classificação da psiquiatria infantil de Cohn (1883, citado por Treffers e Silverman 2001).

As últimas décadas do século XIX testemunharam o aparecimento das primeiras publicações sérias e sistemáticas no campo da psicologia infantil. O interesse pelo desenvolvimento infantil foi fortemente influenciado pela teoria da evolução de Darwin. Preyer, bem como Alfred Binet e Stanley Hall, estes últimos já no virar do século, foram alguns dos nomes que contribuíram decisivamente nestes primeiros passos do movimento sobre o desenvolvimento infantil. Preyer (segundo Treffers e Silverman 2001), no seu livro intitulado *Die Seele des Kindes (A Mente da Criança)* oferece um tipo de explicação etológica para os medos infantis, atribuindo os diversos medos das crianças a um *receio herdado* ou a uma *memória inata*.

Por sua vez, Binet e Hall foram responsáveis por uma série de estudos sobre a ansiedade nas crianças e adolescentes. Estes estudos foram baseados em informações de crianças, jovens e professores recolhidas através de múltiplos questionários sobre as fontes de ansiedade nas crianças. Mais importante que os resultados em si, foram as conclusões e as ideias a que conduziram. Ambos os investigadores salientaram as diferenças individuais, entre as crianças, relativamente ao grau em que desenvolvem comportamentos de ansiedade.

No que respeita à conceptualização da ansiedade, assistiu-se, ao longo das últimas décadas, a uma evolução consistente. Conceitos

que tinham sido desenvolvidos por determinados autores em séculos anteriores – hereditariedade e temperamento, educação, masturbação, aprendizagem na escola e acontecimentos de vida – tornaram-se tema de uma cuidadosa e sistemática investigação. Conjuntamente, a reflexão sobre estes conceitos começou a mover-se de um ponto de vista relativamente simples para uma perspectiva mais complexa que enfatiza a interacção dos vários conceitos. Por exemplo, a ansiedade e as suas perturbações começaram a ser vistas como o resultado da interacção entre acontecimentos de vida e factores temperamentais.

Somente cerca de cinquenta anos depois do reconhecimento da ansiedade na psiquiatria e psicologia, esta se tornou um conceito central na teoria psicanalítica, a qual influenciou, profundamente, a psicologia e a psiquiatria, durante décadas, no século XX. Na teoria psicanalítica, o interesse pela ansiedade observável baseia-se no facto de esta ser vista como a suposta mediadora da psicopatologia em geral. Nas palavras de Klein (1981: 235): ‘A teoria americana de psicopatologia predominante, em 1959, era que toda a psicopatologia vinha na sequência da ansiedade, a qual, por sua vez, era causada por um conflito intrapsíquico’.

A partir dos anos 1960, com a emergência da investigação científica na psicofarmacologia, neurobiologia e ciências comportamentais, o interesse pela ansiedade observável e perturbações da ansiedade ressurgiu. Assim, ‘velhas’ questões, como a hereditariedade, temperamento, educação, voltaram a ser novamente questionadas, gerando novos desenvolvimentos. Perspectivas como as da masturbação ou da aprendizagem na escola, consideradas como causadoras de psicopatologia, foram totalmente abandonadas. Novos conceitos ou questões foram colocados nas últimas décadas do século XX. Por exemplo, o significado da cognição na emoção e nas perturbações emocionais só mais recentemente aparece desenvolvido de forma articulada. É, ainda, reconhecida a obra de Bowlby na linha da etologia, onde o significado das experiências precoces no desenvolvimento ulterior é conceptualizado de uma forma completamente diferente da perspectiva freudiana. A causalidade dá lugar a processos transaccionais e contextuais. O contexto é alargado, no sentido de incluir não apenas a família, mas também a criança no seu contexto com o grupo de pares.

Na área clínica, o aparecimento e constantes afinações dos sistemas de classificação nosológica, nomeadamente as últimas versões do DSM (DSM IV; American Psychiatric Association 1994) e ICD (ICD

10; World Health Organization 1992) têm sido responsáveis por um progresso relevante no domínio da psicopatologia e tratamento infantil. A evolução destes sistemas de classificação de doenças mentais permitiu aos investigadores clínicos e epidemiológicos desenvolver entrevistas estruturadas ou semi estruturadas para o estabelecimento de diagnósticos dos problemas emocionais e de comportamento das crianças. Por sua vez, o aparecimento destes instrumentos de avaliação tem conduzido ao desenvolvimento de estudos sobre a fidelidade do diagnóstico na infância e adolescência. Em síntese, a área das perturbações ansiosas nas crianças tem sido modificada de forma a incorporar dados novos e a ter em conta factores e vectores que configuram a ansiedade e as suas perturbações, através de múltiplos níveis. Sabemos hoje que as perturbações de ansiedade são dos problemas mentais mais frequentes entre as crianças e adolescentes, com taxas de prevalência entre os 12 e os 20%, estimadas em diferentes estudos americanos e europeus (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler e Angold 2003; Verhulst 2001). Igualmente, investigações recentes têm apoiado, empiricamente, a fidelidade de diagnóstico e a validade externa das perturbações de ansiedade no seu conjunto (Saavedra e Silverman 2002; Silverman, Saavedra e Pina 2001). No entanto, apesar dos progressos científicos na área da compreensão, avaliação e tratamento das perturbações de ansiedade, permanece a necessidade de uma maior investigação, relativamente a distinções mais finas entre as diversas perturbações específicas de ansiedade na infância e adolescência.

PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL DA ANSIEDADE E PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

Analisar a ansiedade e as perturbações ansiosas, do ponto de vista desenvolvimental, significa não só compreender a sua evolução e o seu curso, como também compreender a sua ligação com os processos desenvolvimentais adaptativos. É uma abordagem que tem em conta aspectos desenvolvimentais em idades diferentes, e que ajuda a integrar perspectivas distintas, incluindo perspectivas biológicas e ambientais, bem como individuais e relacionais. Três aspectos fundamentais caracterizam a perspectiva desenvolvimental. O primeiro implica considerar a psicopatologia como um desvio desenvolvimental. No caso do medo e ansiedade, por exemplo, é importante considerar quer as funções usuais destas emoções, quer o curso típico do

desenvolvimento dos medos e ansiedades nas crianças. Só depois é possível examinar como estes processos típicos se tornaram distorcidos. Segundo, do ponto de vista desenvolvimental, a causa é vista como probabilística e não determinista. Finalmente, o desenvolvimento é visto como cumulativo, isto é, hierárquico por natureza. Por outras palavras, os desafios e oportunidades comuns são sempre processados, em termos de padrões de adaptação estabelecidos previamente. Devido a este aspecto cumulativo, é dada especial atenção à adaptação precoce na análise da psicopatologia (Warren e Sroufe 2004).

