

## Comorbidade: Transtorno do Déficit de Atenção nas Dependências Químicas

O conceito de comorbidade só se torna relevante quando pacientes com um dos transtornos têm um risco maior de desenvolver o outro, ou se a co-ocorrência altera significativamente o prognóstico, curso, resposta ao tratamento, ou resultados de um ou ambos os transtornos<sup>1</sup>.

A relação entre o TDAH e abuso de substâncias vem sendo objeto de relatos de caso e de pesquisas há muito tempo<sup>2,3</sup> e esta comorbidade torna-se um tema obrigatório para aqueles profissionais que lidam com qualquer um dos dois transtornos, já que pacientes que apresentam tal comorbidade tem necessidades específicas, e tendem a responder ao tratamento de forma peculiar, necessitando de abordagens especificamente direcionadas às suas necessidades.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade foi descrito pela primeira vez em 1902 pelo pediatra inglês George Still; antigamente chamado Disfunção Cerebral Mínima; até pouco tempo só tinha sua existência reconhecida entre as crianças, afetando de 6% a 9% delas<sup>4</sup>; acreditava-se que haveria remissão espontânea dos sintomas da síndrome durante a adolescência. Hoje se sabe que em 10% a 65% dos casos, a síndrome permanece até a idade adulta<sup>5,6</sup>, com sintomas suficientemente debilitantes para comprometer o desempenho acadêmico ou profissional, as relações interpessoais e para tornar tais pessoas mais suscetíveis de desenvolver uma série de patologias psiquiátricas: transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, transtornos de aprendizagem, transtornos do uso de substâncias<sup>7,8</sup>.

A despeito do nome da síndrome, “déficit de atenção” não é exatamente o problema; trata-se, na verdade, de uma falta de consistência no controle e no direcionamento da atenção; sendo tais pessoas capazes, às vezes, de momentos de hiperconcentração, imprevisíveis<sup>9</sup>. Atualmente, trabalha-se com um conceito mais amplo da atenção, fruto de estudos cognitivos, onde os processos cognitivos responsáveis pelas funções executivas são divididos em cinco grupos<sup>1</sup>:

1. ativação e organização para o trabalho
2. atenção sustentada e concentração
3. esforço sustentado
4. manejo de interferências afetivas
5. memória de trabalho

Tal compreensão permite, inclusive, compreender melhor as diferentes manifestações clínicas do TDAH.

As crianças com TDAH às vezes são descritas pelos pais como “prestando atenção em tudo”. Mas são facilmente distraídas, e com frequência perdem-se em devaneios; não terminam as tarefas, cometem erros por distração, confundem instruções, tudo isso apesar de uma inteligência normal ou superior. Muitas são impulsivas, impacientes, irritáveis, e incapazes de tolerar frustração. Falam incessantemente, interrompem e intrometem-se nas brincadeiras ou nas conversas dos outros, e são muito suscetíveis a acidentes (vivem machucando-se, desde pequenos ferimentos e lacerações, até fraturas). A hiperatividade física manifesta-se muito precocemente; são crianças difíceis de sentar

e permanecer quietas; quando precisam permanecer quietas, elas tamborilam os dedos, sacodem as pernas ou batem os pés<sup>9</sup>.

Problemas do sono são freqüentes: dificuldade para acordar pela manhã, sonolência diurna excessiva em atividades que demandam atenção sustentada, e dificuldade para iniciar o sono à noite<sup>1</sup>.

Mais de um quarto dessas crianças apresenta repetência escolar, e um terço não conclui o segundo grau<sup>10</sup>. Conflito familiar é um dos maiores problemas associados<sup>10</sup>. Sem um diagnóstico apropriado, os pais com freqüência culpam a si mesmos, culpam-se mutuamente, ou culpam a criança. Esforços dos pais para controlar a criança freqüentemente a tornam mais desafiadora e alheia.

Como resultado disso, com freqüência observamos baixa auto-estima, sentimentos de inadequação social, história crônica de fracassos, baixo desempenho escolar, elevada sensibilidade a críticas e um processo crônico de estigmatização, sendo com freqüência rotuladas como apáticas, desmotivadas, preguiçosas, desinteressadas, incompetentes, pouco esforçadas, irresponsáveis, ou simplesmente “más”. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a diminuir de intensidade, mas os problemas da atenção que persistem tendem a ser ainda mais debilitantes.

