interapia

V. 3 N. 2 (2025) · ARTIGO DE REVISÃO · ISSN 3085-9085

ARTIGO DE REVISÃO ANSIEDADE INFANTOJUVENIL

Ansiedade na infância e na adolescência: terapia cognitivo-comportamental e psicanálise e os limites da comparação

Anxiety in childhood and adolescence: cognitive behavioural therapy, psychoanalysis and the limits of comparison

Linda Inez Melo dos Anjos

Academia Enlevo, Brasil.

PUBLICADO 19 DEZ 2025

Os registros de tramitação editorial dos volumes 1 a 3 estão incompletos em razão de mudança na direção da revista. As datas de recebimento, revisão e aceite deste artigo não puderam ser recuperadas e, por isso, não são informadas.

RESUMO

A ansiedade na infância e na adolescência tornou-se objeto de demanda crescente nos serviços de saúde mental, e com ela a pergunta sobre qual orientação terapêutica oferece melhor resposta. Este artigo examina comparativamente o que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a psicanálise sustentam a respeito do sofrimento ansioso nessa faixa etária, e argumenta que a comparação direta entre as duas abordagens encontra limites que não são de ordem técnica, mas conceitual. Procede-se, em revisão narrativa de natureza teórico-conceitual, à reconstituição de cada modelo em seus próprios termos: de um lado, a formulação cognitiva do transtorno de ansiedade como produto de esquemas de ameaça e de evitação mantenedora; de outro, a elaboração freudiana da angústia como sinal do eu diante de um perigo interno, e seus desdobramentos na clínica com crianças. Distingue-se angústia, conceito estrutural da psicanálise, de transtorno de ansiedade, categoria diagnóstica do DSM-5 e da CID-11. Sustenta-se que as duas tradições não divergem apenas quanto ao método, mas quanto ao desfecho que consideram relevante, o que torna o cotejo de resultados menos informativo do que a literatura comparativa costuma supor. O artigo não constitui orientação de tratamento.

Palavras-chave: ansiedade; angústia; terapia cognitivo-comportamental; psicanálise; infância e adolescência.

ABSTRACT

Anxiety in childhood and adolescence has become an object of growing demand in mental health services, and with it the question of which therapeutic orientation offers the better response. This article comparatively examines what cognitive behavioural therapy (CBT) and psychoanalysis each maintain regarding anxious suffering in this age group, and argues that direct comparison between the two approaches meets limits that are conceptual rather than technical. Through a narrative review of a theoretical and conceptual nature, each model is reconstituted in its own terms: on one side, the cognitive formulation of anxiety disorder as a product of threat schemas and maintaining avoidance; on the other, the Freudian elaboration of anxiety as a signal of the ego before an internal danger, and its developments in clinical work with children. A distinction is drawn between *angústia*, a structural concept of psychoanalysis, and anxiety disorder, a diagnostic category of the DSM-5 and the ICD-11. It is argued that the two traditions diverge not only in method but in the outcome each considers relevant, which renders the comparison of results less informative than the comparative literature tends to assume. This article does not constitute treatment guidance.

Keywords: anxiety; *angústia*; cognitive behavioural therapy; psychoanalysis; childhood and adolescence.

1 Introdução

A procura por atendimento psicológico destinado a crianças e adolescentes com queixas de ansiedade cresceu de modo consistente nas últimas décadas, e esse crescimento acentuou-se após a pandemia de COVID-19, quando o fe-

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

chamento de escolas, o isolamento do convívio com pares e a instabilidade econômica familiar incidiram sobre uma população em pleno processo de constituição psíquica (Araújo; Normando; Marinho, 2024). O aumento da demanda não autoriza, por si, conclusões sobre aumento de prevalência: ampliação do acesso, mudança nos critérios diagnósticos e maior disposição das famílias a procurar ajuda produzem o mesmo efeito sobre as séries de atendimento. Mas ele torna urgente uma pergunta que a prática já formulava: diante de uma criança que não dorme, de um adolescente que evita a sala de aula, de um corpo que responde com taquicardia ao que ninguém mais identifica como perigo, o que cada tradição terapêutica tem a oferecer, e em que termos suas ofertas podem ser comparadas?