Ao analisar os medos e as manifestações de ansiedade¹ ao longo da infância e adolescência, constatamos que aqueles vão sofrendo mudanças quantitativas e qualitativas. De uma forma geral, as investigações sugerem uma diminuição (não linear) do número de medos com a idade (Fonseca 1993; Kendall et al. 1991; Ollendick, Grills, Alexander 2001; Sweeney e Pine 2004). É, portanto, habitual as crianças pequenas apresentarem um número relativamente grande de medos subclínicos, enquanto as crianças mais velhas e adolescentes tendem a referir menos medos. Relativamente às diferenças na distribuição por género, parece verificar-se uma maior prevalência de medos nas raparigas (ibidem). Para além de mudanças no número de medos, os dados normativos sugerem que o conteúdo dos medos infantis vai também mudando ao longo do tempo, acompanhando a experiência da criança e a sua crescente percepção da realidade. Estes

¹ Não obstante as reconhecidas distinções entre medo e ansiedade apontadas por diversos autores (Baptista 2000; Barlow, 2002; Beck, Emery e Greenberg 1985; Ollendick, Grills e Alexander 2001; Sweeney e Pine 2004) e da sua relevância teórica, estas expressões são frequentemente utilizadas, tanto na linguagem comum, como na literatura psicológica como sinónimas e tradutoras de um estado emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhado por sintomas de activação fisiológica. Também ao longo da nossa investigação utilizaremos ambas as expressões de forma equivalente.

Sucintamente, na perspectiva das teorias das emoções o medo é considerado como uma emoção básica, central, específica e presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies. Por sua vez, a ansiedade é conceptualizada como uma mistura de emoções na qual predomina o medo (Baptista 2000; Barlow 2002), sendo, como tal, a sua fenomenologia mais variável que a do medo. Pode variar ao longo do tempo ou de acordo com as situações desencadeadoras, sendo, assim, mais vaga, imprecisa e difícil de definir. Também as estruturas neurológicas que estão na sua base parecem ser diferentes segundo a investigação recente conduzida em animais (Damasio, Adolphs e Damasio 2003). Apesar das diferenças entre ansiedade e medo, têm sido desenvolvidas teorias que procuram integrar ambos os conceitos, como é exemplo a perspectiva bio-informacional das emoções (Lang 1993).

medos evoluem de conteúdos globais, imaginários e incontroláveis (por exemplo, monstros, escuro), para conteúdos mais específicos, diferenciados e realistas (por exemplo, rejeição social, insucesso escolar) (Kendall et al. 1991). Apesar de estes factores (nível de desenvolvimento e género) parecerem determinar alguns padrões, no conteúdo e no número de medos, estes são, também, modulados por diferenças individuais (temperamento, contexto, experiências prévias, etc.) e variáveis culturais (Fonseca 1993; Ingman, Ollendick e Akande 1999). A consideração destes dados pode ser útil para a determinação de quando um medo é normal ou patológico e, conseqüentemente, de quando uma intervenção é necessária.

Assim, no quadro evolutivo habitual dos medos, enquanto as crianças mais novas ficam frequentemente receosas, perante pessoas estranhas e uma possível separação ou afastamento daqueles em quem confiam, as mais velhas e adolescentes tendem, de uma forma geral, a focar os seus medos em situações de avaliação escolar e social (testes ou provas na escola, desempenho escolar, aparência física, competências sociais, etc.) (Graziano, DeGiovanni e Garcia 1979). Na sequência normal do desenvolvimento, o embaraço social começa a emergir nos últimos anos da infância e nos primeiros anos da adolescência. Neste período, a criança vai tendo, cada vez mais, capacidades para compreender a complexidade da interacção social, bem como a capacidade de pensar sobre si mesma, enquanto objecto social, vai sendo, cada vez mais, desenvolvida, tornando-se, assim, capaz de recear a avaliação negativa dos outros. A adolescência é apontada, pela maioria das pessoas, como o período de vida mais difícil em termos de experiência de ansiedade social (Cunha e Salvador 2000). Não apenas os adolescentes são particularmente propensos a sentimentos de ansiedade social, mas também os adultos, a quem é diagnosticada uma fobia social, apontam o início dos seus problemas na adolescência (Amies, Gelder e Shaw 1983; Turner e Larkin 1986). Por outro lado, as pessoas referem mais episódios de embaraço durante a adolescência, comparativamente com qualquer outro período de vida (Leary e Kowalski 1995; Miller 2001).

Este aumento de ansiedade social na adolescência é facilmente explicado, se tivermos em conta algumas características próprias deste período. Se, ao longo da infância, a integração social e adaptação da criança à escola desempenham um papel importante no desenvolvimento global, na adolescência, esta aceitação pelos grupos de pares torna-se ainda mais importante. Como vários autores têm observado, a adolescência é caracterizada pela procura constante de um lugar

próprio no sistema social fora da família. Uma vez que a aceitação dos pares depende da forma particular como o indivíduo é percebido, a adolescência é o período no qual as pessoas se tornam, pela primeira vez, seriamente conscientes da importância das impressões que podem causar nos outros. Simultaneamente, os adolescentes são confrontados com uma série de situações novas e desempenho de novos papéis que, compreensivelmente, os deixam inseguros, diminuindo, por sua vez, a sua confiança em conseguir causar a impressão desejada. Por outro lado, a experiência de muitas destas situações novas desenrola-se, pela primeira vez, sem o acompanhamento dos pais ou o apoio de outros adultos. Ainda a acrescentar que as rápidas transformações corporais contribuem também para a incerteza e insegurança do adolescente. Paralelamente a estas mudanças, os pais e colegas tendem a tornar-se mais intolerantes perante comportamentos menos adequados ou erros dos jovens, aumentando, assim, a probabilidade de serem criticados ou ridicularizados. Não é, pois, de admirar que a adolescência apareça como um período de vida especialmente relevante para o aparecimento de ansiedade social (Cunha e Salvador 2000).

