

DEPRESSÃO INFANTIL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOTERAPIA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO

FERREIRA, Rosimeire

Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da
Saúde de Garça- FASU/ACEG
E-mail: rosimeire_ferreira@yahoo.com.br

FONSECA, Barbara C. Rodrigues

Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da
Saúde de Garça- FASU/ACEG
E-mail: babi2121@hotmail.com

RESUMO

A depressão em crianças é bastante comum e causa prejuízos sociais e acadêmicos importantes. Sua apresentação clínica é bastante variável, de acordo com as fases do desenvolvimento e devido à presença de comorbidades com outros transtornos psiquiátricos que podem dificultar seu reconhecimento. Este estudo objetiva apresentar como a psicoterapia Cognitivo-Comportamental tem contribuído como um recurso muito utilizado e bastante eficaz no tratamento da Depressão Infantil. Estudos apontam para a importância de uma avaliação inicial precoce, que auxilia a compreensão do problema e o delineamento da intervenção.

ABSTRACT

Depression in children is quite common and causes major social and academic major. Clinical presentation is variable according to the phases of development and due to comorbidities with other psychiatric disorders that may hinder their recognition. This study aims to present as cognitive-behavioral psychotherapy has contributed as a resource widely used and quite effective in the treatment of Childhood Depression. Studies indicate the importance of an early initial assessment, which helps to understand the problem and design the intervention.

1.INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os chamados transtornos afetivos, dentre eles a Depressão, adquiriram o maior destaque no meio científico e passaram também

a atrair atenção da população. A Depressão, especificamente, tem se mostrado mais evidente desde década 1970, quando aumentou o interesse no campo da investigação e no meio acadêmico reconheceu-se a presença significativa desse distúrbio entre crianças e adolescentes.

O final dos anos 1970 marca uma forte tendência na literatura psiquiátrica em buscar na sintomatologia depressiva da criança o que ela tem em comum com a do adulto. Essa tendência concretizou-se com o advento da terceira edição do DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), e suas sucessivas edições. Os mesmos critérios e diretrizes passaram a ser utilizados para diagnosticar o transtorno depressivo nas diferentes etapas da vida com poucas modificações para o seu início em idade precoce.

Para Castro (2001) essas crianças sofrem abalos na autoestima reforçando a depressão, pois os distúrbios têm efeito sobre a capacidade cognitiva da criança. O fato de estarem passando por problemas (brigas, separação e etc.) faz com que os pais, na maioria das vezes, não atentem para o carinho e a atenção que seus filhos tanto precisam, não se dão conta de que a falta pode levar a comportamentos de agressividade, timidez, tristeza profunda, isolamento social e baixa autoestima. Esses comportamentos podem ser alvo, inclusive, de discriminação por parte de outras crianças; no entanto, o que não se sabe é até que ponto tais comportamentos podem ser caracterizados como sintomas depressivos.

Segundo Lima (2004), o manejo da criança deve ser o mais precoce possível, com avaliação e definição do tipo de tratamento. Deve-se fazer a avaliação da sintomatologia depressiva e as possíveis associações: diagnóstico, falhas na educação, prejuízo no funcionamento/psicossocial, transtornos psiquiátricos, maus tratos.

Apesar das semelhanças diagnósticas, há muitas diferenças importantes entre a depressão adulta e a infantil. Uma diferença bastante clara é a de que, quando diagnosticado em crianças, o Episódio Depressivo normalmente é o primeiro, enquanto em adultos, frequentemente, já ocorreram vários Episódios Depressivos (JEFFREY, 2003).

A depressão em idade precoce pode ter continuidade na idade adulta; é uma condição clínica grave que pode ocasionar graves repercussões na vida

da criança e do adolescente. Pais, professores e profissionais de saúde devem estar alertas, pois os sintomas da Depressão Infantil podem passar despercebidos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é de extrema importância para o melhor entendimento e visualização do modo como os pacientes funcionam; por isso, é fundamental o diagnóstico para se verificar que tipo de depressão está ocorrendo para se poder planejar o tratamento tanto psicoterápico como medicamentoso.

