



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

JÉSSICA RIBEIRO RODRIGUES

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA O TRATAMENTO DO TDAH ADULTO**

**São Paulo
2016**

JÉSSICA RIBEIRO RODRIGUES

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA O TRATAMENTO DO TDAH ADULTO**

**Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu
Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental
Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins**

**São Paulo
2016**

Fica autorizada a reprodução desde que citada a fonte.

Rodrigues, Jéssica Ribeiro.

A Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental para o Tratamento do TDAH Adulto / Jéssica Ribeiro Rodrigues, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins, – São Paulo, 2016.

38f + 2 CDs-ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientação: Prof^a. Dra Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientação: Prof^a. Msc Eliana Melcher Martins

1. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. 2. TDAH. 3. EFICÁCIA DA TCC. I. Rodrigues, Jéssica Ribeiro. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher. IV. A Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental para o Tratamento do TDAH Adulto.

JÉSSICA RIBEIRO RODRIGUES

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA
O TRATAMENTO DE TDAH ADULTO: UMA REVISÃO**

Monografia apresentada ao CETCC – Centro de Estudos de Terapia Cognitivo-Comportamental de São Paulo, como pré-requisito para obtenção do grau de especialista e Terapia Cognitivo comportamental.

BANCA EXAMINADORA:

Parecer: _____

Professor _____

Parecer: _____

Professor(a) _____

São Paulo, ____ de ____ de 2016.

“Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja. ”

(Dalai Lama)

Dedico este trabalho a todos que, de alguma maneira, colaboraram para minha formação, especialmente minha família, que me incentiva e ajuda e ao namorado que me apoia muito e teve muita paciência com minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a toda a equipe do CETCC, a todos os professores que deram aulas ao longo deste curso.

Agradeço a Prof^a Lourdes Gurian, muito inspiradora, a orientadora Prof^a. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon sempre disponível, muito paciente e gentil. E especialmente a Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins, que é grande exemplo de profissional, incentivadora e colaborou para eu dar cada passo para evoluir cada vez mais na profissão.

A minha família que me apoia, me incentiva, me ajuda com recursos e sempre está ao meu lado.

Ao meu namorado que acredita em mim e me incentiva sempre.

RESUMO

Esta pesquisa visa verificar, através de revisão bibliográfica, a eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos.

Apenas textos integralmente disponíveis foram selecionados, ocorridos no período entre 2000 e 2016.

A pesquisa revelou que a abordagem cognitivo-comportamental e suas técnicas são muito eficazes para o tratamento de TDAH, constando na literatura estudos que mostram diminuição de sintomas, entre outros benefícios que o paciente submetido ao tratamento poderá alcançar.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-comportamental, TCC, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, tratamento, eficácia.

ABSTRACT

This research aims to verify, through a bibliographic review, the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for the treatment of adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Only studies with the full text were selected, which occurred between 2000 and 2016.

The research revealed that the cognitive-behavioral approach and its techniques are very effective for the treatment of ADHD, and there are studies in the literature showing a decrease in symptoms, among other benefits that the patient undergoing treatment can achieve.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, CBT, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, treatment, efficacy.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO	19
3. METODOLOGIA	20
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	38

1. INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) é um modelo psicoterápico que vem evoluindo desde o seu surgimento, quando se fala em aspectos clínicos, técnicos e de pesquisa. É uma das poucas abordagens baseadas em evidências, aumentando assim o interesse na sua aplicação entre terapeutas, consequentemente sua prática se proliferou e sua eficácia foi sendo comprovada em uma ampla variedade de transtornos mentais e distúrbios físicos (BECK, 2013).

Aaron T. Beck é o fundador da Terapia Cognitivo-comportamental, psicanalista atuante, já na década de 1960, acreditava que eram necessárias comprovações empíricas para ter mais credibilidade na abordagem. Portanto, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, Beck realizou muitos experimentos, com o objetivo de comprovar a validação da psicanálise, porém seus experimentos o levaram a busca de novas explicações, inicialmente para a depressão (BECK, 2013).

Beck questionou o modelo da psicanálise que tratava dos conteúdos da mente denominados inconscientes, assim como o método terapêutico, que ignoram grande parte dos fatores cognitivos, que foram muito evidenciados em seus experimentos sobre depressão (BECK, 1963 apud KNAPP e BECK, 2008).

No início da década de 1960, com a denominada Terapia Cognitiva, Beck concebeu uma estrutura própria para o atendimento psicoterápico, transformando o tratamento, que se tornou de curta duração, voltado para o presente, direcionado para resolução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1964 apud BECK, 2013).

Desde então a TCC vem mantendo algumas características e obtendo sucesso na sua adaptação a populações diversas, com ampla abrangência de transtornos e problemas. Em todas as maneiras de abordar a TCC, derivadas do modelo de Beck, o tratamento se baseia na formulação cognitiva, nas crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (ALFORD e BECK, 1997 apud BECK, 2013).

De acordo com Knapp e Beck (2008), a Terapia Cognitivo-comportamental tem como princípio que, a maneira como o indivíduo percebe e processa a

realidade influenciará a maneira como ele se sente e se comporta. Portanto, o objetivo dessa abordagem é reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos e desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais (KNAPP e BECK, 2008).

Todo o processo psicoterápico vai ser baseado em pensamentos produzidos pelo indivíduo, que são distintos de pensamentos comuns, raciocínio reflexivo ou livre associação. Esses são denominados *pensamentos automáticos*, que ocorrem espontaneamente e rapidamente, se transformando em uma interpretação imediata das situações, que pode ser distorcida em relação à realidade. A maioria das pessoas não toma consciência desses pensamentos, a não ser que sejam treinadas, então poderão monitorá-los e identificá-los. Essas interpretações automáticas têm por trás pensamentos mais profundos, muitas vezes disfuncionais, chamados *esquemas* ou *crenças nucleares* (BECK, 1976 apud KNAPP e BECK, 2008).

Esquemas são estruturas cognitivas internas duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, ideias ou experiências que ajudam a organizar novas informações de maneira significativa, determinando como o indivíduo vai se relacionar com os fenômenos (CLARCK, BECK e ALFORD, 1999 apud KNAPP e BECK, 2008).