No Quadro 1, é apresentado um sumário simplificado de alguns dados desenvolvimentais relevantes e a sua possível relação com as distintas perturbações de ansiedade. É interessante verificar como as perturbações de ansiedade parecem desenvolver-se em conjugação com os correspondentes desafios desenvolvimentais normativos.

Segundo Warren e Soufre (2004), estes dados sugerem que as perturbações de ansiedade:

- 1) se desenvolvem como resultado de dificuldades em dominar os desafios característicos de uma fase desenvolvimental particular;
- 2) comprometem o desenvolvimento nas fases subsequentes;
- 3) podem ser manifestações de uma diátese fundamental, na qual as perturbações são transformadas umas nas outras, à medida que o desenvolvimento progride. A perturbação parece estar associada a certos níveis desenvolvimentais, uma vez que um nível desenvolvimental específico facilita oportunidades para a manifestação de comportamentos particulares que podem ser diagnosticados como uma determinada perturbação de ansiedade.

Quadro 1: Sumário de dados relevantes do desenvolvimento e hipotética relação com as perturbações de ansiedade

Idade	Dados do desenvolvimento	Preocupações e medos comuns	Associação com as perturbações de ansiedade
0-6 meses	- regulação biológica	- resposta de alerta a estímulos ruidosos ou perda de apoio	- reactividade elevada - regulação baixa
6-18 meses	- permanência do objecto - formação das relações de vinculação	- medo de pessoas e situações estranhas - ansiedade de separação	- inibição comportamental - timidez receosa - vinculação insegura
2-3 anos	- exploração do mundo objecto material - individuação e autonomia	- medo de animais	- fobia animal
3-6 anos	- auto-confiança - iniciativa - desenvolvimento do pensamento e representação simbólica	- medo do escuro, criaturas imaginárias, tempestades e perda da figura prestadora de cuidados	- perturbação de ansiedade de separação - timidez por consciência de si mesmo
6-10 anos	- sentido de dinamismo ou competência - ajustamento à escola	- preocupações com ferimentos, perigo físico e escola	- perturbação de hiperansiedade - perturbação de ansiedade generalizada
10-12 anos	- compreensão social - amizades com o mesmo sexo	- preocupações com as amizades	- fobia social
13 ou mais anos	- tomada de perspectiva flexível - início das relações heterossexuais - emancipação - identidade	- preocupações com as relações heterossexuais, independência e planos de vida	- agorafobia - perturbação de pânico

Adaptado de Warren e Sroufe 2004

FENOMENOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA

A fenomenologia refere-se à descrição dos distintos sintomas usados para classificar as perturbações e os aspectos associados a essas perturbações. O DSM é um dos sistemas de classificação mais utilizados na investigação e prática clínica. Desde a sua primeira publicação em 1950, este tem sofrido inúmeras alterações que têm procurado realçar os aspectos desenvolvimentais.

A respeito das perturbações de ansiedade, a última versão do DSM (DSM IV: American Psychiatric Association 1994) exhibe muitas diferenças, em relação às duas últimas versões (DSM III e DSM III R; American Psychiatric Association 1980, 1987). Enquanto as versões anteriores forneciam três categorias distintas de perturbações ansiosas para a infância e adolescência, (i.e., perturbação de hiperansiedade, perturbação evitante e perturbação de ansiedade de separação), a versão actual integrou a perturbação de hiperansiedade e a perturbação evitante nas perturbações de ansiedade para adultos (respectivamente, perturbação de ansiedade generalizada e fobia social). Desta forma, as categorias de perturbações de ansiedade para adultos incluídas nesta última versão (DSM IV) passam, também, a poder ser aplicadas a crianças ou adolescentes. Com excepção da perturbação de pânico (com ou sem agorafobia) e agorafobia sem história de perturbação de pânico, todas as perturbações de ansiedade no DSM IV incluem especificações de diagnóstico para as crianças. A perturbação de ansiedade de separação é, actualmente, o único distúrbio de ansiedade incluído na secção 'Outras Perturbações na Primeira Infância, na Segunda Infância ou na Adolescência'.

Enquanto todas as perturbações de ansiedade são caracterizadas por uma ansiedade excessiva ou inapropriada que causa dificuldades significativas no funcionamento individual, o seu principal aspecto diferenciador é a natureza do estímulo receado e a resposta de ansiedade provocada. Por outro lado, para receber um diagnóstico de perturbação de ansiedade no DSM IV, os sintomas não podem ser melhor explicados por qualquer outra perturbação mental, condição médica ou como resultado do uso de substâncias (American Psychiatric Association 1994).

Na maioria dos estudos de prevalência de doenças mentais (Costello et al. 2003; Verhulst 2001), as perturbações de ansiedade aparecem como as mais frequentes, verificando-se uma tendência para o género feminino apresentar prevalências mais elevadas que o

gênero masculino. Os adolescentes tendem a ter prevalências mais elevadas de Fobia Social e taxas mais baixas de Ansiedade de Separação que as crianças mais novas (Verhulst 2001). No que respeita às diferentes perturbações de ansiedade, vejamos, sucintamente, as características essenciais de cada uma destas perturbações.

O principal aspecto da Perturbação de Ansiedade de Separação é a ansiedade excessiva e recorrente que a criança sente quando é separada ou antecipa ser separada das figuras de vinculação. Na altura da separação, a ansiedade pode aproximar-se do nível de pânico, ultrapassando a que seria de esperar em relação ao desenvolvimento normal da criança. Alguns dos aspectos que, frequentemente, se associam a esta perturbação são: relutância em ir para a escola; ficar sozinho(a); ir para a cama sozinho(a) sem a companhia de um dos pais; assim como a ocorrência de pesadelos que envolvem temas de separação e a expressão de um número de queixas físicas, quando a separação ocorre ou é antecipada (American Psychiatric Association 1994). A prevalência desta condição clínica estimada em amostras de crianças da população geral varia entre 3% e 5% (Anderson, Williams, McGee e Silva 1987; Bird et al. 1988), e entre .01% e 2.4%, em amostras de adolescentes (Bowen, Offord e Boyle 1990; McGee, Feehan, Williams e Anderson 1992).

