

Transtornos de ansiedade

Ana Regina GL Castillo^a, Rogéria Recondo^b, Fernando R Asbahr^c e Gisele G Manfro^d

^aAMBULANSIA (Ambulatório de Ansiedade na Infância e Adolescência) do SEPIA (Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ/HC-FMUSP). ^bPrograma de Residência Médica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. ^cLIM-27 (Laboratório de Investigações Médicas). AMBULANSIA. ^dPrograma de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Introdução

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.^{1,2}

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicos.^{2,3} Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores.^{2,3}

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo.¹ Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada.^{4,5}

A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não.

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hiperativo, etc.).

Sintomas ansiosos (e não os transtornos propriamente) são frequentes em outros transtornos psiquiátricos. É uma ansiedade que se explica pelos sintomas do transtorno primário (exemplos: a ansiedade do início do surto esquizofrênico; o medo da separação dos pais numa criança com depressão maior) e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico (descritos a seguir).

Mas podem ocorrer casos em que vários transtornos estão presentes ao mesmo tempo e não se consegue identificar o que é primário e o que não é, sendo mais correto referir que esse paciente apresenta mais de um diagnóstico coexistente (comorbidade). Estima-se que cerca de metade das crianças com transtornos ansiosos tenham também outro transtorno ansioso.³

Pelos sistemas classificatórios vigentes, o transtorno de ansiedade de separação foi o único transtorno mantido na seção específica da infância e adolescência (CID-10,⁶ DSM-IV⁷). O transtorno de ansiedade excessiva da infância e o transtorno de evitação da infância (DSM-III-R⁸), passaram a ser referidos

nas classificações atuais, respectivamente, como transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e fobia social.

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente.^{3,9}

Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%,¹³ o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%)^{10,11} e as fobias específicas (2,4% a 3,3%).^{10,11} A prevalência de fobia social fica em torno de 1%¹⁰ e a do transtorno de pânico (TP) 0,6%.¹²

A distribuição entre os sexos é de modo geral equivalente, exceto fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de pânico com predominância do sexo feminino.^{2,3,11,12}

A causa dos transtornos ansiosos infantis é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos. Entre os indivíduos com esses transtornos, o peso relativo dos fatores causais pode variar.^{3,14,15}

De uma maneira geral, os transtornos ansiosos na infância e na adolescência apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico, se não tratados.¹⁶

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis fatores desencadeantes (ex. crise conjugal, perda por morte ou separação, doença na família e nascimento de irmãos) e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, levar em conta o temperamento da criança (ex. presença de comportamento inibido), o tipo de apego que ela tem com seus pais (ex. seguro ou não) e o estilo de cuidados paternos destes (ex. presença de superproteção), além dos fatores implicados na etiologia dessas patologias. Também deve ser avaliada a presença de comorbidade.^{13,14,17}

De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia dinâmica, uso de psicofármacos e intervenções familiares.¹⁷

Transtorno de ansiedade de separação

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento, que persiste por, no mínimo, quatro semanas, causando sofrimento

mento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente.¹³

As crianças ou adolescentes, quando estão sozinhas, temem que algo possa acontecer a si mesmo ou ao seus cuidadores, tais como acidentes, seqüestro, assaltos ou doenças, que os afastem definitivamente destes. Como consequência, demonstram um comportamento de apego excessivo a seus cuidadores, não permitindo o afastamento destes ou telefonando repetidamente para eles a fim de tranquilizar-se a respeito de suas fantasias. Em casa, para dormir necessitam de companhia e resistem ao sono, que vivenciam como separação ou perda de controle. Com frequência referem pesadelos que versam sobre seus temores de separação. Recusa escolar secundária também é comum nesses pacientes.^{14,16} A criança deseja frequentar a escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando necessita afastar-se de casa.

Quando a criança percebe que seus pais vão se ausentar ou o afastamento realmente ocorre, manifestações somáticas de ansiedade, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos são comuns. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam a autonomia da criança, restringem a sua vida de relação e seus interesses, ocasionando um grande estresse pessoal e familiar. Sentem-se humilhadas e medrosas, resultando em baixa auto-estima e podendo evoluir para um transtorno do humor.

Estudos retrospectivos sugerem que a presença de ansiedade de separação na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos de ansiedade, entre eles, o transtorno de pânico e de humor na vida adulta.*

Tratamento

Quando há recusa escolar, o retorno à escola deve ser o mais rápido possível, para evitar cronicidade e evasão escolar. Deve haver uma sintonia entre a escola, os pais e o terapeuta quanto aos objetivos, conduta e manejo. O retorno deve ser gradual, pois se trata de uma readaptação, respeitando as limitações da criança e seu grau de sofrimento e comprometimento.