Uma vez formada a crença, ela influenciará a formação de novas crenças relacionadas e incorporadas nas estruturas cognitivas mais profundas, de forma mais duradoura, dando origem aos esquemas que, modelam o estilo de pensamento de um indivíduo e promovem erros cognitivos encontrados nas psicopatologias (KNAPP e BECK, 2008).

Os esquemas se formam cedo e são como filtros que processam as experiências atuais. As crenças se moldam de acordo com as experiências pessoais e derivam da identificação com outras pessoas significativas e da percepção particular sobre as atitudes das outras pessoas em relação ao próprio indivíduo que observa e percebe. Indivíduos mais adequados fazem avaliações realistas, assim como os indivíduos mal ajustados levam as distorções da realidade, o que dão origem a transtornos psicológicos (BECK, 1976 apud KNAPP e BECK, 2008).

Esquemas podem permanecer inativos por um tempo e serem ativados em determinadas situações e são acompanhados de crenças subjacentes, que prejudicam o indivíduo em sua capacidade de avaliação objetiva de eventos e o raciocínio se torna mal adaptado. A medida que o esquema é ativado acontecem as distorções cognitivas (tabela 1), que são categorizadas em tipos como catastrofização, raciocínio emocional, abstração seletiva, etc. A partir dessas distorções o indivíduo desenvolve estratégias compensatórias que podem reforçar ou piorar as crenças disfuncionais (KNAPP e BECK, 2008).

Tabela 1. Lista das Distorções Cognitivas

Lista de Verificação das Distorções Cognitivas	
1. Leitura mental:	Você imagina que sabe o que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes. Por exemplo: “Ele acha que sou um fracasso”.
2. Adivinhação do futuro:	Você prevê o futuro – que as coisas vão piorar ou que há perigos pela frente. Por exemplo: “Vou ser reprovado no exame” ou “Não conseguirei o emprego”.
3. Catastrofização:	Você acredita que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível e insustentável que não será capaz de suportar. Por exemplo: “Seria horrível se eu fracassasse”.
4. Rotulação:	Você atribui traços negativos a si mesmo e aos outros. Por exemplo: “Sou indesejável” ou “Ele é uma pessoa imprestável”.
5. Desqualificação dos aspectos positivos:	Você afirma que as realizações positivas, suas ou alheias, são triviais. Por exemplo: “É isso que se espera das esposas – de modo que não conta quando ela é legal comigo” ou “Esses sucessos são fáceis, de modo que não importam”.
6. Filtro negativo:	Você foca quase exclusivamente os aspectos negativos e raramente nota os positivos. Por exemplo: “Veja todas as pessoas que não gostam de mim”.
7. Supergeneralização:	Você percebe um padrão global de aspectos negativos com base em um único incidente. Por exemplo: “Isso geralmente me acontece. Parece que eu fracasso em muitas coisas”.
8. Pensamento dicotômico:	Você vê eventos, ou pessoas, em termos de tudo-ou-nada. Por exemplo: “Sou rejeitado por todos” ou “Tudo isso foi uma perda de tempo”.
9. Afirmções do tipo “deveria”:	Você interpreta os eventos em termos de como as coisas devem ser, em vez de simplesmente concentrar-se no que elas são. Por exemplo: “Eu deveria me sair bem. Caso contrário, serei um fracasso”.
10. Personalização:	Você atribui a si mesmo culpa desproporcional por eventos negativos e não consegue ver que certos eventos também são provocados pelos outros. Por exemplo: “Meu casamento terminou porque falhei”.

11. Atribuição de culpa:	Você se concentra na outra pessoa como fonte de sentimentos negativos e se recusa a assumir a responsabilidade da mudança. Por exemplo: “Estou me sentindo assim agora por culpa dela” ou “Meus pais são a causa de todos os meus problemas”.
12. Comparações injustas:	Você interpreta os eventos em termos de padrões irrealistas, comparando-se com pessoas que se saem melhor do que você e concluindo, então, que é inferior a elas. Por exemplo: “Ela é mais bem-sucedida do que eu” ou “Os outros se saíram melhor do que eu no teste”.
13. Orientação para o remorso:	Você fica preso à ideia de que poderia ter se saído melhor no passado, em vez de pensar no que pode fazer melhor agora. Por exemplo: “Eu poderia ter conseguido um emprego melhor se tivesse tentado” ou “Eu não deveria ter dito isso”.
14. E se...?:	Você faz uma série de perguntas do tipo “e se...” alguma coisa acontecer, e nunca fica satisfeito com as respostas. Por exemplo: “Sim, mas e se eu ficar ansioso?” ou “E se eu não conseguir respirar?”
15. Raciocínio emocional:	Você deixa os sentimentos guiarem sua interpretação da realidade. Por exemplo: “Sinto-me deprimida; conseqüentemente, meu casamento não está dando certo”.
16. Incapacidade de refutar:	Você rejeita qualquer evidência ou argumento que possa contradizer os pensamentos negativos. Por exemplo, quando você pensa “Não sou digna de amor”, rejeita como irrelevante qualquer evidência de que as pessoas gostem de você. Conseqüentemente, o pensamento não é refutado. Outro exemplo: “Esse não é o problema real. Há problemas mais profundos. Existem outros fatores”.
17. Foco no julgamento:	Você avalia a si próprio, os outros e os eventos em termos de preto-e-branco (bom-mau ou superior-inferior), em vez de simplesmente descrever, aceitar ou compreender. Está continuamente se avaliando e avaliando os outros segundo padrões arbitrários e concluindo que você e os outros deixam a desejar. Você se concentra nos julgamentos dos outros e de si mesmo. Por exemplo: “Não tive um bom desempenho na faculdade” ou “Se eu for aprender tênis, vou me sair mal” ou “Veja como ela faz sucesso. Eu não consigo”.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.

336p.

A TCC se utiliza de um conjunto de técnicas cognitivas e comportamentais, que não substituem a importância de uma boa relação de trabalho entre terapeuta

e paciente, como uma equipe (empirismo colaborativo). Durante todo o tratamento são feitos questionamentos e psicoeducação.

Como Knapp e Beck (2008) sugerem, o tratamento inicial visa trabalhar a consciência do paciente em relação aos seus pensamentos automáticos, através do Registro dos Pensamentos Disfuncionais (RPD) (Anexo 1), que ajuda a resgatar pensamentos que foram ativados em determinada situação e que geraram a emoção e comportamento subsequentes e posteriormente o tratamento focará nas crenças nucleares e subjacentes.