A Hiperansiedade era caracterizada no DSM III R (American Psychiatric Association 1987), por uma ansiedade generalizada que podia incluir uma preocupação excessiva acerca de acontecimentos ou comportamentos passados ou futuros, preocupação acerca da sua competência escolar ou social, bem como uma auto consciência elevada. Os critérios eram vagos e sobrepunham se aos critérios de outras perturbações, tendo sido esta uma das razões pelas quais esta perturbação foi retirada e integrada, no DSM IV, nos novos critérios para a perturbação de ansiedade generalizada. Os estudos epidemiológicos, realizados com amostras da população geral, revelaram taxas de prevalência que variaram entre 2% e 19% (Anderson et al. 1987; Velez, Johnson e Cohen 1989).

De acordo com os critérios do DSM IV, a Perturbação de Ansiedade Generalizada é, fundamentalmente, caracterizada por uma preocupação excessiva e irrealista acerca de uma variedade de situações (e.g. assuntos da escola, desempenho, impressão que provoca nos outros, saúde da própria criança ou das pessoas importantes para ela, família, acontecimentos relevantes). A inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono são os sintomas mais frequentemente associados a este quadro

nosológico. Três de seis sintomas são necessários para diagnosticar adultos com a perturbação de ansiedade generalizada, mas apenas um dos seis sintomas é necessário para as crianças (American Psychiatric Association 1994). Dada a revisão dos critérios de diagnóstico desta condição na actual versão do DSM, não existem, ainda, muitos dados sobre a sua prevalência em crianças e adolescentes. Contudo, os dados disponíveis apontam para uma prevalência entre 0.04% e 4.2% em amostras da comunidade (Essau et al. 2000; Fergusson, Horwood e Lynskey 1993).

A Fobia Específica é definida como um medo excessivo e irrazoável de determinados objectos, ou situações específicas responsáveis por um elevado desconforto sentido nessas situações ou, ainda, por um evitamento das mesmas, o que provoca limitações funcionais. Ao contrário dos adultos, as crianças podem não perceber que os seus medos são excessivos ou irrazoáveis e manifestam-nos através de choro, birras, comportamentos de imobilidade ou de procura de contacto físico. Para distinguir uma fobia específica dos medos considerados normais – que têm tendência a dissiparem-se com o tempo – é incluído o parâmetro de duração de seis meses para o diagnóstico de fobia específica para crianças com idade inferior a 18 anos (American Psychiatric Association 1994). De acordo com a actual investigação epidemiológica, a fobia específica representa um dos diagnósticos mais frequentes entre as perturbações de ansiedade na infância e adolescência, variando os valores da sua prevalência entre 1.9% e 12.7% (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley e Andrews 1993; Verhulst, van der Ende, Ferdinand e Kasius 1997).

A Fobia Social ou Perturbação de Ansiedade Social é outra das perturbações de ansiedade que, embora possa aparecer nas crianças, é frequente o seu início situar-se na adolescência. É descrita por um medo marcado e persistente de situações sociais ou de desempenho, nas quais a pessoa é exposta a pessoas não familiares ou ao escrutínio. O indivíduo receia agir de forma humilhante ou embaraçosa. As taxas de prevalência indicadas para este quadro clínico têm variado entre 1% e 13.1%, em amostras da população geral (Kessler et al. 1994; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn e Sack 1997). Actualmente, existe um corpo crescente de estudos (Black e Uhde 1992, 1995; Manassis et al. 2003; Yeganeh, Beidel, Turner, Pina e Silverman 2003) que aponta para o mutismo selectivo ser um tipo de fobia social. O mutismo selectivo é caracterizado por o indivíduo não falar em situações sociais específicas (e.g., escola), apesar da capacidade de falar noutras situações (e.g., casa). Os sintomas devem persistir durante,

pelo menos, 1 mês e causar interferência no funcionamento ou comunicação com os outros.

O DSM IV distingue a Perturbação de Pânico com e sem agorafobia, assim como agorafobia com e sem história de pânico. A perturbação de pânico sem agorafobia é caracterizada por episódios espontâneos e recorrentes de pânico, seguidos da preocupação persistente, durante pelo menos 1 mês, de poder vir a ter outro ataque, ou acerca das consequências do ataque, ou de uma mudança no comportamento relacionada com o ataque (American Psychiatric Association 1994). A perturbação de pânico com agorafobia é caracterizada por ataques de pânico inesperados e recorrentes e pela presença concomitante de agorafobia, que é a ansiedade ou o evitamento de lugares ou situações nos quais a fuga pode ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais possa não ter ajuda, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico. Embora estas perturbações possam ocorrer entre os adolescentes, permanece pouco claro se a sua ocorrência e natureza é semelhante nas crianças. Até à data, esta perturbação de ansiedade é pouco conhecida na infância, sendo considerada uma das perturbações raras neste período de vida (Ollendick et al. 2001). Os estudos realizados com amostras de adolescentes da comunidade apontam para uma prevalência da ordem de 1% (Hayward e Essau 2001).

A Agorafobia Sem História de Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de agorafobia e de sintomas semelhantes ao pânico, sem história de ataques de pânico inesperados.

A Perturbação Obsessivo Compulsiva é caracterizada por obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens involuntários) que ocorrem, frequente e repetidamente, originando grande desconforto ou ansiedade, e ou compulsões (comportamentos repetitivos ou actos mentais) que servem para neutralizar a ansiedade. No caso das crianças, estas podem não reconhecer que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. Lavagens, verificações e rituais de ordenação são particularmente comuns em crianças. Apesar de, previamente, se pensar que a perturbação obsessivo compulsiva seria relativamente rara na população em geral, estudos realizados com amostras de adolescentes, na Nova Zelândia e nos Estados Unidos, indicam valores entre 3 e 4% (Douglass, Moffitt, Dar, McGee e Silva 1995; Valeni Basile, Garrison, Jackson, Waller e McKeown 1993).

