

Depressão na Infância e Adolescência

Adriana Mazzilli Suplicy*

Evolução Histórica

Durante muitos anos questionou-se existência de depressão na infância. Alguns psicanalistas acreditavam que a criança não poderia experimentar depressão, pois ainda não teria internalizado o superego e, portanto, não poderia sentir culpa (Ril 1966). Esta versão psicanalítica predominou durante toda a década de 60.

A partir da década de 70, a depressão na infância passou a ser mais estudada. Dois fatores propiciaram este maior interesse: os critérios diagnósticos tornaram-se mais descritivos e a psiquiatria infantil, como especialidade, ganhou maior atenção entre os psiquiatras. É nesse período que surgem os critérios diagnósticos de Feighner (1972) e que Weinberg (1977) cria o termo "depressão mascarada" ou "equivalentes depressivos".

Esses critérios representaram um avanço na época, mas eram muito amplos e muitas crianças acabavam preenchendo critérios para outros transtornos psiquiátricos além de depressão.

Com o surgimento da DSM III (1980), podemos verificar que os critérios diagnósticos, antes muito amplos, tornaram-se mais restritos.

Como conclusão, podemos verificar que o estudo da depressão na infância e adolescência floresceu nos últimos 20 anos com a publicação, cada vez maior, de trabalhos a este respeito. Estes trabalhos mostraram que os critérios diagnósticos usados em adultos podem, com alterações, também serem utilizados em crianças e adolescentes.

Kazdin (1989) chama atenção para o fato de que a depressão pode ser diagnosticada em crianças, adolescentes e adultos, mas não significa que suas manifestações sejam necessariamente idênticas. A forma como os sintomas depressivos se agregam varia em função do nível de desenvolvimento alcançado pelo indivíduo; a frequência dos sintomas também difere conforme a idade do paciente.

Chamamos atenção também para o fato de que classificações fenomenologicamente orientadas como a DSM-III e DSM-III-R não levam em consideração transformações e regressões quando descrevem quadros depressivos. Em crianças e adolescentes este é um fato de funda-

RESUMO

O presente artigo é dividido em duas partes. Na primeira, aborda a evolução do diagnóstico de depressão na infância e adolescência. Na segunda parte, discute os principais sinais e sintomas da síndrome depressiva nos diferentes grupos etários enfatizando aspectos essenciais do quadro clínico.

* Pós graduanda em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

mental importância, pois a depressão pode caracterizar-se por regressões (perda ou atraso na aquisição de habilidades esperadas para a idade).

DSM III-R

De acordo com a DSM III-R transtornos do humor uní ou bipolar, ocorrem em crianças e adolescentes.

Duas ressalvas são feitas levando-se em consideração o nível de desenvolvimento do indivíduo:

- ✓ humor depressivo pode ser substituído por humor irritável;
- ✓ não ganho de peso quando este é esperado para a faixa etária (ao invés da perda de peso).
- ✓ *Distímia* - Aqui a DSM III-R alterou a duração da sintomatologia: em adultos 2 anos enquanto que em crianças e adolescentes a duração dos sintomas é de 1 ano.

CID 9 E CID 10

Os critérios diagnósticos usados são os mesmos para adultos, não há modificações levando-se em consideração o nível de desenvolvimento do indivíduo.

Quadro Clínico

- ✓ *1º ano de vida* - Depressão Anaclítica (Spitz, 1946): Hospitalismo; Distúrbio Reativo de Vinculação da Infância; Depressão sensoriomotora.
- ✓ *Pré-escolares (até 5 anos de idade)*.
- ✓ *Escolares (6-12 anos de idade)*.
- ✓ *Adolescentes (a partir dos 12 anos)*.
- ✓ *Depressão Anaclítica* - Quadro depressivo grave durante o primeiro ano de vida, após privação materna-crianças institucionalizadas:
 - ✓ Choro e isolamento;
 - ✓ Perda de peso ao invés de ganho esperado;
 - ✓ insônia em alguns casos;
 - ✓ aumento de suscetibilidade a infecções;
 - ✓ retardo no desenvolvimento neuropsicomotor;
 - ✓ hipomania facial, olhar distante e perdido;
 - ✓ diminuição progressiva do contato que com o tempo torna-se impossível.

