

Terapia cognitivo-comportamental e o tdah subtipo desatento: uma área inexplorada

Cognitive behaviour therapy and inattentive subtype of attention deficit hyperactivity disorder. A non explored area

Cíntia Machado de Mesquita^I; Patrícia Ribeiro Porto^{II}; Bernard Pimentel Rangé^{III}; Paula Rui Ventura^{IV}

^I Psicóloga (Universidade Federal do Rio de Janeiro) com Formação em Terapia Cognitiva, Pesquisadora do Grupo de Estudos de Déficit de Atenção (GEDA) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Psicóloga da Prefeitura de Angra dos Reis

^{II} Psicóloga (Universidade Federal do Rio de Janeiro), especialista em saúde mental e desenvolvimento infanto-juvenil pela Santa Casa de Misericórdia e mestre em Psicologia pela UFRJ

^{III} Psicólogo (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro), mestre em Psicologia Teórico-Experimental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRJ

^{IV} Psicóloga (Universidade Federal do Rio de Janeiro), doutora em Ciências pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho e professora adjunta do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRJ

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é definido a partir de um curso crônico o qual conduz a diversos comprometimentos. Em adultos, as maiores dificuldades são de organização, sustentação da atenção e memória. O transtorno apresenta como características nucleares a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, e seu diagnóstico é fundamentalmente clínico. Nosso objetivo é relatar o caso de uma cliente adulta

diagnosticada com TDAH subtipo desatento e Depressão Maior, tratada apenas com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em 20 sessões. Inicialmente serão apresentadas as características clínicas do TDAH e breve revisão do tratamento com TCC. As medidas pré e pós-tratamento envolveram o Inventário de Depressão de Beck e *Adult Self-Report Scale*. Entre as intervenções utilizadas estavam a psicoeducação, o questionamento socrático e as estratégias de organização. Após a TCC a cliente não mais preenche critérios para depressão maior, além de apresentar redução dos sintomas de TDAH.

Palavras-chave: TDAH, Adultos, Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is defined from a chronic course which leads to several impairments. In adults, the greatest difficulties are in organization, sustained attention and memory. The disorder presents as core characteristics: inattention, hyperactivity and impulsivity and its diagnosis is mainly clinical. Our aim is to report the case of an adult client diagnosed with ADHD inattentive subtype and Major Depression, treated only with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in 20 sessions. Initially we will present the clinical characteristics of ADHD and a brief review of the treatment of ADHD with CBT. We will then describe the search in the literature about the efficacy of CBT without medication in adults with ADHD inattentive subtype. The measures pre and post-treatment were: Beck Depression Inventory and Adult Self-Report Scale. Some interventions were psychoeducation, Socratic questioning and strategies to improve organization. After CBT, the client no longer meets criteria for major depression and there was a decrease in symptoms of ADHD.

Keywords: ADHD, Adults, Cognitive-behavioral therapy.

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma das causas principais de procura por atendimento em ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes (Faraone, Sergeant, Gillberg & Bierderman, 2003). Em relação aos adultos, muitos não sabem que têm TDAH, assim como desconhecem a existência de tratamento (Doyle, 2006). A maioria dos estudos sobre TDAH é feito com pacientes cursando o ensino fundamental. O número de investigações com pré-escolares, adolescentes e adultos é significativamente menor (Rohde & Mattos, 2003).

Tendo em vista a escassez de estudos sobre o tratamento de TDAH subtipo desatento em adultos apenas com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), este estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente adulta com TDAH subtipo desatento tratada apenas com psicoterapia. Serão apresentadas as características clínicas do TDAH e breve revisão do tratamento do TDAH com TCC.

Características Clínicas do TDAH

As características nucleares são a desatenção, hiperatividade e impulsividade. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (APA, 1995) define TDAH como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, que é mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento e deve causar prejuízo significativo antes dos sete anos, em pelo menos dois contextos, como casa, escola ou trabalho. Possui três subtipos, sendo eles o predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e o subtipo combinado.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico (APA, 1995; Mattos e cols., 2006; Rohde & Mattos, 2003; Schwartzman, 1996). Exames como o eletroencefalograma, neuroimagem ou avaliação neuropsicológica são instrumentos potencialmente úteis, não excluindo a necessidade da entrevista clínica. O TDAH tem sido visto como um transtorno que acomete as funções executivas, sendo estas entendidas como uma gama de processos cerebrais essenciais para a capacidade de planejamento, organização e inibição do comportamento (Barkley, 1997; Biederman e cols., 2006; Rohde & Mattos, 2003).