A Perturbação de Pós Stress Traumático resulta da experiência ou testemunho de um acontecimento que é percebido como ameaçador ou perigoso e que envolve uma resposta de medo intenso, sentimen-

to de desespero e impotência, bem como a manifestação de um comportamento desorganizado ou agitado. A persistência de sintomas de activação e de comportamentos de evitamento de estímulos associados ao acontecimento são características desta perturbação. Em crianças muito novas, sonhos perturbadores acerca do acontecimento podem transformar-se em pesadelos generalizados acerca de monstros, da salvação de outras pessoas, ou ameaças a si ou aos outros. A revivência do trauma pode, no caso da crianças, ocorrer através de brincadeiras repetidas. Relativamente à prevalência desta condição em crianças e adolescentes da comunidade, os valores têm variado entre 1.2% e 6.3% (Fisher et al. 1993; Giaconia et al. 1995). A Perturbação Aguda de Stress é caracterizada por sintomas semelhantes aos da Perturbação Pós stress Traumático que ocorrem imediatamente como consequência de um evento extremamente traumático.

As perturbações de ansiedade na infância e adolescência não aparecem isoladas, mas sim como parte de um quadro mais alargado de outros sintomas e traços mal adaptativos que incluem, mas não se limitam, a timidez, isolamento social, falta de auto confiança, disforia e hipersensibilidade. A comorbilidade destes sintomas pode reflectir, quer factores etiológicos comuns (genéticos, experienciais ou intrapsíquicos), quer o impacto devastador da ansiedade no desenvolvimento.

CONTINUIDADE DESENVOLVIMENTAL DAS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Uma vez que as perturbações de ansiedade se manifestam ao longo do ciclo de vida, é importante investigar se as perturbações ansiosas na infância persistem – quer na sua forma, quer na sua função, na vida adulta (continuidade desenvolvimental) – e se remitem ou mudam para outras perturbações (i.e. descontinuidade desenvolvimental). A resposta a esta questão pode ser importante nas prioridades de programas de prevenção e tratamento.

Actualmente, a literatura disponível (Anderson 1994; Costello, Egger e Angold 2004; Fonseca e Perrin 2001; Verhulst 2001) sugere que as perturbações de ansiedade na infância não são um fenómeno transitório de desenvolvimento de irrelevância clínica, mas também não são particularmente estáveis ao longo do tempo. Por outras palavras, as crianças podem sofrer, por longos períodos, de perturbações de ansiedade, mas não necessariamente do mesmo tipo de perturba-

ção. Por exemplo, Cantwell e Baker (1989) seguiram uma larga amostra de crianças e adolescentes que apresentava dificuldades de linguagem e encontraram que 89% dos jovens diagnosticados com uma perturbação de ansiedade de separação, 75% das crianças com o diagnóstico de hiperansiedade e 71% das crianças com uma perturbação evitante, ao fim de 3-4 anos de seguimento, não preenchiavam os critérios para o mesmo diagnóstico inicial.

Outro estudo de seguimento, ao longo de 3-4 anos, de crianças identificadas com perturbações de ansiedade (N=102) mostrou uma taxa de remissão elevada, com 82% a deixarem de preencher os critérios para os distúrbios inicialmente diagnosticados (Last, Perrin, Hersen e Kazdin 1996). Das perturbações de ansiedade analisadas, a perturbação de ansiedade de separação foi aquela que teve uma taxa de recuperação mais elevada (96%), com a perturbação de pânico a apresentar a taxa mais baixa, ao nível dos 70%. A idade de início precoce e a idade tardia de identificação e de tratamento são factores que mostraram predizer uma recuperação mais lenta. Ainda nesta investigação, no período de seguimento, 30% das crianças com distúrbios de ansiedade desenvolveram novas perturbações psiquiátricas, cerca de metade das quais eram novos distúrbios de ansiedade (ibidem).

Também o estudo de seguimento, de 2 a 7 anos, levado a cabo por Leonard e colaboradores (1993), de crianças e adolescentes identificados com uma perturbação obsessivo-compulsiva, mostrou que apenas 43% continuaram com a mesma perturbação, enquanto 96% preenchiam critérios para outros diagnósticos. Apenas 11% estavam completamente libertos de sintomatologia.

Estes padrões de desenvolvimento não são exclusivos das amostras clínicas. Em estudos com amostras comunitárias conduzidos na Nova Zelândia, McGee e colaboradores (1992) e Feehan e colaboradores (1993) referem que, num grupo de adolescentes inicialmente diagnosticados com perturbações de ansiedade, menos de 40% continuaram com o diagnóstico de uma perturbação de ansiedade 4 e 8 anos mais tarde, enquanto 7% preenchiam critérios para outras perturbações (Feehan McGee e Williams 1993; McGee et al. 1992).

Beidel, Fink e Turner (1996) encontraram, numa amostra de crianças em idade escolar, que 33% das crianças a quem tinha sido diagnosticada uma fobia social, mantinham o mesmo diagnóstico 6 meses mais tarde, enquanto 16% recebiam o diagnóstico de hiperansiedade.

Diferentes leituras podem ser feitas dos resultados provenientes dos estudos acima citados. Primeiro, podem ser interpretados como

evidência da fraca fidelidade das categorias específicas dos distúrbios de ansiedade na infância e adolescência. Numa outra perspectiva, podem sugerir que as categorias são válidas, mas que as perturbações de ansiedade são desenvolvimentalmente descontínuas (isto é, as perturbações de ansiedade são substituídas por outras perturbações ao longo do tempo). Esta hipótese da descontinuidade pode ser defendida à luz das mudanças desenvolvimentais da ansiedade que se verificam nas crianças normais (por exemplo, a ansiedade de separação é substituída por preocupações com o desempenho na escola). Neste sentido, um dos aspectos importantes a retirar destes estudos é que a idade não deve ser subestimada na apresentação clínica das perturbações ansiosas na infância, o que deverá implicar a utilização de medidas de avaliação sensíveis à idade e às mudanças desenvolvimentais.