As intervenções familiares objetivam conscientizar a família sobre o transtorno, auxiliá-los a aumentar a autonomia e a competência da criança e reforçar suas conquistas.¹⁷

As intervenções farmacológicas são necessárias quando os sintomas são graves e incapacitantes, embora estudos controlados documentando seu uso sejam limitados. O uso de antidepressivos tricíclicos (imipramina) mostrou resultados controversos. Os benzodiazepínicos, apesar de poucos estudos controlados que avaliaram a sua eficácia, são utilizados para ansiedade antecipatória e para alívio dos sintomas durante o período de latência dos antidepressivos. Os inibidores seletivos da recaptura de serotonina podem ser efetivos para o alívio dos sintomas de ansiedade, sendo considerados medicação de primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos colaterais, sua maior segurança, fácil administração e quando há comorbidade com transtorno de humor. A utilização de beta-bloqueadores em crianças não está bem estabelecida.¹⁷

Transtorno de ansiedade generalizada

As crianças com TAG apresentam medo excessivo, preocupações ou sentimentos de pânico exagerados e irracionais a respeito de várias situações. Estão constantemente tensas e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. São crianças que estão sempre muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipnéia, tensão muscular e vigilância aumentada). Tendem a ser crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-las.^{3,17}

Um caso típico é o de uma menina de 7 anos de idade que pergunta aos pais constantemente se o que eles dizem é verdade, se recusa aos prantos a iniciar qualquer atividade nova, pede para sua mãe verificar se ela fez a lição corretamente a cada trecho de lição terminada, mostra-se muito aborrecida e angustiada quando sua coleguinha de escola achou que ela havia mentido. Todo ou quase todo o tempo há algo que a preocupe, não são pensamentos repetitivos sobre o mesmo tema, mas são preocupações constantes que mudam de tema e geram ansiedade.^{3,14}

Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm o ambiente a seu redor tenso, provocam irritação nas pessoas de seu convívio pelo absurdo da situação, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.^{3,14,17}

O início deste transtorno costuma ser insidioso, muitas vezes os pais têm dificuldade em precisar quando começou e referem que foi se agravando até se tornar intolerável, época em que procuram atendimento.^{3,17}

Tratamento

A abordagem psicoterápica pode ser das mais diversas modalidades, não se tendo estudos comprovando a relativa eficácia entre elas até o momento. A terapia cognitivo-comportamental consiste basicamente em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Esse método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral. Os pais participam ativamente dessa terapia com crianças, ao contrário do que é feito com adultos com o mesmo transtorno. No caso clínico citado como exemplo, seria feito um acordo com a criança e seus pais de que as perguntas exageradas não receberiam resposta, com reassuramento à criança da necessidade disto para diminuir seu sofrimento. Nesse método, parte-se do pressuposto que quanto mais atenção se der a esse comportamento alterado (respostas tranquilizadoras ou agressivas na tentativa de controlar a ansiedade da criança) maior a chance de reforçá-lo e ampliá-lo; ao contrário, mantendo-se a calma e retirando-se a atenção do comportamento ansioso, ele tende a se extinguir.^{3,14}

O TAG tem recebido pouca atenção dos pesquisadores em psicofarmacologia pediátrica. Em estudos abertos, observou-se

*Isolan L, Blaya C, Kipper L, Maltz S, Heldt E, Manfro GG. Ansiedade na infância: implicações para a psicopatologia no adulto. Rev Psiquiatria RS. (no prelo).

melhora significativa dos sintomas, tanto com o uso de fluoxetina, como de buspirona.¹ Pouco se sabe a respeito de benzodiazepínicos para TAG na infância; alguns autores recomendam o seu uso quando não há resposta a tratamentos psicoterápicos.^{1,18}

Fobias específicas

Fobias específicas são definidas pela presença de medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou situação, que não seja situação de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Diante do estímulo fóbico, a criança procura correr para perto de um dos pais ou de alguém que a faça se sentir protegida e pode apresentar reações de choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora ou até mesmo um ataque de pânico.^{3,14}

Os medos mais comuns na infância são de pequenos animais, injeções, escuridão, altura e ruídos intensos.^{3,14}

As fobias específicas são diferenciadas dos medos normais da infância por constituírem uma reação excessiva e desadaptativa, que foge do controle do indivíduo, leva a reações de fuga, é persistente e causa comprometimento no funcionamento da criança.