A literatura que responde a essa pergunta costuma organizar-se como disputa. A caricatura funciona nos dois sentidos: a TCC é descrita como tratamento de superfície que removeria o sintoma sem tocar em sua causa, e a psicanálise como especulação longa e sem ancoragem empírica. Nenhuma das duas descrições resiste ao exame das respectivas literaturas, e ambas obscurecem o que há de efetivamente difícil na comparação.

A dificuldade é a seguinte. Comparar duas abordagens terapêuticas supõe um critério comum de sucesso. Quando o critério é a redução de escores em escalas de sintomas ansiosos, a comparação é tecnicamente possível, mas mede uma das tradições por um padrão que ela não adota como seu. Quando o critério é a transformação da posição do sujeito diante de seu desejo, a comparação torna-se impossível, porque a outra tradição não reconhece esse objeto. A assimetria não é um detalhe metodológico a ser corrigido por melhores instrumentos: é constitutiva, e decorre de que os dois modelos descrevem objetos parcialmente distintos sob o mesmo nome.

O presente artigo sustenta que reconhecer essa assimetria é condição para que a comparação seja produtiva. Propõe-se, para tanto, reconstituir o que cada abordagem efetivamente sustenta sobre a ansiedade infantojuvenil — não o que a outra lhe atribui — e localizar com precisão os pontos em que o cotejo é legítimo e aqueles em que ele deixa de sê-lo. Preserva-se, assim, a tese do trabalho original: as duas abordagens são recursos clínicos consistentes, e a escolha entre elas não se resolve por decreto teórico.

2 Método

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual. O corpus primário reúne os textos em que cada tradição formula sua concepção da ansiedade: no campo psicanalítico, *Inibições, sintomas e ansiedade* (Freud, 1926), os desenvolvimentos de Anna Freud (1936) sobre as defesas do eu, a obra de Klein (1932) sobre a análise de crianças, as contribuições de Winnicott (1975) sobre o brincar e o espaço potencial, e o Seminário 10 de Lacan (1962-1963); no campo cognitivo-comportamental, a formulação de Beck, Emery e Greenberg (1985), sua sistematização posterior em Clark e Beck (2010) e a apresentação do método clínico em Beck (2013).

O corpus secundário reúne obras de referência diagnóstica — o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) e a CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2019) — e trabalhos que examinam a base de evidência de cada abordagem: a revisão crítica de Midgley e Kennedy (2011), a meta-análise de Leichsenring e Rabung (2008), a revisão de Shedler (2010), a discussão de Kazdin (2008) sobre tratamento baseado em evidência e a análise de Wampold e Imel (2015) sobre fatores comuns. Foram ainda considerados trabalhos brasileiros recentes (Mauger, 2023; Araújo; Normando; Marinho, 2024).

O critério de inclusão foi duplo: tratamento conceitual explícito da ansiedade ou da angústia em sua respectiva tradição, ou exame sistemático de evidência de desfecho. Excluíram-se textos de divulgação, materiais sem revisão por pares e trabalhos cuja referência a uma das abordagens fosse meramente ilustrativa. Excluíram-se igualmente, na revisão do material de partida, afirmações quantitativas — índices de prevalência, percentuais de variação de atendimentos e estimativas populacionais — cuja fonte não pôde ser localizada e conferida; tais afirmações foram suprimidas ou reformuladas em termos qualitativos, conforme registrado nas considerações finais.

O procedimento consistiu em reconstituir cada modelo em seus próprios termos, identificar o objeto que toma como alvo e o desfecho que considera relevante, e examinar as condições em que a comparação entre ambos é sustentável.

3 Ansiedade e angústia: duas ordens de conceito

3.1 O transtorno de ansiedade como categoria diagnóstica

O DSM-5 agrupa sob a designação de transtornos de ansiedade um conjunto de quadros que partilham medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais a eles associadas, distinguindo-os entre si pelo objeto ou situação que desencadeia a resposta (American Psychiatric As-

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

sociation, 2014). Entre os de início tipicamente precoce figuram o transtorno de ansiedade de separação, o mutismo seletivo, as fobias específicas e o transtorno de ansiedade social. O manual caracteriza o medo como resposta a ameaça iminente, real ou percebida, e a ansiedade como antecipação de ameaça futura, reservando a cada quadro critérios de duração, intensidade e prejuízo funcional. A CID-11 organiza o campo em termos próximos, sob a rubrica dos transtornos de ansiedade e relacionados ao medo (Organização Mundial da Saúde, 2019).