O paciente progride em pequenos passos e técnicas comportamentais vão sendo aplicadas gradualmente, à medida que experiências bem-sucedidas vão sendo percebidas, sem sobrecarregar o paciente com tarefas maiores que suas capacidades.

Através desse contexto da Terapia Cognitivo-comportamental, que é eficaz no tratamento de vários transtornos, esse trabalho visa falar especificamente da TCC para o do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no adulto. Esse transtorno tem alta prevalência na infância e adolescência, causando grandes prejuízos nos indivíduos, afetando de modo adverso o desempenho acadêmico, os contextos familiar e social e o ajustamento psicossocial; portanto, deve ser alvo de intervenção, pois também persiste na vida adulta da pessoa (RHODE et al, 2004).

No decorrer da história do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) muitos estudos foram feitos e a nomenclatura do transtorno variou, mas os primeiros a estudarem o fator comportamental infantil como um quadro do que se aproxima do que é hoje considerado o TDAH foram George Still e Alfred Tredgold (BARKLEY, 2008).

George Still descreveu o quadro de crianças atendidas em seu consultório, que apresentavam dificuldades para manter a atenção, e William James complementou dizendo que essa atenção poderia ser um elemento importante no “controle moral do comportamento”. Essas crianças apresentavam outras características como, por exemplo, eram exageradamente ativas, agressivas, desafiadoras, apresentavam pouca “volição inibitória”, eram insensíveis à punição, entre outras características (BARKLEY, 2008).

Na maioria dos casos, Still considerou esses comportamentos crônicos e também acreditava que havia uma doença cerebral aguda, porém com chances de recuperação e foi aprimorando seus estudos, levando também em consideração aspectos como condições neurológicas, cognição e o ambiente em que as crianças viviam (BARKLEY, 2008).

As informações que Still adquiriu em sua carreira têm grande semelhança com o TDAH dos dias atuais, revelando que não é um transtorno atual e nos últimos vinte anos os critérios para fazer o diagnóstico e o tratamento foram muito revisados (RHODE et al, 2004).

As características principais do TDAH na infância são desatenção, hiperatividade e impulsividade, com incidência de mais de 50% de comorbidades como transtorno do aprendizado, transtorno do humor, transtornos disruptivos do comportamento e em jovens e adultos transtornos do abuso de substâncias e álcool (RHODE et al, 2004).

Estes principais sintomas se iniciam antes dos sete anos de idade, mas pode demorar alguns anos até que sejam reconhecidos, muitas vezes os sintomas são percebidos após o ingresso da criança na escola ou do jovem no trabalho, onde aparecerão as dificuldades de atenção e inquietude quando comparados a outros indivíduos da mesma idade e ambiente. Esses sinais do TDAH já poderiam ser observados em diversas situações como em casa, mesmo antes do ingresso da criança na escola. Essas crianças mostram-se agitadas, trocam muito de atividades, apresentam problemas na organização acadêmica e dificuldade de manter uma relação de amizade com as demais crianças de sua idade (POETA e ROSA NETO, 2004).

O TDAH é considerado fisiológico, possui causas genéticas, porém ainda não se pode dizer que exista um exame específico ou um marcador fisiológico que dê o diagnóstico de precisão. Ou seja, não há evidências fisiológicas observáveis como exames de sangue, genéticos ou de eletroencefalograma. Entretanto, como principal ferramenta para o diagnóstico, os profissionais da saúde devem utilizar um (ou mais) manual de distúrbios/transtornos. O manual de transtornos mentais mais utilizado na América latina é o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (BARKLEY, 2002).

O DSM-V (2014), na categoria do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, lista os sintomas, tanto no âmbito da hiperatividade e impulsividade, quanto no âmbito do déficit de atenção. No DSM-V pode-se encontrar, para o diagnóstico de TDAH, uma lista de sintomas pré-requisitos para a criança ser enquadrada nos transtornos de déficit de atenção (ou desatenção) e de hiperatividade (e/ou impulsividade).

O diagnóstico do TDAH, assim como vários outros transtornos psicológicos, é embasado na análise de relatos do paciente, responsáveis e até mesmo professores, ou seja, um diagnóstico clínico. Porém, isto não diminui a importância e seriedade de um diagnóstico feito por profissionais devidamente capacitados (BARKLEY, 2002).

Para o diagnóstico, algumas estratégias são utilizadas, sendo a principal delas a entrevista com a criança (sozinha) e com os responsáveis, porém, os critérios diagnósticos ainda são alvos de estudos e frequentemente crianças e adolescentes chegam a ambulatórios especializados com o diagnóstico erroneamente firmado, por se tratar de um transtorno com sintomas semelhantes a outros (ROHDE, 2004).

Estudos mostram que o TDAH persiste na vida adulta em torno de 60% a 70% dos casos (BARKLEY *et al.*, 2002 apud MATTOS *et al.*, 2006). Considera-se que o diagnóstico possa ser realizado de modo confiável quando são utilizados critérios bem definidos, tais como os empregados pelo sistema DSM (SPENCER *et al.*, 1994; 1998 apud MATTOS *et al.*, 2006).

É ideal que o profissional que esteja investigando o diagnóstico utilize escalas padronizadas e desenvolvidas para se avaliar se o indivíduo apresenta ou não comportamentos (sintomas) característicos do TDAH. Essas escalas são, geralmente, questionários, inventários de comportamentos ou testes. Esses instrumentos de diagnóstico são chamados de escala, porque geram uma determinada pontuação que é comparada com uma escala de grau de ocorrência dos sintomas (GRAEFF e VAZ, 2008).

As escalas podem ser importantes para o diagnóstico do TDAH uma vez que identificam aspectos característicos e também podem excluir sintomas de outros transtornos parecidos com o TDAH (GRAEFF e VAZ, 2008).

Existem alguns pontos a serem levados em consideração no contato dos profissionais com os pais ou cuidadores e o próprio indivíduo como: onde, quando, e com que frequência os sintomas ocorrem, quais as preocupações em relação aos sintomas, como os sintomas estão afetando a vida do indivíduo e daqueles que os cercam, dados demográficos sobre a pessoa e a família (idade, data de nascimento, parto, escola onde estuda a criança, nome de professores e coordenadores), desenvolvimento (motor, intelectual, acadêmico, emocional, social e da linguagem), histórico familiar (possíveis transtornos mentais na família, dificuldades conjugais, dificuldades econômicas ou profissionais, estressores psicossociais incidentes sobre a família), histórico escolar (desempenho acadêmico e social), tratamentos anteriores ou suspeitas diagnósticas (GRAEFF e VAZ, 2008).