Quando prejuízos atencionais estão presentes na infância, com ou sem hiperatividade, tendem a persistir na idade adulta, com freqüência em formas que causam problemas para tais indivíduos na escola, no trabalho, e nas relações sociais<sup>11</sup>.

Estudos de seguimento de crianças com TDAH forneceram evidências de que nem todas as crianças apresentam remissão da síndrome<sup>12-16</sup>. Estudos epidemiológicos revelam que quase 5% dos adultos preenchem critérios para TDAH<sup>17</sup>. Em muitos casos, adultos que foram “finalmente” diagnosticados com TDAH após anos de funcionamento social e acadêmico insuficientes sentem um alívio e uma explicação para anos de baixo desempenho e fracassos<sup>9</sup>. São pessoas que apresentam sensação crônica de insegurança, é comum relatarem que se sentem como se estivessem em um palco, porém sem script, sem saber qual o seu papel; caminham pelo palco até perceberem que algo se passa ali – há atores em cena, contracenando; intrometem-se então na conversa, sentem-se um tanto deslocados, e aí saem, sem entender direito o que se passou; e têm essa sensação no seu dia-a-dia.

Três subtipos de TDAH são reconhecidos: o tipo predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo-impulsivo, e o tipo combinado. Estudos mais recentes indicam que a prevalência varia conforme a amostra estudada: em amostras clínicas, o tipo combinado é o mais freqüente; em amostras na comunidade, o tipo desatento apresenta uma prevalência maior (4,5% a 9%), em seguida a maior prevalência é do tipo combinado (1,9% a 4,8%); o tipo hiperativo-impulsivo responde por uma minoria dos casos, sua prevalência variando de 1,7% a 3,9%<sup>27-29</sup>. A diferença na prevalência entre as amostras clínicas e as da comunidade provavelmente é explicada pela probabilidade maior de o tipo combinado buscar ajuda profissional, já que apresenta sintomas que tendem a mobilizar mais as pessoas envolvidas (pais, professores) do que o tipo desatento, que muitas vezes passa despercebido.

## **Crítérios diagnósticos do DSM-IV:**

A. (1) ou (2):

(1) seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau desadaptado e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

*Desatenção:*

■(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividade (p. ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa
- (i) com frequência apresenta esquecimentos em atividades diárias

(2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade/impulsividade por pelo menos 6 meses em grau desadaptado e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

*Hiperatividade:*

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes ou adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
- (f) frequentemente fala em demasia

*Impulsividade:*

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- (h) com frequência tem dificuldade em aguardar sua vez
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (p. ex. intromete-se em brincadeiras ou conversas)

B. Alguns sintomas que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola/trabalho/casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um T. Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (T. Humor, T. Ansiedade, T. Dissociativo, T. Personalidade).

**Queixas e observações mais comuns em adultos com TDAH<sup>18</sup>:**

- mudanças rápidas e breves de humor
- temperamento esquentado
- baixa auto-estima; sentimento de inadequação
- intolerância a stress; sentimento crônico de estar sobrecarregado
- desorganização e ineficiência
- dificuldade em concluir tarefas
- dificuldade em relaxar
- sono agitado
- estilo de vida excessivamente ativo
- esquecimentos
- falar ou tomar decisões sem pensar
- fracasso em atingir o potencial
- dificuldade em manter empregos ou sustentar relacionamentos
- violência doméstica
- abuso de álcool ou outras drogas

Observações<sup>18</sup>:

- constante e despropositado movimento de extremidades
- distratibilidade
- desinibição
- dificuldade em acompanhar longas explicações
- desorganização quando deve responder a questões abertas
- comportamentos anti-sociais, compulsivos, de busca de estímulos
- teimosia

## **A relação entre TDAH e transtornos do uso de substâncias**

Há cada vez mais evidências de que os dois transtornos apresentam estreita relação<sup>2</sup>, compartilhando importantes características. Portadores de TDAH experimentam drogas mais cedo, usam em maior quantidade, viciam-se mais rápido, apresentam grau mais grave de dependência, apresentam um curso mais longo da dependência, demoram mais para buscar tratamento e apresentam mais problemas no tratamento.

Estudando 120 adultos com TDAH, Wilens e col.<sup>19</sup> demonstraram que a experimentação de substâncias ocorre em média três anos mais cedo do que em adultos normais. O risco aumenta se houver Transtorno de Conduta associado. As razões que aventa para isso são: menor percepção das conseqüências do abuso, maior dificuldade de cessação do uso, menor senso crítico na escolha do grupo, maior tendência de automedicação.