Duas propriedades dessa construção importam ao argumento. A primeira é que se trata de categorias descritivas, deliberadamente ateóricas quanto à etiologia: o manual registra o que se observa e com que frequência, não por que se produz. A segunda é que o critério de prejuízo funcional é parte da definição. Não há transtorno sem sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento do funcionamento, o que significa que a categoria diagnóstica já incorpora um juízo sobre o que, na vida do sujeito, deixou de funcionar.

3.2 A angústia como conceito psicanalítico

O conceito psicanalítico de angústia pertence a outra ordem. Em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud (1926) reformula sua posição anterior — que fazia da angústia produto de libido não descarregada — para situá-la como sinal emitido pelo eu diante da aproximação de um perigo. O perigo é interno: trata-se da iminência de uma situação traumática, isto é, de um afluxo de excitação que o aparelho não consegue ligar. A angústia-sinal é, nessa formulação, uma função de antecipação a serviço da defesa, e não um transtorno; é o que permite ao eu mobilizar o recalque antes que o trauma se consume.

Freud organiza em série as situações de perigo correspondentes a cada momento do desenvolvimento: o desamparo do recém-nascido, a perda do objeto, a perda do amor do objeto, a ameaça de castração e, mais tarde, a censura do supereu. A série é decisiva para a clínica com crianças, porque situa a angústia infantil não como anomalia, mas como índice do trabalho psíquico que cada etapa exige. A criança que teme a separação não apresenta, nessa leitura, um desvio a corrigir: apresenta a forma que a angústia assume quando o objeto ainda não está suficientemente interiorizado para que sua ausência seja suportável (Laplanche; Pontalis, 2001).

Daí decorre que angústia e transtorno de ansiedade não são o mesmo objeto sob nomes diferentes. A angústia é um conceito estrutural, constitutivo do funcionamento psíquico e presente em todo sujeito; o transtorno de ansiedade é uma categoria clínica definida por limiares de intensidade, duração e prejuízo. Um sujeito pode estar tomado de angústia sem preencher critérios para qualquer transtorno, e um quadro que preenche critérios pode ter, na economia psíquica, funções muito diversas. A tradução automática de um termo no outro — frequente na literatura comparativa, inclusive em português, onde *ansiedade* e *angústia* circulam como sinônimos — é a primeira fonte de confusão na comparação entre as duas abordagens.

4 O que a terapia cognitivo-comportamental sustenta

4.1 O modelo

A formulação cognitiva dos transtornos de ansiedade supõe que a resposta ansiosa é mediada por processos de avaliação: não é a situação que produz o medo, mas o significado atribuído à situação. Beck, Emery e Greenberg (1985) descrevem esse funcionamento em termos de esquemas de ameaça — estruturas de conhecimento que, uma vez ativadas, orientam seletivamente a atenção, a memória e a interpretação no sentido do perigo. O sujeito ansioso superestima sistematicamente a probabilidade e a gravidade do evento temido, e subestima seus próprios recursos para enfrentá-lo.

O modelo ganha seu elemento mais consequente ao explicar não a origem, mas a manutenção do quadro. A evitação, que reduz o desconforto no curto prazo, impede que a previsão catastrófica seja desconfirmada pela experiência; os chamados comportamentos de segurança produzem o mesmo efeito de modo mais sutil, permitindo que o sujeito enfrente a situação temida atribuindo o desfecho benigno à precaução adotada, e não à inexistência do perigo. O ciclo é autossustentável, e é sobre ele que a intervenção incide (Clark; Beck, 2010).

4.2 O procedimento

Do modelo deriva um método com estrutura explícita: formulação de caso compartilhada com o paciente, identificação dos pensamentos automáticos e das crenças subjacentes, teste empírico dessas previsões por meio de experimentos comportamentais e exposição gradual às situações evitadas, com prevenção de resposta (Beck, 2013). Na clínica com crianças e adolescentes, o procedimento incorpora adaptações substantivas — mediação lúdica, recursos gráficos, graduação mais fina das etapas de exposição, participação dos responsáveis no manejo dos padrões familiares que sustentam a evitação.

