

ENTRAVES NA CLÍNICA INFANTIL: UM ESTUDO SOBRE SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL

BARRIERS IN CHILDHOOD CLINIC: A STUDY ABOUT SOCIAL ANXIETY SYMPTOMS

Sara Kleinschmitt

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
Mestranda de Psicologia na Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: sarak@feevale.br

Marcus Levi Lopes Barbosa

Doutor em Ciências do Movimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre/Brasil).
Coordenador do Mestrado Acadêmico de Psicologia na Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: marcusl@feevale.br

Morgana Seibert

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: morgana.seibert@gmail.com

Camila Andressa de Souza

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: camilasouza.de@gmail.com

Meisy Reichert Maciel

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: meisy_rm@hotmail.com

Daiane Fragoso

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: daiane.fragoso@hotmail.com

Jéssica Luciane da Silva Bettio

Bacharel em Psicologia pela Universidade Feevale (Novo Hamburgo/Brasil).
E-mail: jessica.luciane@gmail.com

Recebido em: 11 de setembro de 2021

Aprovado em: 6 de novembro de 2021

Sistema de Avaliação: Double Blind Review

RPR | a. 19 | n. 1 | p. 79-94 | jan./abr. 2022

DOI: <https://doi.org/10.25112/rpr.v1.2340>

RESUMO

O tema deste estudo é o manejo dos sintomas de ansiedade social vivenciados por crianças em psicoterapia individual, que se demonstraram como entraves para o andamento do tratamento. O objetivo deste trabalho consiste em descrever as estratégias utilizadas em cinco atendimentos de psicoterapia breve focal, com base na abordagem cognitivo-comportamental, com crianças de 8 a 13 anos que apresentaram os sintomas durante as sessões em um serviço-escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS. A metodologia utilizada foi o delineamento qualitativo descritivo e os cuidados éticos foram devidamente respeitados. Como resultados desse estudo serão apresentadas alternativas de intervenção utilizadas para o manejo clínico destes pacientes. Houve semelhanças e diferenças entre as técnicas utilizadas. E algumas delas foram: postura terapêutica de valorização das preferências do paciente e utilização de tais interesses no processo psicoterápico, orientação de pais com foco em gerar um ambiente seguro que favorecesse a expressão do paciente, utilização de atividades lúdicas como estratégias de mudança do foco para facilitação do diálogo e para psicoeducação das emoções e a autorrevelação. Nos casos estudados, os sintomas de ansiedade social se manifestaram no ambiente terapêutico dificultando a interação com o paciente e o avanço da psicoterapia. Estratégias como estas demonstraram-se funcionais e efetivas, quando adaptadas individualmente, de modo que favoreceram o avanço do processo psicoterápico. No entanto, destaca-se que a sensibilidade dos terapeutas foi fundamental para perceber a necessidade de cada paciente e flexibilizar o uso das técnicas.

Palavras-chave: Ansiedade. Intervenção. Manejo. Psicoterapia infantil.

ABSTRACT

The theme of this study is the management of symptoms of social anxiety experienced by children in individual psychotherapy, which have proved to be obstacles to the progress of treatment. The objective of this study is to describe the strategies used in five brief focal psychotherapy sessions, based on the cognitive-behavioral approach, with children aged 8 to 13 years who presented symptoms during sessions at a school service in the Metropolitan Region of Porto Alegre/RS. The methodology used was the descriptive qualitative design and ethical care was duly respected. As a result of this study, intervention alternatives used for the clinical management of these patients will be presented. There were similarities and difference between the techniques used. And some of them were: therapeutic posture of valuing the patient's preferences and use of such interests in the psychotherapeutic process, guidance from parents focused on generating a safe environment that favored the patient's expression, use of playful activities as strategies to change the focus to facilitation of dialogue and for psychoeducation of emotions, and self-disclosure. In the cases studied, the symptoms of social anxiety were manifested in the therapeutic environment, making it difficult to interact with the patient and advance psychotherapy. Strategies like these proved to be functional and effective, when individually adapted, so that they favored the advancement of the psychotherapeutic process. However, it is noteworthy that the sensitivity of therapists was essential to understand the need of each patient and make the use of techniques more flexible.

