DEPRESSÃO INFANTIL

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância e adolescência.

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afectando aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte (onde são feitas as principais pesquisas). A morbilidade da depressão reflecte-se no facto de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos sem transtorno psiquiátrico.

Tanto os quadros de Distimia quanto de Transtorno Afectivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença.

Apesar da tamanha importância da Depressão da Infância e Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado.

Embora na maioria das crianças a sintomatologia da Depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de Depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inesperadas, fraqueza, tonturas, mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual.

Na criança e adolescente a Depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, nomeadamente com hiperactividade.

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas actividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, desporto, sair com os amigos, etc., além de apatia, adinamia e redução significativa da actividade. Às vezes pode haver tristeza.

De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida.

Incidência

O reconhecimento de um quadro depressivo infantil e da adolescência como um transtorno que pode afectar pessoas desse grupo etário, reivindicada há mais de 30 anos pelo IV Congresso de a União de Pedopsiquiatrias Europeus, de 1971 em Estocolmo (Annell, 1972), resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para esse quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência (DSM-IV, 1994).

Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência não são unânimes entre os pesquisadores. Devido à diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades se devam às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como Depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperactividade, etc.

Estudos norte-americanos revelam uma incidência de depressão em aproximadamente 0,9% entre os pré-escolares; 1,9% nos escolares e 4,7%

nos adolescentes (Kashani, 1988 apud Weller, 1991). Mas esses números são demasiadamente optimistas.

Há mais de 30 anos, os estudos de Rutter, Tizarde e Whitmore (1970) começaram a aportar uma prevalência da Depressão Infantil em aproximadamente 1% das crianças de 10 anos. Dezasseis anos depois, Rutter (1986) volta a pesquisar e considera que os quadros depressivos são muito mais frequentes na adolescência do que na infância. Essas suspeitas foram confirmadas mais tarde por Ciccheti, em 1995. Nesse ano Goodyar situa a prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência entre o 1,8% e 8,9%.

Embora seja difícil reunir dados sobre a incidência de Depressão Infantil, num recente artigo José Luís Pedreira Massa assinala que, na Espanha, a media de transtornos depressivos também pode situar-se em torno de 9% na população geral infantil menor de 12 anos, sendo algo superior na adolescência.

Sintomas

A Depressão Infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com quaisquer factores vivenciais que as molestem e a Depressão verdadeira está, principalmente, no tempo e na motivação para esse sentimento. A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à actualização conceptual e atenção médica crescente sobre esta doença.

Apesar da Depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, farão com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes. O sofrimento moral, por exemplo, responsável pela baixa auto estima, no adulto

pode se apresentar como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo.

Nas crianças e adolescentes é comum a Depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fatiga, perda de apetite, diminuição da actividade, queixas inespecíficas, tais como cefaleias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vómitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc. Na esfera do comportamento, a Depressão na Infância e Adolescência pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da Depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar.

Os sintomas mais frequentes da Depressão na Infância e Adolescência costumam ser os seguintes: insónia, choro, baixa concentração, fatiga, irritabilidade, rebeldia, tiques, medos lentidão psicomotora, anorexia, problemas de memória, desesperança, ideações e tentativas de suicídio. A tristeza pode ou não estar presente.

Hoje em dia a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil tem contribuído, sobremaneira, para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão a ser relacionados a uma maneira depressiva de viver.

A expressão clínica da depressão na infância é bastante variável. Baseando-se nas tabelas para diagnóstico, revistas por José Carlos Martins, podemos compor a seguinte listagem de critérios:

SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO INFANTIL

1- Mudanças de humor significativa
2- Diminuição da actividade e do interesse
3- Queda no rendimento escolar, perda da atenção
4- Distúrbios do sono
5- Aparecimento de condutas agressivas
6- Auto-depreciação

7- Perda de energia física e mental
8- Queixas somáticas
9- Fobia escolar
10- Perda ou aumento de peso
11- Cansaço matinal
12- Aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil)
13- Negativismo e Pessimismo
14- Sentimento de rejeição
15- Ideias mórbidas sobre a vida
16- Enurese e encoprese (urina ou defeca na cama)
17- Condutas anti-sociais e destrutivas
18- Ansiedade e hipocondria

Não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os itens da lista acima para se fazer o diagnóstico. Ela deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada. Dependendo da intensidade da Depressão, pode haver substancial desinteresse pelas actividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surgem ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte e grande ansiedade.