Mais recentemente, Costello e colaboradores (2003), a propósito da estabilidade das perturbações psiquiátricas na infância e adolescência, fazem uma leitura dos dados com base nos conceitos de *continuidade homotípica* e *continuidade heterotípica*. Estes autores desenvolvem uma revisão dos diversos estudos existentes neste domínio e indicam que, entre 23% e 61% das crianças diagnosticadas numa primeira fase, voltam a apresentar, numa segunda fase, um diagnóstico, embora não necessariamente o mesmo. Na perspectiva destes investigadores, estes dados sugerem um elevado nível de continuidade, não conseguindo, contudo, a maior parte das investigações discriminar entre a continuidade homotípica (o mesmo diagnóstico em diferentes avaliações) e a continuidade heterotípica (continuidade da perturbação, mas com um diagnóstico diferente).

A continuidade homotípica é evidenciada por uma perturbação que tem manifestações semelhantes nas diversas observações do sujeito, ao longo da idade. Por sua vez, a continuidade heterotípica indica uma vulnerabilidade subjacente para a doença psiquiátrica que pode expor a criança a diferentes perturbações em diferentes idades, ou uma perturbação fundamental que apresenta diferentes manifestações em diferentes idades. As implicações clínicas e de investigação da continuidade homotípica e heterotípica são bastante diferentes (Costello et al. 2003).

Os dados obtidos no mesmo estudo longitudinal de Costello e colaboradores (2003) sobre a prevalência e desenvolvimento das perturbações psiquiátricas, numa amostra da comunidade constituída por crianças dos 9 aos 16 anos, mostraram um grau elevado de continuidade homotípica para todas as perturbações, à excepção das fobi-

as específicas. A continuidade de um diagnóstico para outro diferente (heterotípica) foi significativa, no caso da depressão para a ansiedade e da ansiedade para a depressão, mesmo depois de controlado o efeito de comorbilidade entre estas duas condições. Também a ansiedade e as perturbações de conduta mostraram predizer o posterior aparecimento de perturbações de abuso de substâncias, bem como a perturbação de hiperactividade e défice de atenção predizia o posterior aparecimento da perturbação de oposição e desafio. Comparada com o nível de continuidade homotípica, poucos foram os casos de continuidade heterotípica. Esta última foi mais elevada nas raparigas que nos rapazes, o que pode sugerir, segundo os autores, que a taxonomia do DSM IV pode encaixar-se mais com o padrão de desenvolvimento dos rapazes que com o das raparigas. No caso das perturbações de ansiedade, a continuidade foi maior para umas (perturbação de pânico, de pós-stress traumático) que para outras (fobia específica e perturbação de ansiedade generalizada). Concluindo, os resultados mostraram que, de uma forma geral, a continuidade homotípica é maior que a continuidade heterotípica, sendo esta última mais marcada nas raparigas que nos rapazes. Os autores recomendam, contudo, prudência na interpretação destes dados, sublinhando a necessidade de mais estudos, nomeadamente sobre a comorbilidade e a continuidade desenvolvimental das perturbações psiquiátricas na infância e adolescência (Costello et al. 2003).

SÍNTESE

Neste artigo, abordei as perturbações ansiosas na infância e adolescência, realçando o contributo das perspectivas desenvolvimental e fenomenológica.

Desta forma, comecei por uma breve resenha histórica, demonstrando que a ansiedade, embora presente, como preocupação ligada à educação das crianças, nem sempre teve o estatuto clínico, hoje reconhecido. Por outro lado, foi delineada a evolução dos modelos de compreensão e de intervenção da ansiedade na infância e adolescência, destacando alguns dos trabalhos que mais contribuíram para o desenvolvimento da psiquiatria de crianças e adolescentes enquanto disciplina científica.

De seguida, enfatizei a importância da perspectiva desenvolvimental na compreensão das perturbações ansiosas, tendo sido esboçado um quadro evolutivo dos medos e manifestações de ansiedade ao longo

da infância e adolescência. A gênese das perturbações de ansiedade foi analisada em função dos desafios desenvolvimentais normativos correspondentes. Nesta perspectiva, são apresentados alguns dados relevantes do desenvolvimento e a sua possível relação com as perturbações de ansiedade.

Do ponto de vista fenomenológico, passei a distinguir as diversas perturbações de ansiedade que, segundo o DSM-IV, podem ser diagnosticadas nas crianças ou adolescentes. Sendo, na sua totalidade, caracterizadas por uma ansiedade excessiva ou inapropriada que causa dificuldades significativas no funcionamento individual, estas perturbações de ansiedade podem, contudo, ser discriminadas quanto à natureza do estímulo recebido e ao tipo de resposta provocada. Actualmente, as diversas perturbações ansiosas são consideradas as perturbações psicológicas mais frequentes nesta faixa etária, constituindo o motivo principal de procura de ajuda clínica.

Podendo as perturbações de ansiedade manifestarem-se ao longo da vida, levanta-se a questão da (des)continuidade desenvolvimental das perturbações de ansiedade na infância. Por outras palavras, será que estas persistem na vida adulta, remitem ou mudam para outras perturbações? A este respeito os resultados têm mostrado, de uma forma geral, que as perturbações de ansiedade não são um fenómeno transitório, de irrelevância clínica, mas também não são particularmente estáveis na infância ou adolescência. Provenientes da psicopatologia desenvolvimental, os conceitos de continuidade homotípica e heterotípica são utilizados para explicar a estabilidade das perturbações de ansiedade. A continuidade homotípica refere-se à continuidade da mesma perturbação (a presença da mesma perturbação ao longo do tempo), enquanto a continuidade heterotípica refere-se à continuidade da presença de uma condição clínica (presença de uma situação clínica ao longo do tempo, embora com variações no diagnóstico). Não obstante diferentes implicações clínicas poderem derivar destes conceitos, é ainda imprudente retirar conclusões definitivas, realçando-se a necessidade de mais investigações longitudinais no domínio da comorbilidade e continuidade desenvolvimental.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association
 1980 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 1987 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amies, P. L.; Gelder, M. G.; Shaw, P. M.
 1983 'Social Phobia: A Comparative Clinical Study'. *British Journal of Psychiatry* 142. pp.174-79.
- Anderson, J.
 1994 'Epidemiological Issues'. In *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Editado por T. H. Ollendick, N. J. King e W. Yule. Nova Iorque: Plenum Press. pp.43-66.
- Anderson, J. C.; Williams, S.; McGee, R.; Silva, P. A.
 1987 'DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample from the General Population'. *Archives of General Psychiatry* 44 (1). pp. 69-76.
- Baptista, A.
 2000 'Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma Perspectiva Evolutiva e Desenvolvimental'. In *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)adaptativas ao Longo da Vida*. Editado por I. Soares. Coimbra: Quarteto Editora. pp. 91-141.
- Barlow, D.
 2002 'Fear, Anxiety, and Theories of Emotion'. In *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Editado por D. Barlow. Nova Iorque: Guilford Press. pp. 37-63.
- Beck, A. T.; Emery, G.; Greenberg, R. L.
 1985 *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Nova Iorque: Basic Books.
- Beidel, D. C.; Fink, C. M.; Turner, S. M.
 1996 'Stability of Anxious Symptomatology in Children'. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24 (3). pp.257-69.

