

# Psicopatologias infantis: patologias infantis decorrentes do sono

Lenir Bernardino Rodrigues\*  
Juliana Tonetto Sperotto de Arruda\*\*

## Resumo

Este artigo tem por objetivo apresentar as patologias infantis decorrentes do sono, desde o nascimento da criança. Muitas dessas patologias causam dificuldades de aprendizagem e irritabilidade na criança. Apresentam-se durante o artigo a definição de sono e os seus respectivos estágios, como sono não paradoxal (sono NREM), o sono paradoxal (sono REM), além, dos distúrbios do sono mais comuns nas crianças, como as angústias noturnas e o terror noturno, os pesadelos, o sonho de angústia e a insônia. Tratar-se-á ainda do sonilôquio, patologia muito comum e frequente entre as crianças, identificada facilmente, que é a fala durante o sono. Com as patologias do sono é comum aparecer o automatismo motor, a ritmia de sono. Outra patologia comum entre as crianças é o sonambulismo e suas complicações. Apresentam-se, também, as dificuldades de adormecimento da criança, como a enurese noturna, a epilepsia noturna ou epilepsia morfeica. Finalizando as patologias da infância, pontuar-se-ão as patologias particulares, como a apneia durante o sono, e a hipersonia. Ao término deste trabalho ressalta-se que a criança que não dorme bem à noite pode apresentar vários sintomas durante o dia, por exemplo: sonolência excessiva; agitação psicomotora; dificuldade em manter a atenção e concentração; impulsividade; problemas de memória; agressividade com os pais e a família; comportamentos de oposição; alterações do humor; ansiedade e, principalmente, problemas na aprendizagem, etc.

Palavras-chave: Atuação do Psicólogo. Intervenção psicológica. Psicopatologias infantis.

\*Acadêmica do 8º semestre do curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, Av. Castello Branco, 664, Bairro Universitário; 88509-300, Lages, SC.

\*\* Psicóloga e professora do curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense, Av. Marechal Castelo Branco, 170. Bairro Universitário; 88509-900, Lages, SC.

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresentará temas relacionados às patologias decorrentes do sono, desde o nascimento da criança. Muitos autores, Marcelli (1998), Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000), Reimão e Lefèvre (1980), entre outros, estudaram os transtornos do sono da criança, desde o primeiro ano de nascimento até a fase adulta.

Um sono tranquilo, repousante, que desempenhe as funções de recuperação de energia e permita ao indivíduo o bem-estar físico e mental para enfrentar as atividades do seu dia a dia, é uma necessidade de muitas crianças, adolescentes e pais.

Este trabalho proporcionará identificar fatores que a criança demonstra no sono, que podem estar relacionadas com a interação com os pais, ou ser um problema mais sério, como patologias decorrentes do sono, podendo aparecer quando se faz exames complementares.

## 2 DEFINIÇÃO DE SONO

O sono, segundo Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000, p. 167), é “[...] uma atividade nervosa superior, indispensável para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.” Todo ser humano precisa repor suas energias gastas no decorrer do dia; segundo os autores, o sono é uma condição normal, regular, recorrente e espontaneamente reversível do organismo, qualificado por uma respectiva tranquilidade. Apresenta como função regulação de controle de energia.

O sono é definido “[...] como um estado especial do organismo, caracterizado por inatividade, relativa consciência reduzida e escassa reação aos estímulos externos” (CABRAL; NICK, 1979, p. 368), portanto, o sono normal é aquele em que apresenta diversas fases ou etapas, cada estágio do sono obedece sempre a um aprofundamento do sono, que culmina na etapa paradoxal ou sono com movimentos oculares rápidos, conhecido por Rapid Eyes Movement (REM), estágio em que acontecem os sonhos.

## 2.1 ESTÁGIOS DO SONO

### 2.1.1 Sono não paradoxal (Sono NREM) – 75%

O sono não paradoxal apresenta-se em estágios; o sono e a vigília ultimamente são vistos como partes de um ciclo bastante estável e homogêneo, que se repete a cada dia. O sono é composto de ciclos que se repetem durante toda a noite e cada ciclo pode ser subdividido em vários estágios, conforme Quadro 1.