É um transtorno com altos níveis de comorbidades, como é mostrado em algumas pesquisas, onde entram transtornos disruptivos do comportamento em 30% a 50% dos casos, depressão de 15% a 20%, transtorno de ansiedade em torno de 25% (BIERDEMAN et. al., 1991 apud MATTOS et. al., 2006). O transtorno da aprendizagem também aparece como comorbidade em 10% a 25% dos casos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 1997 apud MATTOS et. al., 2006).

Ao que se refere ao tratamento, que pode ser medicamentoso, psicoterapêutico e pedagógico, existem algumas divergências entre as diferentes especialidades.

Tanto neurologistas como psiquiatras recomendam, como primeira forma de tratamento e, alguns deles, como única forma, a intervenção de medicamentos para todas as crianças diagnosticadas. Já psicólogos apontam a psicoterapia como uma das principais formas de tratamento, sendo que uma minoria não recomendou medicação (PEIXOTO e RODRIGUES, 2008).

Os profissionais que indicam mais de uma forma de tratamento encaminharam seus pacientes a outros profissionais, por perceberem que determinadas queixas não são de sua competência, porém são poucas as indicações para apoio pedagógico ou psicopedagógico (PEIXOTO e RODRIGUES, 2008).

O TDAH pode ter separadamente um diagnóstico de déficit de atenção (ou desatenção) e hiperatividade (e/ou impulsividade). O critério central que o DSM-V aponta é que para se considerar a hipótese de TDAH, os sintomas devem implicar em comprometimentos importantes na vida do indivíduo que os apresenta, sendo eles no funcionamento social, acadêmico e/ou ocupacional - no mínimo em dois destes três contextos (social, acadêmico e/ou ocupacional) (DSM-V, 2014).

Segundo o DSM-V (2014), a característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção é notada no comportamento como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão.

A hiperatividade é notada através da atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações sem planejamento prévio e com grande potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar) (DSM-V, 2014).

A impulsividade pode ser resultado da busca por recompensas imediatas ou de incapacidade de adiar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância e um dos critérios é que vários sintomas apareçam antes dos 12 anos de idade, o que mostra a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância, porém, ao avaliar um adulto, suas lembranças sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares (DSM-V, 2014).

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). Normalmente, é mais preciso que se consulte informantes que tenham presenciado o indivíduo nos ambientes citados para ter a confirmação de sintomas importantes. É comum os sintomas

variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório) (DSM-V, 2014).

Ainda segundo o DSM-V, pesquisas para dados populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos. Na vida adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade.

2. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo unir dados e analisar as informações obtidas sobre o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em adultos dentro da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e sua eficácia.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados entre 2000 e 2016, nas bases de dados eletrônicas: BVS, Medline, Pubmed, Google Acadêmico.

Para a busca dos artigos foram utilizados descritores de assunto Decs/Mesh com lógica booleana *and* e *or*, as combinações utilizadas foram: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade adulto, terapia cognitivo-comportamental, terapia cognitivo-comportamental no tratamento de tdah adulto, attention déficit hyperactivity disorder, cognitive behavioral therapy for adult ADHD.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos em português e inglês, com texto completo disponível, ensaios clínicos randomizados, estudos de caso, revisões bibliográficas, que envolvessem a temática proposta, publicados entre 2000 a 2016.

Os critérios de exclusão adotados foram: artigos fora do recorte temporal, que somente apresentassem resumos, e os que não estavam relacionados à temática da pesquisa.

4. RESULTADOS

O TDAH é um transtorno considerado grave, caracterizado pelos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, porém o quadro clínico é bem heterogêneo em relação a manifestação e gravidade dos sintomas bem como sua patogênese (MONSTERT et. al., 2015 apud BACHMAN et. al. 2016).

Cerca de 80% dos indivíduos com diagnóstico de TDAH apresentam sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade e impulsividade (RAPPLEY, 2005 apud DESIDERIO e MIYAZAKI, 2007). Entretanto, para algumas pessoas portadoras do transtorno aparece o predomínio de um sintoma em relação ao outro, indicando um subtipo de sintoma, que deve ser identificado quando o diagnóstico é realizado, com base no padrão dos sintomas predominantes nos últimos seis meses. Portanto, levam-se em consideração dois tipos de manifestação do TDAH, o Tipo Combinado, no qual estão presentes tanto critérios de desatenção quanto de hiperatividade e impulsividade; o Tipo Predominantemente Desatento, no qual estão presentes principalmente critérios de desatenção e o Tipo Predominantemente Hiperativo, que apresenta principalmente critérios de hiperatividade (APA, 2002; RAPPLEY, 2005 apud DESIDERIO e MIYAZAKI, 2007).

O transtorno pode persistir na idade adulta e, muitas vezes, desde a infância tem grande efeito no desenvolvimento emocional, social e cognitivo do indivíduo.

Crianças com TDAH frequentemente experimentam dificuldades na escola devido aos sintomas e podem receber um tratamento negativo dos pais, professores e colegas. É provável que todo esse quadro na infância favoreça o desenvolvimento de crenças negativas sobre si mesmo, que persistem na idade adulta. Conseqüentemente, não é incomum adultos com TDAH com problemas emocionais como depressão, ansiedade e baixa auto-estima e padrões de comportamentos desadaptativos (SAFREN et. al. 2004 apud DITTNER et al. 2014).

Em adultos, o transtorno foi reconhecido pela Associação Americana de Psiquiatria em 1980. A persistência do transtorno até a fase adulta acontece em torno de 60% a 70% dos casos (BARKLEY, 2002 apud MATTOS et. al. 2006).

Apesar das dificuldades, realizar o diagnóstico de TDAH em adultos é possível quando são utilizados critérios bem definidos, por exemplo, análise fatorial de sintomas auto relatados (SPENCER et. al., 1996 apud MATTOS et. al. 2006).

Embora o tratamento farmacológico seja considerado a primeira escolha para TDAH em adultos, as abordagens farmacológicas nem sempre são suficientes (MURPHY, 2005 apud VIDAL et. al. 2012). Uma variedade de fatores pode limitar a eficácia tratamento medicamentoso (RAMOS et. al. 2008 apud VIDAL et. al. 2012). Entre 20% a 50% das pessoas ainda experimentam efeitos adversos do tratamento medicamentoso (PRINCE et. al. 2006 apud VIDAL et. al. 2012).