Keywords: Anxiety. Intervention. Handling. Child psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é caracterizado pelo medo de ser avaliado de forma negativa em toda e qualquer situação social, além do receio de agir e demonstrar seus sintomas, de forma que possa ser embaraçoso ou humilhante. Diante de uma possível exposição social, pessoas que sofrem com o TAS apresentam sintomas de tensão elevada e excesso de preocupação ao interagir, que costumam levar o indivíduo ao isolamento social e a solidão (APA, 2014). Estudos epidemiológicos internacionais estimam que há prevalência do TAS entre 8% a 12% em crianças e adolescentes; no panorama brasileiro, a prevalência tem uma estimativa de até 20% (PATZLAFF; KRATZ; OLIVEIRA, 2015). Tendo em vista o período pandêmico, diversos estudos têm sido realizados a fim de investigar e compreender, entre outras coisas, como os sintomas ansiosos tem se apresentado na população frente aos impactos da Covid-19. Alguns deles demonstraram que houve aumento significativo dos níveis de ansiedade. Especificamente na infância, os impactos da pandemia repercutem em diversos níveis e, inclusive, a nível psicológico. O fechamento das escolas, o distanciamento físico de vínculos afetivos, a proibição de atividades culturais e interacionais presenciais, bem como a sobrecarga exigida pela nova formatação dos cuidadores, são aspectos que poderão influenciar o desenvolvimento emocional. Inevitavelmente, questões como essas poderão ser evidenciadas em futuras intervenções em saúde mental na infância e adolescência (MAIA; DIAS, 2020; HUREMOVIC, 2019; WANG *et al.*, 2020).

No que diz respeito a perfil cognitivo e emocional, indivíduos com TAS apresentam baixa autoestima e acreditam que serão rejeitados pelas pessoas ao seu redor, as quais criticarão suas fraquezas. Também possuem muitos pensamentos distorcidos e acreditam que, ao ficarem ansiosas, seu desempenho será prejudicado e que todos notarão sua ansiedade, de forma que não podem interagir socialmente estando ansiosos. Isso acaba por gerar crenças de que precisam esconder sua ansiedade dos outros. O medo de perder o controle e serem humilhados, geralmente, deixam esses indivíduos ainda mais ansiosos durante as interações sociais, levando, ainda, ao rebaixamento de suas habilidades sociais (LEAHY, 2011).

No que se refere ao curso e desenvolvimento do transtorno, um ambiente familiar e social de domínio hierárquico é mantido através da subjugação demonstra aumentar a probabilidade de ocorrência de sintomas de TAS. Além disso, pode se considerar também fatores genéticos nesse processo, uma vez que o temperamento inibido se apresenta como fator de risco para o desenvolvimento do transtorno. O meio familiar em que esses indivíduos cresceram costuma ser muito crítico e controlador, não validando e oferecendo o apoio necessário, além de ser super protetivo. Estudos indicam também que a presença de TAS nos pais e/ou cuidadores também se apresentam como um fator de risco. A idade média de início dos sintomas de TAS nos EUA demonstrou ser aos 13 anos, sendo que 75% dos indivíduos

apresentou os primeiros sintomas entre 8 e 15 anos. Esses sintomas podem aparecer de forma mais pontual, a partir de experiências mais traumáticas como a ocorrência de *bullying*, como também pode ser mais insidioso e lento. Observando isso, fica clara a importância de dispor atenção a apresentação da sintomatologia e intervir ainda no processo de desenvolvimento do transtorno, antes que ele se cristalize e o funcionamento fique mais enrijecido (APA, 2014; FERNANDES *et al.*, 2016; LEAHY, 2011). Além disso, algumas respostas de ansiedade na infância são esperadas em razão dos medos que acompanham cada fase do desenvolvimento. Logo, nem toda expressão ansiogênica é patológica. Alguns estudos mostram que crianças de 9 a 10 anos podem apresentar angústias em relação aos possíveis perigos que venham sofrer, bem como demandas escolares. Ao passo que dos 10 aos 12 anos as preocupações acerca da relação com os pares é motivo de ansiedade, e aos 13 dúvidas e inquietações sobre as relações com o sexo oposto, autonomia e planejamentos futuros (PETERSEN *et al.*, 2011).

Para realização de diagnóstico clínico de ansiedade infantil, segue-se os mesmos critérios utilizados para os adultos, exceto em transtornos típicos da infância e adolescência, como o transtorno de ansiedade de separação (PETERSEN; WAINER, 2011). E para além do diagnóstico bem definido, observa-se que na psicoterapia com crianças e adolescentes, por vezes, aparecem dificuldades relacionadas a sintomas de TAS mesmo quando a demanda identificada não se refere transtorno em si. Na prática clínica com este público, percebem-se comportamentos de esquiva durante o processo de vínculo e tratamento, por exemplo, o que pode vir a interferir nos atendimentos e impactar no prognóstico. Neste contexto, a relação terapêutica deve ser observada, visto que, pode-se considerar esta relação como sendo um reflexo do modo como este sujeito se relaciona e interage em outros ambientes. Assim, trabalhando com o paciente formas efetivas de respostas quanto a estes comportamentos, o mesmo poderá ter maior adesão ao tratamento, como também desenvolver respostas comportamentais mais efetivas fora da sessão (HABER; CARMO, 2007).

