

ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono
& Kazuhiko Saito

Edição em Português

Editor: Flávio Dias Silva. Tradutores: Thatiana Ferreira Maia, Camila Lima Alves



Crianças indo para a escola em Ndola, Zâmbia
Foto: Jack Gin

Ana Figueroa MD

Diretora da Child & Adolescent Psychiatry Unit, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas, Gran Canaria, Espanha

Conflito de interesse: financiamento de pesquisa de Eli Lilly. CME: Eli Lilly, Janssen, Shire. Speaker: Eli Lilly, Janssen, Shire, Spanish National Health Service

Cesar Soutullo MD, PhD

Diretor, Child & Adolescent Psychiatry Unit, Department of Psychiatry & Medical Psychology, University of Navarra Clinic, Pamplona, Espanha

Conflito de interesse: financiamento de pesquisa de Abbott, Alicia Koplowitz Foundation, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Carlos III Institute

Esta publicação é dirigida para profissionais em treinamento ou na prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados em evidência científica disponível no tempo em que foi escrita e que foi avaliada pelos autores podendo mudar como resultado de novas pesquisas. Leitores precisam aplicar este conhecimento em pacientes de acordo com as diretrizes e leis de prática de seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e leitores devem consultar informações específicas sobre as drogas já que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e endereços eletrônicos são citados ou associados para ilustrar conteúdos ou como uma fonte mais aprofundada de informações. Isto não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, o que deve ser criticamente avaliado pelo leitor. Endereços eletrônicos podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2015. Esta é uma publicação de livre-acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpon.net.au

Citação sugerida: Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Ansiedade de separação. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

Transtornos de ansiedade são provavelmente a psicopatologia mais comum na juventude, com prevalência estimada variando de 5% a 25% mundialmente, sendo que apenas uma porcentagem bem menor recebe tratamento (Boyd et al, 2000; Costello et al, 2003). O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) computa aproximadamente metade dos encaminhamentos entre todos transtornos de ansiedade (Cartwright-Hatton et al, 2006). A maioria dos transtornos de ansiedade pediátricos possuem os mesmos critérios diagnósticos que em adultos, exceto TAS, atualmente classificado pelo CID ou DSM como um dos transtornos frequentemente diagnosticados na infância ou adolescência (Krain et al, 2007).

O TAS é caracterizado como uma reação anormal a uma separação de um ente bem próximo, separação esta que pode ser real ou imaginária, e que interfere significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Para se enquadrar nos critérios diagnósticos do DSM-IV-R, a ansiedade deve estar além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, durar mais de quatro semanas, começar antes dos 18 anos e causar sofrimento ou prejuízo significativos (American Psychiatric Association, 2000).

O TAS pode causar marcado sofrimento e prejuízo podendo, também, levar a várias consequências psicossociais, e é preditivo de transtornos psiquiátricos adultos, especialmente transtorno do pânico. Apesar disto, o transtorno raramente tem sido estudado, e crianças não são usualmente avaliadas clinicamente até o TAS resultar em recusa escolar ou sintomas somáticos. Tratamentos eficazes disponíveis incluem psicoterapia e medicações.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

O TAS tem apresentação clínica heterogênea. O sintoma cardinal é um significativo ou inapropriado *sofrimento* adquirido, ou medos irrealis e excessivos, após a *separação* de entes próximos (usualmente pais) ou até do lar (American Psychiatric Association, 2000). Existem três características chaves do transtorno de ansiedade de separação:

- Medos excessivos e persistentes ou preocupações antes e no momento da separação
- Sintomas comportamentais e somáticos antes, durante e depois da separação; e
- Evitação persistente ou tentativas de escapar da situação de separação.

A criança *preocupa-se* que algo ocorra aos seus pais (por exemplo, que eles desapareçam, se percam ou se esqueçam dela) ou que ela mesma venha a se perder, ser raptada ou morta se ela não estiver próxima a seus pais. *Sintomas comportamentais* incluem choro, agarramento aos pais, queixas sobre separação, e procurar ou chamar pelos pais depois deles terem partido. *Sintomas físicos* são similares àqueles comuns em um ataque do pânico ou transtorno de somatização, tais como:

- Dores de cabeça
- Dor abdominal
- Desmaios, vertigens, tonturas

(FIS), Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Pfizer, PIUNA, Stanley Medical Research Institute-NAMI, and Solvay. Consultor: Alicia Koplowitz Foundation, Bristol-Myers Squibb/Otsuka, Editorial Médica Panamericana, Eli Lilly, Juste, European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance, Janssen, Pfizer, and Shire. Speaker: AstraZeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Novartis, SEP-SEPB, Shire and Solvay.

Yoshiro Ono MD, PhD

Diretor, Wakayama Prefecture Mental Health & Welfare Center, Wakayama, Japão

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Kazuhiko Saito MD

Diretor, Department of Child Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine, Japão

Conflito de interesse: nenhum divulgado

- Pesadelos, dificuldades para dormir
- Náusea, vômitos
- Cãimbras, dores musculares
- Palpitações, dor torácica.

Por causa destes sintomas físicos, TAS é uma causa frequente de abstinência escolar e de múltiplas visitas ao médico da família ou pediatra para descartar um problema clínico. Os sintomas aparecem apenas em dias de escola e usualmente desaparecem assim que os pais decidem que a criança ficará em casa.

A apresentação clínica difere de acordo com idade do paciente. Crianças mais novas descrevem ter pesadelos sobre temas de separação mais frequentemente do que crianças mais velhas. Também, em comparação com adolescentes, crianças geralmente mostram mais frequentemente um sofrimento extremo após a separação. Elas frequentemente exibem comportamentos de oposição como temperamentos de teimosia na situação de separação. Adolescentes com TAS têm queixas físicas mais frequentes nos dias de escola. Situações em que os sintomas de ansiedade de separação podem aparecer são quando a criança:

- É deixada na creche
- Entra na escola
- Pega o ônibus escolar
- É orientada a ir para a cama
- É deixada em casa com babás
- Inicia o acampamento de verão
- Muda o ambiente familiar
- Passa uma noite fora de casa com amigos e parentes
- Vivencia a separação dos pais ou divórcio

Os sintomas de ansiedade de separação aparecem mais frequentemente em situações como mudança de escola, início de um novo período escolar (depois das férias de verão, ou ao iniciar o ensino médio), mudança de amigos, ao experimentar eventos adversos como ser alvo de *bullying*, ou ao sofrer de enfermidade médica.



Clique na figura para assistir a um vídeo sobre ansiedade de separação.

Marina é uma garota de nove anos que mora em uma cidade grande com seus pais e seu irmão de quatro anos. Ela está fazendo a 4ª série em uma escola privada. Desde que ela iniciou o jardim de infância com dois anos de idade, seus professores notaram que ela era tímida e só começava a se relacionar com seus colegas no final do ano escolar. Durante os primeiros meses do ano escolar ela passava o maior tempo possível com seu tutor, evitando contato mesmo com o resto dos professores. A transição para a pré-escola tem sido difícil, mas ela conseguiu fazer alguns amigos no último semestre. Depois disso, embora ela tenha parecido estressada no início dos anos escolares, ela conseguiu se relacionar normalmente com seus colegas.

Com nove anos, Marina teve uma gripe, o que fez com que ela ficasse de cama por duas semanas. Quando ela melhorou e foi permitido retornar à escola, ela chorou impacientemente agarrando a sua mãe enquanto a implorava para não ir embora. Depois de poucos dias ela conseguiu retornar à escola sem choro excessivo. Contudo, no meio da manhã ela começava a queixar-se de dor abdominal e tinha de retornar para casa. Seu pediatra não encontrava alguma evidência de patologia que explicasse seus sintomas, mas os pais estavam preocupados com os problemas de Marina e foram buscar um médico diferente que solicitara mais exames, todos normais. Ela nunca tinha experimentado estes problemas físicos em finais de semana, mas quando chegava domingo à noite ela ficava ansiosa de ter os mesmos sintomas na escola de novo na segunda-feira.

Comentário: este esboço clínico destaca os sintomas de ansiedade social que precedem o TAS, a infecção viral que precipita o início do TAS, os problemas de separação e sintomas médicos não explicados no contexto da separação.