<b>Estágio 1:</b> 5% do sono.	É um estágio transitório de vigília e sono; desaparece o ritmo alfa e aparece o teta no eletroencefalograma.
<b>Estágio 2:</b> 45% do sono.	Caracterizado por um ritmo teta; acontece o aparecimento esporádico de espículas do sono – o complexo K (onda negativa de alta amplitude e baixa frequência, seguida por onda eletropositiva).
<b>Estágio 3:</b> 12% do sono.	Estes estágios são caracterizados por ondas delta. O período de sono NREM até o aparecimento de sono REM é denominado “latência REM”, e pode estar alterado em alguns quadros depressivos.
<b>Estágio 4:</b> 13% do sono.	

Quadro 1: Estágios do sono não paradoxal  
 Fonte: Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000, p. 169).

Pode se observar, no Quadro 1, que o sono tem uma distribuição uniforme, quando um dos estágios é afetado, os estágios subsequentes também são atingidos, prejudicando o descanso do indivíduo.

### 2.1.2 Sono Paradoxal (Sono REM) – 25%

Para Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000), neste estágio o cérebro torna-se eletricamente ativo e o fluxo sanguíneo cerebral aumenta entre 17% e 62%. Ocorre a fraqueza extrema muscular e surtos físicos de movimentos oculares rápidos acompanhados por uma flutuação nos batimentos cardíacos.

cos e na respiração, intumescimento peniano e clitoridiano. Há interrupção da regulação normal de temperatura. Acontecem os sonhos vívidos.

Segundo Nunes Filho, Bueno e Nardi (2000), o sono se desenvolve por intermédio de ciclos que duram de 60 a 80 minutos e se repetem, em média, de seis a oito vezes; o sono paradoxal e a atividade onírica ocupam de 90 a 160 minutos do período total da noite dorminda, “[...] a regulação do sono depende de atividade serotoninérgica e noradrenérgica do locus ceruleus, exercidas no tronco cerebral” (NUNES FILHO, BUENO E NARDI, 2000, p.168, grifo do autor)”.

O sono REM é importantíssimo para o ser humano, pois envolve os processos mnêmicos, consiste em um fator indispensável para o desenvolvimento de engramas e manutenção da memória de fixação.

Para os autores, o amadurecimento do SCN na infância e seu futuro envelhecimento influenciam as características do sono, portanto o recém-nascido dorme cerca de 16 horas diariamente, reduzindo no período da infância para 10 horas e 7,5 horas na adolescência e adulto jovem. No idoso, atinge uma média de 6,5 horas por dia.

### **3 PATOLOGIAS INFANTIS DECORRENTES DO SONO**

#### **3.1 DISTÚRBIOS DO SONO**

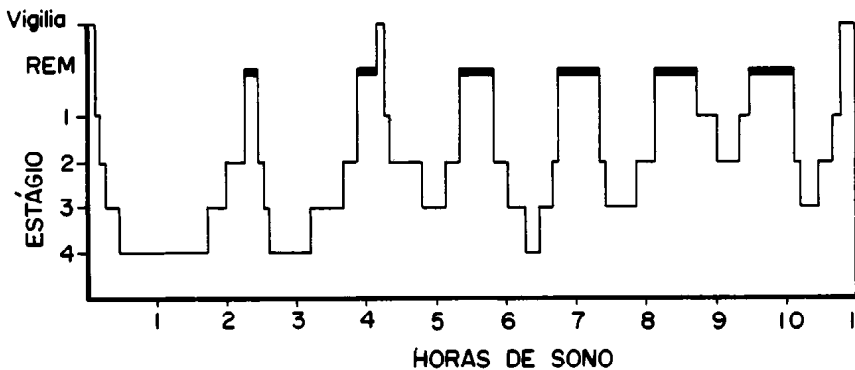
As agitações primárias do sono são categorizadas em dissónias, que são as anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono e as parassónias, que são os eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que acontecem junto com o sono, fases específicas do sono ou transições de sono/vigília.