Este estudo objetiva apresentar, por meio de um levantamento bibliográfico, como a psicoterapia Cognitivo-Comportamental tem contribuído no tratamento da Depressão Infantil.

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico é um ponto fundamental de qualquer disciplina clínica e/ou terapêutica. A elaboração do mesmo implica num trabalho rigoroso de avaliação, interpretação e conhecimento do paciente, e a sua importância não deve ser descurada (PINA, 2007). A realização do mesmo requer instrumentos e recursos que garantam resultados confiáveis, sendo que os manuais de psiquiatria e os sistemas internacionais de classificação estão entre os referenciais que mais orientam esse procedimento (MORAES; MACIEL; CARVALHO, 2002).

De acordo com Silveiras (1997), existem pontos controvertidos nos estudos e diagnóstico da Depressão Infantil. Já se discutiu, por exemplo, que em razão de características da infância, a depressão nessa população poderia aparecer “mascarada” por outros problemas, como queixas físicas.

Infelizmente, a Depressão Infantil não costuma ser identificada e muitas crianças não são tratadas. Vários distúrbios emocionais e comportamentais em crianças não são percebidos até que elas comecem a educação formal. Normalmente, crianças com depressão são quietas, calmas e não causam problemas. Elas só recebem tratamento adequado quando agem de maneira drástica, como faltar às aulas com frequência, irritar-se, frustrar-se nas aulas ou tentar suicídio (JEFFREY, 2003).

Silvares (1997, p. 45) relaciona alguns sintomas ou critérios para o diagnóstico de comportamentos depressivos em crianças e adolescentes. São eles: (a) humor deprimido ou irritável: sentimentos de tristeza ou tem aparência muito triste, muito sensível, chora com facilidade, é negativista, difícil de contentar, briga frequente; (b) perda de interesse/prazer: desinteresse por atividades pelas quais se interessava anteriormente exemplo: jogar bola, brincar etc.); (c) dificuldades para identificar reforçadores individuais; (d) perda ou ganho significativo de peso: redução ou aumento significativo da quantidade de alimentos ingeridos; (e) insônia ou hipersonia: dificuldade para adormecer; sono agitado; dificuldade para se levantar pela manhã; (f) agitação/retardo psicomotor: inquietação, hostilidade, desrespeito a autoridade exemplo pais, professores; dificuldades para concluir tarefas; (g) fadiga ou perda de energia: recusa a ir à escola, esquecimentos frequentes, redução na qualidade do rendimento escolar, aparência de apatia; (h) sentimento de inutilidade/culpa excessiva: sentimento de desvalia exemplo: acha-se feio, incapaz, sente muita culpa; (i) redução na capacidade de pensar/concentrar-se: parece estar sempre “no mundo da lua”, sonhando acordado, dificuldade para realizar até atividades acadêmicas, indecisão; (j) pensamentos sobre a morte ou preocupação com temas mórbidos: relata vontade de morrer, desenhos ou preocupação com temas mórbidos, por exemplo, cemitério, relata planos para cometer suicídio; (k) queixas sintomáticas: refere-se à cefaléia, dor abdominal e outras causas na ausência de causas orgânicas.

De acordo com Almeida (2005), há vários fatores no ambiente familiar que estão presentes regularmente nos casos de Depressão Infantil, como: sentimento de frustração e culpa devido à dificuldade em ter acesso à mãe, pouco ou nenhum estímulo afetivo, verbal ou educativo dos progenitores e excessiva severidade dos pais relacionada à educação.

Concorrem, também, histórias de abandono, ausência dos pais, separação do casal e presença permanente de conflitos que são característicos desses lares.

Conforme destaca Almeida (2005, p.231):

Os pais perfeccionistas e críticos, que costumam valorizar apenas os possíveis fracassos dos filhos, podem mobilizar sentimentos de insegurança com relação ao amor dos pais e gerar sintomas

depressivos. A relação estabelecida entre os membros é simbiótica, causando nos filhos ansiedade e frustração.