Biederman e col.<sup>20</sup>, compararam 120 adultos com TDAH e 268 adultos sem TDAH, verificando um risco 2x maior para desenvolver transtorno do uso de substâncias durante a vida entre os adultos com TDAH (52% x 27%).

Em um estudo mais recente, Biederman e col.<sup>21</sup>, estudando um grupo de 239 adultos com TDAH, concluíram que abuso do álcool precoce colocava tais indivíduos em um risco muito maior de desenvolvimento de abuso de substâncias, e que uma vez havendo abuso de substâncias, tais indivíduos tinham uma propensão muito maior de cronificação dos problemas relacionados ao uso de substâncias.

O abuso de substâncias também segue um curso mais prolongado nos adultos com TDAH, comparados aos adultos sem TDAH; em média, o abuso de substâncias dura três anos a mais entre os portadores de TDAH, e apresenta um índice de remissão menor<sup>22</sup>.

Adultos com TDAH apresentam prevalência na vida muito maior para transtornos do uso de substâncias: aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool e 20% deles apresentam história de abuso ou dependência de outras substâncias<sup>2,8</sup>.

O abuso ou dependência de álcool é o mais prevalente entre adultos com TDAH, sendo a maconha a mais comum droga de abuso, seguida por estimulantes e cocaína<sup>3</sup>.

Estudos com indivíduos que se apresentam para tratamento para abuso ou dependência de substâncias revela alta prevalência de TDAH entre eles. A prevalência de TDAH entre alcoolistas variou entre 17% a 50%<sup>23-25</sup>, e a prevalência de TDAH entre abusadores de cocaína e opióides variou de 17% a 45%<sup>2</sup>.

Abusadores de cocaína com história de TDAH na infância eram mais jovens na apresentação para tratamento, haviam tido um início precoce do abuso, apresentavam com mais frequência transtorno de conduta/transtorno anti-social, e faziam um uso mais intenso de cocaína do que os que não tinham TDAH<sup>26</sup>.

## Tratamento

Compreender a relação entre TDAH e DQ é fundamental por duas razões: 1) desenvolver intervenções terapêuticas apropriadas para esses pacientes, e 2) desenvolver estratégias eficazes de prevenção ao abuso de álcool e drogas em crianças e adolescentes.

A tarefa inicial do tratamento envolve educação sobre TDAH, o que por si mesmo já pode trazer grande alívio do sofrimento psíquico do paciente e uma redução dramática dos sintomas<sup>10,30</sup>. Somando-se ao TDAH, tais pacientes com frequência apresentam baixa auto-estima, comportamentos de risco, e dificuldades em seguir programas de 12 passos, além de psicoterapias de grupo e individual<sup>2</sup>. Sessões estruturadas e sessões direcionadas aos objetivos, com o terapeuta ativamente reforçando o conhecimento do paciente sobre o TDAH e sobre o TUSP e examinando crenças errôneas sobre a história das suas (do paciente) dificuldades, servem como um esqueleto de uma intervenção eficaz<sup>2,30</sup>. Longas trocas verbais, extensas terapias em grupo, e ambientes demasiadamente estimulantes devem ser evitados, pois com frequência sobrecarregam o paciente com TDAH/TUSP. Uso de modalidades outras que não as verbais/auditivas podem ser úteis nessa população.

Ao avaliar um paciente com abuso de substâncias para a presença de TDAH, um clínico se confronta com três problemas diagnósticos maiores. O primeiro é que o diagnóstico requer uma história de TDAH na infância, o segundo é a elevada incidência de transtornos psiquiátricos comórbidos com TDAH e com TUSP, e o terceiro é a alta taxa de sobreposição de sintomas ente TDAH, TUSP, e outros transtornos médicos e psiquiátricos.

TDAH adulto é a continuação de um transtorno que tem sua origem na infância. Estritamente falando, não se pode fazer o diagnóstico de TDAH em um adulto sem uma história infantil positiva para dificuldades de atenção, impulsividade e hiperatividade<sup>31</sup>.

Avaliar sintomas primários de desatenção, impulsividade e hiperatividade durante longos períodos de abstinência pode ajudar a clarear o quadro clínico. Atenção especial deve ser dada à detecção de outros transtornos psiquiátricos e cognitivos não diretamente relacionados ao TUSP. Ainda, clínicos especialistas em adição e TDAH tem descoberto que intervenção no tempo certo – mais precoce do que anteriormente recomendado – pode ajudar a estabilizar a recuperação mais do que a coloca em risco<sup>32</sup>.