Podem ser também decorrentes de perturbações associadas a doenças médicas, neurológicas ou psiquiátricas (epilepsia, cefaleias e asma noturnas, distúrbios em razão da ansiedade ou pânico, entre tantas outras). Segundo Reimão e Lefèvre (1980), as alterações do sono são quatro grupos clínicos, dispostos no Quadro 2:

<b>Primárias</b>	São aquelas nas quais o distúrbio do sono é o principal ou único sintoma, como, pesadelos, terror noturno, insônia, hipersonia, paralisia do sono e narcolepsia.
<b>Secundárias</b>	O distúrbio do sono é apenas um dos fatores de uma alteração clínica complexa, como esquizofrenia, depressão ou disfunções tireoidianas.
<b>Parassonias</b>	São atividades não indicativas de patologia quando em vigília, mas que certamente não são usuais durante o sono, como sonilóquio, sonambulismo, enurese noturna, bruxismo e <i>jactatio capitis nocturna</i> .

Quadro 2: Grupos clínicos das alterações do sono  
 Fonte: Reimão e Lefèvre (1980, p. 222).

Diante das informações apresentadas no Quadro 2, cada estágio e os distúrbios que de alguma forma alteram o sono podem-se identificados por meio da eletrencefalografia (EEG). “O conhecimento destes resultados pode ajudar em muito o pediatra, que diariamente é procurado por pais que buscam soluções para os distúrbios do sono de seus filhos, dando-lhe uma abordagem mais sistematizada e efetiva.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 222). Outra forma de observar os estágios do sono está disposta no Esquema 1.



Esquema 1: EEG do sono  
 Fonte: Reimão e Lefèvre (1980, p. 223).

Observa-se no Esquema 1 que os estágios do sono durante uma noite na infância se reproduzem a cada 90 minutos. Os estágios 3 e 4 predominam no início e o estágio REM no final.

## 3.2 ANGÚSTIAS NOTURNAS

### 3.2.1 Terror noturno

O terror noturno é uma das mais dramáticas manifestações de distúrbios do sono. Durante o episódio, a criança senta-se na cama ou agita-se com demonstração de ansiedade, terror e grita. Os pais tentam consolá-la, porém ela não reconhece as pessoas ou o ambiente ao seu redor, repetidas vezes diz estar vendo animais ou pessoas estranhas no quarto e dificilmente acorda aos seus apelos (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980).

A duração é geralmente de 10 a 20 segundos, porém, pode chegar até 20 minutos, sempre acompanhada por intensa descarga autonômica. A seguir, volta a dormir calmamente, ao acordar pela manhã, de nada se recorda. Esses episódios podem-se repetir várias vezes em uma mesma noite.

Segundo Reimão e Lefèvre (1980), o terror noturno ocorre em 3% da população infantil, sendo mais comum em pré-escolares e naqueles que apresentam sonambulismo; é importante lembrar que esse não é um fenômeno epiléptico.

Distúrbios psicológicos não são freqüentes em crianças com terror noturno e de maneira geral este comportamento é ultrapassado espontaneamente. Entretanto, naquelas que apresentam episódios muito freqüentes ou outros distúrbios do comportamento concomitantes está indicada avaliação mais detalhada destes. Diazepam e Imipramina, que são drogas supressoras do estágio 4, têm sido empregados como tratamento sintomático com bons resultados; entretanto, deve ser bem avaliada sua necessidade, já que esta alteração é geralmente benigna e transitória. (REIMÃO ; LEFÈVRE, 1980, p. 223).

### 3.2.2 Pesadelos ou Sonho de Angústia

Segundo Marcelli (1998), o pesadelo ocorre em grande frequência em 30% das crianças. O sonho de angústia causa medo ou ansiedade e, na infância,

é muito frequente entre todas as crianças, decorre na maioria das vezes, de períodos de tensão emocional.

