

# **ANSIEDADE À SEPARAÇÃO OU FOBIA ESCOLAR NA ADOLESCÊNCIA? ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO**

**PAULO JOSÉ COSTA**

Assistente de Psicologia Clínica do Serviço de Pediatria – CHLP, EPE (Leiria)

*paulojosecosta@gmail.com*

## **1. INTRODUÇÃO**

Com a elaboração do presente trabalho, pretendemos apresentar propostas e medidas de intervenção psicológica e terapêutica, que visem a modificação do(s) comportamento(s) evidenciados pelo R. e relatados pela sua mãe, aquando da sua deslocação à Consulta.

Deste modo, começaremos por apresentar o caso em traços gerais, assinalando aqueles que nos parecem ser os aspectos clínicos mais relevantes para o estudo da casuística em análise, procurando fazer sempre a sustentabilidade científica e teórica para cada um dos procedimentos ou técnicas terapêuticas apresentados.

Neste sentido, procuraremos incluir as nossas linhas de orientação e de intervenção no âmbito de um Protocolo Terapêutico, dada a importância de que este se reveste como conjunto de procedimentos a adoptar no sentido da resolução de uma determinada situação clinicamente significativa, quer do ponto de vista do seu diagnóstico, quer do ponto de vista da sua resolução.

A breve análise realizada neste trabalho é meramente exploratória, não sendo conduzida por quaisquer hipóteses específicas, ou sustentada em dados provenientes de avaliação psicológica, muito embora um determinado conjunto de conjecturas e suposições sustentadas na revisão da literatura que o suporta, possibilite a formulação de algumas proposições e reflexões no que concerne à prática terapêutica no quadro psicopatológico evidenciado pelo R..

---

## 2. APRESENTAÇÃO DO CASO

O R. tem 10 anos e frequenta actualmente o 5º ano do 2º Ciclo do Ensino Básico, sendo um aluno com um aproveitamento normal na generalidade das disciplinas escolares.

Desde há algum tempo atrás, que manifestou ser uma criança ansiosa e com diversos medos e inseguranças, o que é evidente no facto de não conseguir dormir sozinho, ficar em casa sozinho, ou ficar perante situações ou condições em que pressentisse o factor insegurança (por exemplo na rua; numa loja; etc.). De acordo com o que relatou a sua mãe, o R. começou a apresentar medo em dormir sozinho, dificuldades em adormecer e incapacidade em ficar sozinho a partir do momento em que os seus pais iniciaram uma situação de separação, situação essa por si vivenciada como perturbadora, na medida em que várias vezes assistiu a discussões e conflitos entre os seus Pais. Desde então, exige que o adormeçam e que durmam consigo, designadamente, a sua mãe e irmão mais velho.

O R. começou a revelar sentir diferentes Medos que o preocupam: Medo do Escuro; Medo dos Ladrões; Medo de um Incêndio ou Explosão e Medo de Ficar sozinho no Quarto às Escuras. Para além disto, começou a manifestar a sua ansiedade em diferentes situações, assumindo uma postura de alerta constante, sobretudo a indícios que pudessem confirmar os seus medos. Paralelamente, o R. é descrito pela sua mãe como uma criança “teimosa”, “birrento”, “mimado” e chantageando até conseguir obter o que pretende, sendo igualmente “impaciente”. Não obstante isto, a sua mãe descreve-o como sendo uma criança “determinada até à exaustão”, como sendo um “bom aluno (esforçado e com boas notas), “meigo”, afável e sociável.

Como tentativa de resolução do problema, a mãe do R. conduziu-o à nossa Consulta no sentido de poder obter algum auxílio terapêutico, na medida em que a situação assumia contornos cada vez mais desconcertantes. O R. exigia dormir sempre com as luzes acesas do quarto, pois durante a noite acordava frequentemente, pensando ouvir barulhos/ ruídos que julga serem ladrões, ficando cada vez mais nervoso, excitável e tenso.

