

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS - Uma revisão

Introdução

Observamos ao longo das últimas duas décadas um significativo progresso científico no campo da psiquiatria infantil. Seguindo esses avanços, a identificação precoce de alguns transtornos psiquiátricos começou a ser possível. Evidências atuais nos mostram que crianças em idade pré-escolar (entre 3 e 6 anos de idade) podem apresentar graves problemas de saúde mental, interferindo no seu desenvolvimento emocional.

Os estudos sugerem que 10 a 15% das crianças menores de 6 anos sofra de algum problema emocional ou comportamental¹. No entanto, o diagnóstico nesse período da vida ainda é bastante controverso e motivo de muitas discussões entre pesquisadores e clínicos que questionam se é possível, e até mesmo desejável, diagnosticar distúrbios psiquiátricos em crianças tão pequenas².

Avaliação

A avaliação de uma criança pré-escolar deve ser multidisciplinar e necessita de múltiplas consultas. A anamnese deve ser colhida com todos aqueles que convivem com a criança, incluindo pais, babás, avós, professores.

Durante a avaliação, a própria criança deve ser ouvida. Todas as perguntas devem ser adaptadas ao contexto infantil. As crianças são capazes de fornecer informações úteis para o diagnóstico. O exame do estado mental do pré-escolar deve ser realizado através de jogos e brincadeiras, também contextualizadas para a faixa etária. Segundo Luby³, o examinador não deve usar jaleco e deve ser capaz de adotar uma postura lúdica. Os médicos que são relutantes ou incapazes de participar de jogos e brincadeiras, não são adequados para trabalhar com crianças pré-escolares

Sintomas emocionais e comportamentais, padrões de relacionamento, história médica e do desenvolvimento deverão ser aborda-

dos. A história familiar é extremamente importante, assim como observar o comportamento dos pais/cuidadores, avaliar a qualidade do relacionamento entre os pais e o impacto dos sintomas da criança no funcionamento familiar.

Apesar da importância da avaliação global, Luby³ ressalta que dificuldades sócio-econômicas e sociais tornam o processo diagnóstico um grande desafio. Os seguros de saúde e as próprias famílias são resistentes em pagar o número de atendimentos necessários para a realização de uma avaliação adequada. Também não é fácil para as famílias agendar e comparecer a várias consultas, envolvendo múltiplos informantes. No entanto, é fundamental que o médico explique a necessidade deste tipo de avaliação a fim de obter um diagnóstico preciso e correto.

Instrumentos Auxiliares no Diagnóstico

Existem entrevistas apropriadas para essa população. Infelizmente, nenhuma foi traduzida para o nosso idioma até o momento.

RDC-PA4 (Research Diagnostic Criteria-Preschool Age).

PAPA5 (Preschool Age Psychiatric Assessment).

DIPA6 (Diagnostic Infant and Preschool Assessment)

Diagnóstico dos Transtornos na Pré-Escola

O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) são os mais estudados na população pré-escolar³. Existem também muitos estudos sobre a existência dos transtornos de humor, porém a maior parte é de um único grupo (Early Emotional Development Program) coordenado pela Dra Joan Luby da Universidade de Washington em ST. Louis³.

Os estudos sugerem que o diagnóstico psiquiátrico na pré-es-



FÁBIO M. BARBIRATO NASCIMENTO SILVA

Chefe da Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

*Professor de Psiquiatria da Infância e Adolescência do curso de especialização da PUC-RJ
Coordenador do Departamento de Psiquiatria da Infância da Associação de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro (APERJ)*

cola persiste na idade escolar e, portanto, justifica a necessidade da intervenção precoce⁷. A persistência do diagnóstico foi relacionada a uma série de fatores, incluindo baixa coesão familiar, status sócio-econômico e eventos negativos de vida⁸.

Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos mais estudados e mais comuns nessa fase⁹. A validade do diagnóstico mesmo na pré-escola já é estabelecida. Segundo Lahey e colaboradores⁹, os sintomas de TDAH na pré-escola são estáveis, crônicos e preditivos de dificuldades comportamentais mais tarde, o que confirma a importância do diagnóstico e da intervenção precoce.