Nessa perspectiva, Reimão e Lefèvre (1980) relatam que, em pesquisa recente realizada com 2.002 crianças escolares, de 3 a 10 anos de idade, identificou-se com a utilização de um questionário para avaliação de características do sono (SCO), que menos de 10% delas mencionam pesadelos ao menos uma vez por semana, enquanto que mais de 30% acima dos cinco anos referem ao menos uma vez ao ano.

As crianças com idade superior a cinco anos relatam mais de seus sonhos, portanto faz com que elas cite mais pesadelos; todavia é fundamental notar que a alta frequência deles é incomum em qualquer faixa etária.

Ao se utilizar o EEG para observar os pesadelos, os autores relatam que estes ocorrem durante os estágios do sono REM, uma a duas horas após ter iniciado o sono. Quando os pesadelos são frequentes ou persistentes, em crianças ou adultos, a avaliação psicológica pode ser indicada.

### 3.2.3 Insônia

Segundo Marcelli (1998), a insônia é um distúrbio muito habitual; ocorre, predominantemente, dos seis meses aos três anos de idade, refletindo sempre um mal-estar relacionado entre o bebê e o seu meio. As insônias são classificadas em comum e a precoce severa; essas insônias podem ser agitadas ou calmas.

Reimão e Lefèvre (1980, p. 225) relatam que a classificação da insônia é de acordo com o tempo em que ela perturba a criança: “[...] dificuldade para iniciar o sono, para permanecer muitas horas dormindo sem freqüentes e/ou prolongadas interrupções ou para dormir até o final da noite.”

Nos seis primeiros meses de vida, a insônia é repetidamente gerada por alterações dietéticas, como retirada rápida da alimentação da noite, alteração da qualidade e distribuição de alimentos, quantidade e horários alterados. Pode estar incluída a outras patologias clínicas, “[...] dor ou desconforto, ou mostrar a insegurança da criança dependente em relação aos pais que teme ser abandonada ou desprotegida ao adormecer.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 225).

Segundo Marcelli (1998), a fusão da mãe boa ou má pode estar ligada aos problemas relacionados ao sono na criança, já que este, em sua maioria, é resultado da interação entre fatores fisiológicos e o meio onde a criança está inserida, principalmente, no que se refere ao relacionamento com os pais, portanto, “[...] para adormecer, a criança deve poder repousar, apoiar-se em uma boa imagem funcional mãe-filho protetora, aceitar essa regressão e investi-la de uma carga libidinal não ameaçadora.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 72).

Para que a criança tenha um sono tranquilo, deve-se tomar cuidado quanto às condições de higiene do sono, como temperatura e umidade do quarto, número de pessoas que dormem no mesmo quarto ou na mesma cama, ruídos e a maneira que habitualmente a criança é levada para dormir.

### 3.2.4 Sonilóquio (fala durante o sono)

As crianças entre três e dez anos de idade apresentam sonilóquio ao menos uma vez ao ano; em 20% desses casos, repete-se uma ou mais vezes por semana.

Ele tende a ser menos encontrado em adolescentes e adultos. A fala durante o sono pode variar desde palavras pouco inteligíveis e murmúrios até frases completas e coerentes. Nas crianças normais, o discurso costuma ser infrequente, breve e sem sinais de alterações psíquicas. Desde que ele pode acompanhar patologias orgânicas, devemos considerá-las também na anamnese, além da frequência, duração, conteúdo e outras características do sono em geral e do comportamento. (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

O sonilóquio embora seja um fenômeno paroxístico e com amnésia posterior, não está ligado a crises de epilepsia. Se o fato acontecido não estiver acompanhando psicopatologias ou doenças orgânicas, provavelmente tende a diminuir com a idade, desaparecendo facilmente no adulto.

Se o sonilóquio for secundário de outro processo, exige-se uma avaliação cuidadosa na criança, devem-se analisar as características do sono e do comportamento, além do processo primário que aconselhará seu prognóstico.