Para Kaplan et al (2002, apud Almeida, 2005) e Jeffrey (2003), a criança com Depressão Infantil apresenta dificuldades sociais, tais como: não ser capaz de fazer amizades ou até mesmo mantê-las; pode demonstrar comportamento possessivo em relação ao amigo; dificuldade em compartilhar algo com os outros e por isso pode ser grosseira com as pessoas; pode desenvolver um humor irritável ou rabugento, em vez de humor triste ou abatido. Esta apresentação deve ser diferenciada de um padrão de “criança mimada” que se irrita quando é frustrada.

Está se tornando cada vez mais comum tratar a depressão infantil com medicamentos. Segundo Jeffrey (2003), a autorização para o uso de medicamentos é, em última instância, a decisão de um médico da família, um pediatra ou um psiquiatra. Normalmente, a decisão de usar medicamentos é baseada na gravidade e duração dos sintomas e na impossibilidade de aliviá-los por meio de orientação. Segundo este autor, vários tipos de medicamentos com os quais os médicos podem tratar os sintomas da depressão. Cada um deles possui diferentes dosagens, benefícios e efeitos colaterais. O mesmo autor pontua que os medicamentos antidepressivos tricíclicos (TCAs) são usados para tratar pessoas deprimidas, desde a década de 1950. Há diversos tipos de TCAs que costumam ser prescritos para o tratamento de crianças deprimidas: Elavi (amitripilina); Sinequan (dozepin); Desyrel (trazodona); Trofonil (deipramina); Norpramin (nortriptilina); Pamelor (imipramina); e Anafranil (Clomipramina).

Outros inibidores como os de reabsorção serotonina-específico (IREs) e os inibidores de Monoamina Oxidase (IMAOs) pertencem a uma classe relativamente nova de antidepressivos e demonstraram eficácia no tratamento da depressão, ataques de pânico, bulimia e distúrbios obsessivo-compulsivos. Diferentes dos TCAs que causam sedação e são administrados à noite, os IREs costumam ser estimulantes e são tomados pela manhã para que não interfiram no sono. Eles apresentam poucos efeitos colaterais, como dor de cabeça e náusea, zumbidos no ouvido e insônia (JEFFREY, 2003).

Em muitos casos de Depressão Leve infantil e juvenil, o tratamento com Milfurada traz bons resultados, evitando-se o tratamento com antidepressivos mais agressivos, esse tratamento por meio de medicamentos naturais, são usados pelos médicos com tranquilizantes, sedativos de ansiedade para crianças deprimidas - que apresentam sintomas de ansiedade como pânico, tensão muscular e preocupação excessiva.

Outra forma bastante eficaz no tratamento da Depressão Infantil é a Psicoterapia, que Lemgruber (1993), define como um o tratamento por meios psicológicos de problemas de natureza emocional, no qual um profissional treinado deliberadamente estabelece relação específica com o paciente, com o objetivo de remover, modificar ou retardar sintomas existentes, corrigir padrões de comportamentos desadaptados; promover o desenvolvimento e o crescimento positivo da personalidade. Este termo abrange, assim, todos os métodos de tratamento psicológico.

Segundo Pheula e Isolan (2006), cerca de 50% dos estudos de psicoterapia em crianças e adolescentes investigaram técnicas cognitivo-comportamentais. A justificativa é a atual popularidade dessa, com uso de questionário estruturados, tratamento manualizados e medidas objetivas de avaliação. (Kendall et al. 2000) enfatizaram a utilidade das técnicas cognitivo-comportamentais em crianças, em virtude de acessarem as necessidades específicas do momento do desenvolvimento psicológico, por serem orientadas para resolução de problemas, enfatizarem o processamento de informação e sua ligação com emoções específicas, focarem domínios sociais e interpessoais, utilizarem tarefas e possibilitarem a verificação de melhora em situações práticas e de *performance*. Além disso, apresentam tendência focal e educativa proeminentes, facilitando a adesão.

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem fundamental importância para um melhor entendimento do paciente que se submete à psicoterapia.

Powell et al. (2008) afirmam que esta é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão quer oferecida de forma isolada ou em combinação com a farmacoterapia, pois tem como objetivo, promover avaliações realistas e adaptativas dos fatos da vida em lugar de distorções, utilizando uma abordagem colaborativa psicoeducacional de tratamento, na qual experiências de aprendizagens

específicas visam ensinar os pacientes a monitorar os pensamentos automáticos; reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; testar a validade dos pensamentos automáticos, substituir os pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; identificar e alterar as crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes aos padrões errôneos de pensamentos.