Tratamento

Para fobias específicas, o tratamento mais utilizado tem sido a terapia comportamental, de acordo com a prática clínica. Apesar de amplamente utilizada, há muito poucas publicações sobre sua eficácia através de estudos controlados, com amostras de tamanho razoável, com procedimento diagnóstico padronizado e seguimento sistemático da evolução.^{18,19} Resumidamente, as técnicas utilizadas requerem exposição da criança ao estímulo fóbico de maneira a produzir a extinção da reação exagerada de medo. A técnica que tem sido mais empregada é a de dessensibilização progressiva (programa de exposição gradual ao estímulo) de acordo com uma lista hierárquica das situações ou objetos temidos. Tratamentos baseados na exposição, com frequência se acompanham da combinação com outras técnicas cognitivo-comportamentais (“modelagem” – técnica com demonstração prática pelo terapeuta e imitação pelo paciente durante a sessão; manejo de contingências – identificação e modificação de situações relacionadas ao estímulo fóbico, que não o próprio estímulo; procedimentos de autocontrole e relaxamento).

O tratamento farmacológico das fobias específicas não tem sido utilizado na prática clínica e são poucos os estudos sobre o uso de medicações nesses transtornos.^{18,19}

Fobia social

Da mesma forma que se observa em adultos, o medo persistente e intenso de situações onde a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros, ou se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa, caracteriza o diagnóstico de fobia social em crianças e adolescentes. Em jovens, a ansiedade pode ser expressa por choro, “acessos de raiva” ou afastamento de situações sociais nas quais haja pessoas não familiares.

Crianças com fobia social relatam desconforto em inúmeras situações: falar em sala de aula, comer na cantina próximo a outras crianças, ir a festas, escrever na frente de outros cole-

gas, usar banheiros públicos, dirigir a palavra a figuras de autoridade como professores e treinadores, além de conversas/brincadeiras com outras crianças. Nessas situações, comumente há a presença de sintomas físicos como: palpitações, tremores, calafrios e calores súbitos, sudorese e náusea.²⁰

A depressão é uma comorbidade frequente em crianças e adolescentes com fobia social.²¹

Tratamento

Uma série de procedimentos cognitivo-comportamentais têm sido descritos para o tratamento de medo de situações sociais ou de isolamento social em crianças.

O tratamento cognitivo da ansiedade social foca inicialmente na modificação de pensamentos mal adaptados que parecem contribuir para o comportamento de evitação social. Autodiálogos negativos são comuns em crianças com ansiedade social (ex. “todo mundo vai olhar para mim”; “e se eu fizer alguma coisa errada?”).²² O tratamento comportamental baseia-se na exposição gradual à situação temida (ex. “uma criança incapaz de comer na cantina da escola por se sentir mal e ter medo de vomitar perto de outras crianças, tem como tarefa de exposição a permanência diária na cantina por períodos cada vez maiores, inicialmente sem comer e gradualmente comprando algum lanche e comendo próximo a seus colegas”). Os procedimentos dessa intervenção em crianças e adolescentes seguem os mesmos princípios do tratamento de adultos, com exceção da graduação da exposição aos estímulos temidos, a qual deve ser planejada com um maior número de etapas.

Até o momento, não há estudos de tratamento não medicamentoso controlados em crianças diagnosticadas com fobia social. Relatos iniciais indicam que o benzodiazepínico alprazolam pode ser útil na redução de evitações de situações sociais em crianças com fobia social.²³

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

As crianças são particularmente vulneráveis a violência e abuso sexual e tem havido um reconhecimento crescente que experiências traumáticas podem ter um impacto grave e duradouro sobre as mesmas. O TEPT tem sido evidenciado como um fator de risco para o desenvolvimento posterior de patologias psiquiátricas.^{24,25}

O diagnóstico do TEPT é feito quando, em consequência à exposição a um acontecimento que ameace a integridade ou a vida da criança, são observadas alterações importantes no seu comportamento, como inibição excessiva ou desinibição, agitação e reatividade emocional aumentada, hipervigilância, além de pensamentos obsessivos com conteúdo relacionado à vivência traumática (em vigília e em pesadelos durante o sono). Também é observado comportamento de evitar estímulos associados ao evento traumático. Pelos critérios diagnósticos do DSM-IV,⁷ tais sintomas devem durar mais de um mês e levar a comprometimento das atividades do paciente.^{1,14,24,25}