Além disso, tendo em vista a característica atípica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar neste diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Défice de Atenção por Hiperactividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e agressividade) e para os Transtorno Fóbico-Ansioso. Supõe-se haver uma íntima relação entre todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância, quer seja como co-morbidade ou como manifestações clínicas atípicas da Depressão Infantil.

Diagnóstico

O Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência se caracteriza por uma sintomatologia afectiva de longa duração e está associado a vários outros sinais e sintomas vistos acima, tais como, insónia, irritabilidade, rebeldia, medo, tiques, mudanças nos hábitos alimentares, problemas na escola, na vida social e familiar.

Alguns outros sintomas podem acompanhar o Transtorno Depressivo na infância e adolescência em idade escolar, tais como, apatia, tristeza, agressividade, choro, hiperactividade, queixas físicas, medo à morte nele próprio ou nos familiares, frustração, desespero, distracção, baixa auto estima, recusa em ir à escola, problemas de aprendizagem e perder interesse por actividades que antes gostava.

É tão comum o Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência, a ponto de alguns autores recomendarem que, sempre que a criança manifestar tais alterações por um tempo prolongado, deve-se considerar a possibilidade desse diagnóstico. Entretanto, é muito importante determinar se esses sintomas estão, de fato, relacionados com um quadro depressivo ou se são parte das ebulições emocionais normais do desenvolvimento.

E, tendo em mente o facto de ser possível que muitos sintomas incluídos na relação apareçam naturalmente como parte das etapas normais de desenvolvimento da infância e adolescência, para se estabelecer um diagnóstico correcto de Depressão na criança é necessário avaliar também sua situação familiar, existencial, seu nível de maturidade emocional e, principalmente, sua auto estima. Além das entrevistas com a criança, é muito importante observar sua conduta segundo informações dos pais, professores e outros colegas médicos ou psicólogos, atribuindo pesos adequados a cada uma dessas informações.

O diagnóstico da Depressão na Infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios usados para a Depressão do adulto, apesar do quadro ser algo diferente nas crianças, tanto quanto mais jovem for o paciente.

Para essas alterações afectivas possíveis na primeira infância a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma série de critérios de observação. Foi

um grande passo na descrição das manifestações de transtornos psicológicos nesta faixa etária, dividindo-os em duas categorias:

1. Reacção de Abandono (ou de Dor e Aflição Prolongadas), que é específica das situações onde falta a figura materna ou de um cuidador afectivamente adequado, e
2. Depressão da Infância Precoce.

A socialização da criança em idade escolar com Depressão Infantil pode estar comprometida e manifesta-se através do isolamento social, das dificuldades de relação interpessoal, com sintomas de alteração afectiva (irritabilidade). Na primeira infância, entretanto, se detectam estas alterações quando o lactente é pouco comunicativo, confundido normalmente com um bebé *muito bonzinho* ou, por outro lado, podem manifestar a depressão com irritabilidade (bebés irritáveis, com tendência a hiper excitabilidade), ou ainda, com aversão a estranhos (bebés que estranham demasiado as mínimas mudanças em seu entorno).

O bebé afectivamente sensível pode ter dificuldades em relação ao apego. O apego é um impulso primário como parte de um processo de selecção natural, portanto, inato. Existem importantes diferenças individuais no estabelecimento das condutas de apego e na elaboração dos vínculos. O apego é uma resposta de busca de protecção necessária à sobrevivência da espécie.

A afectividade normal se relaciona com um apego seguro, desde a lactância até três anos e meio mas, certos padrões inseguros de apego podem ocorrer quando existe alguma tendência depressiva. O padrão de apego desenvolvido desde tenra idade será uma das molas mestras para futuros sentimentos de conforto e segurança determinados pelas relações posteriores.

Quando os lactentes são separados bruscamente de sua figura de apego, como é o caso de uma hospitalização precoce, ou mesmo um abandono, suas reacções tendem a seguir um padrão semelhante ao processo de luto do adulto. Assim, em uma primeira fase, o lactente bruscamente separado pode manifestar ira e desespero.

Na segunda fase dessa separação a criança tende a ficar apática, quase imóvel. É a fase de desapego ou indiferença. Nessa etapa a criança não manifesta mais emoções diante do reencontro com a figura com a qual antes era apegado. Essa experiência de perda não se relaciona com as necessidades de alimento, mas de calor, carinho ou contacto.