Há diferenciações entre o tratamento dessa sintomatologia em atendimentos com o público infantil, adolescente e adulto. Dada a natureza dos sintomas da TAS, esses podem influenciar negativamente no avanço do próprio processo terapêutico. Diversos autores da área destacam a necessidade de o psicoterapeuta dispor de habilidades e recursos diferenciados para lidar com as especificidades desses sintomas, como: a) mostrar-se empático, assegurando sigilo e conversando com uma linguagem adequada; b) ser diretivo, encorajando o paciente no enfrentamento de situações difíceis, prescrevendo junto a ele tarefas para ao longo da semana; c) dispor de um conjunto de estratégias lúdicas; d) habilidade para atender às queixas dos pais e da criança/adolescente; e) estabelecer confiança na relação com o

paciente e família; entre outras (BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012; CONTE; REGRA, 2000; FRIEDBERG; MCCLURE, 2015).

Diante dessas especificidades e desafios da psicoterapia com crianças e adolescentes que apresentam sintomas de TAS, o tema deste artigo é o manejo dos sintomas de ansiedade social vivenciados por crianças em psicoterapia individual em um serviço-escola, que se demonstraram como entraves para o andamento do tratamento. Objetiva-se, aqui, descrever formas como as terapeutas realizaram o manejo e as estratégias lúdicas empregadas, as quais visavam reduzir comportamentos de esquiva e demais sintomas de TAS especialmente durante as sessões, como também o fortalecimento do vínculo terapêutico para a continuidade e efetividade do tratamento de suas queixas iniciais. O entendimento e intervenções realizadas pelas terapeutas foram embasados a partir da perspectiva teórica da Terapia Cognitivo-Comportamental.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo foi o delineamento qualitativo descritivo. Todos os cuidados éticos foram respeitados, de forma a manter a identidade dos participantes em sigilo, além de obter consentimento livre e esclarecido dos seus responsáveis. Além disso, sua execução teve parceria com um serviço-escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, e a amostra do estudo foi selecionada por conveniência, conforme adesão aos critérios de seleção. Estes critérios foram: a) ser criança ou adolescente; b) estar em atendimento de psicoterapia individual embasado teoricamente pela Terapia Cognitivo-Comportamental; c) apresentar sintomatologia relacionada a TAS durante os atendimentos.

2.1 PARTICIPANTES

Participaram desse estudo cinco pacientes com idades entre 8 a 13 anos ($m = 10,2$; $dp = 1,788$) e que realizaram atendimento clínico com base na abordagem cognitivo-comportamental no período de fevereiro a setembro do ano de 2019. Para participar do estudo, os cinco participantes obrigatoriamente tiveram de apresentar sintomatologia relacionada à ansiedade social durante as sessões de atendimento. No Quadro 1 é possível visualizar a caracterização da amostra de forma detalhada.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Paciente	Idade	Sexo	Nº de sessões	Sintomatologia relacionada à ansiedade social
Paciente 1	13 anos	Masculino	24	Inibição emocional na interação com terapeuta, crenças de fracasso e abandono, emaranhamento, pensamentos pessimistas e negativistas, medo de ser rejeitado nas situações sociais e experiência com <i>bullying</i> na escola.
Paciente 2	10 anos	Masculino	21	Déficit em habilidades sociais, poucas relações interpessoais, dificuldades escolares, comportamento amedrontado, rígido e passivo, introversão.
Paciente 3	10 anos	Feminino	24	Medo da avaliação alheia negativa, déficit em habilidades sociais, especialmente na expressividade emocional e verbal, e introversão durante a sessão.
Paciente 4	8 anos	Masculino	24	Inibição emocional, crenças de responsabilidade e vulnerabilidade sobre si e sobre os outros como exigentes, altos níveis de autocrítica e autoexigência, baixa tolerância à frustração, adoção de estratégias de evitação frente a dificuldades e estressores.
Paciente 5	11 anos	Masculino	24	Introversão, desvio de contato visual, dificuldade para expressar seus desejos e preferências, crenças de baixa autoeficácia, rubor facial e impressão de tensão e rigidez muscular.