Os limites para a significância clínica dos sintomas variam de acordo com os fatores culturais. Diferentes culturas têm diferentes expectativas sobre autonomia, nível de supervisão, hábitos de sono, características do lar (ex.: disponibilidade de dormitórios, tamanho da casa), e o papel dos pais no cuidado com as crianças (ex.: tomar conta das crianças eles próprios ou deixar as crianças na creche) (Hanna et al, 2006).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos para TAS incluem:

- Presença de pelo menos 3 dos 8 sintomas de ansiedade possíveis que aparecem durante situações de separação (ex.: separação de casa ou de entes próximos importantes, medo de se perder ou medo de um possível dano acontecer aos entes próximos ; relutância ou recusa em ir à escola, ou ficar sozinho ou ficar sem algum ente próximo, etc).
- Sintomas devem estar presentes durante as últimas quatro semanas, e devem começar antes dos 18 anos de idade.
- Sintomas causam pelo menos prejuízo moderado e não são melhor explicados por outro transtorno psiquiátrico.

A maior modificação proposta pela DSM-V é que o TAS seja realocado da categoria “transtornos usualmente presentes na infância ou adolescência” para a categoria geral de “transtornos de ansiedade” junto com os outros transtornos de ansiedade que são diagnosticados em crianças e adultos.

No CID-10, o TAS é chamado de “ansiedade de separação da infância”. Ele está incluído na seção das “desordens emocionais com início específico na infância” que incluem transtorno de ansiedade fóbica na infância e transtorno de ansiedade social na infância, dentre outras.

EPIDEMIOLOGIA

Poucos estudos epidemiológicos têm sido publicados e a maioria contém limitações metodológicas e vieses, logo dados são escassos. O TAS tem um início prematuro, o pico de início é entre os 7 e 9 anos de idade (Costello & Angold, 1995). A prevalência é de 3%-5% em crianças e adolescentes, e decresce com o aumento da idade (Costello & Angold, 1995). Em um estudo de pesquisa de comorbidade nacional recentemente publicado, Kessler et al (2011) descobriu que os transtornos de ansiedade são os tipos de transtornos mais comuns de maneira geral (seguido de transtornos de comportamento, humor, e transtornos por uso de substâncias), e que o TAS era o transtorno de ansiedade mais comum em crianças, mas apenas o sétimo mais comum durante a vida por ser frequentemente solucionado antes da adolescência. O TAS subclínico é muito mais comum. Um estudo estimou que 50% das crianças de 8 anos de idade sofreram de sintomas de TAS que não causaram comprometimento significativo. Alguns investigadores sugerem que o TAS, nos EUA, pode ser ligeiramente mais comum em mulheres, afro-americanos e famílias com baixo status socioeconômico.

Idade de início e curso

Os sintomas de ansiedade de separação dos pais ou de entes de maior apego são marcos do desenvolvimento normais em crianças (ver Capítulo A.2).

Sofrimento de separação de entes próximos nas crianças é um dos comportamentos evolutivos mais fortemente preservados (Shear et al, 2006). Sintomas de ansiedade da separação usualmente têm pico entre nove e treze meses de idade, decrescem usualmente depois dos dois anos de idade, com aumento dos níveis de autonomia por volta dos três anos de idade. Sintomas de ansiedade de separação podem aumentar novamente a partir dos quatro aos cinco anos de idade, usualmente quando a criança inicia a escola (Costello et al, 2005; Mattis & Pincus, 2004; Krain et al, 2007). A presença de um transtorno de ansiedade em um dos pais facilita a persistência de ansiedade de separação normal (via transmissão genética e pelo fato de pais ansiosos poderem reduzir as oportunidades de separações, diminuindo a chance de melhora). Pelo fato de os sintomas de ansiedade de separação serem parte do desenvolvimento normal antes dos cinco anos de idade, um diagnóstico clínico de TAS é raramente justificado antes disso.

Estudos longitudinais mostram que TAS infantil pode ser um fator de risco para outros transtornos de ansiedade; aumenta especificamente o risco de transtorno do pânico e de agorafobia em adultos, principalmente por causa de suas similaridades clínicas (Biederman et al, 2005). Isto é sustentado com base em estudos fisiológicos, que mostram uma sensibilidade aumentada à exposição a dióxido de carbono em crianças com TAS assim como em pacientes com transtorno do pânico (Pine et al, 2000). Outros investigadores sugerem que o TAS aumenta a vulnerabilidade para um amplo espectro de transtornos de ansiedade e de humor.

Aproximadamente um terço dos casos infantis de TAS persiste na idade adulta se não tratado. Uma criança com TAS pode significativamente limitar suas interações de grupo, o que pode levar a um comprometimento nas funções sociais e isolamento quando adultos (ex.: permanecendo solteiro ou experimentando conflitos conjugais) (Shear et al, 2006). De acordo com o 'Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study' – estudo multimodal de ansiedade da criança e do adolescente (CAMS; ver sessão de tratamento abaixo), preditores de remissão são: menor idade, status não minoritário, baixa gravidade da ansiedade basal, ausência de outros transtornos internalizantes (ex.: ansiedade, depressão), e ausência de fobia social.

O DSM-IV descreve o TAS como um transtorno da infância que raramente persiste na idade adulta. Contudo, muitos estudos têm achado que a prevalência de TAS em adultos é em torno de 6%, até maior que o TAS infantil. De acordo com um estudo, mais de 70% dos casos adultos de TAS começam na idade adulta; então esta poderia ser uma condição muito mais comum do que se imaginava anteriormente. (Shear et al., 2006).

ETIOLOGIA

A etiologia de TAS é complexa e parcialmente desconhecida. Estudos demonstram que ambos os fatores biológicos e ambientais exercem algum papel, fatores ambientais podem ter uma influência mais forte em TAS do que em outros transtornos de ansiedade infantis. A maioria dos fatores etiológicos propostos está mais associado com transtornos de ansiedade em geral do que com TAS especificamente. Há um amplo consenso de que a interação entre diferentes

- A prevalência de TAS é de aproximadamente 5% em crianças, decrescendo na adolescência. A prevalência de TAS em adultos é por volta de 6%.
- TAS é o transtorno de ansiedade mais comum na população pediátrica.
- Aproximadamente 50% das crianças com oito anos de idade sofreram de sintomas de ansiedade de separação que não causaram comprometimento significativo.
- O pico de início é entre os sete e nove anos de idade.
- Pelo fato de a ansiedade de separação ser parte do desenvolvimento normal antes dos cinco anos, um diagnóstico de TAS é raramente justificado antes disso.
- TAS é um fator de risco para outros transtornos de ansiedade e psiquiátricos.
- Aproximadamente um terço dos casos de TAS na infância persistem na vida adulta se não tratados.

fatores, biológicos e ambientais, aumenta o risco de transtornos de ansiedade. Por exemplo, a interação entre uma mãe com pouca tolerância à ansiedade e uma criança com inibição comportamental aumenta a probabilidade de resultar em ansiedade na criança.

Fatores Biológicos

Genéticos

A herdabilidade do TAS varia de pouco para moderada de acordo com diferentes estudos. Um estudo de larga escala com gêmeos sugeriu uma influência genética significativa para TAS, apontando para herdabilidade em torno de 73% (Bolton et al, 2006). A maioria dos estudos sugere que os transtornos de ansiedade ocorrem em famílias (Pine, 1999), e que a pessoa pode herdar vulnerabilidade para qualquer transtorno de ansiedade mais do que para um transtorno de ansiedade específico. Crianças com pais ansiosos têm cinco vezes mais probabilidade de apresentar um transtorno de ansiedade. Alguns pesquisadores têm relatado uma associação entre transtorno do pânico nos pais e TAS nos descendentes (Biederman et al, 2004) embora isto não tenha sido confirmado.

Psicológicos

Processos psicológicos tais como condicionamento ao medo consistem na essência dos transtornos de ansiedade. Estes são produtos de genes e ambiente no funcionamento de regiões do cérebro envolvidas nos circuitos do medo e da recompensa (amígdala, córtex orbital frontal, e córtex cingular anterior).

Disfunção em algumas áreas cerebrais

A amígdala é uma das principais áreas envolvidas na ansiedade (Beesdo et al, 2009).

Fatores Ambientais

Muitos dos fatores de risco ambientais derivam de estudos epidemiológicos transversais (que não podem demonstrar a relação de causa-efeito) (Pine & Klein, 2008).