Dois factores têm especial significado para estabelecer as características da separação: o temperamento da criança e as características pessoais da figura materna. Quanto mais sensível afectivamente for a criança, maiores os prejuízos futuros que a separação ou abandono proporcionarão. Veja abaixo a sucessão de acontecimentos de Dor e Aflição que podem ocorrer durante a separação ou abandono.

1. Reacção de Dor e Aflição Prolongadas:

Este estado pode se manifestar por qualquer etapa da sequência: protesto, desespero e desinteresse.

1. A criança chora, chama e busca ao progenitor ausente, recusando quaisquer tentativas de consolo por outras pessoas.
2. Retraimento emocional que se manifesta por letargia, expressão facial de tristeza e falta de interesse nas actividades apropriadas para a idade.
3. Desorganização dos horários de comer e dormir.
4. Regressão ou perda de hábitos já adquiridos, como por exemplo, fazer xixi e/ou coco na roupa (ou cama), falar como se fosse mais novo.
5. Desinteresse paradoxal, que se manifesta por indiferença às recordações da figura cuidadora (fotografia ou menção do nome), ou mesmo uma espécie de "ouvido selectivo", que parece não reconhecer essas pessoas.
6. Como comportamento alternativo, a criança pode mostrar-se exactamente ao contrário das características acima; torna-se extremamente sensível a qualquer recordação do(a) cuidador(a), apresentando mal-estar agudo diante de qualquer estímulo que lembre da pessoa.

Luto da Criança

Para entender o impacto que causa na criança a perda por morte de uma figura de forte apego afectivo (mãe, pai, irmãos), é preciso entender a teoria do apego, inicialmente pesquisada por Bowlby.

Segundo maravilhoso trabalho de Cecília Casali Oliveira, existem 3 fases do luto, assim caracterizadas:

"**Busca ou protesto** - o intenso desejo de recuperação da pessoa amada e perdida, que leva a comportamentos de busca inócua, produz uma forte relação de protesto pela impossibilidade de se alcançar o objectivo desejado.

Desespero e desorganização - o conflito permanente entre o desejo e sua frustração, leva ao desespero, pois não se abdica do vínculo estabelecido com facilidade e sem sofrimento. O pensamento, constantemente concentrado nessa tarefa, deixa pouca possibilidade para dedicar-se a outras actividades, revelando o quanto é importante o trabalho de busca de uma resolução para o conflito; o mundo parece estar fora de contexto para o enlutado, tanto quanto este parece estar fora de contexto para o mundo.

Recuperação e restituição - o conflito pode ser solucionado a partir de uma nova construção do vínculo com o falecido, o que preserva a relação em um outro patamar; o sofrimento diminui gradualmente, permitindo um retorno da atenção para o mundo e trazendo a possibilidade do estabelecimento de novas relações.

Ainda de acordo com Cecília Casali Oliveira, "Stroebe, Stroebe e Hansson (1993) apresentam um levantamento das respostas emocionais esperadas no processo normal de enlutamento. Acrescentam que, em casos de luto complicado, esses aspectos podem apresentar-se com intensidade ou duração alteradas, apontando para a impossibilidade de se caminhar dentro do processo esperado e constituindo-se um indicativo da não resolução do luto.

1) Choque, entorpecimento e dificuldade de acreditar na realidade;

2) Pesar e tristeza, acompanhados por dor mental e sofrimento, com choro e lamentação;

3) Senso de perda devido ao reconhecimento da ausência e da impossibilidade de recuperação;

4) Raiva é comum e pode se voltar contra a pessoa falecida, familiares, médicos, amigos e mesmo contra o próprio ego;

5) Culpa e arrependimento, que aparecem sob as formas: culpa por sobreviver, pela responsabilidade da morte ou pelo sofrimento que ela trouxe e, ainda, pela deslealdade do falecido;

6) Ansiedade e receios que aparecem sob a forma de insegurança, medos ou crises de angústia;

7) Imagens repetitivas da pessoa falecida próxima da morte, da doença, com carácter intrusivo e fora de controlo;

8) Desorganização mental apresentando graus variados de distracção, confusão, esquecimento ou falta de coerência;

9) Sobrecarga de tarefas e dificuldades para sua realização, que trazem a sensação de estar perdendo o controle, de desamparo e de sentir-se incapaz de enfrentar a realidade;

10) Alívio, especialmente após doença longa e sofrida, pelo término do sofrimento;

11) Solidão, que se expressa como sentir-se só mesmo quando em grupo e com picos de sentimentos intensos de isolamento;

12) Sentimentos positivos também aparecem, a intervalos, em meio ao pesar."