- Bird, H. R.; Canino, G.; Rubio-Stipec, M.; Gould, M. S.; Ribera, J.; Sesman, M.; Woodbury, M.; Huertas-Goldman, S.; Pagan, A.; Sanchez-Lacay, A. et al.
1988 'Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. The Use of Combined Measures'. *Archives of General Psychiatry* 45 (12). pp.1120-26.
- Black, B.; Uhde, T. W.
1992 'Elective Mutism as a Variant of Social Phobia'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31 (6). pp.1090-94.
- Black, B.; Uhde, T. W.
1995 'Psychiatric Characteristics of Children with Selective Mutism: A Pilot Study'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (7). pp.847-56.
- Bowen, R. C.; Offord, D. R.; Boyle, M. H.
1990 'The Prevalence of Overanxious Disorder and Separation Anxiety Disorder: Results from the Ontario Child Health Study'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29 (5). pp.753-58.
- Cantwell, D. P.; Baker, L.
1989 'Stability and Natural History of DSM-III Childhood Diagnoses'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28 (5). pp.691-700.
- Costello, E. J.; Egger, H. L.; Angold, A.
2004 'Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders'. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. Editado por T. H. Ollendick e J. March. Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press. pp.61-91.
- Costello, E. J.; Mustillo, S.; Erkanli, A.; Keeler, G.; Angold, A.
2003 'Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence'. *Archives of General Psychiatry* 60 (8). pp 837-44.
- Cunha, M.; Salvador, M. C.
2000 'Fobia Social na Infância e Adolescência'. In *Ansiedade Social: Da Timidez à Fobia Social*. Editado por J. P. Gouveia. Coimbra: Quarteto Editora. pp.359-436

- Damasio, A.; Adolphs, R.; Damasio, H.
2003 'The Contributions of the Lesion Method to the Functional Neuroanatomy of Emotion. In *Handbook of Affective Sciences*. Editado por J. R. Davidson, K. S. Scherer e H. H. Goldsmith. Oxford: Oxford University Press.
- Douglass, H. M.; Moffitt, T. E.; Dar, R.; McGee, R.; Silva, P.
1995 'Obsessive-Compulsive Disorder in a Birth Cohort of 18-year-olds: Prevalence and Predictors'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (11). pp. 1424-31.
- Essau, C. A.; Conradt, J.; Petermann, F.
2000 'Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescents'. *Journal of Anxiety Disorders* 14 (3). pp.263-79.
- Feehan, M.; McGee, R.; Williams, S. M.
1993 'Mental Health Disorders from Age 15 to Age 18 Years'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 (6). pp.1118-26.
- Fergusson, D. M.; Horwood, L. J.; Lynskey, M. T.
1993 'Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 (6). pp.1127-34.
- Fisher, P.; Hoven, C.; Moore, R.; Bird, H.; Chiang, P.; Schwab-Stone, M
1993 'Evaluation of a Method to Assess a PTSD in Children and Adolescents'. *American Public Health Association Annual Meeting*.
- Fonseca, A.
1993 'Medos em Crianças e Adolescentes: Um Estudo sobre a População Portuguesa'. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 27 (1). pp.75-92.
- Fonseca, A.; Perrin, S.
2001 'Clinical Phenomenology, Classification and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*. Editado por W. K. Silverman e P. D. Treffers. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press. pp.126-58.

- Giaconia, R.; Reinherz, H.; Silverman, A.; Pakiz, B.; Frost, A.; Cohen, E.
1995 'Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34. pp.1369-80.
- Graziano, A. M.; DeGiovanni, I. S.; Garcia, K. A.
1979 'Behavioral Treatment of Children's Fears: A Review'. *Psychol Bull* 86 (4). pp. 804-30.
- Hayward, C.; Essau, C.
2001 'Panic Attacks and Panic Disorder. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment.*). Editado por C. Essau e F. Petermann. Nova Iorque: Brunner-Routledge. pp.144-61
- Ingman, K. A.; Ollendick, T. H.; Akande, A.
1999 'Cross-cultural Aspects of Fears in African Children and Adolescents'. *Behaviour Research and Therapy* 37 (4). pp.337-45.
- Kendall, P. C.; Chansky, T. E.; Freidman, M.; Kim, R.; Kortlander, E.; Sessa, F.; Siqueland, L.
1991 'Treating Anxiety Disorders in Children and Adolescents'. In *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures.* Editado por P. C. Kendall. Nova Iorque: Guilford Press. pp.131-64
- Kessler, R. C.; McGonagle, K. A.; Zhao, S.; Nelson, C. B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H. U.; Kendler, K. S.
1994 'Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey'. *Archives General Psychiatry* 51 (1). pp.8-19.
- Klein, D. F.
1981 'Anxiety Reconceptualized'. In *Anxiety: New Research and Changing Concepts.* Editado por D. F. Klein e J. Rabkin. Nova Iorque: Raven Press. pp. 235-263
- Last, C. G.; Perrin, S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E.
1996 'A Prospective Study of Childhood Anxiety Disorders'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (11). pp.1502-10.