Costa et al. (2004) esclarecem que nesta abordagem a avaliação da criança é realizada em etapas, iniciando-a pelo recebimento de uma queixa específica relacionado à problemática apresentada. Em seguida, é realizada a anamnese e as entrevistas, com o intuito de investigar qual universo da criança, sua história e como são suas relações, o que ajudará na próxima etapa que é a escala dos instrumentos para avaliação das funções cognitivas. O trabalho é finalizado com a entrevista devolutiva, em que a criança, os pais e os profissionais da área da saúde ou da educação, são informados sobre os déficits e as habilidades apresentadas pela criança.

Os pacientes que respondem à Terapia Cognitivo-Comportamental apresentam resposta significativamente mais duradoura do que os pacientes cuja depressão foi tratada somente com medicações (POWELL, et al. 2008).

Os autores consultados, também, concordam que é de grande valia a avaliação neuropsicológica, pois, fornece subsídios aos profissionais, quanto ao diagnóstico do quadro de Transtorno Mental, apontando suas forças e fraquezas. Dessa forma, o profissional da saúde pode avaliar e orientar melhor o tratamento.

Ainda que se busquem inúmeras alternativas para sanar a depressão, seja infantil ou adulta, é importante ter conhecimentos sobre as literaturas clínicas e de pesquisa disponíveis sobre orientações de referência que tratam especificamente de orientações relativas à prevalência, às características específicas, à etiologia e ao tratamento de crianças que estejam deprimidas (JEFFREY, 2003). Para isso é necessário que o terapeuta determine se houve progresso na realização de objetivos, analisando os problemas restantes e os objetivos originais da terapia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apresentou como a psicoterapia Cognitivo-Comportamental tem contribuído de maneira eficaz no tratamento da Depressão Infantil, transtorno que atinge um considerável número de crianças na nossa sociedade atual. Estudos apontam para a importância do diagnóstico precoce e correto, que auxilia a compreensão do problema e no delineamento da intervenção psicoterápica e ou medicamentosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T. L. **Depressão infantil: aspectos sociais e neuropsicológicos**. São Paulo. Monografia Psicologia Hospitalar, 2005.

CASTRO, A. N. As crianças que sofrem caladas. Em: **Brasil Rotário**. São Paulo, 20 e 21, Abril (2001).

COSTA, D. et al. Avaliação neuropsicológica da Criança. **Jornal de Pediatria**, 80, 111-6, 2004.

DSM-IV-TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed rev. Trad. Cristiane Dorneles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JEFFREY, A. M. **Depressão infantil. O livro de referência**. São Paulo: Makron Book, 2003.

KAPLAN, H. I. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

KENDALL, P.C. Guiding theory for therapy with children and adolescents. In: Kendall, P.C. **Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral Procedures**. Guilford Press, New York, 2000.

LEMGRUBER, V. **Terapia cognitiva da depressão**. *Inform Psiq*, 12 (1): 14-18, 1993.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.80, nº 2 (supl), 2004.

MENDES, M. A. **Terapia Cognitiva: novas perspectivas**. Disponível em: <http://www.nunap.com.br/artigos/terapiacognitiva.html>. Acesso em: 23/09/2010.

MORAES, D. M.; MACIEL, A; CARVALHO, E.N.S.. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. **Revista Temas em Psicologia da SBP**, vol.11 nº 2, Florianópolis, out./2002. Disponível em: http://www.sbponline.org.br/revista2/vol11n2/art07_t.htm.

PINA, R. **Do diagnóstico: vantagens e limites**. jan. 2007. Disponível em: <http://psicologizando.blogspot.com/2007/01/do-diagnostico-psicologico-vantagens-e.html>.

PHEULA, G. F. ; ISOLAN, L. R. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Revista Psiquiatria Clínica** 34(2); 74-83, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n2/03.pdf>.

POWELL, V. B et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 2008; 30 (supl II):S73-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>.

SILVARES, E. F. M. (org). **Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental**. V.II, 3. Ed. São Paulo: Papirus, 1997.