Em adultos os déficits atentos persistem, mas com maior comprometimento funcional, sendo evidenciados por dificuldades de organização, de sustentação da atenção e de memória (Mattos e cols., 2006; Rohde & Mattos, 2003). A hiperatividade diminui significativamente, podendo ser observada no transcorrer de várias atividades simultâneas (profissionais ou de lazer), ou no relato de uma sensação de inquietude. A impulsividade pode ser identificada na tomada de decisão do indivíduo em contextos da vida diária, como dirigir de forma imprudente e terminar relacionamentos prematuramente (Mattos e cols., 2006; Rohde & Mattos, 2003).

Segundo o DSM-IV (APA, 1995), a prevalência é estimada em 3 a 5% entre as crianças em idade escolar. No entanto, no adulto a prevalência é controversa e estudos demonstram que a persistência dos sintomas é de 60 a 70% dos casos (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002).

Em uma revisão (Polanczyk, Horta, Lima, Biederman & Rohde, 2007) de 102 estudos voltados para a prevalência, encontram-se estimativas de 5,3% entre os menores de 18 anos. Ao separar crianças e adolescentes, obtêm-se taxas de 6,5% e 2,5%, respectivamente. Quanto às comorbidades, o TDAH é associado a altas taxas (Grevet, Salgado, Zeni & Belmonte-de-Abreu, 2007; Souza, Denardin, Rohde, Pinheiro & Mattos, 2004), tendo os adultos a variação de 65 a 89% (Sobanski, 2006). Vale ressaltar que é importante que as comorbidades sejam tratadas antes de intervir no TDAH (Doyle, 2006; Rohde & Mattos, 2003).

Entre os transtornos mais comuns, encontram-se o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno de Conduta (TC) (Biederman e cols., 2002; MTA, 1999; Rohde & Halpern, 2004; Souza e cols., 2004), embora os Transtornos de Ansiedade também sejam comuns. Ao considerar tais Transtornos, as taxas variavam entre 24 e 35% para crianças e adolescentes, respectivamente (Biederman e cols., 2002; MTA, 1999; Rohde & Halpern, 2004; Souza e cols., 2004; Souza, Pinheiro & Mattos, 2005). Em relação aos Transtornos de

Humor, encontram-se o Transtorno Bipolar (23%) e Depressão Maior com taxas de 28% (Biederman e cols., 2002) e 15 a 20% (Rohde & Halpern, 2004) em crianças. Segundo Souza e cols. (2004), a Distímia também está incluída entre as maiores taxas de comorbidade em adultos. Segundo Biederman e cols. (2002) as taxas de Abuso ou Dependência de Substâncias encontram-se em torno de 10 e 37% e de 9 a 40% em adolescentes e adultos (Rohde & Halpern, 2004). Ademais, pesquisas demonstram que aproximadamente 75% de usuários de substância psicoativa (SPA) apresentam comorbidades psiquiátricas, como o TC, TDAH e transtornos do humor. Apesar de não estar claro que o TDAH seja um fator de risco para o uso patológico de SPA, é possível que crianças e adolescentes com TDAH apresentem maior risco (Szobot & Romano, 2007).

O tratamento do TDAH por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, segundo Doyle (2006), envolve quatro etapas – psicoeducação, avaliação das comorbidades, a psicoterapia em si e intervenções no ambiente. Durante a psicoeducação o paciente recebe informações sobre o TDAH. A psicoeducação, além de permitir que os pacientes reconheçam seus sintomas, permite também interpretar os danos que estes causam e obter novas estratégias para o manejo destes (Barkley, 2002b; Doyle, 2006; Knapp, Rohde, Lyszkowski & Johannpeter, 2002; Rohde & Halpern, 2004). Na psicoterapia será muito importante identificar as crenças centrais do paciente, pois muitas podem estar relacionadas ao desconhecimento sobre a doença, como se considerarem incapazes ou inúteis. Os pacientes precisam aprender a contestar suas crenças e adotar uma nova visão de si mesmos (Doyle, 2006; Rostain & Ramsay, 2006).