Os sintomas de hiperatividade já podem ser identificados entre os dois e os quatro anos de idade e o comprometimento significativo já é significativo, principalmente no âmbito social². O transtorno nesse período é caracterizado por problemas comportamentais e no desenvolvimento cognitivo. Pré-escolares com TDAH podem apresentar dificuldade em completar tarefas diárias, redução e/ou agitação do sono, curiosidade excessiva, dificuldades familiares (por exemplo em obter e manter babás), brincadeiras muitas vezes destrutivas, exigindo a atenção constante dos pais, atraso no desenvolvimento motor ou de linguagem, birras excessivas (cada vez mais graves e frequentes), e baixos níveis de obediência (especialmente em meninos)¹⁰.

Prevalência

Em uma amostra clínica referida, Wilens e colaboradores encontraram a prevalência de 86% de TDAH na pré-escola¹¹. Estudos epidemiológicos identificam o TDAH entre 2 e 6% da população pré-escolar¹².

Dificuldades no Diagnóstico

Desatenção, hiperatividade e impulsividade são comportamentos comuns em crianças, principalmente na fase pré-escolar. Cerca de 40% das crianças com 4 anos tem problemas de atenção suficientes a ponto de ser motivo de preocupação para os pais e professores¹³. Mudanças contínuas do comportamento, alta incidência de comportamentos de hiperatividade em crianças "normais" e o fato de que nessa fase, as crianças estão começando a desenvolver a capacidade de manter a atenção e inibir impulsos (Função Executiva), configuram importantes

dificuldades para se estabelecer o diagnóstico de TDAH¹⁴.

Outra grande dificuldade é a ausência de critérios diagnósticos apropriados para esse grupo, uma vez que os critérios diagnósticos do DSM-IV foram desenvolvidos para crianças entre 6 e 12 anos de idade.

Comorbidade

Comorbidade em portadores de TDAH, é mais regra do que exceção, e isso não é diferente nos pré-escolares. No estudo realizado por Angold e colaboradores¹⁵, 64% da amostra apresentava pelo menos mais um transtorno co-mórbido. O transtorno de conduta e o transtorno de ansiedade generalizada foram os mais comuns, aparecendo cada um em 35% da amostra; 6,8% apresentava transtorno opositivo desafiador, 5,2% depressão, 1% fobia social e 0,9% ansiedade de separação.

Semelhante ao observado por Angold, no *Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS)*¹⁶, 70% apresentava algum transtorno co-mórbido. O transtorno opositivo desafiador foi o mais comum (52%), seguido pelos distúrbios da comunicação (24,7%), e o transtorno de ansiedade (14,5%).

Comprometimento

O comprometimento do TDAH no ambiente doméstico, na escola e nos relacionamentos sociais já é evidente durante o período pré-escolar. Pré-escolares com TDAH são 8 vezes mais propensos a prejuízos do que crianças sem o transtorno. Todos os subtipos de TDAH estão associados a algum comprometimento, porém crianças com TDAH do tipo combinado são mais gravemente prejudicadas do que aquelas com o subtipo hiperativo-impulsivo. E crianças com TDAH comórbido com outros transtornos psiquiátricos são mais debilitadas do que aquelas com TDAH puro¹⁷.

Um estudo¹⁸ com 126 pré-escolares portadores de TDAH e 126 controles pareados demonstrou que crianças com TDAH (todos os subtipos) foram significativamente prejudicados em uma série de medidas obtidas a partir dos pais e professores. No follow-up deste mesmo estudo, após 3 anos, constatou-se que crianças com TDAH mantinham o comprometimento em seu funcionamento⁹.

Em outro estudo¹⁹ mais de 50% dos pais de crianças com TDAH consideraram que o filho precisava de ajuda para controlar o comportamento, e uma proporção semelhante disse estar limitada na sua capacidade ou vontade de sair com a criança para uma loja ou um restaurante por causa da dificuldade da criança em se comportar adequadamente. Este mesmo estudo mostrou

ARTIGO //

por **FÁBIO M. BARBIRATO
NASCIMENTO SILVA
e GABRIELA MACEDO DIAS**

que pré-escolares com TDAH também são prejudicados na escola / creche. Mais de 40% já tinha sido suspenso da escola ou creche, em comparação com apenas 0,5% das crianças sem TDAH. Quase 16% haviam sido expulsos. Todos aqueles expulsos tinham comorbidade e TDAH do tipo combinado, que se associou com maior gravidade no comprometimento.