Relacionados com a família da criança

- Baixo calor emocional parental
- Comportamentos parentais que desencorajam a autonomia da criança (ver Ginsburg et al, 2004, para uma revisão). Pais superprotetores e muito envolvidos parecem ser um fator de risco para TAS
- Apego inseguro, acima de tudo da mãe. Um apego ansiedade-resistente está associado com transtornos de ansiedade (Warren et al, 1997). Crianças de mães ansiosas frequentemente exibem ansiedade de separação (Beidel et al, 1997; Biederman et al, 2001), não apenas por causa dos medos das crianças com sua própria segurança, mas também com a segurança da mãe após a separação
- Discórdia parental severa
- Separação ou divórcio
- Doença física em um dos pais
- Transtorno mental em um pai, como transtorno do pânico e de depressão maior

- Pai que é egocêntrico, imaturo, instável ou com comportamentos antissociais

Experiências precoces

- Eventos estressantes da vida são largamente associados com psicopatologia pediátrica em geral
- Envolvimento em um desastre maior ou crime
- Exposição à violência doméstica
- Pais perderem emprego
- Nascimento de um irmão

Características e temperamento da criança

- A Inibição Comportamental reflete uma tendência consistente para demonstrar medo e retirada em situações não familiares que a criança tenta evitar. Crianças comportamentalmente inibidas são introvertidas, facilmente envergonhadas ou socialmente evitativas. Isso é usualmente evidente a partir dos dois anos. Estas crianças são mais propícias do que aquelas não inibidas para exibir níveis significativos de ansiedade de vários tipos, incluindo TAS (Kagan et al, 1988; Biederman et al, 1993; Anthony et al, 2002).
- Baixa tolerância à humilhação
- Medo de falhar
- Depressão
- Gênero. O sexo feminino tem maior tendência para a maioria dos transtornos de ansiedade.

Relacionados à escola

- Sofrer *bullying*
- Falha em apresentar um nível esperado em provas, esportes e outras atividades acadêmicas.

COMORBIDADES

Transtornos de ansiedade infantis são frequentemente comórbidos entre si e com outras formas de psicopatologia. Logo é comum que crianças com TAS também se apresentem com outros transtornos de ansiedade ou outras condições como depressão ou transtornos disruptivos (Krain et al, 2007). Em comparação com crianças com ansiedade generalizada e fobia social, crianças com TAS mostram mais frequentemente outros transtornos de ansiedade, aumentando a severidade no geral (Kendall et al, 2001); sofrem de fobias específicas comórbidas mais frequentemente (Verduin et al, 2003); e são mais propícias a evitarem a escola, resultando em abandono escolar (*futoko* no Japão).

Crianças com TAS apresentam mais frequentemente com:

- Depressão Maior (Angold et al, 1999)
- Transtorno Bipolar (Wagner, 2006), and
- Transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Garotas com o subtipo desatento de TDAH podem ter maiores índices de comorbidade com TAS (Levy et al, 2005).

DIAGNÓSTICO

Na DSM-IV e no CID-10, o TAS é o único transtorno de ansiedade classificado na sessão de “transtornos diagnosticados usualmente na infância ou adolescência”, e não incluso com outros transtornos de ansiedade (embora seja provável que isso mude na DSM-5).

Avaliação diagnóstica

Recusa escolar e queixas somáticas excessivas no contexto de separações atuais ou anteriores são as razões mais comuns de os pais procurarem tratamento para TAS (Krain et al, 2007).

A avaliação diagnóstica de TAS requer uma abordagem multi-informante, multi-metódica envolvendo a criança, os pais e, se apropriado, os professores da escola ou outros cuidadores relevantes (ver Capítulo A.5). O diagnóstico final será baseado em informações de todas estas fontes. Ainda que o padrão-ouro seja uma entrevista clínica estruturada ou semi-estruturada onde a criança e seus pais são entrevistados separadamente, entrevistas estruturadas geralmente não são práticas no trabalho clínico diário.

Muitas entrevistas diagnósticas semi-estruturadas estão disponíveis:

- *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child and Parent Version* (ADIS-IV-C/P; Silverman & Albano, 1996). A ‘ADIS’ é projetada para jovens de seis a 17 anos de idade; avalia transtornos de ansiedade, humor, externalização, tique, por uso de substâncias e transtorno invasivo do desenvolvimento.
- *The Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School age children, Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) é usado para pacientes entre seis e 18 anos de idade para avaliar todos diagnósticos de transtornos de Eixo I, exceto de transtorno invasivo do desenvolvimento.

A maioria das medidas de avaliação de ansiedade infantis é desenvolvida para e validada com crianças em idade escolar, deixando transtornos de primeira infância relativamente inexplorados. A “Avaliação Psiquiátrica para a Idade Pré-Escolar” (*The Preschool Age Psychiatric Assessment* - PAPA), é uma entrevista estruturada de pais usada para diagnosticar transtornos psiquiátricos em crianças de dois a cinco anos de idade.

Durante as entrevistas, os profissionais devem avaliar três grupos chave de sintomas de ansiedade:

- Comportamentos
- Pensamentos
- Sintomas físicos.

O clínico deve questionar explicitamente sobre a presença deles no presente e no passado, duração, frequência, como eles interferem nas atividades diárias, e que funções eles podem estar exercendo na vida da criança. É importante também juntar informações sobre o desenvolvimento dos primeiros sintomas de TAS ao longo do tempo, e avaliar suas possíveis associações com transições maiores na vida ou eventos estressantes. Crianças ansiosas tendem a relatar mais sintomas físicos, enquanto pais usualmente enfatizam os comportamentos introvertidos. Se possível, é de grande ajuda para o clínico ver o paciente em uma situação provocadora de



Clique na imagem para assistir o vídeo “Entendendo a ansiedade de separação”

ansiedade (i.e., entrando na escola). Frequentemente crianças apresentam sintomas intensos de TAS no consultório médico quando são requisitadas a se separarem de seus pais.

Como com qualquer outro transtorno psiquiátrico, a avaliação deve incluir histórico psiquiátrico passado, histórico psiquiátrico familiar, histórico médico e histórico de desenvolvimento (ver Capítulo A.5).

Sintomas somáticos geralmente não possuem origem física. Contudo, um exame físico cuidadoso com apropriados exames de sangue é recomendado para descartar causas físicas, incluindo anemia, infecção estreptocócica (pesquisar anticorpos estreptocócicos), hipertireoidismo, hipotireoidismo (requisitar T3, T4 e TSH), prolapso de valva mitral, asma, infecção gastrointestinal, inflamação, sangramento, ou ulceração. Também, exame de urina para drogas em adolescentes é aconselhável. Em alguns casos o clínico pode suspeitar da presença de diabetes mellitus. Condições raras que podem imitar sintomas de TAS são: babesiose, doença de Lyme, e infecção por riquetsias. Isto é importante em pacientes com histórico de febre, rash cutâneo, ou dor de garganta sem tratamento com antibióticos ou tratamento incompleto, e uma história de mudança aguda na personalidade ou ansiedade ou sintomas de obsessão. Níveis sanguíneos de chumbo e mercúrio podem ser medidos para descartar intoxicação por metal pesado (especialmente em pacientes com dor abdominal). Se outras informações sugerirem tumor encefálico ou distúrbios epilépticos, o clínico deve realizar os exames de imagens apropriados.

Como mencionado anteriormente, para corresponder com os critérios de TAS do DSM-IV, os sintomas de ansiedade devem estar além do esperado para o desenvolvimento da criança, durar mais de quatro semanas, começar antes dos 18 anos de idade, e causar sofrimento ou prejuízos significativos (APA, 2000). A ansiedade tem que ser relacionada exclusivamente com separação do lar ou dos entes próximos, e o paciente deve ter pelo menos três dos seguintes itens:

- Sofrimento excessivo recorrente em situações de separação
- Preocupação persistente ou excessiva de perda, ou de possíveis danos acometendo importantes entes próximos (por exemplo: doenças, acidentes, morte)
- Preocupação excessiva ou persistente com um evento indesejado que levará à separação dos entes próximos (por exemplo, perder-se ou ser raptado)
- Relutância persistente ou recusa de ir à escola, trabalho, ou outro lugar por causa do medo de separação
- Medo excessivo ou persistente ou relutância de estar sozinho ou sem os entes mais próximos
- Recusa ou relutância persistente para ir dormir sem estar perto dos entes próximos ou de dormir longe de casa
- Pesadelos recorrentes envolvendo tema de separação
- Queixas recorrentes de sintomas físicos (como dores de cabeça, dores de estômago, náusea, ou vômito) quando a separação dos entes próximos ocorre ou é antecipada.