Hospitalismo

- ✓ Quando privação é maior que cinco meses;

- ✓ Deterioração importante da sintomatologia que parece irreversível em alguns casos;
- ✓ Prognóstico sombrio com mortalidade elevada.

Distúrbio Reativo de Vinculação da Infância ("Falência do Desenvolvimento")

- ✓ Início antes dos 5 anos;
- ✓ Evidências de que a criança não está sendo devidamente cuidada;
- ✓ Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM);
- ✓ Alteração de peso - não ganham ou perdem peso;
- ✓ Altura - pouco afetada (alteração importante, indica cronicidade);
- ✓ Perímetro cefálico normal;
- ✓ Ausência de fator orgânico identificável; retardo mental e autismo infantil;
- ✓ Apatia;
- ✓ Características adicionais - choro fraco; hipomotilidade; hipotonia muscular; hipersonia; reflexos alimentares reduzidos.

Depressão Sensoriomotora

- ✓ É um diagnóstico de exclusão;
- ✓ Duração curta (algumas horas a poucos dias);
- ✓ Expressão facial séria, triste;
- ✓ Contato pelo olhar sem vigor e brilho, breve, vago ou distante;
- ✓ Linguagem - perda do comportamento imitativo, ausência de lalação;
- ✓ Perda do sorriso social;
- ✓ Comportamento motor - hipomotilidade ou exagero da ansiedade de separação do 8º mês;
- ✓ Alimentação - não suga mais vigorosamente;
- ✓ Diminuição da curiosidade;
- ✓ Atraso ou regressão do desenvolvimento cognitivo.

Depressão em Pré-Escolares

Atenção especial para a *comunicação não-verbal*; linguagem simples e concreta durante a entrevista.

- ✓ Humor disfórico - cujo sentimento predominante é a irritabilidade;
- ✓ Comportamento motor - atraso ou regressão (perda de interesse em habilidades recém-adquiridas como correr, subir escadas, abotoar roupas, calçar sapatos e outras);
- ✓ Controle esfinteriano - não aquisição ou perda de controle (enurese, encoprese);

- ✓ Desenvolvimento cognitivo - declínio das funções cognitivas (atraso no desenvolvimento do pensamento simbólico, diminuição do interesse em desenhar, pintar, diminuição da linguagem);
- ✓ Comportamento alimentar - pica, não se alimenta mais sozinho, perda de peso, obesidade;
- ✓ Sono - pesadelos frequentes, terror noturno, dificuldades na hora de ir dormir, despertares frequentes, hipersonia;
- ✓ Comportamento auto-estimulatório/auto-destrutivo;
- ✓ Objeto transacional;
- ✓ Brincar - desinteresse, diminuição da curiosidade, isolamento;
- ✓ Ansiedade de separação;
- ✓ Fantasias mágicas de onipotência para tentar aliviar temporariamente a dor;
- ✓ Comportamento suicida;
- ✓ *Sintomas Somáticos* - principalmente cefaléia e dores de estômago;
- ✓ Abuso e negligência (Kashami 1987) - fortemente relacionados ao desenvolvimento de depressão nesta faixa etária. Importância também para separação de pais.

Depressão em Idade Escolar

- ✓ Maior desenvolvimento da linguagem;
- ✓ Fundamental colher informações tanto com a criança como com os pais-quando colhemos informações somente com a criança, 25% dos casos de depressão não serão diagnosticados enquanto que se só entrevistarmos os pais este número sobe para 50% (Welher 1990);
- ✓ Atenção para o papel da professora nesta faixa etária;
- ✓ Queda no rendimento escolar, distúrbios na leitura;
- ✓ Distúrbios do sono e alimentação;
- ✓ Fadiga, desânimo, falta de energia;
- ✓ Ideação suicida (com e sem plano);
- ✓ Tentativa de suicídio;
- ✓ Isolamento social, briga com amigos;
- ✓ Fobia escolar, ansiedade de separação;
- ✓ Humor depressivo ou irritável;
- ✓ Preocupações obsessivas;
- ✓ Mudanças no comportamento habitual;
- ✓ Baixa auto-estima; auto crítica aumentada;
- ✓ Hostilidade/Agressividade;
- ✓ Kashani e Careson (1988)-Trabalho comparando à frequência de determinados sintomas depres-