O início precoce do TDAH pode estar associado à pior evolução, incluindo maior déficit cognitivo e de linguagem, aumento das taxas de comorbidade psiquiátrica, e maior comprometimento psicossocial e acadêmico²⁰.

Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)

Seguindo o que ocorre com outros transtornos, a validade do diagnóstico de transtorno opositivo desafiador em pré-escolares também tem sido questionada com base em preocupações sobre como caracterizar um comportamento disruptivo transitório, considerado normal, de sintomas clínicos. Com o objetivo de avaliar se os sintomas de transtorno opositivo desafiador do DSM-IV poderiam ser aplicados a pré-escolares, Keenan e Wakschlag²¹, comparou um grupo de crianças entre 2 e 5 anos que foram referidas para uma clínica de psiquiatria com um grupo “não-referido” (que não procurou um serviço de saúde mental). As crianças que foram encaminhadas apresentaram taxas significativamente maiores de sintomas de TOD que as crianças não-referidas, sugerindo que os critérios do DSM-IV parecem ser válidos para discriminar entre comportamentos típicos e atípicos de indisciplina em crianças pré-escolares. Um estudo recente²², com o objetivo de avaliar a estabilidade do diagnóstico de TOD, mostrou que mais de 80% dos pré-escolares com TOD mantiveram o diagnóstico no período escolar. Este foi o primeiro estudo a evidenciar a validade preditiva do TOD em crianças pré-escolares.

Prevalência

Lavigne e colaboradores²³ identificaram 16,8% de crianças entre 2 e 5 anos de idade preenchendo critérios para o TOD. Em 2006, Egger e colaboradores²⁴, acharam uma taxa de prevalência de 6,6% de transtorno opositivo desafiador em crianças também entre 2 e 5 anos de idade. Em um recente estudo, também realizado por Lavigne²⁵, o transtorno opositivo desafiador foi encontrado em 13,4% dos casos.

Tratamento

O Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Treatment Study (PATS)²⁶ é um estudo americano que foi realizado devido a observação do crescente aumento no uso de psicoestimulantes em pré-escolares. O objetivo do PATS foi verificar a eficácia e segurança do metilfenidato de curta ação e a eficácia e tolerabilidade do metilfenidato de longa ação em crianças entre 3 e 5 anos com diagnóstico de TDAH.

Os resultados do PATS demonstraram que o metilfenidato é seguro e eficaz para essa população. Houve redução do comportamento hiperativo e impulsivo, porém o tamanho do efeito foi menor do que o demonstrado no MTA (estudo para avaliar o tratamento de TDAH em crianças na idade escolar²⁷).

Semelhante ao demonstrado no MTA²⁸, no PATS as crianças que apresentavam três ou mais comorbidades não obtiveram melhora com o uso do metilfenidato.

Além do tratamento farmacológico, a orientação aos pais (e cuidadores) é essencial. A abordagem comportamental é a mais utilizada, com técnicas diretas de treinamento direto para os pais aprenderem a lidar com os sintomas²⁹.

Transtornos do Humor

Os transtornos disruptivos, são amplamente reconhecidos e tratados em crianças na pré-escola. No entanto, ainda há muita resistência em relação ao diagnóstico e tratamento dos transtornos do humor. Isto pode estar relacionado principalmente às expectativas da sociedade de que o período pré-escolar deveria ser isento de preocupação e tristeza³⁰.

Depressão

Uma das primeiras descrições de sintomas depressivos em crianças foi em 1940, pelo pediatra Renee Spitz³¹. Spitz observou características depressivas em crianças muito pequenas institucionalizadas, que ele chamou de depressão anaclítica ou “hospitalismo”. Nas décadas seguintes houve pouca investigação sobre o transtorno de humor em crianças.

A partir dos anos 80, estudos científicos demonstraram que crianças a partir dos 6 anos poderiam ser diagnosticadas com o Transtorno Depressivo Maior. Estes estudos promoveram a identificação e o tratamento do transtorno em crianças em idade escolar e adolescentes³².