Os critérios diagnósticos atuais tem sido criticados porque são restritos aos eventos desagradáveis ocorrendo com a criança, falhando em capturar eventos

Tabela F.2.1 Escalas* para mensurar sintomas de ansiedade de separação					
Escala	Avaliador	Idade do Paciente	Recomendada para rastreio	Sub-escala TAS	Comentários
SCAS (Spence, 1997)	Criança, (Versão para pais)	8-12	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • 44 itens, usa uma escala de 4 pontos. • 6 subescalas: ansiedade de separação, pânico/agorafobia, ansiedade social, ansiedade generalizada, obsessões/compulsões, e medo de injúria física. • Escala pré-escolar para 2.5 – 6.5 anos de idade. • Disponível em 16 línguas.
SAAS-C/P (Eisen & Schaefer, 2007)	Criança, Pais			✓	<ul style="list-style-type: none"> • 34 itens, alguns específicos de TAS. • 4 dimensões: medo de ficar sozinho, medo de abandono, medo de doença física, e se preocupar com eventos calamitosos. • Também contém uma "frequência de eventos calamitosos em subescala" e "índice de sinais de segurança".
SCARED-R (Muris et al, 1998)	Criança, (Versão para pais)	7-18	✓✓✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Total de 66 itens, incluindo todos os transtornos de ansiedade do DSM-IV, de 8 itens especificamente para avaliar TAS. • Disponível em 8 línguas
PARS (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group, 2002)	Médico				<ul style="list-style-type: none"> • Requer entrevistas com pais e criança
RCADS (Chorpita et al, 2000)	Criança, Pais	6-18		✓	<ul style="list-style-type: none"> • 47 itens, questionário de auto-relato. • Inclui todos os transtornos de ansiedade e depressão. • Ela produz uma pontuação total de ansiedade e uma pontuação total de internalização. Há também uma versão para o progenitor. • Disponível em cinco línguas
The Preschool Anxiety Scale (Spence et al, 2001)	Pais	2-6			<ul style="list-style-type: none"> • Auto-relato paterno. • A versão pré-escolar do SCAS

* Não-propriedade: livres para uso clínico.

desagradáveis com os entes próximos que podem levar à perda, como preocupações de morte e estar morrendo; há a necessidade de mais estudos para testar o ponto de corte das quatro semanas, o qual é arbitrário.

Escalas de Classificação

Escalas de classificação usadas na prática clínica ou em pesquisa são preenchidas pelo paciente, pais e/ou professores; elas disponibilizam informação valiosa para confirmar o diagnóstico, quantificar a severidade dos sintomas e monitorar resposta ao tratamento. Contudo, elas nunca devem ser usadas como instrumentos diagnósticos (ver Capítulo A.5)

Sintomas de ansiedade em crianças podem ser avaliados com escalas de classificação de psicopatologia gerais tais como os instrumentos ASEBA (Achenbach, 2009) ou escalas específicas como a *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spilberger, 1973). A última é provavelmente a mais útil para avaliar sintomas de ansiedade de separação em crianças de todas as idades. Todas as escalas mencionadas abaixo têm mostrado validade e confiabilidade relativamente boas.

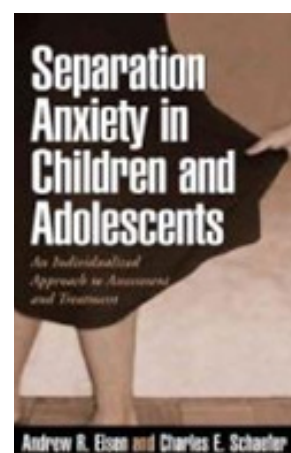
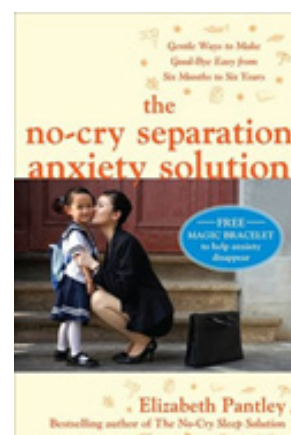
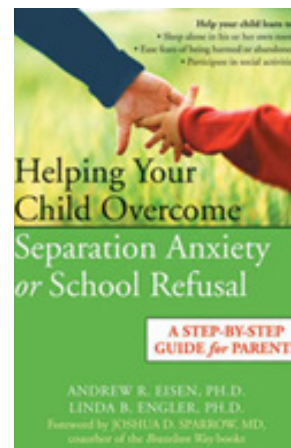
Outras escalas de classificação vastamente utilizadas para sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes incluem *Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983), a *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds, 1980), a *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Papay & Spilberger, 1986), e a *Social Phobia and Anxiety for Children* (SPAI-C; Beidel et al, 2000).

Diagnóstico Diferencial

Sintomas de ansiedade podem ser manifestações de:

- Ansiedade normal do desenvolvimento (ex.: medos normais durante os poucos primeiros dias de escola), neste caso os sintomas seriam auto-limitados
- Enfermidades clínicas (por exemplo, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, tumor encefálico). Sintomas não seriam restritos a situações envolvendo separação de entes próximos e a criança apresentaria outros sinais clínicos, tais como visão ou coordenação comprometidas no caso de tumores encefálicos
- Transtornos de ansiedade diferentes de TAS, como ansiedade generalizada ou fobia social (preocupações com “tudo” ou em situações sociais, respectivamente, sem temer a separação especificamente), e a presença de entes próximos não alivia os sintomas (ver Capítulo F.1)
- Outros transtornos psiquiátricos como depressão
- Em adolescentes, o uso de álcool e substâncias como maconha, cocaína ou cafeína. Sintomas ocorreriam sob efeito da substância ou após retirada
- Circunstâncias ambientais adversas como alocação escolar inapropriada, medo de violência na escola (ex.: violência associada a gangues), sofrer *bullying*, reações de luto. Sintomas tipicamente começariam agudamente e piorariam quando expostos a estas situações
- Abstenção. O adolescente não compareceria à escola deliberadamente.

Os médicos podem recomendar livros ou sites para obter mais informações, por exemplo:



TRATAMENTO

Há múltiplas opções de tratamento para crianças e adolescentes sofrendo de TAS. O clínico deve selecionar a opção terapêutica mais apropriada para cada paciente específico depois de considerar fatores associados ao transtorno (severidade, duração, disfunção devido aos sintomas), ao paciente e sua família (idade cronológica e de desenvolvimento, conhecimento, preferências de tratamento, motivação familiar e disponibilidade, recursos financeiros), e ao clínico (disponibilidade, habilidade e experiência). A maior parte da informação sobre efetividade do tratamento se refere a tratamento não-farmacológico: psicoeducação, manejo comportamental e diferentes formas de terapia cognitivo comportamental. Portanto, essas devem ser a primeira escolha do clínico.

Psicoeducação

Em todos os casos, é essencial que se construa uma boa aliança terapêutica entre o paciente (e família) e o clínico. Isto é o melhor desenvolvido no contexto de psicoeducação, o que é também fundamental em todos os processos de tratamento. Educar a família e a criança (de acordo com a sua idade de desenvolvimento), eleva a compreensão e a motivação. Entender a natureza da ansiedade e como foi experienciada pela criança ajudará os pais e professores a simpatizarem com os esforços da criança.

A psicoeducação deve sempre cobrir:

- Ansiedade como uma emoção normal, em todos os estágios de desenvolvimento

Intervenções em casa

Os pais podem ler um livro especializado em ansiedade infantil, enquanto asseguram que está tudo bem para a criança sentir-se daquela maneira e nada irá acontecer. Há muitos livros com este objetivo, como “The good-bye book” de Judith Viorst, “The Kissing Hand” de Audrey Penn; “Even if I Spill My Milk” de Anna Grossnickle Hines; “Benjamin Comes Back” de Amy Brandt, “When Mama comes home” de Eileen Spinelli; “The invisible string” de Patrice Karst.



Quando os sintomas de ansiedade de separação resultam na rejeição da criança à escola, um pai pode compartilhar livros que discutem especificamente isto, tais como: “Eu não quero ir à escola”, de Nancy Pando.

- Fatores que podem causar, disparar ou manter os sintomas de ansiedade
- O curso natural do TAS
- Alternativas de tratamento, incluindo as suas vantagens e desvantagens
- Prognóstico.

Há um grande número de livros e muita informação (boa e ruim) na Internet sobre transtornos de ansiedade. Alguns dos mais úteis são encontrados nos quadros laterais.