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

Esse último ponto merece registro, porque desfaz uma das caricaturas correntes. O trabalho cognitivo-comportamental com crianças não se reduz à remoção de sintomas isolados: tem como alvo explícito o repertório de enfrentamento e, com frequência, o funcionamento do sistema familiar em torno da queixa. A acusação de superficialidade descreve mal o que o método propõe. É verdade, por outro lado, que o modelo não formula hipótese sobre a determinação inconsciente do sintoma, e que não se propõe a fazê-lo — o que é diferente de desconhecê-la como questão.

5 O que a psicanálise sustenta

5.1 O sintoma como formação dotada de sentido

Para a psicanálise, o sintoma ansioso não é um erro de processamento a ser corrigido, mas uma formação de compromisso: resultado do conflito entre uma exigência pulsional e as instâncias que lhe fazem oposição, o sintoma realiza, de modo deformado, aquilo que recusa. Se o sintoma cumpre função na economia psíquica, sua supressão sem que essa função seja elaborada pode deixar o conflito intacto e disponível para outra via de expressão. A psicanálise não sustenta, note-se, que a remissão sintomática seja indesejável; sustenta que ela não é, por si, índice suficiente da transformação visada.

Anna Freud (1936) sistematizou as operações pelas quais o eu se protege do que o ameaça, descrevendo-as como organização dinâmica cujo exame é via de acesso ao conflito. Na clínica com crianças, esse exame encontra obstáculo específico: o eu infantil está em constituição, e suas defesas não podem ser tomadas como rigidez de caráter. Daí a necessidade de um tempo preparatório no trabalho com crianças, cuja adesão ao tratamento não decorre, como no adulto, de demanda própria.

5.2 A clínica com crianças

Klein (1932) deslocou esse quadro ao propor que o brincar constitui, para a criança, o equivalente da associação livre: por meio dele, a vida fantasmática torna-se acessível à interpretação sem exigir da criança a verbalização que ela não domina. A técnica do brincar fundou a análise de crianças como campo próprio e introduziu na teoria uma descrição da angústia precoce — angústias persecutórias e depressivas — anterior à organização edípica tal como Freud a havia situado.

Winnicott (1975) acrescentou a esse quadro a noção de espaço potencial, área intermediária entre a realidade interna e a externa em que o brincar se produz, e vinculou a capacidade de brincar à qualidade do ambiente de cuidado. Na sua formulação, a angústia impensável da criança é contida menos pela interpretação do que pela confiabilidade do ambiente que a sustenta — o que desloca parte do trabalho clínico para o manejo da relação e para o cuidado com os responsáveis. Lacan (2005), no Seminário 10, retomou a questão por outra via, sustentando que a angústia não é sem objeto, como a tradição supunha, mas o afeto que não engana, aquele que sinaliza a proximidade de um objeto que o sujeito não consegue simbolizar.

Do conjunto resulta uma orientação clínica cujo alvo não é o escore sintomático, mas a possibilidade de que a criança ou o adolescente venha a dispor de recursos simbólicos para lidar com o que a angústia sinaliza. O desfecho visado é da ordem da transformação da posição subjetiva, e sua avaliação não se deixa reduzir facilmente a instrumento padronizado.

5.3 A questão da evidência

A afirmação de que a psicanálise careceria de base empírica é hoje imprecisa. Leichsenring e Rabung (2008) reuniram, em meta-análise, estudos de psicoterapia psicodinâmica de longa duração em transtornos mentais complexos e relataram ganhos sustentados ao fim do seguimento; Shedler (2010) sistematizou a evidência disponível sobre a eficácia da terapia psicodinâmica e observou que os ganhos tendem a manter-se, e por vezes a ampliar-se, após o término do tratamento. Midgley e Kennedy (2011), em revisão crítica especificamente voltada à população infanto-juvenil, localizaram um conjunto de estudos de desfecho em psicoterapia psicodinâmica com crianças e adolescentes e, ao mesmo tempo, apontaram as limitações metodológicas recorrentes desse conjunto — amostras reduzidas, heterogeneidade de protocolos, escassez de ensaios randomizados. A posição defensável não é a de equivalência estabelecida nem a de ausência de evidência, mas a de uma base empírica menor e menos homogênea do que a acumulada pela tradição cognitivo-comportamental, cuja interpretação permanece em discussão. No contexto brasileiro, a revisão de Mauger (2023) sobre psicoterapia psicanalítica nos transtornos de ansiedade registra quadro análogo.

