

TRASTORNO DEPRESSIVO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Depression in Children and Adolescents)

Fonte: Health Latin America

A depressão não é considerada doença, mas sim uma reação psicológica, cujo transtorno tem o percurso na família, sendo que crianças e adolescentes procuram apaziguamento em drogas e/ou suicídios. As crianças estão menos preparadas do que os adultos para suportar pressões e frustrações, vindas dos meios de comunicação, podendo a depressão na criança estar associada a: avaliação negativa dos amigos e dos professores, baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, sensação de fracasso nas provas, transtornos anti-sociais, afastamento social, mágoa e choros, falta de concentração, distração e dificuldades escolares e recusa em ir para a escola - fobia escolar.

A imaturidade neuroquímica é diferente nos sintomas de depressão entre adultos e crianças e as manifestações de mania são mais freqüentes nos adolescentes. Normalmente aparece como exaltação, com falta de crítica e confusão das idéias, podendo ser confundida com esquizofrenia e evoluindo para transtornos bipolares, podendo ainda apresentar desinibição social, alto nível de energia e comportamento anti-social.

Nas crianças, apresenta-se como irritabilidade e inquietação motora, confundida muitas vezes com hiperatividade. A depressão é mais freqüente nas mulheres após a puberdade ou em crianças com problemas de atenção, com transtornos das habilidades escolares. Tem alto índice de comorbidade com atos de delinqüência, transtorno desafiante de oposição, de ansiedade e déficit de atenção.

A distímia pode iniciar-se na infância ou adolescência de maneira insidiosa, caracterizando-se com dois dos sintomas: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga e baixa auto-estima. Ela ainda pode evoluir para transtorno grave de depressão maior ou bipolar, e também apresentar episódios depressivos ou maníacos.

O diagnóstico clínico é feito através da aplicação de teste para intervenção terapêutica ao paciente e orientação da família, são eles: escala específica (Hamilton ou a de Beck para depressão); o teste de Rorschach ou inventário de personalidade; multifásico de Minnesota (mmpi); a poligrafia no sono (aumento do sono Rem passando em média de 60 a 70 minutos para 90 a 100 minutos); o exame de laboratório com o teste de supressão da dexametasona (após 16 horas de ingestão testar a dosagem do cortisol).

No tratamento, quanto mais o transtorno depressivo se igualar ao do adulto em gravidade, mais efetiva se torna a intervenção medicamentosa, no adolescente. As prescrições de antidepressivos tricíclicos não são convenientes por ter efeito colateral cardiotoxicos, sendo mais conveniente os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção da serotonina. Os timolépticos podem prevenir tanto a mania como a depressão, tendo efeito semelhante a carbamazepina.

As terapias familiares, intervenção na sala escolar e psicoterapia de suporte são indicadas como ajuda para os problemas emocionais com componentes depressivos, sendo que a psicoterapia de crianças e adolescentes com o uso de medicamentos, antidepressivos tranqüilizantes (Buspirona) e sintomáticos clínicos são indicados para a somatização da depressão mascarada.

A terapia cognitiva - comportamental tem despertado um interesse crescente, pois tem o propósito de mudar a cognição negativa, melhorar a auto-estima e aumentar a capacidade cognitiva de enfrentar as dificuldades com o componente comportamental, tem-se o propósito de aumentar o envolvimento do jovem em atividades normais e gratificantes, e desenvolver as habilidades sociais.

Transtornos Hiperkinéticos - Hiperatividade

Também chamado de transtorno de déficit de atenção, com prevalência de 1 a 3 % nas crianças. É mais comum nos homens. Sabe-se que a hiperatividade do lobo frontal ao eletroencefalograma estaria ligado a

este desequilíbrio e provocada por um distúrbio referente a: desatenção que necessita atmosfera calma, pedir para repetir as coisas, distrair-se facilmente, confundir os detalhes, não terminar o que começou, ouvir porém não parecer escutar, impulsividade, gritar alto e fazer barulho, não conseguir esperar a vez, falar excessivamente, perturbar outras crianças e hiperatividade.

Em geral de início precoce, com sintomas crônicos, freqüentes e em situações diversas. É importante lembrar que o transtorno é caracterizado, pela falta de controle de seus atos, e não pela quantidade exagerada de suas atividades.