sivos em diferentes faixas etárias. Os autores chegaram às seguintes conclusões principais: humor depressivo, diminuição da concentração, insônia e ideação suicida não eram diferentes nos 2 grupos.

Em pré-escolares podemos observar maior frequência de:

- ✓ Aparência deprimida;
- ✓ Queixas somáticas;
- ✓ Agitação psicomotora;
- ✓ Ansiedade de separação;
- ✓ Fobias;
- ✓ Alucinações.

Em adolescentes:

- ✓ Anedonia;
- ✓ Desesperança;
- ✓ Hipersonia;
- ✓ Alteração de peso;
- ✓ Abuso álcool/drogas;
- ✓ Tentativa de suicídio.

Os autores destacam a importância das alucinações em quadros depressivos em crianças e adolescentes e chamam atenção para possível relação entre depressão psicótica/bipolaridade.

Depressão na Adolescência

- ✓ Início de um transtorno afetivo torna-se mais evidente;
- ✓ Quadro clínico assemelha-se ao encontrado em adultos;
- ✓ Fundamental diferenciar "crise da adolescência" da depressão propriamente dita (Carlson 1981);
- ✓ Desenvolvimento cognitivo - atraso na aquisição do pensamento abstrato;
- ✓ Queda do rendimento escolar;
- ✓ Baixa auto estima, aumento da auto crítica;
- ✓ Abuso do álcool e drogas;
- ✓ Alterações do sono - hipersonia é frequente;
- ✓ Isolamento social, desinteresse em namorar;
- ✓ Comportamento anti-social;
- ✓ Alterações de peso - perda ou ganho;
- ✓ Labilidade emocional;
- ✓ Queixas somáticas;
- ✓ No sexo feminino podemos ter alterações menstruais, irregularidades, aumento do desconforto, piora da disforia pré-menstrual;

- ✓ Tentativas de suicídio - há aumento brusco durante a adolescência. O mesmo ocorre com suicídio.

Observações Finais

Sempre ao diagnosticarmos um quadro depressivo, devemos excluir possíveis fatores orgânicos.

Diagnóstico Diferencial

É fundamental excluir fatores orgânicos que possam produzir sintomas psiquiátricos. Outro fator que deve ser considerado é o estágio de desenvolvimento da criança, pois para considerarmos um comportamento ou sintoma como anormal devemos saber o que é normal e esperado para a faixa etária estudada.

Pré-Escolares

- ✓ Negligência/abuso;
- ✓ Falência do desenvolvimento;
- ✓ Ansiedade de separação;
- ✓ Transtorno de ajustamento com humor depressivo.

Escolares

- ✓ Transtorno de ajustamento com humor depressivo;
- ✓ Transtornos de ansiedade.

Adolescentes

- ✓ Abuso álcool/drogas;
- ✓ Transtornos de ansiedade;
- ✓ Esquizofrenia.

SUMMARY

This paper is divided in two partes. In the first one describes the evolution of the concept of depression in clinical picture of major depression and its essential features taking into account the different developmental levels observed in children.