Também existe a alta prevalência, entre 70% a 75% dos casos, de comorbidades associadas ao TDAH em adultos (WILENS et. al 2002 apud VIDAL et. al. 2012).

Existem outros fatores que contribuem para a persistência do transtorno até a idade adulta, como desenvolver estratégias compensatórias errôneas e estratégias de pensamentos distorcidas, que são desenvolvidas por muitos pacientes (KNOUSE, 2010 apud VIDAL, 2012).

Grupos de terapia cognitivo-comportamental para adultos com TDAH cuja resposta à medicação é insuficiente, que têm dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso ou que não estão dispostos a usar a medicação, são recomendados. Alguns estudos mostraram evidências para a eficácia do tratamento com TCC em adultos com TDAH, particularmente quando combinado com medicação (MONGIA e HECHTMAN, 2012 apud BACHMAN et. al., 2016).

Estudos também indicam que a terapia metacognitiva de grupo, que é uma intervenção cognitivo-comportamental, proporciona um benefício significativo para os pacientes com TDAH com relação a gravidade dos sintomas em comparação com outras terapias de grupo (SOLANO et. al., 2010 apud BACHMAN et. al. 2016).

Segundo BACHMAN et. al. (2016) a meditação de atenção plena (Mindfulness) baseada na TCC, é uma abordagem de tratamento promissora para o TDAH, quando empregada como uma intervenção neuropsicoterapêutica, colaborando para diminuição de sintomas através da regulação do funcionamento cerebral aparentemente prejudicado no quadro de TDAH.

Este tratamento fornece ao paciente informações sobre o transtorno e propõe intervenções, tanto comportamentais como cognitivas, que proporciona o desenvolvimento de novas habilidades como: planejamento, gerenciamento de tempo, resolução de problemas, identificação de emoções e pensamentos, modificação de padrões de pensamentos problemáticos (SAFREN e SOBANSKI, 2009 apud BACHMAN et. al., 2016).

Além da intervenção comportamental e cognitiva, os paciente treinam a meditação consciente, que é uma forma de treinamento mental que colabora na melhora dos déficits neuropsicológicos do TDAH, proporcionando controle de atenção, regulação emocional e fortalece a função das regiões cerebrais que são afetadas por esse déficit (TANG et. al., 2015 apud BACHMAN et. al. 2016).

Foi comprovado que a meditação Mindfulness ajuda a reduzir a divagação e a distração da mente no TDAH, com a ativação de regiões cerebrais envolvidas no controle cognitivo e auto monitorização (BREWER et. al., 2011 apud BACHMAN et. al., 2016).

Em estudos com neuroimagem também foi possível identificar alterações com relação a neuroplasticidade das estruturas e funções de regiões do cérebro que colaboram para a regulação emocional (TANG et. al., 2015 apud BACHMAN et. al., 2016).

Outra pesquisa realizada comparou participantes que combinaram TCC e medicação (dextroanfetamina) a outros participantes que combinaram TCC e placebo. Os resultados mostraram que a TCC oferece melhores resultados quando combinada a medicação.

Nesse estudo participaram 54 adultos (maiores de 18 anos), diagnosticados com TDAH, que se tratavam com medicamentos há pelo menos um mês e foram aleatoriamente divididos em dois grupos de 27 pessoas, escolhidos para receber outros tratamentos ou 15 sessões de TCC. Foram realizadas avaliações da gravidade dos sintomas do TDAH, sintomas secundários

como ansiedade, depressão e qualidade de vida no início do tratamento, no fim e três meses depois (YOUNG et. al., 2015).

Apesar de pouco mais da metade dos participantes terminarem o programa, o resultado mostrou uma diferença significativa entre os dois grupos estudados e houve uma melhora significativa e duradoura dos sintomas no grupo tratado com TCC. Também houve grande melhora da depressão, como sintoma secundário, mas não aconteceu melhora significativa da ansiedade e qualidade de vida, como havia sido hipotetizado inicialmente (YOUNG et. al., 2015).

Ainda em outro estudo, foram recrutados pacientes em tratamento de TDAH de um centro especializado para adultos, cujo diagnóstico foi estabelecido através dos critérios do DSM-V por psiquiatras treinados, com base em uma entrevista semiestruturada, investigação dos sintomas do TDAH na infância dessas pessoas e sua persistência na fase adulta (COLE et. al., 2016).

Foram selecionadas 49 pessoas, com tratamento farmacológico ou não, que foram inscritos em um programa psicoterapêutico direcionado ao estudo, esses participantes foram separados em dois grupos: controle, que não recebe intervenção do estudo e permanecem em uma lista de espera para tratamento e o grupo dos tratados pelo estudo (COLE et. al., 2016).

Os pacientes que não responderam bem ao medicamento (metilfenidato) e ainda apresentavam sintomas residuais, apesar da dose adequada, pacientes que não responderam a medicação, mesmo com mais de 100mg de medicamento, pacientes que sofreram algum efeito colateral que os impediu de continuar o tratamento farmacológico, foram encaminhados a sessões de psicoterapia individual semanais e sessões em grupo. No período de doze meses foram aplicadas sessões de Terapia Dialética Comportamental (DBT) com técnicas de mindfulness, regulação emocional, treino de habilidades sociais e tolerância a frustração e foram adicionadas sessões de Terapia Cognitivo-comportamental focada em impulsividade, hiperatividade e déficit de atenção (COLE et. al., 2016).

Foram propostas atividades para os participantes realizarem em casa, assim, a primeira hora em grupo foi dedicada a rever essa atividade, foi incentivado que os pacientes compartilhassem suas experiências, estratégias e dificuldades com o grupo. Na segunda hora do grupo foi feita psicoeducação e mindfulness. As sessões de psicoterapia individuais semanais buscaram ajudar

os pacientes a reforçar as competências treinadas fora das sessões e foram aplicadas estratégias terapêuticas, seja nas sessões individuais ou em grupo, com foco em adquirir novas habilidades e equilíbrio para aceitação de mudanças (COLE et. al., 2016).