---

Não obstante isto, o R. é uma criança que tem evidenciado um comportamento facilmente influenciável, conforme o tipo de companhia que tem; relaciona-se em geral com todos os colegas da turma, sendo quase sempre convidado para as festas de aniversário de todos os colegas. Se está com um colega que só faça disparates, o R. também é influenciável, embora sozinho ou com colegas que tenham comportamentos adequados o R. não dê qualquer tipo de problemas. Quando está sozinho com a sua mãe, exige muita atenção e esgota-a até à exaustão, fazendo birras com frequência e exaltando-se com frequência, revelando uma certa imaturidade emocional.

## **2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

De acordo com os dados de que dispomos, fornecidos pela mãe do R. e obtidos pelas questões que pudemos formular a ambos, podemos afirmar que se trata de um caso de Ansiedade, que inicialmente terá surgido a partir da constatação da Separação dos seus Pais, progredindo e convertendo-se numa desordem de Ansiedade mais generalizada, com uma importante manifestação no que se refere aos Medos Específicos: Medo do Escuro, Medo dos Ladrões e Medo do Fogo.

De acordo com Pires (2003), as desordens de Ansiedade serão, muito provavelmente, o género de distúrbio com maior incidência nas crianças. De acordo com este autor, esta condição assenta normalmente na dependência emocional fomentada geralmente pela mãe, e que incapacita a criança de se autonomizar.

De acordo com Baptista, (2000), o aparecimento de medos na infância, tende a diminuir durante a idade pré-escolar, aparecendo nessa altura os medos relacionados com animais, sangue ou ferimentos, escuro, criaturas imaginárias e tempestades naturais (Campbell, 1986; Marks, 1987; Sandín, 1997; cit. por Baptista, 2000). Estes medos, ainda de acordo com o mesmo autor, apresentam um padrão desenvolvimental típico. Por exemplo, o medo do escuro e das criaturas imaginárias aumentam dos quatro para os seis anos. Depois desta idade, a maioria dos medos específicos diminui e irão posteriormente aparecer, com o início da adolescência, os medos relacionados com situações interpessoais, de avaliação e com a sexualidade, conforme podemos ver na figura 1.

---

Recorrendo a este quadro elucidativo, de acordo com Baptista, (2000) é importante distinguirmos os medos mais comuns em crianças de acordo com as etapas desenvolvimentais. Então vejamos:

<b>ETAPA</b>	<b>MEDOS</b>
0 aos 12 Meses	Ruídos Alturas Pessoas/ Objectos estranhos repentinos ou ameaçadores Separação das Figuras de Vínculo
1 aos 2 anos e meio	Tempestades Naturais Pequenos Animais/ Insectos
2 anos e meio aos 6 anos	Escuro Animais em Geral Ficar só Seres Imaginários, Fantasmas, Monstros
6 aos 11 anos	Acontecimentos sobrenaturais Feridas Sofrimento Físico Saúde, Morte Aspectos Escolares
11 aos 13 anos	Relacionamentos Interpessoais Auto-Imagem
13 aos 18 anos	Sexualidade

De acordo com Baptista (2000), os medos parecem ter uma sequência previsível de aparecimento, manutenção e finalmente de diminuição. Analisando as situações que os desencadeiam, poderemos concluir que aparecem em alturas em que funcionam como factores protectores, de defesa ou de alarme para ajudar o indivíduo a desempenhar funções típicas do período específico do desenvolvimento em que se encontra. Por exemplo, o medo das alturas ou declives surge quando na infância aparece a locomoção, os medos das figuras estranhas, dos animais, e das tempestades posteriormente quando a criança já pode passar períodos prolongados afastada das figuras de vínculo.

---

Uma outra classificação é-nos apresentada por Kagan (1998; cit. por Baptista, 2000), e que sugere que os medos parecem indicar que com a idade o medo dos encontros directos, com o que não é familiar, é substituído pela ansiedade acerca de possíveis encontros, isto é, o estado de medo gerado pela antecipação de determinadas situações, passa a predominar ou a substituir o estado provocado pelo confronto com acontecimentos não familiares ou discrepantes.