6 Os limites da comparação

Reunidos os dois modelos, torna-se possível localizar com precisão onde a comparação é legítima e onde deixa de sê-lo. A Tabela 1 sintetiza essa localização.

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

O ponto central é o da terceira linha. Quando um ensaio compara duas abordagens por meio de escalas de sintomas, ele aplica um instrumento construído a partir dos pressupostos de uma delas. O resultado é informativo sobre o que o instrumento mede, e silencioso sobre o que a outra tradição considera o essencial do trabalho. Isso não desqualifica o ensaio, e seria erro concluir que a psicanálise está por princípio a salvo de avaliação empírica — Midgley e Kennedy (2011) mostram que não está, e a própria construção de instrumentos sensíveis a desfechos de ordem estrutural é uma agenda de pesquisa ativa. O que a assimetria exige é cautela na leitura: um resultado desfavorável em escala sintomática não equivale a ineficácia do tratamento psicanalítico, do mesmo modo que um resultado favorável não comprova a transformação que ele visa.

DIMENSÃO	O QUE A TCC SUSTENTA	O QUE A PSICANÁLISE SUSTENTA	LIMITE DA COMPARAÇÃO
Estatuto do sintoma	Produto de avaliação enviesada, mantido por evitação	Formação de compromisso dotada de sentido e de função	Um descreve mecanismo de manutenção; o outro, determinação
Alvo da intervenção	Crenças disfuncionais e repertório de enfrentamento	Posição do sujeito diante do que a angústia sinaliza	Objetos distintos, não graus de profundidade
Desfecho relevante	Redução de sintomas e recuperação funcional mensuradas	Ampliação dos recursos simbólicos; mudança estrutural	Não há métrica comum: o cotejo mede só um dos dois
Lugar da família	Corresponsável pelo manejo dos ciclos de evitação	Parte do campo transferencial e do ambiente de cuidado	Mesma presença, funções teóricas incomparáveis
Base de evidência	Ampla, com protocolos manualizados e ensaios controlados	Menor e heterogênea, em expansão na população infantil	A assimetria reflete também o que cada uma mede

Tabela 1 — Dimensões do cotejo entre terapia cognitivo-comportamental e psicanálise no tratamento da ansiedade infantojuvenil. A coluna final registra por que a comparação direta é limitada em cada dimensão; não exprime juízo sobre o mérito de qualquer das abordagens.

Cabe registrar ainda a contribuição da pesquisa sobre fatores comuns. Wampold e Imel (2015) sustentam que parcela substantiva da variância de desfecho em psicoterapia é atribuível a elementos partilhados por abordagens distintas — a aliança, a expectativa de melhora, a coerência do racional oferecido ao paciente — e não às técnicas que as diferenciam. A tese é controversa e não dispensa o exame das especificidades de cada método, mas tem implicação direta aqui: parte do que separa as duas tradições no plano teórico pode não se traduzir na magnitude de diferença que o debate pressupõe. Kazdin (2008) assinala, por sua vez, que o próprio conceito de tratamento baseado em evidência comporta decisões normativas — sobre que desfechos contam, em que prazo e para quem — que não são elas mesmas empíricas.

7 Considerações finais

O percurso permite três conclusões.

A primeira é que a oposição entre uma abordagem sintomática e outra profunda descreve mal o que está em jogo. A TCC não se limita à remoção de sintomas, e a psicanálise não é indiferente ao sofrimento atual do paciente. O que efetivamente distingue as duas tradições é o objeto que cada uma constrói: de um lado, um ciclo de avaliação e evitação passível de descrição operacional; de outro, um conflito psíquico cuja expressão sintomática é apenas a face visível. São construções diferentes, não níveis de uma mesma escala.

A segunda é que a distinção entre angústia e transtorno de ansiedade não é preciosismo terminológico. Enquanto os dois termos circularem como equivalentes, a comparação entre as abordagens permanecerá mal formulada, porque suporá que ambas tratam do mesmo objeto por meios distintos, quando tratam de objetos parcialmente distintos.