## 4 AUTOMATISMO MOTORES

### 4.1 RITMIA DE SONO

Segundo Marcelli (1998), os balanços rítmicos e demorados da cabeça antes ou durante o sono atingem, sobretudo, o menino; seu surgimento é precoce e silencioso e tem sido referido desde há muito como frequente na infância. “Muitas vezes a criança é trazida com esta queixa por ser uma manifestação alarmante e porque os pais temem que signifique alguma patologia.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

As ritmias noturnas se iniciam no meio da noite, na maioria das vezes, inicia-se no primeiro ano de vida; mais frequentemente é encontrada dos 8 aos 24 meses. Primeiramente acontece no período que antecede o adormecer, parecendo ser um hábito reconfortante, no entanto, em algumas crianças, pode prosseguir durante todo o sono.

Nessa perspectiva, Marcelli (1998) pontua que os sintomas devem desaparecer a partir de três a quatro anos, eventualmente alguns casos demoram um pouco mais, sumindo por completo na puberdade.

Portanto, na adolescência, a ritmia de sono, na maioria das vezes, é mais lenta e localizada, e acontece sempre diante das mesmas condições, sem perda da tensão ou consciência, quando antes de adormecer. Quando ocorre antes do sono, não é seguido de amnésia.

O exame neurológico e EEG podem também auxiliar a diferenciar para que a terapêutica seja adequada. Admitido que estes movimentos rítmicos representem uma forma de aliviar ansiedades e proporcionar prazer, pode-se recomendar avaliação psicológica sempre que estes forem muito freqüentes. Terapêutica exclusivamente medicamentosa não é indicada, podendo-se entretanto utilizar ansiolíticos como auxiliares da psicoterapia. Algumas vezes é difícil distinguir *jactatio capitis nocturna* de uma atividade masturbatória, que é freqüente nas crianças. (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

### 4.2 SONAMBULISMO

O sonambulismo predomina em meninos; aparece em crianças escolares de sete a 12 anos de idade, e observa uma percentagem de 6 a 10% das crian-

ças que sofrem vários episódios por mês. Pode estar ligado a fatores genéticos (MARCELLI, 1998).

“A prevalência cai na adolescência, mas, em alguns indivíduos, persiste por toda a vida. Em 40% dos casos existem 2 a 3 membros afetados na família. Gêmeos monozigóticos apresentam sonambulismo seis vezes mais frequentemente que os dizigóticos.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

Segundo os autores, os episódios ocorrem geralmente nas primeiras horas de sono e podem durar de poucos segundos a 10 ou 30 minutos; a criança levanta-se, caminha e senta-se novamente na cama, mas pode manifestar outros tipos de comportamento, desde estereotípias, procura visual do ambiente, até sequências complexas, porém é uma procura inútil.

Nestas ocasiões, dificilmente são acordados, e ao despertar pela manhã não se recordam do episódio ... O conceito leigo de que o sonâmbulo está agindo como em seus sonhos não tem base, pois sonambulismo e sonhos ocorrem em estágios diferentes. Pelo caráter paroxístico, seguido de amnésia, supôs-se que fosse um comportamento epiléptico, porém deve-se deixar claro que ao EEG é evidente que são fenômenos distintos. (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

O episódio de crises epiléticas psicomotoras durante o sono em pacientes com diagnóstico indiscutível é relativamente raro e não deve ser confundido com esse sonambulismo. Para ter uma precisão do diagnóstico deve ser feita uma anamnese, exames clínicos neurológicos e EEG.

Ao realizar estudos investigativos com crianças que apresentam o diagnóstico de sonambulismo, percebe-se que, na maioria dessas crianças, esse comportamento é interrompido posteriormente nos anos seguintes, conseqüentemente, estando ligado à maturação do sistema nervoso central. “Desde que a avaliação mental destas crianças não indique distúrbios importantes e elas ultrapassem esta fase após alguns anos, exame e tratamento psiquiátricos não estão indicados.” (REIMÃO; LEFÈVRE, 1980, p. 226).