Manejo comportamental

O manejo comportamental é indicado em todos os casos. Consiste em informar os membros da família e cuidadores significativos, sobre como manejar sintomas leves e atitudes mal-adaptativas como comportamentos evitativos ou erros cognitivos. Pode ser o único tratamento requerido em casos de ansiedade de separação leve (o que geralmente ocorre durante a pré-escola). Isto deve ser combinado com outras terapias se não há melhora ou os sintomas são moderadamente severos, ou causam disfunção ou sofrimento moderado. O principal objetivo do manejo comportamental é providenciar para a criança um ambiente flexível e de suporte para que ela supere seus sintomas de ansiedade de separação.

O clínico pode recomendar aos pais:

- Ouvir os sentimentos da criança empaticamente
- Manter a calma quando a criança torna-se ansiosa (para servir de modelo para o comportamento da criança)
- Lembrar a criança que ela já superou situações de ansiedade similares anteriormente
- Ensinar técnicas simples de relaxamento como respiração profunda, contar até 10, ou visualizar uma cena relaxante. Aprender como relaxar dá à criança um senso de controle sobre seu corpo
- Planejar transições, como chegar à escola pela manhã ou se preparar para dormir à noite
- Ajudar a criança a preparar uma lista de estratégias possíveis em caso da ansiedade aparecer em situações “difíceis”
- Apoiar a criança a preparar-se a retornar para a escola (longa abstinência pode tornar o retorno para a escola mais difícil)
- Encorajar a participação da criança em atividades fora de casa, sem entes próximos (promover exposição). Não deixá-la ficar em casa para evitar estresse (não permitir evitação)
- Elogiar os esforços da criança (não somente os resultados) para lidar com os sintomas (estimular repetidamente durante seu caminho para ter sucesso)
- Assegurar à criança/adolescente que os sintomas somáticos são indicadores de problema que requerem atenção, não apenas um problema físico.

Intervenções no âmbito escolar

O médico pode recomendar que os professores:

- Iniciem um plano para promover o retorno da criança para a escola o

mais rápido possível

- Mantenham reuniões frequentes com os pais para facilitar a colaboração em estratégias que ajudem a criança a normalizar a escolarização
- Avaliem a causa da recusa escolar da criança e a tratem (por exemplo, problemas com amigos, o medo de um professor)
- Fiscalizem a chegada da criança à escola, de preferência a mesma pessoa o tempo todo
- Permitam um ente próximo para acompanhar inicialmente a criança
- Permitam um dia escolar mais curto, e depois prolongando-o gradualmente
- Identifiquem um lugar seguro onde a criança possa ir para reduzir a ansiedade durante períodos de estresse
- Identifiquem um adulto seguro para quem a criança possa pedir conforto em todos os momentos, sobretudo durante os períodos estressantes
- Promovam a prática de técnicas de relaxamento desenvolvidas em casa
- Forneçam atividades alternativas para distrair a criança de sintomas físicos
- Incentivem interações em pequenos grupos. Isso pode começar com apenas um colega de classe. Com o tempo, a criança vai aumentando sua competência e o grupo pode ser ampliado progressivamente. Providenciar assistência a essas interações entre pares
- Recompensem os esforços de uma criança
- Permitam tempo extra para fazer a transição para diferentes atividades.

Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

Vários estudos randomizados controlados têm mostrado a eficácia de curto e a longo prazo da TCC na melhoria dos transtornos de ansiedade na infância, incluindo TAS. TCC é atualmente o tratamento com mais evidências embasando sua eficácia (Barrett et al, 1996; Kendall et al, 1997). Assim, tornou-se a TCC o tratamento inicial de escolha. A exceção é quando os sintomas de ansiedade são muito graves para permitir o trabalho com a criança em terapia. Nesse caso, a medicação ou ambos os tratamentos simultaneamente estariam indicados. Existem vários manuais de programas de TCC, em sua maioria baseados em princípios operantes clássicos e de aprendizagem social. A duração da TCC depende da gravidade, de formato do tratamento e da resposta do paciente.

Os alvos da TCC são:

- Ter uma visão sobre a presença e a origem dos sintomas de ansiedade
- Controlar preocupações
- Reduzir a excitação
- Enfrentar as situações temidas.

Para atingir esses objetivos, a TCC geralmente inclui o seguinte:

- Psicoeducação

- Reestruturação cognitiva (reduzindo o diálogo interno negativo e abordando os pensamentos negativos, entre outras estratégias)
- Melhorar habilidades para resolver problemas
- Treinamento de relaxamento (para tratar sintomas físicos)
- Modelagem
- Manejo de Contingência
- Exposição e prevenção de resposta.

Exposição e Prevenção de Resposta são o elemento-chave da TCC para transtornos de ansiedade, que estão inclusos em todos os programas de diferentes formas. Primeiro, a criança é ajudada a listar as principais situações que provocam ansiedade. Isto serve como uma primeira descrição dos sintomas, e será usado mais tarde, como uma medida do progresso do tratamento. A criança define notas para cada situação de acordo com o nível de medo e grau de evasão, em uma escala de Likert de 0 (nenhuma) a 10 (extrema), (projetada especificamente para o estágio de desenvolvimento da criança ou nível cognitivo, como um “termômetro do medo”). Alguns programas só medem o grau do nível de medo/ansiedade, mas a inclusão de uma classificação de evitação pode ajudar na criação de experiências de exposição. O terapeuta e os pais podem ajudar na construção desta classificação.

Conforme explicado, existem muitos programas de TCC. Aqui, podemos citar dois deles: The Coping Cat e o programa Friends.

O programa Coping Cat

O Coping Cat (Kendall, 2000) é uma intervenção manualizada para jovens com transtornos de ansiedade, incluindo TAS. O programa incorpora a reestruturação cognitiva e treino de relaxamento, seguido da exposição gradual a situações que provocam ansiedade aplicando-se habilidades de enfrentamento aprendidas. Tem sido demonstrado ser eficaz no TAS (e também da ansiedade generalizada e fobia social). Os ensaios clínicos randomizados têm alcançado taxas de remissão tão elevadas quanto 66% (Kendall et al, 1997). Avaliações subsequentes em 3 e 7,5 anos mostrou que os ganhos de tratamento foram mantidos ao longo do tempo (Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al, 2004).

O programa “Friends”

O programa *Friends* é uma intervenção de TCC em 10 sessões realizada em um formato de grupo para crianças com transtornos de ansiedade, com dois níveis: tratamento e intervenção preventiva universal. FRIENDS é a sigla para: F - Felling worried? (Sentindo-se preocupado?); R - Relaxe e se sinta bem; I - Inner thoughts (Pensamentos interiores); E - Explore planos, N - Nice work so reward yourself (Trabalhe bem e se recompense); D - Don't forget to practice (Não se esqueça de praticar); e S - Stay calm, you know how to cope now (Fique calmo, você sabe como lidar agora). O programa tem todos os fundamentos de programas de TCC, incluindo a reestruturação cognitiva para os pais. Além disso, os pais são incentivados a praticar as habilidades diárias e recebem reforço positivo para o fazer. O programa incentiva as famílias a desenvolver redes de apoio social, e as crianças a desenvolver amizades entre os membros do grupo, falando sobre situações difíceis e aprender com as experiências dos colegas. Ele também incorpora alguns elementos da terapia interpessoal. Shortt et al (2001) realizou um ensaio clínico aplicado do

programa Friends em crianças de 6-10 anos de idade, com ansiedade generalizada, TAS ou fobia social com uma obtenção de taxas de remissão de 69%. Ganhos terapêuticos foram mantidos um ano depois.

TCC tipo acampamento

A TCC tipo acampamento é uma intervenção intensiva para meninas em idade escolar com TAS entregues no contexto de um cenário do tipo acampamento de uma semana. Um benefício potencial de uma abordagem de grupo baseada em campo para a TAS é a incorporação do contexto social das crianças em tratamento (longe dos pais), permitindo assim uma exposição mais naturalista em relação a situações de separação típicas, tais como viagens de estudo em grupo, atividades e festas do pijama. O programa também inclui pais, a quem os profissionais educam sobre o manejo dos sintomas de TAS. Um ensaio clínico randomizado sugeriu reduções significativas na severidade do TAS e ganhos do tratamento (Ehrenreich et al, 2008).

O papel da família na TCC

O envolvimento da família é essencial, pois muitas vezes os pais desempenham um papel na manutenção dos medos de separação das crianças e devem apoiar o plano de tratamento, aplicando consistentemente o manejo comportamental em casa. Alguns programas, também com base na TCC, enfatizam o envolvimento da família, como a Terapia de Interação Pais-Criança - *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT).