Bibliografias

- 1 ANGOLD, A. (1988) - Review Article- Childhood and Adolescent Depression. *British Journal of Psychiatry* (153):476-492.
- 2 ANGOLD, A. (1988) - Review Article-Childhood and Adolescent Depression. *British Journal of Psychiatry* (152):601-617.
- 3 CASTELLO, A.J. (1986) - Annotation: Assessment and Diagnosis of Affective Disorders in Children. *J Child Psychol Psychiat* (27):565-574.
- 4 CARLSON, A. & KASHANI, J.H. (1988) - Phenomenology of Major Depression from Childhood Through Adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* (145):1222-1225.
- 5 CHAMBERS, J.W.; PERIG-ANTICH, J. & HIRSCH, M. (1985) - The Assessment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview. *Arch Gen Psychiatry* (42):696-702.
- 6 IVENS, C. & KEHN, L.P. (1988) - Assessment of Childhood Depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (27):738-741.
- 7 KASHANI, J.F.; HOLCOMB, W.K. & ORVASCHEL, H. (1986) - Depression and Depressive Symptoms in Preschool Children from the General Population. *Am J Psychiatry* (143):1138-1143.
- 8 KASHANI, J.H. & CARLSON, G.A. (1987) - Seriously Depressed Preschoolers. *Am J Psychiatry* (144):348-350.
- 9 KASHANI, J.H. & EPPRIGHT, T.D. (1991) - Mood Disorders in Adolescent. In: Wiener JM (Ed) - *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (pp 248-260), American Psychiatric Press, Inc.
- 10 KASHANI, J.H.; ROSENBERG, T.K. & REID, J.C. (1989) - Developmental Perspectives in Child and Adolescents Depressive Symptoms in a Community Sample. *Am J Psychiatry* (146):871-875.
- 11 KAZDIN, A.E. (1990) - Childhood Depression. *J Child Psychol Psychiat*, (31):121-160.
- 12 KAZDIN, A.E.; SHERICK, R.B.; DAWSON, K.E. & RANCUREELO, M. (1985) - Nonverbal Behavior and Childhood Depression. *J Am Acad Child Psychiatry* (24):303-309.
- 13 KAZDIN, A.E. (1989) - Identifying Depression in Children: A comparison of alternative selection criteria. *J Abnormal Child Psychology* (17):437-454.
- 14 KOBIN, I. (1991) - Depression in Childhood. *British Journal of Psychiatry* (suppl) (159):1-47.
- 15 KOVACS, M.; GATSONIS, C.; PAULANKAS, S.L. & RICHARDS, C. (1989) - Depressive Disorders in Childhood. *Arch Gen Psychiatry* (46):776-782.
- 16 KYAN, N.D.; PERIG-ANTICH, J.; AMBROSINI, P.; RABINOVICH, H.; ROBINSON, D.; NELSON, B.; IYENGAR, S. & TWOMEY, J. (1987) - The Clinical Picture of Major Depression in Children and Adolescents *Arch Gen Psychiatry* (44):854-861.
- 17 MITCHELLE, J.; McCANLEY, E.; BURKE, P. & MOSS, S.J. (1988) - Phenomenology of Depression in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* (27):12-20.
- 18 POZNANSKI, E.; MOKNOS, H.B.; GROSSMAN, J. & FREEMAN, L. (1985) - Diagnostic Criteria in Childhood Depression. *Am J Psychiatry* (142):1168-1173.
- 19 SHAFFI, M. & SHAFFI, S.L. (1992) - Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: Shafii M & Shafii SL (Eds) - *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents* (pp 3-42). American Psychiatric Press, Inc.
- 20 SEIFER, R.; NURCOMBE, B.; SCIOLI, A. & GRAPENTINE, L. (1989) - Is Major Depressive Disorder in Childhood a Distinct Diagnostic Entity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (28):935-941.
- 21 WELLER, E.B. & WELLER, R.A. (1991)-Mood Disorders. In: LEWIS, M. (Ed) - *Child and Adolescent Psychiatry* (pp 646-663), WILLIAMS & WILKINS.
- 22 WELLER, E.B. & WELLER, R.A. (1990) - Depressive Disorders in Children and Adolescents. In: GRAFINKEL, B.D.; CARLSON, G.A.; WELLER, E.B. - *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* (pp 3-20). Saunders Company.
- 23 WELLER, E.B. & WELLER, R.A. (1991) - Mood Disorders. In: Wiener JM (Ed) *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (pp 240-247), American Psychiatric Press, Inc.