

**DIRETRIZES SOBRE COMORBIDADES
PSIQUIÁTRICAS NA DEPENDÊNCIA DO
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
ABEAD – 2002**

**TDAH - DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS E O TRANSTORNO DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

Hospital Israelita Albert Einstein

Dr. Marcos Romano

Tópicos

- Definição
- História
- Prevalência
- Diagnóstico
- Etiopatogenia
- TDAH e Dependência Química
- Tratamento

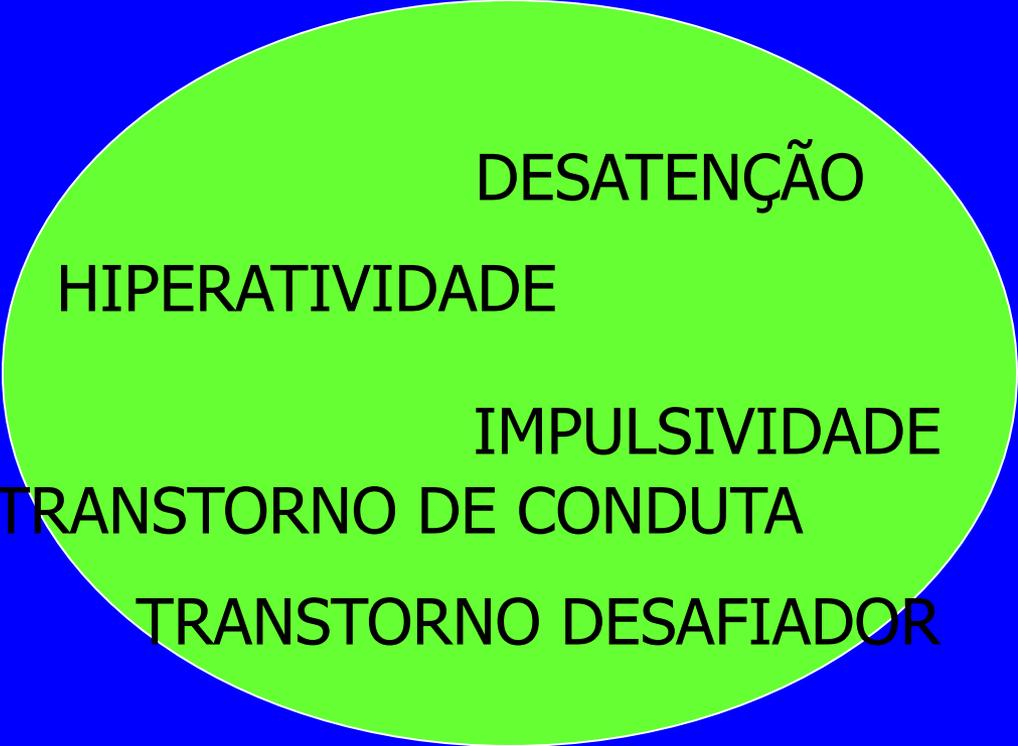
Definição

- O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade caracteriza-se por dificuldade em prestar atenção a estímulos internos e externos, prejuízos na capacidade de organizar e completar tarefas, e problemas em controlar comportamentos, emoções e impulsos

História

- **Descrito pela primeira vez em 1902 (G. Still)**
- **Antigamente: Disfunção Cerebral Mínima**
- **Até pouco tempo, sua existência só era reconhecida em crianças**
- **Das crianças com TDAH, 40% vão desenvolver personalidade anti-social, abuso de substâncias e/ou criminalidade durante a adolescência ou idade adulta**

Amostra inicial



DESATENÇÃO
HIPERATIVIDADE
IMPULSIVIDADE
TRANSTORNO DE CONDUTA
TRANSTORNO DESAFIADOR

TRANSTORNO DE CONDUTA

HIPERATIVIDADE

DESATENÇÃO

IMPULSIVIDADE

TRANSTORNO DESAFIADOR

DSM-IV: Três tipos

DESATENÇÃO

TIPO
DESATENTO

TIPO
COMBINADO

HIPERATIVIDADE/
IMPULSIVIDADE

TIPO
HIPERATIVO/
IMPULSIVO

Tendência atual

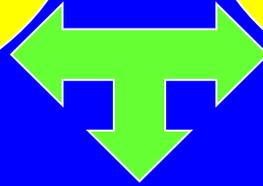
TRANSTORNO
DO DÉFICIT
DE ATENÇÃO

AMBOS OS
TRANSTORNOS
TDA + THI

TRANSTORNO DE
HIPERATIVIDADE-
IMPULSIVIDADE

TRANSTORNO DE
HIPERATIVIDADE-
IMPULSIVIDADE

TRANSTORNO DE CONDUTA



PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL

Prevalência varia conforme a amostra^{1,2,3}:

- Amostras clínicas: o tipo combinado é mais prevalente (45% - 62%)
- Na comunidade:
 - Tipo desatento: 4,5% a 9%
 - Tipo combinado: de 1,9% a 4,8%
 - Tipo hiperativo/impulsivo: de 1,7 a 3,9%

Avaliação

História clínica – o que pesquisar:

- Existência e duração dos sintomas primários
- Dificuldades com leitura
- Dificuldades com organização, perda de objetos
- Tendência ao devaneio (durante leituras, conversas, aulas); pensamentos pulam de uma idéia para outra
- Esquecimentos freqüentes; sensação de estar sobrecarregado
- Dificuldade em completar tarefas
- Interesse muda rápido de uma coisa para outra
- Distratibilidade, impulsividade, impaciência, temperamento esquentado, irritabilidade, raiva fácil
- Oscilações freqüentes do humor

Avaliação – cont.