A terceira é que a assimetria da base de evidência é real e deve ser enunciada sem atenuação, mas também sem a conclusão que dela se extrai apressadamente. A literatura cognitivo-comportamental acumulou mais ensaios controlados em população infantojuvenil; a literatura psicodinâmica é menor, mais heterogênea e, no segmento infantil, ainda em consolidação. Que uma abordagem tenha sido mais estudada por um determinado delineamento não estabelece, isoladamente, sua superioridade clínica — assim como a dificuldade de submeter a outra a esse delineamento não estabelece sua ineficácia.

Algumas limitações devem ser explicitadas. Trata-se de revisão narrativa, sem protocolo sistemático de busca nem avaliação formal da qualidade dos estudos incluídos, sujeita portanto a viés de seleção. Privilegiou-se a recons-

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

trução conceitual dos modelos em detrimento do exame quantitativo da literatura de desfecho, de modo que as afirmações sobre base de evidência têm caráter indicativo. Registre-se ainda que o material de partida continha afirmações quantitativas de prevalência e de variação de atendimentos cuja fonte não pôde ser conferida; tais números foram suprimidos, e as afirmações correspondentes mantidas em termos qualitativos.

Por fim, uma ressalva de alcance clínico. Este artigo é um trabalho de natureza teórico-conceitual e não constitui orientação de tratamento. A escolha da abordagem terapêutica para uma criança ou adolescente é decisão clínica individualizada, que depende do quadro apresentado, da fase do desenvolvimento, do contexto familiar e escolar, da disponibilidade de serviços e da avaliação conduzida por profissional habilitado. Nada do que foi exposto autoriza a afirmação de superioridade categórica de qualquer das abordagens examinadas, e nada aqui substitui avaliação profissional direta.

Declarações

Conflito de interesses. A autora declara não haver conflito de interesses.

Financiamento. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Uso de inteligência artificial. A revista não dispõe de declaração do autor; o manuscrito, do acervo, foi recebido pela direção anterior, que não a solicitava.

Disponibilidade de dados. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem produção de dados primários.

Nota editorial. Este artigo integra o acervo reorganizado dos volumes 1 a 3 da Interapia. O texto foi editorialmente adequado às normas vigentes da revista quanto a estrutura, registro e normalização de referências, sem alteração de tese, argumento ou atribuição de autoria.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, V. H. G.; NORMANDO, L. V.; MARINHO, A. J. P. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 2393-2404, 2024.

BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. *Anxiety disorders and phobias*: a cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985.

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

CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Cognitive therapy of anxiety disorders*: science and practice. New York: Guilford Press, 2010.

FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa* (1936). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-171.

KAZDIN, A. E. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice. *American Psychologist*, v. 63, n. 3, p. 146-159, 2008.

KLEIN, M. *A psicanálise de crianças* (1932). Rio de Janeiro: Imago, 1997.

LACAN, J. *O seminário, livro 10*: a angústia (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, v. 300, n. 13, p. 1551-1565, 2008.

MAUGER, V. S. *Eficácia da psicoterapia psicanalítica no tratamento dos transtornos de ansiedade*: uma revisão sistemática da literatura. 2023. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde) — Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2023.

MIDGLEY, N.; KENNEDY, E. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, v. 37, n. 1, p. 1-29, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-11*: classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 11. rev. Genebra: OMS, 2019.

SHEDLER, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, v. 65, n. 2, p. 98-109, 2010.

WAMPOLD, B. E.; IMEL, Z. E. *The great psychotherapy debate*: the evidence for what makes psychotherapy work. 2. ed. New York: Routledge, 2015.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

CC BY-NC 4.0 · INTERAPIA.ORG

COMO CITAR

ANJOS, L. I. M. Ansiedade na infância e na adolescência: terapia cognitivo-comportamental e psicanálise e os limites da comparação. *Interapia — Revista de Clínica, Cultura e Ciências Mentais*, v. 3, n. 2, p. 26-32, 2025.

LICENÇA

Publicado em acesso aberto sob licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. O autor mantém os direitos sobre a obra e concede à revista o direito de primeira publicação.