Na última década, estudos demonstraram que a depressão pode surgir a partir dos 3 anos de idade e que o diagnóstico pode ser feito desde que os sintomas sejam adaptados para esse grupo²⁴. A depressão na pré-escola é uma manifestação precoce do



mesmo quadro crônico e recidivante que ocorre no final da infância e adolescência³². Pré-escolares deprimidos estão mais propensos a depressão na idade escolar do que os pré-escolares com outros transtornos e/ou os “saudáveis” (sem qualquer diagnóstico psiquiátrico)³³.

A importância da identificação precoce é ter um melhor prognóstico ao longo da vida (prevenção e intervenção precoce no desenvolvimento).

Prevalência

A prevalência de depressão da fase pré-escolar é estimada em 2%²⁴.

Quadro Clínico

Em um dos primeiros estudos sobre os sintomas de depressão na pré-escola³⁴, 98% das crianças deprimidas eram descritas por seus pais como “frequentemente tristes” ou “frequentemente aborrecidas”, 6% tinham problemas de concentração, e 78% apresentavam baixa auto-estima. Apenas 55% dos pré-escolares deprimidos neste estudo apresentavam “choro em excesso”.

A depressão pré-escolar é mais frequentemente caracterizada por sintomas típicos de depressão ajustados a idade do que por queixas somáticas ou agressividade³⁵. A presença de irritabilidade associada a retraimento social e anedonia e/ou culpa excessiva pode ser um indicativo de depressão²⁷. A anedonia é descrita na pré-escola como uma incapacidade de aproveitar atividades e jogos comuns nessa fase.

Identificar o transtorno na pré-escola é um desafio, pois os sintomas comuns como irritabilidade e tristeza, quando presentes sem outros sintomas “depressivos”, são inespecíficos e não servem para distinguir de outros transtornos.

Diagnóstico Diferencial

Em um estudo³⁶, publicado em 2008 com 305 crianças com idade entre 3 e 6 anos, constatou-se que os principais sintomas para diferenciar depressão de transtorno disruptivos são: alteração do sono, sentimento de culpa, alterações de peso, anedonia e redução das habilidades cognitivas.

Anedonia, culpa excessiva, fadiga extrema e diminuição das habilidades cognitivas são os principais sintomas que diferenciam a depressão de início precoce de outros transtornos nessa fase³⁶. Importante ressaltar que fadiga excessiva e culpa foram sintomas altamente específicos do transtorno depressivo, quando os transtornos de ansiedade e disruptivos eram controlados.

Transtorno do Humor Bipolar

O diagnóstico do Transtorno do Humor Bipolar (THB) em crianças e adolescentes vem recebendo atenção contínua nos últimos 20 anos. No entanto, apesar da inúmeras publicações, o diagnóstico do THB em crianças ainda é controverso. Na psicopatologia da pré-escola, esse diagnóstico é ainda mais polêmico. Os estudos são escassos e geralmente limitados a publicação de casos clínicos e estudos retrospectivos. Em nosso meio, Ferreira-Maia e colaboradores³⁷ publicaram 8 casos clínicos de THB de início precoce.

Humor irritável, elação do humor, redução da necessidade de sono, sintomas de TDAH, história familiar de transtorno do humor (ou temperamento explosivo), são características comuns aos estudos sobre o transtorno do humor bipolar em pré-escolares⁴.

Diferenciar sintomas de humor de comportamentos e emoções compatíveis com a fase de desenvolvimento, ou seja, diferenciar o que é normal e o que é patológico para essa fase, é um dos maiores desafios no diagnóstico do THB na pré-escola³³.

Sintomas

Luby e Belden³² verificaram em um estudo já citado anteriormente que dos 13 sintomas de mania do DSM-IV, cinco (hipersexualidade, elação de humor, grandiosidade, logorréia e fuga de idéias) podem diferenciar o THB do TDAH e TOD. Importante ressaltar que o sintoma de hipersexualidade, quando presente é bastante significativo, porém é estatisticamente raro em crianças na pré-escola.

Tratamento

Devido a ausência de uma intervenção comprovadamente eficaz para a depressão em crianças em idade escolar, o tratamento deste quadro na pré-escola é ainda pouco estudado³².