Sustentando-nos uma vez mais na opinião de Pires (2003), as crianças com Ansiedade manifestam mal-estar e queixas somáticas no seu dia-a-dia, bem como, insónias, pesadelos e terrores nocturnos que, na maior parte das vezes, são relacionados com conteúdos relativos à separação.

Importa referir a este nível que, de acordo com Baptista (2000), apesar de ocorrerem eventuais diferenças de apresentação da ansiedade, por intermédio das diversas situações que a desencadeiam, como as situações de avaliação social, as situações de ameaça pessoal, etc., ou diversos períodos desenvolvimentais, como a infância, a adolescência e a idade adulta, aquilo que hoje sabemos é que, a grande maioria das perturbações da ansiedade que ocorrem na idade adulta, têm a sua origem na infância ou na adolescência.

Nesta medida, aquilo que assistimos é a uma vincada perspectiva desenvolvimental da ansiedade, assente na continuidade da resposta ansiosa ao longo do processo de maturação e de desenvolvimento, devendo as diferenças esperadas entre períodos desenvolvimentais e as situações desencadeantes depender das funções que a ansiedade desempenha para esse período ou para essa situação (Baptista, 2000).

É aliás, com base neste pressuposto, que de acordo com o mesmo autor, as funções do medo e da ansiedade assumem contornos de protecção do próprio indivíduo, quer de alarme em relação a eventuais ameaças, quer de preparação, tanto do ponto de vista psicológico (p.e., concentração exclusiva da atenção na situação ameaçadora), como do ponto de vista biológico e psicofisiológico (p.e., com o aumento do ritmo cardíaco e respiratório para melhor lidar comportamentalmente com a ameaça – como tão bem demonstra a resposta de lutar ou fugir).

---

Reportando-nos ainda ao contributo teórico de Goldsmith (1993), cit. por Baptista, (2000), podemos acrescentar que algumas das diferenças individuais evidenciadas ao nível da expressão da ansiedade e do medo, têm a sua origem em disposições temperamentais presentes na fase inicial da vida, podendo os traços de temperamento ser entendidos como tendências ou enviesamentos para desencadear e permanecer em determinado estado emocional.

A este respeito, Kagan (1998), cit. por Baptista (2000), refere que as disposições temperamentais poderão assumir-se como organizadoras, não apenas da vida afectiva, como também da personalidade, da psicopatologia ou genericamente da saúde e da qualidade de vida (Watson, 2000; cit. por Baptista, 2000).

De acordo com a posição assumida por Baptista (2000), tal como todos os alarmes ou defesas, a ansiedade e o medo podem assumir uma frequência e uma intensidade desproporcionadas em relação às exigências da situação, persistir para além do período desejável ou, caso aconteça algum tipo de alteração ambiental, tornar-se ineficazes e obsoletos. Disto são exemplo as situações de falso alarme em que, por consequência, serão desencadeados comportamentos defensivos excessivos e desnecessários.

### **3. OBJECTIVOS DO TRATAMENTO E DIRECTRIZES SOBRE A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Por intermédio da análise funcional do caso do R., procurámos realizar um mapeamento das diversas áreas problemáticas apresentadas, estabelecendo uma relação funcional entre elas e deduzindo, em consequência, uma estratégia terapêutica adequada.

Deste modo, entendendo que a resposta de Ansiedade manifestada pelo R. ocorre em consequência de uma interpretação inadequada das características do meio ambiental externo (p.e., da sua casa ou do seu quarto) e das suas competências pessoais, sociais e emocionais para as enfrentar, deverá proceder-se à modificação das respostas cognitivas, comportamentais e atitudinais que estão a conduzir à manutenção e ao reforço da situação no presente.

---

Na verdade, em nosso entender verifica-se uma alteração sistemática na forma de avaliar as demandas das situações pessoais potencialmente ansiogêneas (dormir sozinho; estar sozinho em casa; enfrentar o escuro) e os seus próprios recursos pessoais. Para tal, parece-nos ser oportuno cumprir os seguintes passos terapêuticos:

**1) Técnica de Reorganização Cognitiva** – deverá ser utilizada com o intuito de “romper” com os fundamentos racionais negativos evidenciados pelo R., no que se refere ao seu comportamento face ao medo, substituindo-os por outros mais adaptativos. Neste sentido, logo que o R. consiga fazer uma interpretação mais correcta das suas verdadeiras potencialidades e da realidade, deverá ser treinado a combater as cadeias de pensamentos negativos que surjam sempre que é sujeito a uma situação de avaliação/ exposição (escuro; ladrões; etc.).