História objetiva (pais ou outro informante):

- História do desenvolvimento
- História de dano cerebral, tiques, transtorno de conduta
- História escolar (desempenho, repetência)
- História de depressão, labilidade afetiva
- História familiar de sintomas de TDAH

Avaliação – cont.

Testes:

- Testes de memória, de leitura (fluência, compreensão, retenção e evocação), fluência verbal, abstração, inteligência estimada, testes aritméticos
- Escalas (Brown, Conners)

Se necessário, avaliação neuropsicológica:

- WAIS-R (alguns subtestes)
- Wisconsin Card Test, Stroop, Continuous Performance Test (CPT)

“Atenção”

Prejuízos não oriundos de uma única função cognitiva, mas de uma mistura de diversas funções cognitivas subjacentes ao conceito de “atenção”

- Ativação e organização
- Atenção sustentada e concentração
- Sustentação da energia e do esforço
- Manejo de interferências afetivas
- Memória de trabalho

“Função executiva”

- Refere-se a um amplo espectro de processos centrais de controle no cérebro que conecta, prioriza e integra operações de funções subordinadas
- Função de “gerenciamento”: algumas funções cerebrais gerenciam outras funções
- Córtex pré-frontal
- “O crescimento é, na essência, o desenvolvimento de uma função executiva competente” (Denckla, 1996)

Memória de trabalho

- Um subsistema de funções de memória de curto-prazo que retém e manipula informação atualmente processada. Sustenta o foco e o contexto imediato da atenção e se refere à capacidade cerebral de manter-se conectado, fazendo um uso ativo de informação crucial para o funcionamento atual enquanto prossegue em outras funções

Emoção e Interesse

- O interesse é uma motivação extremamente importante para o desenvolvimento de habilidades, competências e inteligência
- O poder motivador do interesse pode ser mais aparente quando ausente, bem descrito nas queixas crônicas de adultos com TDA que, embora possam “hiperfocar” em atividades nas quais tem especial interesse, eles cronicamente sentem-se incapazes de mobilizar-se para tarefas nas quais não tem um interesse imediato especial, mesmo quando estão suficientemente conscientes de que não realizar aquela tarefa desinteressante pode causar problemas importantes mais tarde

TDAH e Dependência Química

- Prevalência: 15% a 25% na Dep. Quim¹.
- Afeta o início, as transições e a recuperação
- Início mais cedo/ maior gravidade²
- Risco 2 x maior³
- Início precoce do tabagismo (<16 anos)⁴
- Início precoce do uso de outras substâncias⁵

1. Levin et al 1997; 2. Carrol & Rounsaville 1993;
3. Biederman et al 1995; 4. Milberger 1997;
5. Wilens et al 1997

TDAH e Dependência Química

- Aceleração das transições (1,2 ano X 3 anos)¹
- Remissão (2x + tempo)¹
- Abuso de substâncias dura em média 3 anos +¹
- Comorbidade com transtorno bipolar, trans. de conduta e personalidade anti-social aumentam desproporcionalmente o risco e a gravidade²

1. Wilens et al 1998; 2. Barkley et al 1990; Biederman et al 1997; Gittelman et al 1985; Hectman and Weiss 1986

Prováveis mecanismos

- Automedicação
- Relação com sintomas secundários do TDAH: baixa auto-estima, desmoralização e fracassos
- Julgamento precário/Impulsividade
- Comorbidades: TAB, TC, TPAS
- História familiar (genética)
- Genética molecular: polimorfismo alelo 7 D₄ (comportamento de busca de sensações)
- Ambos os transtornos compartilhariam os mesmos fatores de risco

Tratamento

- Educação sobre TDAH para o paciente e familiares
- Evitar longas trocas verbais
- Evitar ambientes demasiado estimulantes
- Proporcionar sessões estruturadas e direcionadas aos objetivos

Tratamento Farmacológico

- A dependência química deve ser tratada primeiro
- TDAH simples
 - 1ª linha: estimulantes
 - 2ª linha: antidepressivos
- TDAH na Dependência Química:
 - 1ª linha: antidepressivos
 - 2ª linha: estimulantes

Estimulantes

Ritalina® (metilfenidato) 10mg

- Vantagens:
 - Eficácia de até 80%-90% em estudos controlados
 - Bem tolerada, poucos efeitos colaterais
- Desvantagens:
 - Tomar várias vezes ao dia
 - Certo potencial de abuso
 - Disforia/craving em alguns pacientes
- Doses: 20mg a 60mg/dia, divididos em 3 a 4 tomadas, com intervalo de 3-4h entre elas

Antidepressivos

- Bupropiona (Wellbutrin[®], Zyban[®]):
 - Eficácia comparável a do metilfenidato
 - Excelente tolerabilidade
 - Uma ou duas vezes ao dia
 - Não apresenta potencial de abuso
 - Perfeito se também houver tabagismo ou depressão
- Venlafaxina (Efexor[®]):
 - Também tem apresentado eficácia, embora necessite confirmação com novos estudos

AVALIAÇÃO INICIAL



SINTOMAS DE
DESATENÇÃO
HIPERATIVIDADE
IMPULSIVIDADE

SIM

ENTREVISTA COM
FAMILIARES:
HISTÓRIA ANTERIOR
DE SINTOMAS

SIM

ENTREVISTA
SEMI-ESTRUTURADA
APLICAÇÃO DE
ESCALAS

NÃO

NÃO

CONCLUSIVO?

NÃO

CONFIRMA?

NÃO

SIM

TRATAMENTO APENAS
DA DEP. QUIMICA

TRATAMENTO TAMBÉM
DO TDAH