No diagnóstico diferencial, a família pode buscar excesso de atividade em uma criança normal, devido a diversas informações recebidas dos meios de comunicação. Crianças que só apresentam hiperatividade em situações determinadas, como por exemplo, só na escola, ou só no parque. Acontecem ainda os transtornos emocionais como ansiedade, depressão e mania, movimentos anormais como tiques e discinesias.

As causas possíveis são a hereditariedade, lesões orgânicas, inibição do lobo frontal, carências e privações em idade precoce e conflitos sociais contribuem no prognóstico. O tratamento se dá a partir de educação especializada com orientação familiar, técnicas psicoterápicas, mais indicado psicoterapia familiar, aonde se discute os segredos familiares. As abordagens comportamentais alcançam bons resultados com a criança. A abordagem cognitiva é positiva no trabalho com os pais.

O uso de medicamentos é primariamente feito com estimulantes, sendo o metilfenidato (Ritalina) a primeira escolha, entretanto existem outros estimulantes como a Dextro-Anfetamina e a Pemolina. Utilizando dois estimulantes diferentes, a grande maioria das crianças responde melhor, pois se um falhar o outro atua com 25% de probabilidade de êxito. Um estimulante de curta duração pode durar de 3 a 4 horas, e se o retorno abrupto dos sintomas ocorrer, verificar formas de liberação lenta ou a permolina. Um estimulante demonstra efeito quando ocorre logo. Se a melhora for mínima ou parcial, a dosagem pode ser aumentada como probabilidade. Eles reduzem: a atividade motora; a impulsividade; a habilidade emocional, aumentando a vigília, a atenção e a memória de curta duração (o comportamento mais normal). O desempenho escolar e o comportamento (de atenção) estão relacionados com a dosagem do estimulante.

O tratamento de segunda linha baseia-se em casos mais leves, usando-se antidepressivos como a desipramina (Norpramin), imipramina (Iofranil), a fluoxetina (Prozac), amitriptilina (Tryptanol) e os inibidores da monoaminoxidase. Ainda podem ser utilizadas cafeínas e a clonidina (Atensina). Para medicação de terceira linha ou quando em comorbidade, podem ser utilizados os neurolepticos, Haloperidol e Risperidona, anticonvulsivantes, carbamazepina e valproato, os ansiolíticos como a buspirona e os timoréticos, como o lítio.

O transtorno pode remitir na adolescência, com ou sem terapia, mas em muitos casos, persistem pela vida adulta, com resultado educacional e profissional não satisfatório, podendo até desenvolver personalidade anti-social e o uso de drogas.

Transtornos de Conduta - Delinqüência Juvenil

O transtorno de conduta restrito ao contexto familiar: ex: furtos no lar, destruição deliberado (rasgar roupas, estragar mobílias, atos de violência contra membros da família) e socializado com formação de grupos de delinqüência.

Os transtornos de conduta não socializados causam isolamento, rejeição por companheiros, com discórdias, hostilidade e ressentimentos. Os transtornos desafiadores de oposição em crianças antes dos nove anos de idade, com comportamento desafiador, desobediente e provocativo com agressões.

O médico explica que o prognóstico em geral tende a delinqüência juvenil com genocídios, e continuidade homotípica (persiste na delinqüência por toda a vida). Em menor porcentagem, os sintomas não

continuam, se modificam e se normalizam, (continuidade heterotípica). As causas podem ser genéticas, ambientais e por problemas familiares.

Os tratamentos são a psicoterapia, com psicodrama, terapia familiar de aconselhamento e dinâmicas com a família. Nestes casos pode-se utilizar o lítio e a carbamazepina, como possíveis respostas à estabilização do humor, e quando associado a hiperatividade pode ser usado estimulantes.

A fobia escolar inclui o transtorno do humor, transtorno de ansiedade, rivalidade entre irmãos, conflitos familiares e várias dificuldades psicossociais. O tratamento com sucesso está ligado a um correto diagnóstico e de sua causa básica ou específica, podendo ser utilizados antidepressivos tricíclicos ou uso de benzodiazepínicos como o clonazepam (Rivotril), alprazolam (Frontal), ou a buspirona (Buspar). Em geral o resultado do tratamento tem sucesso em 70% dos casos. A incidência maior é por volta dos 5 a 6 anos de idade pré-escolar, podendo ocorrer também aos 11 e 14 anos, ocasionando o medo na criança e no adolescente

O fator biológico está ligado ao instinto de conservação, como proteção e defesa e o psicológico ainda é um fator de proteção, mas é incomodativo e dependente de experiências não totalmente controladas. Já o fator condicionado: já é ameaçado, e por muitas vezes causam sofrimento descontrolado: ameaças feitas por adultos, como arrancar orelha, cortar o pênis, etc.