**2) Técnica de Desactivação Emocional** – Neste caso concreto, a técnica de desactivação emocional que mais se adequa será o *Relaxamento Respiratório*, que assenta na tomada de consciência das alterações produzidas pela respiração lenta, profunda e a sua associação com elementos descompressivos derivados da mecânica respiratória, particularmente nos momentos em que se experimenta a ansiedade. Nesta medida, de forma a obtermos um nível adequado de relaxamento, deve utilizar-se a respiração em três fases distintas: (a) inspiração; (b) paragem/ retenção; (c) expiração. Neste caso, tratando-se de um criança, esta modalidade será a mais adequada, uma vez que, quer o relaxamento profundo ou o relaxamento progressivo, quer as técnicas autogénicas, se adequam a situações mais específicas e a quadros psicopatológicos mais característicos dos adultos. No caso do R., poder-se-ia recorrer a esta técnica particularmente, duas vezes ao dia: ao deitar e ao acordar, e sempre que este se sentisse mais ansioso.

**3) Técnica de Resolução de Problemas** – Uma vez que o enfrentar das situações por parte do R. se torna extremamente ansiogêneo, como se todas elas fossem exigir de si uma disposição e um investimento exagerados (no caso do confronto do Medo do Escuro), torna-se útil realizar em paralelo, uma reinterpretção das situações por si consideradas como insuperáveis, discriminando todas aquelas que não requerem este tipo de atitude. Neste domínio, a *Técnica de Resolução de Problemas* poderá ser extremamente útil, na medida em que o seu treino pode facilmente conduzir à tomada de consciência do custo-benefício retirado do investimento nas situações e a partir das suas consequências positivas e negativas a curto e a longo prazo, potenciando ainda respostas alternativas (p.e., criando com o R.

---

uma lista de tarefas que possam conduzir a um investimento regular e regado com vista ao enfrentar do(s) medo(s).

**4) Modificação dos Hábitos e Comportamentos Inadequados e Exposição a Situações Desencadeadoras de Mal-estar com eventual recurso à Dessensibilização Sistemática** – Como referimos anteriormente, alguns dos hábitos inadequados verificados podem facilitar o desenvolvimento e reforçar as respostas de ansiedade do R. (como p. e., o facto da sua mãe e irmão dormirem consigo). Assim, considerando que o R. se encontra num estado de ansiedade patológica sempre que é exposto ou confrontado com situações para si potencialmente ameaçadoras (medo do escuro; estar sozinho; dormir sozinho; etc.), torna-se útil diminuir a ocorrência de comportamentos que promovam esse aspecto e incrementar todos aqueles que aumentem a ocorrência dessa hiperactivação. Com efeito, será ajustado impor que o R. durma sozinho, utilizando para tal a *Prevenção de Resposta Inadequada* (não permitir que durma com a sua mãe ou irmão); em simultâneo, também será útil monitorizar o R. à utilização de algumas *Técnicas de Autocontrolo* (p.e., não chamar a mãe/irmão para que vão para junto de si; não se levantar e ir para a cama deles; etc.). No que se refere a este último aspecto, deverá fazer-se entender ao R. da razão de ser deste procedimento, não o encarando como uma punição, mas sim como algo realista e natural (por exemplo, através da explicação de que as crianças com 10 anos já têm idade para poderem dormir sozinhas). Paralelamente, poder-se-á acordar com o R. o facto de poder dormir com a luz acesa da mesa-de-cabeceira, numa primeira fase; posteriormente, com a luz do corredor, depois com a da Casa-de-Banho e, finalmente, com a do sótão. Em concomitância, poderá recorrer-se à utilização do *Relaxamento Respiratório*.