Finalmente, quanto às intervenções ambientais, no início do tratamento devem-se fazer recomendações ao paciente de forma que o ajude a encontrar um equilíbrio entre estrutura e liberdade (Doyle, 2006). Pode-se definir estrutura como um conjunto de controles externos que tem como objetivo reduzir os prejuízos. Desta forma é indicado o uso de: lista de lembretes, anotações, quadros de avisos, cronogramas, despertadores, lugares silenciosos para estudar e trabalhar, e, ainda, realizar intervalos com frequência (Hallowell & Ratey, 1999; Rohde & Mattos, 2003). É frequente que adultos com TDAH, por agirem impulsivamente, respondam com agressividade. Desta forma, trabalhar a assertividade pode ser uma das metas para a terapia. O oposto da impulsividade, a “obsessão”, também pode ocorrer. Adultos com TDAH podem ficar presos a maneiras de pensar e outros comportamentos que envolvem riscos e sofrimento para o cliente (Doyle, 2006).

Doyle (2006) indica a técnica cognitiva “*Stop, Pull Back, Evaluate, Act, and Reevaluate*” (SPEAR) para o controle da impulsividade, que resumidamente inclui: parar, avaliar, agir e reavaliar. Em situações em que o cliente agiria impulsivamente, com esta sequência ele poderá aprender a controlar suas reações por meio de treinos com o terapeuta.

Apesar de o TDAH ser tratado primariamente com medicação (MTA, 1999; Rohde & Halpern, 2004; Rohde e cols., 2005; Schwartzman, 1996; Segenreich & Mattos, 2004), alguns clientes não apresentam adesão ao tratamento (Doyle, 2006). Além disso, muitos indivíduos continuam a apresentar alguns sintomas residuais e estes podem ser amenizados com TCC, assim como sintomas de ansiedade e depressão, além dos sintomas do TDAH (Rostain & Ramsay, 2006; Safren, 2006; Safren e cols., 2005).

Sintomas tidos como secundários, como dificuldades nas relações sociais, frequentemente exigem a intervenção terapêutica na abordagem Cognitivo-Comportamental (Segenreich & Mattos, 2004). A TCC é apontada como a modalidade psicoterápica com maior evidência científica de eficácia para os sintomas nucleares do transtorno, para o manejo dos sintomas

comportamentais associados, como a oposição (Doyle, 2006; Knapp e cols., 2002; Rohde & Halpern, 2004), e para problemas funcionais, como procrastinação, pobre manejo de tempo e organização (Rostain & Ramsay, 2006).

Hesslinger e cols. (2002) apresentaram um tratamento estruturado para pacientes que, após o uso da medicação, ainda necessitavam de intervenções psicoterapêuticas adicionais. Este tratamento foi adaptado de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. A fim de verificar a eficácia do tratamento, foram utilizadas diversas medidas de avaliação e os clientes obtiveram melhoras em todas elas. Segundo Ramsay e Rostain (2007), em uma revisão sobre tratamento em adultos com TDAH, há evidências que apoiam o uso de intervenções psicossociais juntamente com farmacoterapia. Novamente, de acordo com Wender, Wolf e Wasserstein (2001), a TCC é importante para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Portanto, a TCC ajuda o cliente a redirecionar sua atenção, reestruturar suas crenças de maneiras mais adaptativas e mudar o modo como se sente, modificar seus comportamentos e auxiliar nas habilidades sociais. Os clientes aprendem estratégias de resolução de problemas, automonitoria, manejo de tempo, técnicas de organização, controle da raiva e agressividade (Barkley, 2002b; Doyle, 2006; Hallowell & Ratey, 1999; Knapp e cols., 2002; Rohde & Halpern, 2004; Rohde & Mattos, 2003).

Ao se revisar a literatura sobre a eficácia da TCC, sem a utilização de fármacos, no tratamento de adultos diagnosticados com TDAH de Subtipo Desatento, os seguintes parâmetros foram utilizados em uma busca na base ISI, com as seguintes palavras-chaves: TS= (behaviour therapy or behavior therapy or behavioural therapy or behavioral therapy or cognitive therapy or cognitive behavioural therapy or cognitive behavioral therapy and attention disorder with hyperactivity or attention deficit hyperactivity disorder or ADHD.) Buscamos de artigos atuais até os do ano de 1997.