Fonte: elaborado pelos autores

2.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os responsáveis dos participantes do estudo consentiram através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já ao iniciar os atendimentos no serviço-escola, que os dados relativos aos atendimentos poderiam ser utilizados em estudos científicos, sob a segurança do sigilo de suas identidades. Essa é uma condição prévia para adesão ao atendimento no serviço-escola, tendo em vista o caráter de ensino e pesquisa que o local contempla. Dessa forma, no momento em que se deu início ao estudo, todos os pacientes já tinham sua participação consentida.

Para avaliação da sintomatologia, os autores desse estudo, que também realizaram os atendimentos, se utilizaram de avaliação clínica diagnóstica. Observando a forma como a sintomatologia interferia no progresso dos atendimentos, tendo em vista a ocorrência de comportamentos esquivos para com o terapeuta, iniciou-se o recrutamento de novas estratégias de manejo dos sintomas de ansiedade em sessão. Feito isso, as estratégias foram listadas e descritas. Após essa análise, foram realizadas comparações qualitativas de diferenças e semelhanças nas estratégias utilizadas, de forma a obter um apanhado de técnicas adaptadas ao manejo dos sintomas que se demonstraram como entraves ao progresso clínico. Essas estratégias serão listadas e discutidas a seguir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 2 observamos as técnicas utilizadas para cada um dos casos, relevantes para esse estudo. Os resultados apresentados evidenciam diferenças e semelhanças entre as estratégias utilizadas para intervir nos entraves relacionados aos sintomas de TAS, que apareciam durante os atendimentos em psicoterapia.

Quadro 2 – Técnicas utilizadas por caso

Paciente	Técnicas utilizadas
Paciente 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de pais com psicoeducação sobre estilos parentais; ▪ Construção do vínculo terapêutico através da valorização das preferências do paciente; ▪ Registro de pensamento disfuncional (RPD) com cartaz no formato de história em quadrinhos, onde fora construído a história com as situações gatilhos, emoções, pensamentos e comportamentos e depois o paciente a contava em sessão; ▪ Descoberta guiada utilizando o jogo Conversinha; ▪ Psicoeducação sobre emoções e estratégias de <i>coping</i> com personagens de jogos digitais, atribuindo a personagens dos jogos os modos comportamentais, como uma técnica de afastamento; ▪ Treinamento de habilidades sociais utilizando técnica de <i>roleplay</i>.
Paciente 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de pais com avaliação e psicoeducação do estilo parental presente; ▪ Construção de vínculo terapêutico com contação de histórias, valorizando os interesses individuais do paciente; ▪ Psicoeducação sobre emoções através de atividades de desenho, como uma técnica de afastamento; ▪ Treinamento de habilidades sociais utilizando jogo de memória construído pelo terapeuta (Figura 1); ▪ Exposição gradual sistemática com jogos de mímicas variadas; ▪ Autorrevelações.
Paciente 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de pais com foco em um ambiente familiar seguro e validante; ▪ Construção do vínculo terapêutico com brincadeiras a livre escolha da paciente; ▪ Registro de pensamento disfuncional (RPD) com a ferramenta Campanhas; ▪ Descoberta guiada utilizando as ferramentas Círculo Mágico e Armadilha Negativa; ▪ Psicoeducação sobre emoções com contação de histórias; ▪ Treinamento de habilidades sociais utilizando cenas do filme “Cinderela”; ▪ Autorrevelações.

Paciente 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação acerca dos estilos parentais, e orientação de pais a fim de possibilitar um ambiente familiar menos crítico e com maior validação das expressões e momentos de lazer; ▪ Construção do vínculo terapêutico com brincadeiras a livre escolha da paciente; ▪ Atividades lúdicas, tais como jogos e brincadeiras, tanto para psicoeducação das emoções, quanto para propiciar manifestações de espontaneidade; ▪ Técnicas de relaxamento através do lúdico – robô; ▪ Autorrevelações para fortalecimento do vínculo e promoção de ambiente terapêutico seguro na expressão da vulnerabilidade; ▪ Técnica de afastamento através de personagens e histórias de livros infantis, com o intuito de facilitar a exposição das próprias dificuldades por meio de outrem;
Paciente 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecimento de vínculo terapêutico através de perguntas sobre seu dia-a-dia e preferências e jogos de seu interesse e escolha; ▪ Psicoeducação sobre as emoções, sobre ansiedade, respostas de luta e fuga e sobre o modelo A-B-C; ▪ Uso de metáforas e histórias; ▪ Autorrevelações do terapeuta; ▪ <i>Roleplays</i> com uso de fantoches para o treino de habilidades sociais; ▪ Treinos de respiração diafragmática e relaxamento; ▪ Uso e criação de recursos lúdicos (Baralho das Emoções, cartinhas/sorteio de perguntas, óculos das lentes distorcidas, entre outros) para descoberta guiada e monitoramento dos pensamentos automáticos e emoções;