Foram considerados diferenças no sexo, idade e comparação dos resultados de escalas aplicadas em pessoas com TDAH em tratamento psicoterápico no estudo e pessoas com TDAH em lista de espera pelo tratamento (COLE et. al., 2016).

Concluiu-se que o grupo controle ficou mais suscetível aos sintomas do TDAH com ênfase no déficit de atenção do que o grupo participante submetido ao tratamento psicoterapêutico. Esse grupo controle também ficou mais propenso a receber outros tratamentos farmacológicos com benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos e/ou estabilizadores de humor, o que indica aparecimento de comorbidades (COLE et. al., 2016).

No início, os grupos controle e tratado não apresentavam diferença com relação a características clínicas ou demográficas e sete dos pacientes desistiram do programa durante o tratamento de 12 meses (COLE et. al., 2016).

Este estudo mostrou que o tratamento descrito melhorou os sintomas de TDAH e que as abordagens utilizadas, com sessões estruturadas são úteis a pacientes que respondem parcialmente ou não respondem a medicação (COLE et. al., 2016).

Estudos recentes afirmam que existem evidências sugerindo que o tratamento psicoterápico é promissor e benéfico para indivíduos com TDAH adulto (KNOUSE E SAFREN, 2010 apud DITTNER et. al., 2014).

Como o estudo de Dittner et. al. (2014), que investigou várias terapias estruturadas, de curto prazo, criadas para tratar questões específicas vivenciadas por adultos com TDAH, quanto ao seu impacto nos sintomas, bem como autoestima, controle de raiva e humor.

Alguns desses resultados advém de estudos em ambiente não controlado, que avaliaram a TCC individual, terapia metacognitiva, terapia comportamental dialética (DBT) e mindfulness. Todas as intervenções obtiveram melhorias nos sintomas de TDAH e melhoria em sintomas como ansiedade, depressão e comportamentos disfuncionais (DITTNER et. al., 2014).

Aproximadamente sessenta participantes com diagnóstico de TDAH adulto atendidos em uma clínica especializada foram alocados aleatoriamente em 1 de 2 tratamentos, Tratamento Usual (TAU) ou TAU mais 16 sessões individuais TCC (TAU CBT). O tratamento usual (TAU) significa que a pessoa realizará visitas ao serviço especializado em TDAH que já utilizavam (DITTNER et. al., 2014).

Na TAU + CBT, as primeiras 15 sessões são realizadas ao longo de 30 semanas e uma 16ª sessão de acompanhamento, na 42ª semanas. Os resultados são avaliados na 30ª semana e 42ª semana após as sessões. Primeiramente, avalia-se relato de sintomas de TDAH e funcionamento (ocupacional e social). Os resultados secundários incluem angústia, humor, cognições relacionadas ao TDAH, comportamentos relacionados ao TDAH e sintomas de TDAH informados (DITTNER et. al., 2014).

Este estudo justifica que os tratamentos psicológicos avaliados até agora por Ensaio Controlado Randomizado (ECR) (Randomized Controlled Trials – RCTs) foram baseados em sessões focadas no treino de habilidades específicas para combater os sintomas do TDAH, como treinamento de habilidades para organização e planejamento, mas se deve levar em consideração os problemas emocionais e comportamentais experimentados por adultos com TDAH, que se estendem muito além do impacto dos próprios sintomas (DITTNER et. al., 2014).

A TCC tem como parte do processo terapêutico o desenvolvimento de uma formulação de caso individual (a abordagem baseada em formulação) em colaboração com o cliente. Embora existam protocolos de TCC específicos para alguns transtornos emocionais de gravidade moderada a severa, a formulação de caso individual ainda é importante, especialmente para casos mais complexos ou graves (DITTNER et. al., 2014).

Segundo Dittner et. al., (2014), a formulação é essencialmente uma hipótese que relaciona a predisposição do indivíduo (por exemplo, as forças e fraquezas cognitivas, atributos de personalidade), suas experiências e como estas contribuíram para o desenvolvimento de certas crenças, comportamentos, emoções e reações físicas. Além deste aspecto de desenvolvimento, a formulação especifica a possível influência dessas crenças e comportamentos sobre a manutenção de sintomas de TDAH, deficiências no funcionamento diário e angústia. O tratamento é então adaptado ao indivíduo e centra-se nos

comportamentos problemáticos idiossincráticos e pensamentos identificados na avaliação detalhada, ao mesmo tempo que se baseia em uma série de estratégias baseadas em evidências (DITTNER et. al., 2014).

Embora os ECRs sobre a TCC tenham se baseado em modelos de tratamento, não foi encontrada uma abordagem baseada em formulação de caso para identificar e modificar crenças subjacentes e estratégias compensatórias. As abordagens baseadas na formulação do TDAH foram descritas e consideradas úteis em estudos não controlados anteriores, mas isso não foi investigado usando um delineamento (RAMSAY et. al., 2008 apud DITTNER et. al. 2014).

O estudo de Dittner et. al. (2014) visa desenvolver e avaliar uma abordagem baseada em formulação de caso para o tratamento do TDAH adulto.

Avaliações cognitivo-comportamentais detalhadas, bem como informações sobre cognições e comportamentos, desenvolvidas a partir de um estudo simultâneo irá informar o conteúdo da intervenção. Os terapeutas também terão acesso a uma variedade de abordagens baseadas em habilidades, como foram usadas em estudos anteriores e um manual de tratamento está sendo produzido que será atualizado frequentemente (DITTNER et. al., 2014).

A partir daí as seguintes questões podem ser discutidas: os sintomas e angústia melhoram porque as pessoas aprenderam habilidades mais eficazes no gerenciamento de seus sintomas? Produzir pensamentos automáticos negativos sobre a condição (por exemplo "meu TDAH vai me impedir de fazer as coisas que eu quero fazer"), crenças subjacentes sobre o eu (por exemplo, "eu sou um fracasso") e estratégias compensatórias associadas precisam ser alterados para que a TCC seja eficaz? A expectativa é que através das informações colhidas neste estudo, sejam destacados os mecanismos de sucesso da TCC para o TDAH adulto (DITTNER et. al., 2014).