O paciente evita falar sobre o que aconteceu, pois isso lhe é muito doloroso, e essa atitude parece perpetuar os sintomas como em geral acontece com todos os transtornos ansiosos. Crianças apresentam uma dificuldade a mais, especialmente as mais jovens, que é a de compreender com clareza e discor-

rer sobre o ocorrido.^{1,24} Em crianças menores, os temas relacionados ao trauma são expressados em brincadeiras repetitivas.⁶

Tratamento

Existe alguma evidência sobre a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental e da psicoterapia dinâmica breve no TEPT em crianças e adolescentes, porém com poucos estudos a respeito, em geral relatos de caso. Em crianças mais jovens, a terapia deve utilizar objetos intermediários como brinquedos ou desenho para facilitar a comunicação, evitando-se interpretações sem confirmações concretas sobre o que ocorreu, mas fornecendo subsídios que permitam a elaboração da experiência traumática.^{18,24}

A abordagem cognitivo-comportamental tem sido focalizada sobre o(s) sintoma(s) alvo, com o objetivo de reverter o condicionamento da reação ansiosa, pela habituação ao estímulo. O terapeuta deve auxiliar a criança ou adolescente a enfrentar o objeto temido, discursando sobre o evento traumático,

orientando o paciente a não evitar o tema ou os pensamentos relacionados (técnica de exposição).²⁴

Há apenas um relato sobre o uso de medicações em TEPT em crianças usando propranolol, com resposta favorável.²⁶ O planejamento terapêutico depende também da associação com outras patologias.^{1,2,14,24}

Conclusão

Até a década de 80, havia a crença de que os medos e preocupações durante a infância eram transitórios e benignos. Reconhece-se hoje que podem constituir transtornos bastante frequentes, causando sofrimento e disfunção à criança ou ao adolescente. A identificação precoce dos transtornos de ansiedade pode evitar repercussões negativas na vida da criança, tais como o absentismo e a evasão escolar, a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, a ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta.

Referências

- Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:976-86.
- Swedo SE, Leonard HL, Allen AJ. New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Curr Probl Pediatr* 1994;24:12-38.
- Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1110-9.
- Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Fredman SJ, Kagan J. The neurobiology of childhood anxiety disorders. In: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS, editors. *Neurobiology of mental illness*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 823-38.
- Rosen JB, Schilkin J. From normal fear to pathological anxiety. *Psychol Rev* 1998;105:325-50.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, décima versão. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1992.
- American Psychiatric Association (APA). DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th version. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-III-R – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 3rd version, revised. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1987.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:487-96.
- Silverman WK, Ginsburg GS. Specific phobia and generalized anxiety disorder. In: March JS, editor. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995. p. 151-80.
- Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle E, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996;153:376-81.
- Sylvester C. Separation anxiety disorder and other anxiety disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 2770-81.
- March JS. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995.
- Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Smoller JW, Fredman SJ, Bulzacchelli MT. Early antecedents of panic disorder – genes, childhood, and the environment. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, editors. *Panic disorder and its treatment*. New York: USA Marcel Dekker, Inc.;1998. p. 93-151.
- Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1502-10.
- Bernstein GA, Shaw K. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):69S-84S.
- Albano AM, Chorpita BF. Treatment of anxiety disorders of childhood. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:767-84.
- Silverman WK, Rabian B. Simple phobias. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1993;2:603-22.
- Beidel DC, Christ MAG, Long PJ. Somatic complaints in anxious children. *J Abnorm Child Psychol* 1991;19:659-70.
- Strauss CC, Last CG. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord* 1993;1:141-52.
- Stefanek ME, Ollendick TH, Baldock WP, et al. Self-statements in aggressive, withdrawn, and popular children. *Cogn Ther Res* 1987;2:229-39.
- Gelernter CS, Uhde TW, Cimboic P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, et al. Cognitive-behavioral and pharmacologic treatments of social phobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:938-44.
- Amaya-Jackson L, March JS. Posttraumatic stress disorder. In: March JS, editor. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995. p. 276-300.
- Koltek M, Wilkes TC, Atkinson M. The prevalence of posttraumatic stress disorder in an adolescent inpatient unit. *Can J Psychiatry* 1998;43:64-8.
- Farmularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. *Am J Dis Child* 1988;142:1244-7.

Correspondência: Rogéria Recondo

Rua Farias Santos, 59/302 – 90670-150 Porto Alegre, RS