Não foram encontrados estudos voltados para a eficácia da TCC, sem a utilização de medicação, com adultos diagnosticados com TDAH Subtipo Desatento. Foram identificados estudos sobre intervenções psicossociais, intervenções cognitivas, (Safren, Sprich, Chulvick & Otto, 2004), TCC com medicação (Safren, 2006; Safren e cols., 2005) e estudos sobre a eficácia da TCC ou tratamento comportamental com crianças (Barkley, 2002a; Brown e cols., 2005; Coles e cols., 2005; Dreisorner, 2006; Frolich, Dopfner, Berner & Lehmkuhl, 2002; Saile, 1996). Diante deste panorama foi desenvolvido um protocolo para atendimento da cliente T submetida apenas ao tratamento com TCC para Depressão e TDAH.

Relato de Caso

A cliente T no início da TCC tinha a idade de 44 anos, apresentava o estado civil separada, tinha três filhos e a formação acadêmica de nível superior, exercendo o cargo de técnico administrativo. Procurou atendimento devido a dificuldades para dormir, sentir-se muito triste, chorosa, não ter ânimo para trabalhar, para sair ou ligar para os amigos. Sentia-se culpada, decepcionada consigo mesma, considerava-se sem atrativos, não conseguia tomar decisões facilmente, apresentava alterações no apetite, sentia-se bastante indisposta.

Estava muito insatisfeita com o trabalho e não via nele pontos positivos. A cliente relatou que sua "tristeza" se iniciou quando entrou para este emprego, por volta de dois anos antes do início da terapia. Entretanto, há mais de seis meses isso se intensificou. Principalmente enquanto trabalhava, cometia muitos erros por desatenção, achava o trabalho monótono, rotineiro e acreditava ser incapaz. Desqualificava sua função, dizia sentir-se inútil.

Desde criança, T se considera "desatenta e desorganizada", não prestando atenção às aulas, o que exigia a reposição em casa. Ademais, ela relata que não consegue prestar atenção por muito tempo no que as pessoas dizem, distrai-se com outras atividades, perde objetos com frequência e tem dificuldade para lembrar-se de compromissos.

Inicialmente, a cliente foi avaliada por meio de anamnese. Houve administração da Escala Beck de Depressão (BDI) (Cunha, 2001), da Escala Beck de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001) e somente após remissão de sintomas depressivos, da Escala *Adult Self-Report Scale* (ASRS), validada no Brasil (Mattos, Segenreich e cols., 2006), a qual avalia a frequência dos sintomas de TDAH por meio de 18 questões baseadas nos critérios do DSM-IV. T preenchia critérios para Depressão Maior e TDAH. Este só pode ser confirmado após a remissão do quadro depressivo, demonstrando que as queixas de concentração não se deviam ao quadro depressivo.

A cliente não aderiu ao tratamento farmacológico tanto para Depressão quanto para TDAH, acreditando que por não ser "natural", a medicação poderia trazer prejuízos ao seu organismo. Houve psicoeducação a este respeito, uma vez que o tratamento de primeira escolha para o TDAH é o medicamentoso, embora a cliente preferisse não fazer uso deste.

A intervenção psicológica com a Terapia Cognitivo-Comportamental consistiu em vinte sessões, com frequência semanal, duração de sessão de 50 min. em um período de aproximadamente cinco meses. O tratamento foi voltado para a redução dos sintomas depressivos e, posteriormente, para o TDAH e constou de psicoeducação, treino de soluções de problemas, questionamento socrático, reestruturação cognitiva das crenças de incompetência e inutilidade que influenciavam sua satisfação com o trabalho. O tratamento contou também com o treino de organização, uso adequado de agenda, lembretes em locais visíveis e alarmes, tais como avisos no celular. Foi sugerida a realização de intervalos com frequência no trabalho para restabelecer a atenção e evitar erros. Foram utilizados também: estratégias de treino em estabelecimento de prioridades, manejo de tempo, a técnica cognitiva SPEAR e a priorização de espaço silencioso para execução de atividades que demandam concentração.