2. Depressão da Infância Precoce:

1. Estado de ânimo deprimido ou irritável
2. Interesse e prazer diminuídos nas actividades apropriadas para seu desenvolvimento,
3. Capacidade reduzida para protestar,
4. Repertório diminuído de interacções sociais e de iniciativas.
5. Perturbações no sono e/ou na alimentação,
6. Perda de peso.
7. Sintomas presentes durante um período de pelo menos duas semanas

Em crianças no final da 2.ª infância (dos 6 aos 12 anos), podemos encontrar quadros de base depressiva mais típicas, mas nem sempre. Quando a depressão é muito grave, o que felizmente não é tão comum, sintomas francamente psicóticos também podem aparecer, tais como ideias delirantes,

alucinações, e severo prejuízo das actividades sócio-familiares, incluindo a escola. As ideias suicidas também não são raras, embora dificilmente antes dos 10 anos de idade.

Dentro da Depressão Infantil atípica, a mais comum, podemos ainda encontrar crianças erroneamente tomadas por delinquentes e, não são raras, crianças que chegam de fato ao suicídio. Tendo em vista a elevada incidência da Depressão Infantil registrada por inúmeros autores, será lícito e sensato pensar sempre na possibilidade depressiva diante de qualquer criança problemática.

Suicídio

No adolescente a relação depressão-suícidio é bastante significativa. A grande maioria dos adolescentes suicidas (94%) apresenta problemas psiquiátricos, sendo a Depressão o mais importante deles (51%). O suicídio de adolescentes é, actualmente, o responsável mais importante que doenças cardiovasculares ou o câncer pelas mortes de jovens de 15 a 19 anos .

Em nosso meio, Friedrich (1989) observa a ocorrência de alterações emocionais merecedoras de tratamento médico em dois terços da população estudada, e sem relações directas com nível intelectual e sócio-cultural dos pacientes. Concomitantemente, refere que a tentativa familiar de negar o fato como o principal responsável pelas dificuldades de atendimento do paciente em questão. Assim, reforça-se mais uma vez a necessidade de um diagnóstico fidedigno da depressão na criança e no adolescente.

A taxa do suicídio para adolescentes aumentou mais do que 200% na última década. Os estudos recentes mostram que mais de 20% dos adolescentes na população geral tenha problemas emocionais e um terço dos adolescentes que procuram clínicas psiquiátricas sofrem de depressão. A grande maioria das depressões em adolescentes pode ser muito bem controlada ambulatorialmente e com a sustentação da família com muito sucesso .

Os actos suicidas geralmente estão associados com uma crise depressiva aguda e significativa na vida do adolescente. É importante reforçar que a crise pode parecer insignificante aos adultos ao redor, mas é sempre muito significativa ao adolescente. A perda de um namoro, de uma nota na escola ou a constatação de uma crítica pejorativa adulto significativo, especialmente o pai ou um professor, pode precipitar um ato suicida no paciente depressivo.

Perturbações Emocionais

Condição em que uma ou mais das características seguintes se manifesta, durante um longo período de tempo, e de tal forma acentuada que afecta adversamente o desempenho escolar: incapacidade inexplicável para a aprendizagem, facto que não é causado por factores de ordem intelectual, sensorial ou de saúde; incapacidade para criar ou manter relações interpessoais satisfatórias com os seus companheiros e com os professores; sensação geral e persistente de infelicidade ou de depressão ou tendência para apresentar sintomas físicos ou medos associados a problemas pessoais ou escolares.

Algumas características e comportamentos básicos, detectáveis em crianças que apresentam perturbações emocionais são:

- hiperactividade
- pouca capacidade de atenção
- impulsividade
- agressividade
- comportamento autodestrutivo
- isola-se (foge do contacto dos outros)
- imaturidade (choro despropositado e birras frequentes)
- sensibilidade a chamadas de atenção e dificuldade em se controlar perante situações de conflito ou de insucesso
- problemas de aprendizagem.