Em um estudo de Weiss et. al. (2012), com participantes entre 18 e 66 anos, com diagnóstico primários de TDAH confirmado pelo instrumento "Conners ADHD Diagnostic Interview (ZHANG et. al. 2005 apud WEISS et. al. 2012), foram excluídos os pacientes com comorbidades graves que necessitassem de tratamento por si próprios, tais como distúrbios alimentares, abuso de substâncias, condições neurológicas orgânicas, psicose ou ideação suicida. Outras condições comórbidas comuns em adultos com TDAH, tais como

dificuldade de aprendizagem, transtorno desafiante de oposição, depressão ou ansiedade foram incluídas. Não houveram diferenças demográficas significativas entre os grupos de tratamento em idade ou sexo.

Todos os pacientes foram submetidos a TCC individual. Foi desenvolvido um manual que documentou a abordagem (estruturada, baseada em habilidades, focada no problema) e métodos de gerenciamento de possíveis desafios no tratamento e forneceu módulos para abordar questões específicas como desregulação emocional, sono, vício, explosões de raiva e outros problemas comuns no TDAH (WEISS et. al. 2012).

A terapia foi administrada individualmente durante nove sessões sendo que a primeira sessão foi realizada apenas após o paciente ter atingido uma dose estável do medicamento. Na primeira sessão foi feita a psicoeducação sobre o TDAH como uma desordem neurobiológica e explicou aos pacientes a relação entre os sintomas, sua história de vida e deficiências funcionais atuais. Os pacientes foram observados em tratamento agudo a cada 2 semanas (durante 7 sessões) e, em seguida, duas vezes em sessões de reforço nas 15^a e 20^a semanas (WEISS et. al. 2012).

Sobre a medicação, os pacientes não puderam distinguir a fórmula ativa do placebo. Foi utilizada a Dextroanfetamina dosada duas vezes ao dia, sendo o mesmo procedimento realizado para o placebo. Ao longo de 4 semanas a medicação foi sendo ajustada semanalmente, até chegar a dose ideal, iniciando em 5 mg e aumentando para um máximo de 20 mg (WEISS et. al. 2012).

Os pacientes foram monitorados de modo que atendessem um mínimo de 8 das 9 sessões e tomassem 80% da medicação para permanecerem no protocolo. Foram utilizados recursos como chamadas de lembretes, e várias outras formas de assistência foram usadas para melhorar a conformidade. A aderência à medicação foi medida pela contagem de comprimidos nas garrafas de estudo que foram devolvidas pelo paciente em cada visita (WEISS et. al. 2012).

Neste estudo optou-se por olhar para dois aspectos: pacientes que mostraram uma mudança significativa com o tratamento, mesmo que eles não tiveram uma resposta completa, e os pacientes que conseguiram a normalização.

Antes que o estudo terminasse houve a desistência de três participantes do grupo de Dextroanfetamina e dois participantes do grupo placebo e todos os eventos adversos foram leves a moderados e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (WEISS et. al. 2012).

Foi definido como melhora conservadora uma queda de 25% na pontuação do ADHD-RS-Inv e remissão como escore médio menor ou igual a 1 (CONNERS et. al. 2001 apud WEISS et. al. 2012). Seguindo os critérios definidos, 63% dos pacientes melhoraram e 47% dos pacientes alcançaram remissão.

Ambos os grupos apresentaram melhora significativa ao longo do tempo, o que revela que a medicação versus placebo não fez diferença no resultado, o que colabora para analisar o impacto da TCC nos tratamentos (WEISS et. al. 2012). Em contrapartida, o grupo TCC+DEX mostrou melhora funcional na 15ª semana e esta melhora foi mantida na 20ª semana e o grupo TCC+PLB também mostrou melhora funcional na 15ª semana, mas a melhora foi um pouco atenuada na 20ª semana (WEISS et. al. 2012).

Este foi um estudo duplo-cego, randomizado controlado que comparou a eficácia da TCC com estimulante ou placebo para adultos com TDAH seguido durante cinco meses, no qual todos os pacientes apresentaram melhora significativa ou entrando em remissão e mantendo esses ganhos ao longo de vinte semanas (WEISS et. al. 2012).

Segundo Vidal et. al. (2012), o primeiro estudo publicado sobre o tratamento de TDAH em adultos foi de Wilens (1999) e a primeira publicação de terapia de grupo foi de Wiggins (1999). Estudos sobre terapia cognitivo-comportamental (TCC), Terapia Comportamental Dialética (DBT) e coaching foram posteriormente publicados.

Existe uma série de exigências para a realização desses estudos, as técnicas terapêuticas devem ser sistematizadas em um manual e os resultados devem ser avaliados de acordo com procedimentos previamente normatizados (VIDAL et. al. 2012).

Em outro ECR, o objetivo foi testar a terapia cognitivo-comportamental em oitenta e seis adultos com TDAH que se tratam com medicamento, mas mantém sintomas clínicos significativos (SAFREN et. al. 2010).

Realizado em um hospital americano entre novembro de 2014 e junho de 2008, setenta e nove pacientes completaram o tratamento e setenta completaram as avaliações de acompanhamento (SAFREN et. al. 2010).

Os pacientes foram randomizados para 12 sessões individuais de terapia cognitiva comportamental ou relaxamento com apoio educacional e passaram por um avaliador, que classificou os sintomas de TDAH (escala de avaliação de TDAH e escala de Impressão Clínica Global), aplicados no início, pós-tratamento e nos 6º e 12º meses. O avaliador não tinha a informação sobre qual tratamento o paciente estava recebendo e também utilizou o auto relato de sintomas de TDAH (SAFREN et. al. 2010).

O grupo que recebeu o tratamento com TCC mostrou resultados significativamente melhores quando comparados ao grupo que recebeu relaxamento e apoio educacional, mesmo os pacientes que apresentaram uma resposta parcial à TCC, mantiveram a melhora nas avaliações de acompanhamento em nove meses pós-tratamento (SAFREN et. al. 2010).

Os resultados deste estudo demonstram que a TCC proporciona ótimos efeitos que permanecem além do tempo do estudo e do tratamento com um terapeuta, documentando, assim, o sucesso na utilização desta abordagem como estratégia de tratamento a pacientes com TDAH que são tratados com medicamentos, mas ainda possuem alguns sintomas (SAFREN et. al. 2010).

5. DISCUSSÃO

O TDAH é considerado um problema de grande proporção na vida do indivíduo e de quem o rodeia.