O quadro clínico está ligado a medos de estranhos, timidez e retraimento, medo do escuro, medo de ser perdido, medo da morte, medo de hospitalização, medo do fracasso escolar, medo abstrato (em geral na adolescência a realizações afetiva, sexual ou profissional). O tratamento se dá através da ludoterapia individual ou em grupos e o uso de medicamentos ansiolíticos para casos mais extremos e raros, pois o prognóstico é favorável.

Os transtornos neuróticos são: a ansiedade generalizada, apreensão, tensão motora, hiperatividade autonômica, preocupação exagerada, com dúvidas, escrúpulos e medos. Tais transtornos têm maior incidência no sexo feminino, podendo levar ao pânico com a agorafobia, sensação de falta de ar, de asfixia, dor e desconforto torácico, náuseas, tonturas, perda de sensibilidade nas mãos, ondas de calafrios.

As fobias são o medo acentuado de objetos e situações não claras e alguns tipos de fobias são: zoofobia (medo de animais); fobia ao ambiente natural (água de rio, escuridão, tempestades); claustrofobia (medo de ambientes fechados); acrofobia (medo de lugares altos); talosofobia (medo do mar). Outros tipos de fobias que podem existir são: eritrofobia (temor de ruborização em público); tanatofobia (temor de morte); tatafobia (temor de ser enterrado vivo); homílofobia (temor de maus pensamentos a seu respeito); fobofobia (temor de ter medo).

A fobia social se inicia na adolescência e tem medo de se expor a outra pessoa. Ex: falar em público, sendo mais comum no sexo feminino. O tratamento compõe-se com: orientação psicodinâmica, individual ou de grupo - psicodrama - terapia cognitiva - comportamental, que melhoram a auto-estima e aumentam a habilidade de enfrentar os sintomas. Havendo necessidade, em alguns casos de adolescentes que já sofreram vários anos e não tiveram respostas com outros procedimentos terapêuticos, a técnica a ser utilizada é a psicanalítica.

O uso de medicamentos no quadro de ansiedade, se dá através de benzodiazepínicos, com riscos de dependência. Os mais comuns são: Diazepam, Flurazepam, Clonazepam. Em tratamento de pânico e agorafobia, usa-se antidepressivos inibidores de recaptção da serotonina (Fluoxetina) e os tricíclicos (Imipramina).

No caso de transtorno obsessivo-compulsivo que se manifesta em torno de 1º e 12 anos, é mais comum no sexo masculino, caracterizando-se por anormalidades estruturais e funcionais nos gânglios da base, transmissão familiar, podendo haver a elevação do nível de ocitocina no líquido e casos de infecções estreptocócicas com lesão nos gânglios basais.

O tratamento psicoterapêutico inclusive a terapia cognitivo-comportamental tem resultados pouco favoráveis, sendo necessário sempre o uso de medicamentos como o clonipromino (Anafranil) e fluoxetina (Prozac), com melhor resposta na associação da medicação com a psicoterapia. Quando existem infecções freqüentes com os estreptococos, usa-se a plasmáferese. O prognóstico é reservado e com persistência na vida adulta.

O transtorno dissociativo - transtorno convencivo ou histerias está ligado a um trauma ou estresse intenso. É pouco comum nas crianças e com maior incidência no sexo feminino. O quadro clínico compõe-se de amnésia, fuga, estupor, transtornos motores, convulsões, anestesia e perda sensorial.

O tratamento compõe-se de psicoterapia com orientação psicodinâmica, psicodrama e terapias comportamentais. Poucas drogas são utilizadas, sendo feito o tratamento medicamentoso, em raros casos, com drogas ansiolíticas, antidepressivo e antipsicóticos, quando em comorbidade para não ser dado a idéia de organicidade do quadro.