A recomendação, segundo as diretrizes da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente³⁸, para esse caso é tratamento psicoterápico por 3 a 6 meses com foco no reforço da relação entre os pais e a criança, e na habilidade para regular as emoções. Se os sintomas e o comprometimento persistirem, a medicação pode ser considerada, desde que a psicoterapia não seja interrompida. A medicação de primeira linha recomendada é a fluoxetina.

A maior parte da literatura disponível sobre tratamento em Transtorno do Humor Bipolar é composta por relatos de caso e estudos retrospectivos.

Um estudo com olanzapina e risperidona realizado em uma

ARTIGO //

por **FÁBIO M. BARBIRATO
NASCIMENTO SILVA**
e **GABRIELA MACEDO DIAS**

amostra de crianças pré-escolares demonstrou que os dois medicamentos reduziram rapidamente os sintomas de mania³⁹. Relatos de casos sobre o uso do valproato, lítio, topiramato e carbamazepina também têm descrito redução dos sintomas de mania pré-escolar³⁰. Estes estudos apresentam resultados promissores para o uso de antipsicóticos atípicos e estabilizadores de humor para crianças no período pré-escolar, no entanto a decisão do uso de medicação deve ser feita com cuidado devido ao pequeno tamanho das amostras e necessidade de estudos controlados.

Discussão sobre o Tratamento em Pré escolares

O uso de psicofármacos na idade pré-escolar tornou-se um importante foco de atenção ao longo da última década, principalmente pelo aumento crescente observado nas taxas de prescrições de psicotrópicos para essas crianças⁴⁰.

No entanto, as pesquisas focadas em intervenções psicofarmacológicas para pré-escolares estão atrasadas em relação a prática clínica. Assim, frequentemente médicos e familiares enfrentam o dilema de avaliar riscos e benefícios de intervenções psicofarmacológicas para o tratamento de crianças para as quais a psicoterapia tem se mostrado ineficaz⁴¹.

Em 2007, a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) publicou recomendações para o uso de psicofármacos em crianças entre 3 e 6 anos de idade³⁸. Além das orientações para o tratamento farmacológico, esse artigo também apresentou princípios gerais para avaliação e recomendações para diagnósticos específicos nessa faixa etária. Foi proposto um algoritmo para cada transtorno, com 5 recomendações em comum:

Ênfase na importância da avaliação e do diagnóstico correto, incluindo freqüentes reavaliações, a cada mudança de plano de tratamento;

A primeira linha de tratamento deve ser a intervenção psicoterapêutica. E que esta deve ser continuada, mesmo quando os medicamentos são indicados posteriormente;

Os clínicos devem considerar o nível de evidência científica antes de desenvolver um plano de tratamento;

Recomendações para um plano de descontinuação depois do tratamento ter sido bem sucedido. E reavaliação do diagnóstico, uma vez que a validade do diagnóstico neste período ainda é limitada; e o desenvolvimento, assim como os efeitos do tratamento, podem modificar a necessidade de medicação.

Recomendações para consulta a outros profissionais quando necessário ou quando o paciente passou por todos os passos do algoritmo e ainda continua a ter sintomas com prejuízo significativo.

Conclusão

Embora a nossa compreensão da psicopatologia na pré-escola esteja muito distante do que já sabemos da psicopatologia na idade escolar e adolescência, os dados sugerem que para compreender verdadeiramente o “início precoce” do transtornos psiquiátricos, devemos começar o mais tardar no período pré-escolar²⁴.

Referências

- Campbell S. Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 36:113–149, 1995.
- Angold A, Egger HL. Psychiatric diagnosis in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter, *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press, 2004
- Luby J, Tandon M. Assessing the Preschool-Age Child. In Dulcan MK, *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, 2009.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child*



and Adolescent Psychiatry,42, 1504-1512, 2003.