Terapia de Interação Pais-Criança (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) foi adaptada para crianças de quatro a oito anos com TAS (Choate et al, 2005; Pincus et al, 2005), mas requer recursos consideráveis, muitas vezes não disponíveis em muitos serviços, mesmo em países de alta renda. A PCIT tem três estágios:

- Interação dirigida as crianças: ensina os pais a serem calorosos e parabenizadores, para promoverem sensação de segurança na criança a fim de facilitar a separação dos pais.
- Interação dirigida à bravura: o terapeuta trabalha com ambos os pais e a criança para desenvolver uma lista de situações nas quais a criança está com medo ou atualmente evitando, por ordem de gravidade. A família cria uma lista de recompensas para recompensar os esforços do filho;
- Interação dirigida aos pais: os pais aprendem a gerenciar o mau comportamento da criança com base em princípios operantes de mudança de comportamento (como consequências positivas e negativas consistentes). Além disso, os pais aprendem a não reforçar os comportamentos ansiosos da criança, por exemplo, não dando à criança mais atenção quando ela mata uma aula (Eisen et al, 1998).

Durante todos os três estágios, os pais são ativamente treinados sobre como aplicar as habilidades. O treinamento pode acontecer através de um espelho unidirecional, usando *walkie-talkies* ou um microfone e fone de ouvido. O aprendizado é medido pelo número de vezes que os pais usam uma habilidade específica. Análises preliminares ainda não publicadas em um estudo controlado para avaliar a eficácia de PCIT em crianças com TAS sugerem uma melhora clinicamente significativa, com melhoria contínua ao longo do tempo.

TCC para pré-escolares

A maioria dos programas de TCC são projetados para crianças com seis anos ou mais. Hirshfeld-Becker et al (2010) examinaram a eficácia de um programa adequado para crianças de 4 a 7 anos. A taxa de resposta foi de 69% (versus 32% nos controles) e os ganhos foram mantidos durante o ano de acompanhamento.

Também disponível para pré-escolares é o programa CALM (Comer et al, 2012), uma forma de terapia de interação pais-criança, para crianças de 3 a 8 anos com TAS, transtorno de ansiedade social, ansiedade generalizada, ou fobias específicas. Um estudo controlado mostrou resultados promissores do treinamento ao vivo com pais nesta população (Comer et al, 2012).

Tratamento Farmacológico

A medicação deve sempre ser utilizada em adição à intervenção comportamental ou psicoterapia. A medicação não é geralmente recomendada como um tratamento de primeira linha para o TAS. No entanto, é uma estratégia útil quando a TCC não atinge resposta ou tem resposta parcial, ou quando a criança está significativamente prejudicada. Nenhuma medicação foi aprovada especificamente para o TAS. No entanto, vários medicamentos têm sido investigados para transtornos de ansiedade na infância, tais como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS's), antidepressivos tricíclicos (ATC's), benzodiazepínicos, buspirona, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), propranolol, clonidina, antipsicóticos atípicos, anti-histamínicos e melatonina. Todos os medicamentos devem ser iniciados, parados ou ajustados sob a supervisão de um médico treinado.

ISRS's

Existem inúmeros ensaios clínicos randomizados avaliando a eficácia dos antidepressivos em crianças e adolescentes com TAS, ansiedade generalizada e fobia social (Reinblatt & Riddle, 2007). Nesses estudos, os ISRS's tem provado ser eficazes e possuir um perfil de efeitos adversos favorável. Assim, eles são considerados os primeiros medicamentos de escolha em transtornos de ansiedade, incluindo TAS (Reinblatt & Riddle, 2007). Na verdade, os ISRS's podem ser mais eficazes em distúrbios da ansiedade do que na depressão maior (Bridge et al, 2007). Apesar da evidência clínica, nenhum ISRS foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Assim, quando os médicos prescrevem um ISRS a um doente com menos de 18 anos de idade com a TAS nos Estados Unidos, eles estão fazendo isso "fora-de-bula" - a situação pode ser diferente em outros países (vários ISRS's são aprovados para o tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo, consulte a Tabela F.2.2). Em junho de 2003, a FDA recomendou que a paroxetina não deva ser usada em crianças e adolescentes com depressão. Os outros ISRSs parecem ter uma efetividade semelhante.

Diferentes estudos controlados têm investigado diferentes ISRS's: fluvoxamina (por exemplo, Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Group Study, 2001); fluoxetina (por exemplo, Birmaher et al, 2003); sertralina (por exemplo, Walkup et al, 2008). No entanto, não há estudos que avaliem a efetividade a longo prazo em populações pediátricas com TAS.

Tabela F.2.2 ISRS's aprovados pelo US Food and Drug Administration para crianças e adolescentes

ISRS	Indicação	Idade do paciente
Escitalopram	Depressão	12-17
Fluoxetina	Depressão	8-17
Fluoxetina	TOC	7-17
Fluvoxamina	TOC	8-17
Sertralina	TOC	6-17

Tabela F.2.3 Sumário das características de ISRS's mais usados

ISRS	Dose inicial (mg/dia)	Dose alvo (mg/dia)	Comentários
Citalopram	5	10-40	
Escitalopram	5	10-30	
Fluoxetina	5	10-80	<ul style="list-style-type: none"> • Meia-vida longa • Pode diminuir apetite e libido
Fluvoxamina	10	50-300	
Paroxetina	5	10-60	<ul style="list-style-type: none"> • Meia-vida muito curta • Menos efetiva em crianças (FDA desencoraja o uso) • Efeitos colaterais frequentes
Sertralina	25	50-200	<ul style="list-style-type: none"> • Poucas interações • Poucos efeitos colaterais

O *The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS)*, um dos ensaios mais abrangentes de transtornos de ansiedade em jovens, é um bom exemplo dos estudos disponíveis. Este estudo multicêntrico incluiu 488 crianças e adolescentes (com idades entre 7 e 17 anos) com TAS, ansiedade generalizada ou fobia social. Os pacientes foram randomizados para o tratamento de 12 semanas em um desses quatro braços: (a) sertralina, (b) terapia cognitivo-comportamental (TCC), (c) uma combinação de sertralina e TCC, e (d) manejo clínico com pílula placebo. Após 12 semanas de tratamento, todos os tratamentos ativos foram superiores ao placebo. A taxa de remissão (isto é, alcance de estado quase livre de sintoma) foram mais elevadas para o grupo combinado (46% a 68%), seguido da sertralina (34% a 46%), seguido por TCC (20% a 46%), e por último pelo placebo (15% a 27%). As taxas de resposta (ou seja, uma melhoria clinicamente significativa) foram significativamente maiores do que as taxas de remissão. A principal conclusão foi que a TCC sozinha e a sertralina foram tratamentos eficazes a curto prazo, mas havia uma clara vantagem em combinar ambos (Walkup et al, 2008).

Questões práticas sobre a prescrição de ISRS em crianças e adolescentes

Prescritores devem começar com uma dose baixa e titula-la semanalmente,

com monitoramento de efeitos colaterais e da resposta clínica. Para alcançar o máximo benefício, as crianças podem precisar de uma dose tão alta quanto os adultos. A Tabela F2.3 apresenta doses iniciais e doses alvo. Os ISRS's podem ser administrados diariamente de manhã. A administração à noite é possível se o tratamento não interromper o sono. Os ISRSs geralmente começam a ser eficazes em duas a quatro semanas. Até 12 semanas podem ser necessárias para determinar se o medicamento é eficaz para um paciente específico. Pode levar até 16 semanas para se alcançar a melhoria clínica significativa. No entanto, se o paciente não apresentar qualquer benefício por oito semanas, um ISRS diferente deve ser tentado. Mesmo quando os pacientes melhoram eles frequentemente permanecem sintomáticos. Nesse caso, o médico deve avaliar a necessidade de aumentar a dose se o paciente tolera bem. A maioria dos estudos relatam benefício adicional durando ao longo de 6-12 meses (Connolly et al, 2007). Assim, é recomendável a manutenção do tratamento pelo menos durante um ano depois de atingir a remissão completa. No entanto, não há nenhuma evidência específica de apoio a esta recomendação.