Fonte: elaborado pelos autores

Na Figura 1 está ilustrado o jogo de memória construído pelos autores e utilizado pelo terapeuta do caso com o objetivo de avaliar habilidades sociais deficitárias e preservadas. Nas cartas estavam descritas algumas das principais habilidades sociais e elas eram dispostas conforme um jogo de memória habitual (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). O diferencial era que, à medida que os pares de habilidades sociais eram encontrados, realizava-se uma breve conversa com o paciente para identificar como essa habilidade aparecia em sua vida.

Figura 1 – Jogo de memória utilizado com Paciente 2



Fonte: os autores

No que se refere aos aspectos de interação com o terapeuta, destaca-se que no caso do Paciente 1, por exemplo, a inibição foi contornada através de uma postura terapêutica de valorização das preferências do paciente, neste caso, jogos digitais. Sob essa perspectiva, utilizaram-se tais interesses durante o próprio processo terapêutico, de forma a torná-lo atrativo e personalizado. Descobrir as afinidades e interesses do paciente pode ser uma boa forma de construir um vínculo e relação terapêutica seguros. A percepção do paciente em relação ao interesse genuíno do terapeuta em conhecê-lo contribui para o aumento das expressões espontâneas da criança ou adolescente. Validar as manifestações autênticas e de lazer possibilita demonstrações menos rígidas e obsessivas do indivíduo, fator que contribui na minimização de sintomas de ansiedade gerados, principalmente, pela necessidade de controle (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Combinações acerca de momentos de diversão e descontração, no início e ao final da sessão, através das brincadeiras e jogos que o paciente gosta podem ser feitas com a própria criança, a fim de permitir-lhe autonomia, encorajamento, validação e fortalecimento do vínculo (KENDALL, 2011). A linguagem e as expressões corporais do terapeuta, principalmente com crianças, são elementares para a relação terapêutica e oportuniza um espaço dinâmico e lúdico de tratamento (BECK, 2013).

Já no que diz respeito à orientação de pais para os casos estudados, observa-se que nos casos dos Pacientes 2, 3 e 4 o terapeuta se aliou ao paciente no trabalho com os pais, a fim de gerar um ambiente seguro que favorecesse sua expressão, o que refletiu também no setting terapêutico. O estabelecimento de vínculos frágeis, bem como pouca conexão e intimidade e a terceirização de cuidados emocionais,

tendem a impactar na autoestima e no autovalor das crianças. Sob essa perspectiva, é importante orientar famílias a respeito da construção de relações menos punitivas e demandantes e mais afetuosas e orientativas, em que haja limites consistentes e norteadores bem definidos (REIS, 2019). Tendo em vista que um dos principais aspectos emocionais do TAS é o medo de ser julgado negativamente pelos outros, além da sensação de inferioridade em comparação as demais pessoas, nos atendimentos em questão entendeu-se que a orientação de pais focada no desenvolvimento de um ambiente familiar mais validante e seguro serviria como base consistente para a continuidade do tratamento (LEAHY, 2011). Essa base consistente demonstrou contribuir tanto para o vínculo terapêutico, levando em conta a experiência de novas evidências vivenciais em relação a sensação de invalidação permanente, como também para a própria flexibilização cognitiva.

Pode ser difícil para a criança ou adolescente se expor e falar sobre o que lhe incomoda ou constrange. Em razão de alguns pacientes crescerem em ambientes altamente críticos ou rígidos, estes podem desenvolver crenças de que todas as pessoas serão críticas, inclusive, internalizando e produzindo níveis de autocrítica – distorções cognitivas que reforçam a ansiedade, de forma geral, incluindo a social. Dessa forma, uma das sintomatologias observadas foi a dificuldade em dialogar com o terapeuta, reduzindo sua expressividade verbal e emocional. Para isso, foram realizadas estratégias de mudança de foco, destacando-se aqui aquelas que foram empregadas nos casos dos Pacientes 3, 4 e 5. Nestes casos, a utilização de atividades lúdicas, tais como jogos, brincadeiras e fantoches também foram tidas como estratégias de mudança do foco para facilitação do diálogo entre paciente e terapeuta.