É essencial que o diagnóstico seja criterioso com análise dos sintomas, aplicação de questionários e alguns testes de avaliação de funções cognitivas, já que não existem marcadores biológicos para tal. Todo esse critério no diagnóstico colabora para um tratamento precoce, de mais sucesso e diminui o risco de indivíduos com outras patologias, que apresentam sinais e sintomas parecidos com os do TDAH, sejam diagnosticados como tal, ignorando a real patologia ou o contrário; que indivíduos com TDAH tenham um diagnóstico diferente.

Em muitos casos que o diagnóstico não é feito na infância ou adolescência o transtorno se mantém até a idade adulta, com possibilidade de ser mais ameno ou se manter como nas fases anteriores, acompanhado de comorbidades, como ansiedade e depressão e o tratamento sempre é necessário.

O tratamento em TCC para o TDAH adulto propõe mudança no comportamento, busca de novos hábitos e exercício do autocontrole. Assim, os resultados positivos na vida do indivíduo aparecem, por exemplo, capacidade de enfrentamento, motivação, elevação da autoestima, entre outros aspectos.

Houve uma pesquisa em 2010, que uniu dados de diversos estudos, para analisar e comparar o quadro da TCC para o tratamento de TDAH adulto, e concluiu que tanto a base conceitual como a empírica da abordagem para o tratamento do transtorno está crescendo e tem um papel efetivo no tratamento, porém considera que estudos posteriores deveriam progredir quanto ao rigor metodológico e também acompanhamento a longo prazo dos resultados (KNOUSE e SAFREN, 2010).

No entanto, não considerou cedo para afirmar que é possível definir o que é eficaz na TCC para adultos com TDAH e à medida que aparecem os tratamentos em TCC que visam os sintomas de TDAH e se tornam mais refinados, as abordagens futuras devem começar a focar mais assertivamente nas necessidades de adultos com TDAH que apresentam comorbidades (KNOUSE e SAFREN, 2010).

Portanto, é possível concluir que a TCC bem aplicada, une um conjunto de técnicas que proporciona a assistência efetiva ao adulto com TDAH. Seja a TCC aplicada com suas técnicas ou com outras técnicas complementares, é possível observar melhora significativa nos indivíduos que se submetem ao tratamento. Salientando que, o conjunto de tratamento medicamentoso e TCC pode ser promissor.

6. CONCLUSÃO

Através dos resultados dos estudos encontrados, foi possível analisar nessa revisão, que a Terapia Cognitivo-comportamental é eficaz no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

É um campo de estudo ainda em desenvolvimento, com muito material recente.

Durante a pesquisa para o presente trabalho, ficou evidente que se investe mais em atenção no TDAH em crianças e adolescentes do que em adultos, quando comparamos a quantidade de estudos, intervenções e pesquisas. Apesar de existir trabalhos sobre o TDAH adulto, quando se trata do tratamento psicoterápico, especificamente em terapia cognitivo-comportamental, são raros os estudos no Brasil.

A abordagem cognitivo-comportamental pode ser usadas para o tratamento do TDAH tanto infanto-juvenil como adulto, com ótimos resultados na diminuição dos sintomas e melhora na qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. Rev Bras Psiquiatr, v. 30, n. Supl II, p. 54-64, 2008.

ROHDE, Luis A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. Rev. psiquiatr. clín., v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000300002>.

BARKLEY, Russell A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2008.

POETA, Lisiane S.; ROSA NETO, Francisco. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 150-155, Sept. 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Sept. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300004>.

GRAEFF, Rodrigo L., VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Psicol. USP, São Paulo, v. 19, n. 3, 2008.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira.
Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, n. 28, p. 91-103, 2008.

MATTOS, Paulo et al. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000400004&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 25 Set. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000400004>.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V – 5. ed. - Porto Alegre - Artmed, 2014.

BACHMANN, Katharina; LAM, Alexandra P.; PHILIPSEN, Alexandra. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Adult ADHD Brain: A Neuropsychotherapeutic Perspective. **Frontiers in Psychiatry**, v. 7, 2016.

YOUNG, S. et al. Cognitive-behavioural Therapy in Medication-Treated Adults with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder and Co-Morbid Psychopathology: A Randomized Controlled Trial Using Multi-Level Analysis. *Psychological Medicine* v. 45. n. 13, p. 2793–2804, 2015:. *PMC*. Web. 28 Oct. 2016.

MATTOS, Paulo et al. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 28, n. 1, p. 50-60, abr. 2006. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100007>.

COLE, Pierre et al. CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psiquiatria Danubina*, v. 28, n. Suppl-1, p. 103,

2016. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Sebastien_Weibel/publication/308606478_CB_TDBT_skills_training_for_adults_with_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD/links/57ea8a5b08aed3a3e08aac4d.pdf

DITTNER, Antonia J. et al. Protocol for a proof of concept randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for adult ADHD as a supplement to treatment as usual, compared with treatment as usual alone. *BMC Psychiatry*, v. 14, 2014.

VIDAL, Estrada R. et. al. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012 May-Jun;40(3):147-54. Review. PubMed PMID: 22723133.

DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas, v. 11, n. 1, p. 165-176, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>.

WEISS, M. et. al. A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12, 30. Apr 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-30>

SAFREN, S. A. et. al. Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, v.304, n. 8, p. 875–880. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jama.2010.1192>

KNOUSE, Laura E. and SAFREN, Steven A. “Current Status of Cognitive Behavioral Therapy for Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.” *The*

Psychiatric clinics of North America. v. 33, n. 3, p. 497–509, 2010. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909688/>

7. ANEXOS

RPD

REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RPD)

Paciente: _____

Data: _____

Instrução: Quando você perceber o seu humor mudando, pergunte a si mesmo “O que está passando pela minha cabeça agora?” e, assim que possível, anote o pensamento ou imagem mental na coluna Pensamento Automático.

Data/ Hora	Situação	Pensamento (s) Automático(s)	Emoção (ões)	Resposta Adaptativa	Resultado
	<p>1- Que evento(s) real (is) ou recordação (ões) levaram à emoção desagradável?</p> <p>2- Qual (se houver) sensação aflitiva você teve?</p>	<p>1-Que pensamento (s) e/ou imagem (ns) passou pela sua cabeça?</p> <p>2-Quanto você acreditou em cada um no momento?</p>	<p>1-Que emoção (ões) (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu no momento?</p> <p>2-Quão intensa (0 a 100%) foi a emoção ?</p>		

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **JÉSSICA RIBEIRO RODRIGUES**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**A Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental para o Tratamento do TDAH Adulto**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)