Resultados

Seguindo os critérios do DSM-IV (APA, 1995), a cliente não mais apresentava Depressão Maior. Também foi observada mudança nos resultados do BDI, tendo este sido modificado de 22 pontos (grau moderado) para nove pontos (grau mínimo). A cliente evidenciava menos distorções cognitivas do que no início do tratamento, principalmente em relação à sua competência. Apesar de reconhecer pontos positivos em seu emprego, que inicialmente desconsiderava, T decidiu estudar para um novo concurso que poderia resultar em satisfação e retorno financeiro. Quanto ao diagnóstico de TDAH, a cliente ainda preenchia critérios embora apresentasse redução na frequência dos sintomas, conforme demonstrou a

ASRS. Na Parte A da escala, que avalia sintomas de desatenção, revelou melhora em seis itens, assim como na Parte B de hiperatividade e impulsividade.

Após a psicoterapia, a cliente conseguiu lidar melhor com as prioridades e manejar seu tempo. Dentre outros ganhos, a cliente apresentou redução na frequência de erros cometidos por desatenção, melhora na organização, tanto em casa como no trabalho, menos distração com estímulos alheios à tarefa e houve uma diminuição da dificuldade de lembrar de compromissos e obrigações.

Conclusão

A revisão de literatura implementada neste estudo sobre a eficácia da TCC no tratamento de adultos diagnosticados com TDAH Subtipo Desatento mostra a necessidade de novos estudos nesta área. É possível ressaltar que a TCC tem um papel fundamental na psicoeducação acerca do transtorno, no manejo dos sintomas e na adesão ao tratamento medicamentoso (Grevet, Abreu & Shansis, 2003; Knapp e cols., 2002; Rohde & Halpern, 2004; Rostain & Ramsay, 2006; Segenreich & Mattos, 2004; Wender e cols., 2001). Apesar da importância da medicação (MTA, 1999; Rohde & Halpern, 2004; Rohde e cols., 2005; Schwartzman, 1996; Segenreich & Mattos, 2004), há dificuldades quanto à adesão ao tratamento (Doyle, 2006) e, ainda, o tratamento unicamente farmacológico pode se mostrar insuficiente para 50% dos clientes adultos (Rostain & Ramsay, 2006). Para estes a terapia psicológica é fundamental na aceitação da patologia e no desenvolvimento de novas habilidades para reduzir os prejuízos. Assim, os sintomas residuais podem ser amenizados com TCC, assim como sintomas de ansiedade e depressão, comorbidades bastante comuns no TDAH (Doyle, 2006; Hesslinger e cols., 2002; Knapp, 2004; Rostain & Ramsay, 2006; Safren, 2006; Safren e cols., 2005).

Ao final do tratamento de T, a cliente não preenchia critérios para Depressão Maior, o que está em concordância com a diminuição observada no escore do BDI, assim como com os critérios baseados no DSM-IV. T apresentou também redução dos sintomas de TDAH, conforme a escala ASRS. Este estudo pode contribuir na área de tratamentos de adultos diagnosticados com TDAH Subtipo Desatento, ao mostrar a necessidade de investigações adicionais com esta população. Por tratar-se de um estudo de caso, vale ressaltar a importância de pesquisas com outros delineamentos que envolvam maior controle das variáveis analisadas no tratamento dos adultos com tal diagnóstico.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4a edição). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94.

Barkley, R. A. (2002a). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 36-43.

Barkley, R. A. (2002b). *Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. A.; Fischer, M.; Smallish, L. & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279-89.

Biederman, J.; Mick, E.; Stephen, D.; Faraone, V.; Braaten, E.; Doyle, A.; Spencer, T.; Wilens, T. E.; Frazier, E. & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42.

Biederman, J.; Petty, C.; Fried, R.; Fontanella, J.; Doyle, A. E.; Seidman, L. J. & Faraone, S. V. (2006). Impact of Psychometrically Defined Deficits of Executive Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1730-1738.

Brown, R. T.; Amler, R. W.; Freeman, W. S.; Perrin, J. M.; Stein, M. T.; Feldman, H. M.; Pierce, K. & Wolraich, M. L. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115(6), 749-757.