Destaca-se, ainda, que as ferramentas mais eficazes utilizadas no caso do Paciente 4 para o acesso às suas vulnerabilidades foram técnicas de afastamento como essas, além da autorrevelação. O propósito das técnicas de afastamento, ou mudança de foco, consiste em projetar em outrem uma dificuldade percebida em si, de maneira distante, minimizando as percepções de culpa ou julgamento. Já no que tange a realização de autorrevelações, esta trata-se da exposição do próprio terapeuta, colocando-se no lugar de vulnerabilidade, mostrando ao paciente que neste espaço há uma relação segura para colocar-se, além de naturalizar as falhas ou as dificuldades como resultados inerentes à condição humana (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Contudo, além da ludicidade para identificação e psicoeducação das emoções, salienta-se que a autorrevelação e a técnica de afastamento se demonstraram eficazes para facilitar a expressão da vulnerabilidade do paciente em todos os casos apresentados.

Complementando as observações acerca das estratégias utilizadas, discute-se sobre um dos princípios básicos das terapias cognitivo-comportamentais (TCCs): a hipótese de que a atividade mental de processamento cognitivo que ocorre entre o estímulo e a resposta, ou os pensamentos, é passível

de monitoramento (BECK, 2007). Para isso, utiliza-se o registro de pensamentos disfuncionais (RPD), tarefa que pode ser realizada em sessão ou como tarefa de casa, onde o paciente registra aspectos como pensamentos e emoções vivenciadas a partir de uma situação gatilho. Nas estratégias apresentadas, foi possível observar algumas tarefas lúdicas para sua realização, e na psicoterapia com crianças e adolescentes é comum o uso de 'balões de pensamentos' ou modelos de registro com personagens e/ou desenhos para realização destes registros (BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012).

No exercício *Campainhas*, como exemplo de tarefa para realização RPD de forma lúdica, são exploradas situações gatilho, ou seja, 'campainhas', nos diversos ambientes em que a criança se insere (escola, família, casa de amigos, etc) para, então, investigar pensamentos, sensações e emoções associadas. A partir disso, é possível estimular a criança a monitorar sua atividade interna quando perceber a ocorrência de suas 'campainhas' (FRIEDBERG; MCCLURE, 2015). Outro exemplo aplicado a um dos casos em questão foi o "O que está incomodando você?". Essa estratégia, em forma de metáfora, refere-se a um quadro ilustrado onde a criança preenche com os pensamentos que ficam zumbindo como insetos em sua cabeça quando estão incomodadas. Muito similar ao RPD tradicional, além dos pensamentos, a criança também registra a data e a situação neste formulário (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2009). É importante destacar que exercícios de RPD são amplamente utilizados em atendimentos sob a perspectiva teórica das TCCs, se fazendo presente também nos tratamentos para TAS e sendo utilizadas inclusive em atendimentos grupais para esse transtorno de ansiedade (SILBERFARB *et al.*, 2019).

Materiais ilustrados costumam interessar as crianças e motivá-las para tarefas, sendo ótimos recursos para a psicoeducação e monitoramento de humor. Além da disponibilidade destes recursos como os apresentados por autores como Friedberg, Mcclure e Garcia (2009), Bunge, Gomar e Mandil (2012), Stallard (2009), entre outros, muitos materiais também podem ser desenvolvidos com a criatividade do próprio terapeuta. A exemplo disso, no caso do Paciente 4, a terapeuta elaborou um "círculo das emoções e seu termômetro". Por meio deste instrumento, a criança sinalizava qual emoção estava sentindo/sentiu e qual a intensidade da mesma, possibilitando uma abertura para o diálogo sobre a situação, circunstâncias e comportamentos envolvidos. Além delas, no caso do Paciente 3 também foi utilizada a atividade de contação de histórias para disparar discussões como essas durante as sessões. A história infantil "A caixa de Pandora", somada a brincadeira de mímica com foco em descobrir as sensações e expressões corporais frente as suas emoções, demonstrou funcionar para este caso (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

A realização da técnica de descoberta guiada com ferramentas lúdicas, com objetivo de construir a formulação de caso, também demonstrou contribuir para lidar com o entrave da redução de expressividade

emocional e verbal. Na formulação de caso, são identificados os eventos desencadeantes, buscados os pensamentos, e observados os sentimentos e comportamentos resultantes (STALLARD, 2009). Nesse momento, também, é possível separar sintomas fisiológicos, que são bastante comuns em casos de ansiedade, das emoções (BULHÕES *et al.*, 2020; STALLARD, 2009). A ferramenta Armadilha Negativa pode ser utilizada como recurso para fazer uma formulação de caso simples, além de psicoeducar sobre o modelo das TCCs. Nela é explicada a conexão entre pensamentos, emoções e comportamentos. Também compõe esse recurso o Círculo Mágico, que localiza situações gatilho agradáveis para serem analisadas, com o intuito de iniciar a observação em relação ao que a criança pensa, sente e faz (STALLARD, 2009).