Tabela F.2.4 Medicamentos* de segunda linha para transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes

Medicação	Possível indicação	Comentários
ISRSN's: (e.g., venlafaxina, duloxetina)	<ul style="list-style-type: none"> Refratariedade a ISRS's e TCC 	<ul style="list-style-type: none"> Não há evidência convincente de eficácia nos transtornos de ansiedade; mais efeitos colaterais do que os ISRS.
ATC's: (e.g., imipramina, clomipramina)	<ul style="list-style-type: none"> Refratariedade a ISRS's e TCC 	<ul style="list-style-type: none"> Mais efeitos colaterais do que os ISRS's; potencialmente letais em overdose Requer ECG de base/periódico
Benzodiazepinas: (e.g., clonazepam, clorazepato)	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de curto prazo de ansiedade aguda (solução rápida necessária) 	<ul style="list-style-type: none"> Potencial abuso e dependência Risco de reação paradoxal em crianças
Buspirona	<ul style="list-style-type: none"> Refratariedade a ISRS's e TCC 	<ul style="list-style-type: none"> Efetividade não demonstrada em crianças
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> Resposta autonômica intensa 	<ul style="list-style-type: none"> Não usar em asmáticos ou com anti-hipertensivos
Clonidina	<ul style="list-style-type: none"> Resposta autonômica intensa TEPT comórbido ou reações agudas de estresse 	<ul style="list-style-type: none"> Mais efeitos colaterais do que os ISRS's; Potencialmente letais em overdose Requer ECG de base/periódico e monitoramento de pressão
Anti-histamínicos	<ul style="list-style-type: none"> Insônia 	<ul style="list-style-type: none"> Sonolência, aumento de apetite
Melatonina	<ul style="list-style-type: none"> Insônia 	<ul style="list-style-type: none"> Efeitos de longo prazo desconhecidos

*Nenhum destes medicamentos são aprovados pela FDA para o tratamento de perturbações de ansiedade em crianças.

Vantagens de manter a farmacoterapia incluem:

- Ajudar a criança a consolidar os ganhos comportamentais;
- Aumentar efeito sinérgico da combinação terapêutica (ISRS + TCC); e
- Reduzir a probabilidade de recaída.

Decidir quando parar o tratamento pode ser difícil. Não é aconselhável descontinuar a medicação no início de um novo ano escolar, durante um acampamento, na época dos exames finais, ou mesmo durante as férias. Um teste de interrupção é aconselhável quando o paciente pode ser monitorado de perto e está em um ambiente estável na escola e em casa, ou seja, não em uma situação nova. Tal como acontece com todos os medicamentos, a dose deve ser reduzida progressivamente, evitando a interrupção abrupta para evitar os efeitos da retirada. Também é importante não confundir os sintomas de abstinência com uma recorrência da doença. Se os sintomas retornam, a medicação deve ser reiniciada de volta para a dose que resultou em remissão.

Os pacientes geralmente toleram bem os ISRSs. Efeitos colaterais comuns incluem: sonolência, dor/desconforto abdominal, dores de cabeça, e sentimentos de inquietação. A apatia pode ser um efeito colateral de início tardio e é menos conhecida porque é pouco frequente. Os médicos muitas vezes interpretam erroneamente isso como um sintoma. Os efeitos colaterais, quando presentes, são geralmente leves e geralmente dissipam-se após os primeiros dias ou semanas de tratamento. Se estes são acentuados ou persistentes o médico deve diminuir a dose. Se eles persistirem, o médico deve interromper a medicação e tentar outro ISRS. Há casos anedóticos de surgimento fácil de hemorragias ou hematomas. Na maioria dos casos os testes de coagulação e o tempo de sangramento estão atrasados ou estão normais. Raramente, um paciente pode sofrer uma virada ou episódio (hipo)maníaco, caracterizado por alterações de humor (elevado, eufórico ou irritável) ou de comportamento (grandiosidade, fala rápida, mais alto nível de energia e atividade), e possíveis sintomas psicóticos (Veja o Capítulo E.2). Se isto ocorrer, a medicação deve ser interrompida e o médico deve avaliar o diagnóstico de transtorno bipolar. Como é o caso com a depressão, o risco de suicídio deve ser acompanhado de perto, especialmente no início do tratamento. Não há necessidade de executar rotineiramente testes de laboratório ou ECG no início ou durante o seguimento, se o paciente está assintomático.

Segunda linha de medicamentos para o TAS

Alguns pacientes não toleram os ISRSs ou não obtêm (suficiente) resposta clínica com eles. Nesses casos, um médico pode indicar medicamentos de segunda linha. Eles estão listados na Tabela F.2.4.

SÍNDROMES TRANSCULTURAIS ESPECÍFICAS RELACIONADAS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

tokokyohi (recusa escolar) e ***futoko*** (não comparecimento à escola)

Broadwin introduziu o conceito de “recusa escolar” em 1932, embora ele tenha usado o termo “evasão escolar”. Até então, a evasão escolar referia-se ao não-comparecimento escolar associado a comportamento anti-social, sendo que Broadwin foi o primeiro a usar o termo para descrever o absentismo

escolar não-delinquente. Em 1941, Johnson usou o termo “fobia escolar” para se referir ao absentismo escolar de longo prazo atribuído à ansiedade de separação. Posteriormente, especialistas descreveram outras causas de absentismo escolar de longo prazo diferente de TAS. Em 1948, Warren descreveu esta situação como “recusa de ir à escola”; desde então, ela foi comumente designada “recusa escolar” (Hersov, 1960). No Japão, o conceito de fobia escolar foi introduzido na segunda metade da década de 1950. Na década de 1960 ela foi chamada de “recusa escolar” (*toko kyohi* em japonês). Na década de 1990, especialistas usaram o termo não-comparecimento escolar (*futoko* em japonês). No entanto, ambos os conceitos são muito semelhantes e *kyohi toko* e *futoko* descrevem praticamente os mesmos sintomas, por isso vamos usar o termo “recusa escolar” para se referir a ambos, salvo indicação em contrário.

Berg (1980) definiu “recusa escolar” como:

1. Grave dificuldade em frequentar a escola normalmente resultando em absentismo prolongado.
2. Sofrimento emocional severo quando se vai para a escola, ou antecipando a ideia de ir. Os sintomas incluem medo excessivo, birras, sentimentos de angústia, e queixas físicas sem uma causa orgânica objetiva.



Escolares japoneses com mochilas, Fukuoka, Japan.

Foto: Blog de Andy HoboTraveler.com

3. Ficar em casa no horário escolar, com o conhecimento dos pais.
4. Ausência de comportamento antissocial significativo, como roubar, mentir, fugir e destruir propriedade.

Características 2, 3 e 4 distinguem claramente o novo conceito de “recusa escolar” de “vadiagem” a considerando um distúrbio distinto. Atkinson e Quarrington (1985) argumentaram que a recusa escolar não deve ser considerada um transtorno mental, mas um sintoma ou um fenômeno sócio-psicológico. Por isso, eles propuseram que a recusa escolar deva ser entendida como “o absentismo de longa duração, caracterizado pela presença de medo, rejeição ou raiva em relação à participação na escola, combinado com um forte sentimento de culpa, e concomitante conflito com a vida retirada em casa” (Atkinson & Quarrington, 1985).

Ao contrário de TAS, recusa escolar não é um diagnóstico DSM. No passado, a recusa escolar foi muitas vezes usada como sinônimo de fobia escolar. Agora sabemos que nem todas as crianças que se recusam a ir para a escola sofrem de TAS. No entanto, em crianças pequenas, a causa mais frequente de recusa escolar é o TAS, e ele deve ser sempre excluído. Em crianças de 10 a 15 anos de idade, a recusa escolar é geralmente devido à ansiedade generalizada ou fobia social (para uma descrição desses transtornos ver Capítulo F.1). Em adolescentes com a recusa da escola, um transtorno do pânico subjacente pode estar presente, como também a depressão, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno somatoforme. Outras razões para adolescentes que se recusam a ir para a escola são a violência doméstica e o uso excessivo de internet combinado com fobia social/retirada (*bikikomori*). Ao contrário das crianças mais jovens, durante o início da adolescência o TAS é menos frequentemente a causa e a recusa escolar muitas vezes leva ao absentismo de longa duração. No entanto, é possível que a recusa da escola não esteja acompanhada por qualquer transtorno psiquiátrico; a etiologia da recusa da escola pode ser muito heterogênea (Egger et al, 2003). Kearney e Albano (2004) realizaram um estudo com 143 jovens com idades entre 5-17, com recusa da escola primária. Até 22% tinham TAS, o diagnóstico psiquiátrico mais frequente, mas 33% não tinham qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Revisões recentes sugerem uma prevalência de recusa escolar entre 1% e 5% em crianças não encaminhadas para atendimento e encaminhadas para atendimento, respectivamente. O pico ocorre com 5-6 e 10-11 anos de idade, coincidindo com a transição para o jardim de infância e do ensino médio, respectivamente. Outros momentos de alto risco para o aparecimento de recusa escolar são mudança para uma comunidade diferente ou para uma nova escola e depois de grandes eventos sociais ou feriados.