**5) Incremento das Actividades Reforçadoras** – Neste ponto poderemos acrescentar que é essencial que sempre que o R. evidencie uma atitude ou um comportamento ajustados e favoráveis, enquadrados no presente protocolo terapêutico, que tal deve ser alvo de um elogio ou de um reforço positivo, contingentes e consistentes com a sua conduta (p.e., ao final de uma semana em que o R. tenha dormido sozinho, a sua mãe proporcionar-lhe algo em que ele possa ter manifestado interesse – ir dormir a casa de um amigo, p.e.).

---

Em justaposição, é também relevante que o R. possa desenvolver algumas tarefas mediante as quais esteja sozinho e possa expor-se aos outros que não os adultos com quem se relaciona mais frequentemente (pais e irmão), de forma a que se possa ir distanciando gradualmente e ganhando alguma autonomia que lhe permita gerar expectativas de auto-eficácia, como por exemplo: ficar em casa sozinho; ir ao sótão com a luz apagada; etc.)

#### **4. CONCLUSÕES**

Em face do exposto, pensamos que o caso do R. possa ser solucionado com o cumprimento das medidas terapêuticas por nós anteriormente apresentadas. Tal como referimos, elas inserem-se num protocolo terapêutico que visa a prossecução de resultados favoráveis no que concerne à superação do quadro de ansiedade patológica evidenciado.

A adopção de apenas uma das medidas assinaladas, não conduzirá à ultrapassagem com sucesso da problemática em causa, pelo que se aconselha que o R. e a sua mãe possam de forma rigorosa assumir as indicações estabelecidas.

Todavia, de acordo com Baptista (2000), o tratamento psicológico da ansiedade em crianças tem as suas especificidades, dado que as crianças não reconhecem a sua perturbação e são levadas ou aconselhadas para tratamento por adultos significativos. Paralelamente, as perturbações de ansiedade são de difícil identificação, sendo estas crianças habitualmente consideradas como bem comportadas.

Alguns tratamentos têm sido considerados eficazes, ou provavelmente eficazes para as perturbações ansiosas em crianças e em adolescentes (Baptista, 1999; cit. por Baptista, 2000). Estes tratamentos podem ser caracterizados como limitados no tempo, focados em problemas específicos e destinados a grupos relativamente homogêneos. Geralmente, incluem exercícios de ensaio ou de desempenho de papéis, exposição a situações desencadeantes de mal-estar, exercícios comportamentais, como meio de testar pensamentos e crenças e prática adquirida para adquirir, manter e generalizar novas aptidões comportamentais.

---

As diferenças fundamentais em relação aos tratamentos psicológicos para os adultos, referem-se à utilização dos pais ou da família e de jogos ou teatro durante o tratamento, para melhorar a adesão à prática terapêutica (Kendall, 2000; Silverman & Kurtines, 1996; cit. por Baptista, 2000).

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, A. (2000). Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma Perspectiva Evolutiva e Desenvolvimental. *in Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao Longo da Vida*. Quarteto: Coimbra.
  - GONÇALVES, M. & RANGEL HENRIQUES, M. (2002). *Terapia Narrativa da Ansiedade*. Quarteto: Coimbra.
  - GONÇALVES, O. F. (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. Quarteto: Coimbra.
  - LABRADOR, F.; CRUZADO, J. & MUÑOZ, M. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Ediciones Perámide, S. A.: Madrid.
  - PAPALIA, D; OLDS, S. & FELDMAN, R. (2001). *O Mundo da Criança*. McGraw-Hill: Lisboa.
  - PIRES, C. L. (2003). *Manual de Psicopatologia: Uma Abordagem Biopsicossocial*. Editorial Diferença: Leiria.
  - RANGEL HENRIQUES, M.; GONÇALVES, M. & FREITAS, J. (2002). *Pôr o Medo a Fugir: As tuas Aventuras Contra o Medo – Bloco de Actividades*. Quarteto: Coimbra.
  - SUINN, R. (1993). *Entrenamiento e Manejo de Ansiedad*. Ed. Desclée de Brower: Bilbao.
-