Algumas técnicas comportamentais de manejo de ansiedade também podem ser ensinadas à criança e ao adolescente nessas condições. Elas serão orientadas para que se realize treinos, enviando estímulos de relaxamento ao corpo, facilitando uma consciência corporal e condicionando sensações mais adaptativas frente a estressores. As mais utilizadas consistem na respiração diafragmática e no relaxamento progressivo dos músculos. As orientações para o público infantil acerca da aplicação das referidas técnicas quando feitas através de metáforas e de forma lúdica, como a analogia do tensionamento dos músculos a um andar rígido de um robô, utilizada no caso 4, inferem na adesão e no interesse do paciente para continuar praticando os treinos (PETERSEN *et al.*, 2011).

Habilidades sociais, especialmente aquelas relacionadas à expressão emocional e verbal de situações de desconforto, tendem a se apresentar em déficit em casos que apresentam sintomas de TAS e não foi diferente entre os casos estudados (LEAHY, 2011; PETERSEN; WAINER, 2011). Para trabalhar esta questão, traz-se como exemplo a utilização da cinema-terapia com cenas do filme "Cinderela" (GALDINO; NEVES; PEREIRA, 2019). As cenas utilizadas, que apresentavam conflitos familiares semelhantes ao caso atendido (Paciente 3), foram assistidas em sessão e, após, era dado início a uma discussão acerca das percepções que a paciente realizara sobre a situação, as emoções sentidas por parte da Cinderela e como ela lidara com elas. Nesse mesmo momento, foi incentivada a imaginação de comportamentos alternativos focados na resolução do problema da princesa. À medida que tenha sido observada a identificação com a personagem, realizou-se a transposição da história do filme para situações ativadoras ocorridas na vida da paciente. Em um segundo momento, foram propostas brincadeiras de bonecas trazendo à tona situações em que o déficit em habilidades sociais relacionado aos sintomas de TAS apareciam. Nessa brincadeira foi oportunizado o treinamento de algumas das habilidades sociais necessárias na expressão de desgosto ou desconforto (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Por fim, é importante salientar, que, para além das técnicas, o terapeuta deve ter sensibilidade para reconhecer as potencialidades e os estressores da criança, do contexto social, e dos ambientes,

principalmente familiar, nos quais está inserida. Outro fator relevante no processo de psicoterapia infantil é a resiliência e flexibilidade do psicólogo para conduzir (PETERSEN *et al.*, 2011). O tratamento para cada paciente deve ser individualizado considerando as especificidades de cada caso. Além disso, compreendendo as metas e necessidades do paciente, bem como as limitações desse e da família, e entendendo os objetivos de cada atividade ou intervenção, as ações podem ser adaptadas e ajustadas para que façam sentido e sejam eficazes no tratamento (KENDALL, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo descrever o manejo e as estratégias lúdicas empregadas que visavam reduzir comportamentos de esquiva e demais sintomas de TAS durante as sessões de cinco pacientes atendidos em um processo de psicoterapia. A partir dos resultados apresentados, observou-se que, de forma geral, os pacientes responderam bem as alternativas lúdicas e outras técnicas utilizadas no manejo das dificuldades, como: postura terapêutica de valorização das preferências do paciente, utilizando esses interesses no processo psicoterápico; aliança ao paciente no trabalho com os pais, a fim de gerar um ambiente seguro que favorecesse sua expressão, que refletira também no setting terapêutico; utilização de jogos, brincadeiras e fantoches como estratégias de mudança do foco para facilitação do diálogo; identificação e psicoeducação das emoções com tarefas lúdicas; e autorrevelação.

Visto que os sintomas de ansiedade social se manifestam no ambiente terapêutico dificultando a interação com o paciente e o avanço da psicoterapia, estratégias como estas se demonstram funcionais e efetivas, quando adaptadas individualmente, de modo que favorecem o avanço do processo psicoterápico. Destaca-se que a sensibilidade dos terapeutas é fundamental para perceber a necessidade de cada paciente e flexibilizar o uso das técnicas. O conjunto de resultados desse estudo reforça a ideia de que um plano terapêutico deve ser individualizado e flexível, de forma a acompanhar as metas estabelecidas para o tratamento.