Estresse - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O especialista comenta que eles incluem transtornos identificáveis que acompanham um evento excepcionalmente traumático, produzindo uma reação aguda, causando rompimento agudo da homeostase. Também é caudado o equilíbrio interno e ajustamento externo, ocasionando ansiedade interna, dependendo das respostas individuais e não da gravidade do estressor. É um transtorno transitório que na criança ou adolescente diminui em horas ou poucos dias. Os sinais são autonômicos indo a taquicardia, sudorese e rubor estar sempre presentes e as reações podem ser de ataque ou enfrentamento, escape ou fuga, atordoamento ou passividade.

Suas causas geralmente são as catástrofes, acidentes emocionais; perda de uma relação pessoal importante (mãe no hospital), introdução de um novo membro na família ou órbita (ex: novo irmão) e mudança do status social ou escolar (escola pública). Os sintomas em geral iniciam nos primeiros três meses após o trauma, embora possa haver um lapso de meses ou mesmo de anos. A gravidade, duração e proximidade da exposição ao evento, são fatores importantes ao desenvolvimento desses transtornos, que é influenciado pela história familiar da criança e/ou adolescente e seus suportes sociais, experiências pregressas e variáveis da personalidade.

O tratamento pode ser através da psicoterapia a ser direcionada ao reconhecimento do trauma, aumentando a segurança da criança. Pois os professores devem ser implicados no problema. A abordagem cognitiva é positiva para adultos e crianças. As técnicas de relaxamento podem ser utilizadas, sendo que a medicação pode ser útil, mas não é a intervenção prevalente.

A ciproptadina tem efeito sedativo, além de antialérgico e pode ser dada em doses crescentes para casos de dificuldade em dormir. Nos casos de pânico, a clornipramina em doses pequenas, com monitorização pode ser usada por períodos mais longos. A fluoxetina, atualmente, tem sido indicada com segurança, principalmente quando há sintomas depressivos.

Transtornos Somatoformes - Psicossomáticos

Eles se caracterizam principalmente pela apresentação de sintomas físicos que incomodam a criança e a família, e que tem explicação por causa médica. São presentes os seguintes aspectos: início na infância; comprometimento de órgãos relacionados à maturidade biológica; curso estável (quando apresenta remissões e recaídas, os sintomas são os mesmos, podendo ser eczema da pele, diarreia, vômitos cíclicos, cefaléia e outro); história familiar com transtornos similares em muitos casos.

Estes tipos de transtornos podem ser classificados de acordo com os diferentes sistemas e nas manifestações orgânicas.

No sistema respiratório: choro, tosse, espirro, pigarro, asma, crise de apnéia, etc. No sistema digestivo

acontecem os distúrbios na salivação, na mucosa oral, náusea e vômitos (cíclicos ou não), enjôo de viagem, dor abdominal, obstipação, e encoprese etc.

No sistema dermatológico: o prurido, urticária, eczema, alopecia, verruga, dermatografismos, etc. No sistema cardiovascular a palidez, desmaio, bradicardia, taquicardia, hipertensão.

Sistema urinário: retenção urinária, poliúria, noctúria, disúria, polaquiúria, enurese.

No sistema músculo esquelético: torcicolo, espasmos, solução, tremores, tiques.

No sistema nervoso central: tonturas, cefaléia, enxaqueca.

No sistema glandular acontece a hipofunção e hiperfunção, dores abdominais e de cabeça, sendo as queixas mais freqüentes entre crianças de 03 a 09 anos, e tem ligação com estresse psicológico.

Nestes casos tem intervenção psicossomática, sem necessidade de medicamentos. A atuação clínica deve ser do especialista conforme o local da dor. Geralmente, as crianças são tímidas e colaborativas nas orientações terapêuticas e precisam de suporte psicológico para compreensão e superação da dor e associação com técnica de relaxamento, produzem uma intervenção eficaz.

Os transtornos de tiques - movimentos involuntários, rápidos, recorrentes e não rítmicos podem ser uma produção vocal, com início súbito e sem propósito aparente, tendem a ser incontroláveis, porém podem ser suprimidos por período de tempo e podem ser simples ou complexos, mas sem limites definidos.