Faz-se importante expor nesse contexto, que existem manifestações de epilepsia psicomotora que podem ser desencadeadas durante o sono, portanto, deve-se averiguar se a criança manifesta um conjunto de automatismos complexos, e os episódios tendem a perdurar por um período maior. Esse tipo de manifestação produz algumas vezes comportamentos bizarros.

### 4.3 DIFICULDADES DE ADORMECIMENTO DA CRIANÇA

A maioria das dificuldades de adormecimento revela a dificuldade de instaurar essa área transacional; segundo Marcelli (1998, p. 73), a maioria dos problemas está relacionada a vários fatores, podem-se citar os seguintes:

- a) condição externa defeituosa – como o barulho, coabitação no quarto dos pais, irregularidade excessiva da hora de dormir;
- b) pressão externa inadequada – rigidez excessiva, oposição aos pais da parte de um filho que deseja conservar o domínio de sua situação ou de sua autonomia.

Quando ocorre um desses fatores, deve-se orientar os pais para oferecerem mais conforto no sono para seus filhos. As manifestações clínicas das dificuldades de dormir das crianças são diversas. No Quadro 3, a seguir, citam-se cinco manifestações.

Oposição ao deitar	A criança grita, agita-se, levanta-se quando colocada na cama; com frequência, é somente após um longo período de luta com seus pais que ela acaba por desabar.
Rituais ao deitar	Acontece entre 3 e 6 anos; a criança faz uma série de exigências bobas antes de dormir.
Fobia ao deitar	Pode ser uma demanda contrafóbica; a criança faz pedidos, como a porta aberta, luz acesa; ainda, pode transformar em pânico, querendo que seus pais segurem suas mãos; geralmente essa fobia aparece depois de sonhos ruins ou terror noturno.
Insônia vera	Aparece mais na adolescência; o sono aparece às duas horas da manhã e dormem até o meio-dia

Fenômenos hipnagógicos	Acontece entre seis e quinze anos; são sensações sinestésicas, visuais, e auditivas; podem provocar a vigília do sujeito e induzir outras dificuldades de adormecimento; trata-se de um fenômeno angustiante.
------------------------	---

Quadro 3: Manifestações clínicas  
Fonte: Marcelli (1998, p. 73).

Observa-se, pelo Quadro 3, que muitos são os fatores que interferem no sono da criança, como:

- a) Enurese noturna — ocorre pouco antes da fase do sono paradoxal, cujo desenrolar previsível se aproxima aos terrores noturnos ou sonambulismo (MARCELLI, 1998);
- b) Epilepsia noturna ou epilepsia morfeica — não tem caráter clínico específico, todavia sua ocorrência durante o sono, normalmente aparece no momento do despertar (MARCELLI, 1998).

## 5 PATOLOGIAS PARTICULARES

### 5.1 APNEIAS DURANTE O SONO

Elas são raras, mas seu estudo é importante, pois certos autores levantaram a hipótese de que a apneia durante o sono poderia ser a causa da morte súbita do bebê; ela pode acarretar uma hipersonia diurna e despertares noturnos repetidos, culminando na insônia noturna.

### 5.2 PATOLOGIAS PARTICULARES

#### 5.2.1 Hipersonia

Diagnosticada desde a infância, entre 13 e 14 anos considera-se o prazo médio para checar o diagnóstico. Essa síndrome associa:

- a) uma sonolência diurna excessiva, com excesso irresistível de sonos que duram de alguns minutos a algumas horas;
- b) ataques catalépticos (abolição brusca do tônus estático durante alguns segundos até um minuto, desencadeada frequentemente por emoções sobretudo de natureza agradável);
- c) paralisias do sono;
- d) alucinações hipnagógicas auditivas, visuais ou labirínticas, que tem normalmente um caráter assustador;
- e) um sono entrecortado por várias vigílias.