É importante mencionar que os casos aqui apresentados como plano de fundo para as discussões foram atendidos em formato de psicoterapia breve focal, totalizando 24 sessões. Destaca-se que este número de sessões não foi propositalmente pensado para o trabalho dos sintomas de TAS, uma vez também que aqui eles foram abordados na qualidade de entraves nos atendimentos para tratar das demandas e metas centrais da psicoterapia. Este número de sessões se configurou em uma regra dos atendimentos na clínica-escola em que os pacientes foram atendidos.

No que diz respeito às limitações desse estudo, destaca-se o fato de a amostra ter sido selecionada por conveniência. Além disto, os atendimentos ocorreram em um serviço-escola de uma universidade

da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, logo, as terapeutas que conduziram estes atendimentos possuíam uma experiência clínica limitada. É possível que terapeutas experientes possam se valer de outros recursos terapêuticos para vencer os entraves relacionados aos sintomas da ansiedade social. Para estudos futuros se sugere que sejam realizadas avaliações dos sintomas de TAS nas crianças pré e pós intervenções, utilizando instrumentos padronizados ou outras técnicas que têm apresentado relevância de avaliação diagnóstica. Estes estudos poderiam trazer novas evidências sobre eficácia das intervenções.

Este estudo buscou contribuir para o aprimoramento da psicoterapia infantil, especialmente, no que se refere às adaptações e estratégias necessárias quando da ocorrência de entraves durante os atendimentos. Além disso, como pode ser visto, a atual crise sanitária tem impactado também no processo de desenvolvimento infantil, uma vez que há a redução da interação social, assim como vem ocorrendo dinâmicas diferentes de aprendizagem, pode haver redução também do campo de aprendizado de habilidades sociais, habilidades de regulação emocional e desenvolvimento do seu próprio *self*. Tais questões poderão ser evidenciadas em futuros atendimentos, através também de possíveis sintomatologias relacionadas a TAS em sessão. Dessa forma, destaca-se a importância de o profissional estar preparado e munido de ferramentas criativas que tenham tido bons resultados. Estudos como esse podem fornecer um bom aparato de estratégias para estes casos, oportunizando crescimento profissional e segurança a terapeutas que venham encarar estes desafios.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BULHÕES, A. *et al.* Fobia social: um estudo a partir da terapia cognitivo-comportamental. **TCC-Psicologia**, 2019. Disponível em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/472/466>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BUNGE, E.; GOMAR, M.; MANDIL, J. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes**: Aportes técnicos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 306.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017.

FERNANDES *et al.* A influência dos fatores parentais e da inibição comportamental infantil na ansiedade social de crianças em idade pré-escolar. *In: Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10, Universidade do Algarve, 2016. Disponível em: <http://actas.lis.ulusiada.pt/index.php/cipca/article/viewFile/839/827>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. **A prática da clínica da terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

GALDINO, M. K. C.; NEVES, J. W. J. S.; PEREIRA, V. H. D. Desenvolvendo valores, resiliência e habilidades sociais. *In: CARTAXO, V. (Org.). Luz, câmera e ação: filmes na prática clínica infantil*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. p. 464-488.

HABER, G.; CARMO, J. DOS S. O fantasiar como recurso na clínica comportamental infantil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 45-61, 2007.

HUREMOVIC, D. Social distancing, quarantine, and isolation. *In: HUREMOVIC, D. Psychiatry of pandemics*. Cham: Springer, 2019. p. 85-94.

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; MANFRO, G. G. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34 n. 3, p. 125-132, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n3/a04v34n3.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

KENDALL, P. C. Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. *In: PETERSEN, C. S.; WAINER, R. (Orgs.). Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 256-263.

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

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, [s.n.], p. 02-08, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1678-9865-estpsi-37-e200067.pdf>. Acesso em 20 jul. 2020.

PATZLAFF, K.; KRATZ, V.; DE OLIVEIRA, C. Ansiedade na infância: uma abordagem cognitivo-comportamental. *In: Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG: América do Norte, 2015.*

PETERSEN, C. S. *et al.* Terapia Cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade. *In: PETERSEN, C. S.; WAINER, R. (Orgs.). Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte.* Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 232-255.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. (Orgs.). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, A. H. (Org.) **Terapia do esquema com crianças e adolescentes.** Campo Grande: Episteme, 2019.

SILBERFARB, S. *et al.* Protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo para o medo de falar em público no contexto de um serviço-escola de psicologia. **Boletim Entre SIS**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 2, p. 48-61, out. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/19441/1192612489>. Acesso em 30 jun. 2020.

STALLARD, P. **Bons pensamentos, bons sentimentos:** manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WANG, G. *et al.* Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. **The Lancet**, [s.l.], v. 395, n. 10228, p. 945-947, 2020.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema:** guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2008.