Coles, E. K.; Pelham, W. E.; Gnagy, E. M.; Burrows-McLean, L.; Fabiano, G. A.; Chacko, A.; Wymbs, B. T.; Tresco, K. E.; Walker, K. S. & Robb, J. A. (2005). A controlled evaluation of behavioral treatment with children with ADHD attending a summer treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(2), 99-112.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Doyle, B. B. (2006) *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Dreisorner, T. (2006). The efficacy of training programs in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Kindheit Und Entwicklung*, 15(4), 255-266.

Faraone, S. V.; Sergeant, J.; Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition? *World Psychiatry* 2(2), 104-113.

Frolich, J.; Dopfner, M.; Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002). Combined cognitive behavioural treatment with parent management training in ADHD. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 51(6), 476-493.

Grevet, E. H.; Abreu, P. B. & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista de Psiquiatria*, 25(3), 446-452.

- Grevet, E. H.; Salgado, C. A.; Zeni, G. & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). Transtorno de Oposição e Desafio e Transtorno de Conduta: Os Desfechos no TDAH em Adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 34-38.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (1999). *Tendência à Distração: Identificação e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da Infância à Vida Adulta*. (A. Carvalho, Trad.) Rio de Janeiro: Rocco.
- Hesslinger, B.; van Elst, L. T.; Nyberg, E.; Dykieriek, P.; Richter, H.; Berner, M. & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177-184.
- Knapp, P. (Org) (2004). *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P.; Rohde, L.; Liskowski, L. & Johannpeter, J. (2002). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- The MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and Mediators of Treatment Response for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. The Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1088-1096.
- Mattos, P.; Palmi, A.; Salgado, C.; Segenreich, D.; Grevet, E.; Oliveira, I.; Rohde, L.; Romano, M.; Louzã, M.; Abreu, P. & Lima, P. (2006). Painel brasileiro de especialistas sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), 50-60.
- Mattos, P.; Segenreich, D.; Saboya, E.; Louzã, M.; Dias, G. & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural da escala ASRS – 18 (versão 1.1) para avaliação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos para o português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 188-194.
- Polanczyk, G.; Horta, B.; Lima, M.; Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Ramsey, J. R. & Rostain, A. L. (2007). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. Current-evidence and future directions. *Professional Psychology-Research and Practice*, 38(4), 338-346.
- Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Journal of Pediatrics*, **80(2)**, 61-70.
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Rohde, L.; Szobot, C.; Polanczyk, G.; Schmitz, M.; Martins, S. & Tramontina, S. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? *Biological Psychiatry*, 57(11), 1436-1441.

Rostain, L. A. & Ramsay, J. R. (2006). A Combined Treatment Approach for Adults With ADHD – Results of an Open Study of 43 Patients. *Journal of Attention Disorders*, 10 (2), 150-159.

Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in a adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 46-50.

Safren, S. A.; Otto, M. W.; Sprich, S.; Winett, C. L.; Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831-842.

Safren, S. A.; Sprich, S.; Chulvick, S. & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 349.

Saile, H. (1996). Meta-analysis about the effectiveness of psychological treatment for hyperactive children. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie – Forschung Und Praxis*, 25(3), 190-207.

Schwartzman, J. S. (1996). Distúrbios de Atenção. Em: P. B. Sukiennik (Org.). *O aluno Problema. Transtornos emocionais de crianças e adolescentes* (pp. 247-260). Porto Alegre: Mercado Aberto.

Segenreich, D. & Mattos, P. (2004). Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH. Uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 117-123.

Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 26-31.

Souza, I. G.; Denardin, D.; Rohde, L. A.; Pinheiro, M. A. & Mattos, P. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity in Brazil: Comparisons between two referred samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(4), 243-248.

Souza, I.; Pinheiro, M. A. & Mattos, P. (2005). Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq Neuropsiquiatria*, 63(2), 407-409.

Szobot, C. M. & Romano, M. (2007). Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 39-44.

Wender, P. H.; Wolf, L. E. & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 1-16.

[Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Cíntia Machado de Mesquita.

Avenida Rio Branco, 277 sala1603 Centro – RJ.

E-mail: cimachado@gmail.com

Recebido em: 24/10/2008

Aceito em: 23/01/2009