## Referências

1. Brown, TE. Attention-Deficit Disorders and comorbidities in children, adolescents and adults, 1<sup>st</sup> ed. American Psychiatric Press, 2000.
2. Wilens TE; Biederman J; Spencer TJ; Frances RJ. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity and psychoactive substance use disorders. *Hosp Community Psychiatry*; 45(5): 421-3, 435, 1994.
3. Biederman J; Wilens T; Mick E; Milberger S; Spencer TJ; Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*; 152(11):1652-8, 1995.
4. Anderson, JC, Willinas S, McGee R, et al. DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry* 44:69-76, 1987.

5. Spencer T; Biederman J; Wilens T; Faraone SV. Is attention-deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder? *Harv Rev Psychiatry*; 1(6):326-35, 1994.
6. Denckla MB. The child with developmental disabilities grown up: adult residua of childhood disorders. *Neurol Clin*; 11(1):105-25, 1993.
7. Biederman J; Newcorn J; Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*; 148(5):564-77, 1991.
8. Biederman J; Faraone SV; Spencer T; Wilens T; Norman D; Lapey KA; Mick E; Lehman BK; Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*; 150(12):1792-8, 1993.
9. Hallowell EM, Ratey JJ. *Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood to Adulthood*. New York: Simon and Schuster, 1994.
10. Barkley, RA. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press, 1990.
11. Biederman J; Faraone SV; Taylor A; Sienna M; Williamson S; Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37(3):305-13, 1998.
12. Wender PH; Reimherr FW; Wood DR. Attention deficit disorder ('minimal brain dysfunction') in adults. A replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry*; 38(4):449-56, 1981.
13. Wender PH; Reimherr FW; Wood D; Ward M. A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *Am J Psychiatry*; 142(5):547-52, 1985.
14. Barkley RA; Fischer M; Edelbrock CS; Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 29(4):546-57, 1990.
15. Mannuzza S; Klein RG; Bessler A; Malloy P; LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*; 50(7):565-76, 1993.
16. Weiss G; Hechtman L; Milroy T; Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*; 24(2):211-20, 1985.
17. Murphy K, Barkley RA: Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Attention Disorders* 1996; 1:147-161.
18. Salle F. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults*. Champaign, IL: Grotelueschen Associates, 1995.
19. Wilens TE; Biederman J; Mick E; Faraone SV; Spencer T / Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997 185(8) 475-82.
20. Biederman J ; Wilens T ; Mick E ; Milberger S ; Spencer TJ ; Faraone SV. Psychoactive Substance Use Disorders With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152:11, 1652-1658.
21. Biederman J; Wilens TE; Mick E; Faraone SV; Spencer T / Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998 44(4) 269-73.
22. Wilens TE; Biederman J; Mick E. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *Am J Addictions* 1998 7(2) 156-163.

23. Schubiner H; Tzelepis A; Isaacson JH; Warbasse LH 3rd; Zacharek M; Musial J. The dual diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: case reports and literature review. *J Clin Psychiatry*; 56(4):146-50, 1995.
24. Wood D; Wender PH; Reimherr FW. The prevalence of attention deficit disorder, residual type, or minimal brain dysfunction, in a population of male alcoholic patients. *Am J Psychiatry*; 140(1):95-8, 1983.
25. Gomez RL; Janowsky D; Zetin M; Huey L; Clopton PL. Adult psychiatric diagnosis and symptoms compatible with the hyperactive child syndrome: a retrospective study. *J Clin Psychiatry*; 42(10):389-94, 1981.
26. Carroll KM; Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry*; 34(2):75-82, 1993.
27. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M : Comparison fo diagnostic criteria for adhd in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:62-9638, 1995
28. Gaub M, Carlson CL: Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1036-1045, 1997
29. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, et al: Comparison for diagnostic criteria for adhd in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:319-324, 1996.
30. Hallowell EM. Psychotherapy of adult attention deficit disorder. In: Nadeau KG, ed. *A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults: Research, Diagnosis, Treatment*. New York: Brunnel/Mazel, 1995: 146-167.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
32. DeMuth NM. ADHD adult evaluation in private practice: what is sufficient and cost-effective? *ADHD Report* 1996; 4(1):8-11.