- Lang, P.
1993 'The Three System Approach to Emotion'. In *The Organization of Emotion*. Editado por Birbaumer e A. Ohman Toronto: Hogrefe-Huber.
- Leary, M. R.; Kowalski, R. M.
1995 *Social Anxiety*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Leonard, H. L.; Swedo, S. E.; Lenane, M. C.; Rettew, D. C.; Hamburger, S. D.; Bartko, J.; Rapoport, J. L.
1993 'A 2- to 7-Year Follow-up Study of 54 Obsessive-compulsive Children and Adolescents'. *Archives of General Psychiatry* 50 (6). pp.429-39.
- Lewinsohn, P. M.; Hops, H.; Roberts, R. E.; Seeley, J. R.; Andrews, J. A.
1993 'Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and other DSM-III-R Disorders in High School Students'. *Journal of Abnormal Child Psychology* 102 (1). pp.133-44.
- 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). pp.377-94.
- Manassis, K.; Fung, D.; Tannock, R.; Sloman, L.; Fiksenbaum, L.; McInnes, A.
2003 'Characterizing Selective Mutism: Is it More Than Social Anxiety?' *Depress Anxiety* 18 (3). pp.153-61.
- McGee, R.; Feehan, M.; Williams, S.; Anderson, J.
1992 'DSM-III Disorders from Age 11 to Age 15 Years'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31 (1). pp.50-9.
- Miller, R. S.
2001 'Embarrassment and Social Phobia: Distant Cousins or Close Kin?' In *Social anxiety to social phobia: Multiples perspectives*. Editado por S. G. Hofmann e P. M. DiBartolo. Boston, MA: Allyn and Bacon. pp.65-85
- Ollendick, T. H.; Grills, A. E.; Alexander, K. L.
2001 'Fears, worries, and Anxiety in Children and Adolescents'. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, Risk Factors and Treatment*. Editado por C. A. Essau e F. Petermann. East Sussex: Brunner-Routledge. pp.1-35

- Saavedra, L. M., e Silverman, W. K.
2002 'Classification of Anxiety Disorders in Children: What a Difference Two Decades Make?'. *International Review of Psychiatry* 14. pp.87-100.
- Shahar, S.
1990 *Childhood in the Middle Ages*. Londres e Nova Iorque: New York: Routledge.
- Silverman, W. K.; Saavedra, L. M.; Pina, A. A.
2001 'Test-retest Reliability of Anxiety Symptoms and Diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (8). pp.937-44.
- Stone, M. H.
1973 'Child Psychiatry before the twentieth century'. *International Journal of Child Psychotherapy* 2. pp.264-308.
- Sweeney, M.; Pine, D.
2004 'Etiology of Fear and Anxiety. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. Editado por T. H. Ollendick e J. March. Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press. pp.34-60
- Treffers, P. D. A.; Silverman, W. K.
2001 'Anxiety and its Disorders in Children and Adolescents Before Twentieth Century'. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*. Editado por W. K. Silverman e P. D. A. Treffers. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press. pp.1-22.
- Turner, S. B. D.; Larkin, K.
1986 'Situational Determinants of Social Anxiety in Clinic and Nonclinic Samples: Physiological and Cognitive Correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54. pp 523-27.
- Valeni-Basile, L.; Garrison, C.; Jackson, K.; Waller, J.; McKeown, R
1993 'Frequency of Obsessive-compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents'. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33. pp,782-92.

- Velez, C. N.; Johnson, J.; e Cohen, P. (1989). A Longitudinal Analysis of Selected Risk Factors for Childhood Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28(6), pp. 861-64.
- Verhulst, F. C.
2001 'Community and Epidemiological Aspects of Anxiety Disorders in Children'. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*. Editado por W. K. Silverman e P. D. Treffers. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press. pp.273-92.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., e Kasius, M. C.
1997 'The Prevalence of DSM-III-R Diagnoses in a National Sample of Dutch Adolescents'. *Archives of General Psychiatry* 54 (4). pp.329-36.
- Wardle, C. J.
1991 'Historical Influences on Services for Children and Adolescents Before 1900'. In *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991*. Editado por G. E. Berrios e P. Freeman. Londres: Gaskell. pp.279-93
- Warren, S.; Sroufe, L. A.
2004 'Developmental Issues'. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. Editado por T. H. Ollendick e J. March Oxford e Nova Iorque: Oxford University Press. pp.92-115.
- Wittchen, H. U.; Nelson, C. B.; Lachner, G.
1998 'Prevalence of Mental Disorders and Psychosocial Impairments in Adolescents and Young Adults'. *Psychol Med* 28 (1). pp.109-26.
- World Health Organization.
1992 *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Genebra: WHO.
- Yeganeh, R.; Beidel, D. C.; Turner, S. M.; Pina, A. A; Silverman, W. K.
2003 'Clinical Distinctions between Selective Mutism and Social Phobia: An Investigation of Childhood Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (9). pp.1069-75.

Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica

Anxiety and Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: A Theretical Revision

Sumário

Summary

O estatuto clínico da ansiedade, no domínio da infância, apenas recentemente tem recebido reconhecimento científico e institucional. A perspectiva desenvolvimental da psicopatologia, neste campo, demonstra a importância da consideração dos dados normativos para a compreensão e análise dos fenómenos ansiosos. Do ponto de vista fenomenológico, é possível distinguir diferentes perturbações ansiosas ou condições nosológicas autónomas, com características próprias e incidências diferentes na população infanto-juvenil. No entanto, é fundamental investigar se as perturbações ansiosas na infância persistem, na sua forma e função, na vida adulta, ou se evoluem para outras perturbações, ao longo do ciclo de vida. Esta questão deve ser uma prioridade em programas de prevenção e tratamento.

The clinical statute of anxiety in childhood has only recently been acknowledged scientifically and institutionally. The developmental perspective of psychopathology, in this field, shows the importance of considering normative data for the comprehension and analysis of anxious phenomena. In the phenomenological perspective, on the other hand, it is possible to distinguish several anxious disorders or autonomous nosological conditions. However, it is essential to investigate if anxiety troubles in childhood persist in adult life, as regards their shape and function, or if they evolve into other kinds of disorders during lifetime. This question should be a priority in prevention and treatment programs.