## 6 CONCLUSÃO

Ao terminar este trabalho é importante ressaltar que a criança que não dorme bem à noite pode apresentar vários sintomas durante o dia, como sonolência excessiva; agitação psicomotora; dificuldade em manter a atenção e concentração; impulsividade; problemas de memória; agressividade diante dos pais e da família; comportamentos de oposição; alterações do humor; ansiedade e, principalmente, problemas na aprendizagem, etc.

Sugere-se um acompanhamento cuidadoso da família; pode-se desenvolver uma rotina para melhorar a qualidade de vida da criança e do adolescente, incluindo toda a família. É importante estabelecer uma rotina para o sono, um plano de intervenção adequado à criança, ao adolescente e à família; pode-se, inclusive, avançar para outros contextos onde a criança está inserida.

Dessa forma, a intervenção pode acontecer em diversas áreas da saúde, mais específicas com o conhecimento voltado para o sono, como a Psicologia. Essa intervenção pode acontecer em várias maneiras, como:

- a) esclarecer aos pais sobre a perturbação do sono: há idades que são comuns surgir alguns pesadelos, embora as situações desencadeantes devam ser investigadas;
- b) estabelecer rotinas relacionadas à vigília e ao momento do deitar;
- c) readaptar hábitos alimentares;
- d) adaptar e modificar o espaço físico onde a criança dorme;

- e) reavaliar e esclarecer aos pais e filhos sobre o problema-alvo;
- f) investigar os problemas emocionais subjacentes, como: que tipo de pesadelos, quais são os terrores noturnos mais perturbadores, quais as causas da insônia na fase inicial e terminal;
- g) modificar a rotina diária e encontrar novas formas adequadas para lidar com o problema, como: relaxamento, alongamento, caminhadas, leituras antes de deitar-se (etc.);
- h) prestar auxílio aos professores para ensinar e saber lidar com crianças que apresentem sinais de pouco rendimento escolar, em razão dos fatores citados anteriormente, e que perpetuam na sala de aula.

### ***Psicopatologías infantiles: patologías infantiles decurrientes del sueño***

#### *Resumen*

*Este artículo se pretende presentar las patologías derivadas del sueño de la infancia desde el nacimiento del niño. Muchas de estas enfermedades causan dificultades de aprendizaje y la irritabilidad en los niños. Presentar el artículo para la definición de sueño y sus respectivas etapas, como el sueño no paradójico (NREM) y sueño paradójico (REM). Vamos a presentar los trastornos del sueño más comunes en los niños son la noche, la angustia y los terrores nocturnos, pesadillas, ansiedad sueño y el insomnio. Hablaremos de sueño-de hablar, enfermedad muy común entre los niños y pueden ser fácilmente identificados, ya que, parece muy frecuencia como hablar durante el sueño. A lo largo de las patologías del sueño es común parece motores automáticos, el ritmo de sueño. Vamos a mostrar otra enfermedad común en los niños: el sonambulismo y sus complicaciones. Presentar las dificultades del sueño infantil, tales como: enuresis nocturna, la epilepsia nocturna o morféica epilepsia. Y por último, la infancia paologo puntuado las patologías particulares, como la apnea del sueño, y las patologías en particular en este caso la hipersomnia. Al término de este trabajo hacemos hincapié en que el niño no duerme bien por la noche puede tener síntomas diferentes durante el día, tales como: excesiva somnolencia, agitación, dificultad para mantener la atención y concentración,*

*impulsividade, problemas de memoria, la agresión contra los padres y la familia, la conducta de oposición, cambios de ánimo, la ansiedad, y especialmente los problemas en el aprendizaje, etc.*

*Palabras clave: El papel del psicólogo. La intervención psicológica. Psicopatología infantil.*

## REFERÊNCIAS

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário Técnico de Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1979.

MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

NUNES FILHO, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2000.

REIMÃO, Rubens N. A. A; LEFÈVRE Antonio B. Distúrbios do sono na infância. **Revista Revisões & Ensaio**s, São Paulo: Pediat., v. 2, p. 222-229, 1980.