Os tiques motores simples são o piscar de olhos, movimentos buscar de cabeça, ou pescoço, sacudir de ombros, caretas faciais. Os motores complexos, a auto-agressão, saltar e o pular. Os vocais simples: pigarros, fungados gritos, batidas e os vocais complexos (repetição de determinadas palavras, ou de palavras socialmente inaceitáveis, de seus próprios sons ou palavras (palilalia)). Uma em cada cinco e uma em cada 10 crianças tem tiques transitórios. O caso mais grave é a síndrome de Gilles de la Tourette, que é um transtorno incomum, crônico e incapacitante, que é caracterizada por tiques motores e fônicos, tiques curtos e rápidos, e movimentos estereotipados e sons variados. É associado com o transtorno hipercinético nas crianças menores e na adolescência com o transtorno obsessivo-compulsivo tendo uma etiologia genética.

O tratamento para este transtorno inclui medicação e psicoterapia, e também lidar com a comorbidade dos outros transtornos. Geralmente os sintomas aparecem nas crianças, provam na adolescência e persiste na vida adulta. Os tiques podem ocorrer isolados, mas também em fases de perturbações emocionais, não tendo uma linha divisória entre o transtorno e a perturbação emocional.

A fisiopatologia aponta para anormalidades neuro-anatômicas e neuroquímicas, pelas semelhanças dos tiques e transtornos de Tourette a outros distúrbios de movimentos com patologia do sistema nervoso central, como doença de Parkinson e Coreia de Huntington, que evidenciam disfunção dos gânglios da base, que respondem aos agentes farmacológicos e tem procedimento neuro-evolutivos como exame de líquor, eletroencefalograma com mapeamento computadorizado, tomografia simples e contrastada, r.m. e p e t ., nível e função dos neurotransmissores no sangue e no líquor e medidas neuroquímicas pós-morte.

O tratamento é dirigido aos tiques e de preferência farmacológica, sendo as drogas mais indicadas aos agentes bloqueadores de dopamina, que tem efeitos colaterais que precisam ser acompanhados e a risperidona cujos efeitos são menores. A clonidina é uma droga que pode ser útil para os tiques. O tratamento psicológico é indicado para tiques transitórios e crônicos, com intervenção comportamental, técnicas de relaxamento e a associação do treino de relaxamento com reforço positivo comportamental.

A enurese não orgânica é um transtorno caracterizado pela eliminação involuntária ou intencional da urina noturna ou diurna, anormal em relação a idade mental do indivíduo, e que não é consequência de transtorno neurológico ou do trato urinário. O diagnóstico é feito a partir de cinco anos de idade, e os tratamentos a partir dos seis anos. A prevalência é no sexo masculino e a enurese noturna é mais freqüente. Após os 15 anos é associado com diagnóstico psiquiátrico.

As indicações de possíveis causas são a história familiar, infecção do aparelho urinário, estresse por eventos, desvantagem sócio econômicos, desenvolvimento imaturo, problemas de sono, treino tardio no

toalete (após 24 meses).

O tratamento com terapia comportamental para melhorar comportamento desejado: orientações de pais, educadores, especialistas da saúde mental e urologistas, utilização de reforço positivo (premiação), remoção do estímulo do reforço negativo, proporcionar modelo (identificação da criança), treino de habilidades (ensaiar e repetir); remoção de condições que interferem para reduzir comportamento indesejável: mudar o estímulo, extinguir premiação e dar atenção; reforço diferenciado: prêmio/lutar contra ou sem castigo; castigo: estímulos negativos, afastar do ambiente, exposição contínua para um estímulo aversivo; alarme (uso de colchão alarme).

O tratamento medicamentoso é com Imipramina e Desmopressina (ter cuidados no que diz respeito a não ingestão de líquidos à noite e monitorização para os efeitos colaterais dos medicamentos). O tratamento com uso de antibióticos para diagnóstico de infecção ou anomalias congênitas pode ajudar na cura da enurese.

A encoprese não-orgânica é a evacuação repetida, voluntária ou não de fezes em locais não adequados para o contexto sócio-cultural (é diagnosticado acima de quatro anos). Pode ser a encoprese primária: continuação anormal da incontinência infantil ou a encoprese secundária que se dá através da perda de continência seguida a aquisição do controle intestinal. A encoprese provocativa é a deposição deliberada de fezes em locais não adequados, mesmo na roupa. É mais comum nos homens e as causas podem estar ligadas ao manejo. Normalmente o tratamento é através da psicoterapia, depois tratar a encoprese associado. Desbloquear o intestino e restabelecer uma rotina de toalete e rotina alimentar. Programa comportamental com calendários e mapas de acompanhamento, explica o médico.