- Egger HL, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R.DelCarmen-Wiggins & A.Carter (Eds.), Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment. New York: Oxford University Press, 2004.
- Scheeringa MS, Haslett N. The Reliability and Criterion Validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A New Diagnostic Instrument for Young Children Child Psychiatry Hum Dev 41:299–312, 2010.
- Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, et al: Psychiatric disorders with onset in the preschool years, I: stability of diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:1246–1254, 1998.
- Egger HL. Psychiatric Assessment of Young Children. Chil Adolesc Psychiatric Clin N Am 18:559-580, 2009.
- Lahey BB, Pelham WE, Loney J, et al.Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4–6 years of age. Am J Psychiatry 161:2014–2020, 2004.
- Greenhill LL. Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. J Clin Psychiatry. 1998;59(suppl 7):31-41
- Wilens TE, Biederman J, Brown S, et cols: Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. J Dev Behav Pediatr 23:S31-S36, 2002.
- Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE: DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:1383-1392, 2001.
- Palfrey JS, Levine MD, Walker DK, et al: The emergence of attention deficits in early childhood: A prospective study. J Dev Behav Pediatr 6:339–348, 1985
- Campbell SB: Behavior Problems in Preschoolers: Clinical and Developmental Issues. New York, NY, Guilford Press, 1990.
- Angold A, Egger H, Erkanli A, Keeler G. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in preschoolers attending a large pediatric service. Unpublished manuscript, 2005.
- Posner K, Melvin GA, Murray D, et al. Clinical presentation of ADHD in preschool children: The Preschool ADHD Treatment Study (PATS). J Child & Adol Psy-

chopharm 7;547-562, 2007.

- Egger HL, Keeler G, Angold A. Preschool ADHD in pediatric primary care. Unpublished manuscript, 2006.
- Lahey BB, Pelham WE, Stein MA, et al. Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 695–702, 1998.
- Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., & Angold, A. (2006). The test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2006
- Willoughby, M. T., Curran, P. J., Costello, E. J., & Angold, A. (2000). Implications of early versus late onset of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1512–1519.
- Keenan K, Wakschlag LS. Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviors in preschoolers? A comparison of referred and nonreferred children. Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2):356-8.
- Keenan K, Boeldt D, Chen D, Coyne C, Donald R, Duax J, Hart K, Perrott J, Strickland J, Danis B, Hill C, Davis S, Kampani S, Humphries M. Predictive validity of DSM-IV oppositional defiant and conduct disorders in clinically referred preschoolers. J Child Psychol Psychiatry, 2010 (no prelo).
- Lavigne JV, Gibbons RD, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41:928-937, 1996.
- Lavigne JV, Lebailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. J Clin Child Adolesc Psychol. 38(3):315-28, 2009.
- Luby J, Tandon M, Belden A: Preschool Bipolar Disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2009; 18:391–403.
- Mark A. Riddle. Journal of Child and Adolescent psychopharmacology. November 2007, 17(5): 543-546. doi:10.1089/cap.2007.
- Vitiello B, Abikoff HB, Chuang SZ, et al. Effectiveness of methylphenidate in the 10-month continuation phase

ARTIGO //

por **FÁBIO M. BARBIRATO
NASCIMENTO SILVA
e GABRIELA MACEDO DIAS**

of the Preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorders treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17:593

- Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, et al. Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):563–7
- Luby J, editor. *Handbook of Preschool Mental Health: Development Disorders and Treatment*. New York: Guilford Press; 2006
- Luby J, Tandon M, Belden A: Preschool Bipolar Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18:391–403.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 47–53.
- Luby et al. Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 2010; 19 (2): 9
- Luby, JL, Si, X., Belden, A.C., Tandon, M., Spitznagel, E. Preschool Depression: Homotypic Continuity and Course Over 24 Months. *Archives of General Psychiatry* 2009; 66(8): 897-90
- Kashani, J.H., Carlson, G.A., 1985. Major depressive disorder in a preschooler. *J. Am. Acad. Child Psych.* 24, 490–494
- Lesse S (1983), Masked depression. *Curr Psychiatr Ther* 22:81–87
- Luby JL, Belden AC, Pautsch J, Si X, Spitznagel E. 2008. The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal Affective Disorders*.
- Ferreira Maia AP, Boarati MA, Kleinman A, et al. Preschool bipolar disorder: Brazilian children case reports. *J Affect Disord* 2007;104(1–3):237–43.
- Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, et al. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(12):1532–72
- Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, et al. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of

children and adolescents. *J Psychiatr Res* 2005;39:611–22

- J.L.Luby, Psychopharmacology of psychiatric disorders in the preschool period, *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17 (2) (2007), PP 149-152).
- Fanton J., Gleason M. Psychopharmacology and Preschoolers: A Critical Review of Current Conditions. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 18 (2009) 753–771