Aproximadamente 25% dos casos de recusa escolar regredem espontaneamente ou são tratados com êxito exclusivamente pelos pais. Em adolescentes, o encaminhamento pode ser adiado por causa das queixas somáticas que podem não coincidir exatamente com situações de separação (ao contrário de crianças mais novas), dificultando o diagnóstico.

Estudos longitudinais indicam que a recusa da escola pode levar a sérios problemas de curto prazo, tais como declínio acadêmico, o afastamento dos colegas e conflitos familiares (Kearney & Bensaheb, 2006) e consequências a longo prazo, como o aumento do risco de distúrbios psiquiátricos e as dificuldades sociais e de

emprego. Saito (2000) relatou os resultados de 10 anos de acompanhamento de 106 estudantes que haviam sido hospitalizados para tratamento de recusa à escola depois de se formar em uma escola de ensino médio. Pelos seus vinte e poucos anos, 73% eram socialmente bem ajustados enquanto 27% não foram. Além disso, metade do último grupo também mostrou retraimento social (*hikikomori*).

PONTOS CHAVE

- TAS é o transtorno de ansiedade mais comum na infância, com uma prevalência de cerca de 5% em crianças, e é associada a altos níveis de prejuízos.
- O principal sintoma do TAS é angústia inapropriada ou medo excessivo e irreal acerca da separação de entes próximos ou de casa.
- TAS é a causa mais frequente de recusa escolar em crianças pequenas, enquanto a ansiedade generalizada e fobia social são mais frequentemente a causa em jovens mais velhos.
- A etiologia do TAS inclui fatores biológicos e ambientais.
- Frequentemente crianças com TAS também sofrem de outros transtornos de ansiedade ou de outros transtornos psiquiátricos, como a depressão ou transtornos de comportamento disruptivo.
- Existem várias opções de tratamento efetivos disponíveis.
- Psicoeducação e manejo comportamental devem ser sempre o ponto de partida.
- TCC é o tratamento inicial de escolha quando as crianças não melhoram com a psicoeducação e manejo comportamental.
- A medicação é indicada quando a TCC não alcança nenhuma resposta ou resposta parcial, ou quando a criança é significativamente prejudicada. Medicação e TCC devem ser sempre utilizadas em adição à psicoeducação e manejo comportamental.
- O tratamento mais eficaz é a combinação de TCC e medicação.
- Atualmente, nenhum medicamento é aprovado pelo FDA para crianças e adolescentes com TAS (pode não ser o caso em outros países). No entanto, os médicos muitas vezes usam ISRS's, que têm se mostrado eficazes e bem tolerados.
- Se não for tratada, TAS é associado a elevado risco para outros distúrbios internalizantes, bem como deficiências na escolaridade e funcionamento social.

REFERÊNCIAS

- Achenbach TM (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:57-87.
- Anthony JL, Lonigan CJ, Hooe ES et al (2002). An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31: 480-490.
- Atkinson L, Quarrington B (1985). School Refusal: The heterogeneity of a concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55:83-101.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64:333-342.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32:483-524.
- Beidel DC, Turner SM (1997). At risk for anxiety, I: psychopathology in the off-spring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:918-924.
- Beidel DC, Turner SM, Hamlin K et al (2000). The social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C): External and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31:75-87
- Berg I (1980). School refusal in early adolescence. In Hersov L, Berg I (eds), *Out of School*. Chichester: John Wiley & Sons, pp231-249.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA et al (1993). A 3-year follow-up of children with and without

- behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32: 814-821.
- Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR et al (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158:49-57.
- Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV et al (2004). Dose referral bias impact findings in high-risk offspring for anxiety disorders? A controlled study of high-risk children of non-referred parents with panic disorder/agoraphobia and major depression. *Journal of Affective Disorders*, 82:209-216.
- Biederman J, Petty C, Faraone SV et al (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15:549-561
- Birmaher B, Axelson DA, Monk K et al (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:415-423.
- Bolton D, Eley TC, O'Connor TG et al (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36:335-344.
- Boyd CP, Kostanski M, Gullone E et al (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology*, 161:479-92.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297:1683-1896.
- Brinkmeyer M, Eyberg SM (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In AE Kazdin, JR Weisz (eds), *Evidence-Based Psychotherapies For Children And Adolescents*, New York: Guilford, pp204-223.
- Broadwin IT (1932). A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2:253-259
- Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26:817-833.
- Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM et al (2005). Parent-Child Interaction Therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12:126-135.
- Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG et al (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26:40-49.
- Connolly SD, Bernstein GA, Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:267-283.
- Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In J March (ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844
- Costello EJ, Egger HL, Angold A (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14:631-648.
- Chorpita BF, Yim L, Moffitt C et al (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38:835-855.
- Egger HL, Costello EJ, and Angold A (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:797-807.
- Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL (2008). [Trastorno de ansiedad por separación en jóvenes: fenomenología, evaluación y tratamiento]. *Psicología Conductual*, 16:389-412.
- Eisen AR, Engler LB, Geyer B (1998). Parent training for separation anxiety disorder. In JM Briesmiester, CE Schaefer (eds), *Handbook of Parent Training: Parents as Co-Therapists for Children'S Behavior Problems*, 2nd edition. New York: John Wiley & Sons, pp205-224.
- Eisen AR, Schaefer CE (2007). *Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Ginsburg G, Siqueland L, Masia-Warner C et al (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11:28-43.
- Hanna GL, Fischer DJ, Fluent TE (2006). Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 27:56-63.
- Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A et al (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78:498-510.
- Hersov LA (1960). Refusal to go to school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1:137-147.
- Johnson AM, Falstein EI, Szureck SA et al (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11:702-708.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240: 167-171.
- Kearney CA, Albano AM (2004). The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28:147-161.
- Kearney CA, Bensaheb A (2006). School absenteeism and school refusal behavior: a review and suggestions for school-based health professionals. *Journal of School Health*, 76:3-7.
- Kendall PC, Southam-Gerow MA (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:724-730.

- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM et al (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:366-380.
- Kendall PC, Brady EU, Verduin TL (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:787-794.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:276-287.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al (2011). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69:372-380. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- Krain AL, Ghaffari M, Freeman J et al. Anxiety disorders (2007). In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp538-548.
- Levy F, Hay DA, Bennett KS et al (2005). Gender difference in ADHD subtype comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:368-376.
- Mattis SG, Pincus DB (2004). Treatment of SAD and panic disorder in children and adolescents. In PM Barrett, Ollendick TH (ed) *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Muris P, Merckelbach H, Mayer B et al (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29:327-339.
- Ollendick TH (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21:685-692.
- Papay JP, Spielberger CD (1986). Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first- and second-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14:279-286.
- Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*, 28:163-181.
- Pine DS (1999). Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46:1555-1566.
- Pine DS, Klein RG, Coplan JD et al (2000). Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and non ill comparison group. *Archives of General Psychiatry*, 57:960-967.
- Pine DS, Klein RG (2008). Anxiety disorders. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th ed. Blackwell Publishing, pp628-647.
- Reinblatt SP, Riddle MA (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology (Berl)*, 191:67-86.
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344:1279-1285.
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2002). The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1061-1069.
- Reynolds CR (1980). Concurrent validity of What I Think and Feel: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48:774-775.
- Saito K (2000). A 10-year follow-up study of 106 school refusers who completed a junior high school attached to a hospital [in Japanese]. *Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:377-399.
- Shear K, Jin R, Ruscio AM et al (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163:1074-1083.
- Shortt AL, Barrett PM, Fox TL (2001). Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30:525-535.
- Silverman WK, Nelles WB. The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Nov;27(6):772-8.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV Child Version*. Oxford: Oxford University Press.
- Spielberger CD (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spence SH (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106:280-297.
- Spence SH, Rapee R, McDonald C et al (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research & Therapy*, 39:1293-316.
- Verduin TL, Kendall PC (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32:290-295.
- Wagner KD (2006). Bipolar disorder and comorbid anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67:16-20.
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J et al (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359:2753-2766.
- Warren W (1948). Acute neurotic break down in children with refusal to go to school. *Archives of Disease in Childhood*, 23:266-272.
- Warren SL, Huston L, Egeland B et al (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:637-644.