

Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos

Oppositional defiant disorder and conduct disorder: their outcomes into adulthood

Eugenio Horacio Grevet¹, Carlos Alberto Iglesias Salgado¹, Gregory Zeni¹, Paulo Belmonte-de-Abreu¹

RESUMO

Os autores examinam a influência dos transtornos de oposição e desafio (TOD), de conduta (TC) e de personalidade anti-social (TPAS) ao longo da vida do indivíduo com TDAH. Os principais achados mostram que o TDAH é modulado por essas comorbidades e que seu prognóstico é modificado dependendo da presença ou não desses transtornos. O transtorno de oposição e desafio intensificaria as características de impulsividade e isolacionismo do TDAH, porém não acarretaria em um aumento na incidência de TPAS na vida adulta. Já o TC associado ao TDAH implica um aumento significativo na impulsividade e agressividade, estando associado significativamente a TPAS e um pior prognóstico. A diferenciação entre os diferentes transtornos e seu correto diagnóstico é essencial para o tratamento adequado do TDAH. Futuros estudos precisam determinar se o tratamento do TDAH produziria uma mudança significativa no prognóstico desse grupo de pacientes.

Palavras-chaves

TDAH, adultos, transtorno de oposição e desafio, transtorno de conduta, transtorno de personalidade anti-social.

ABSTRACT

The authors examine the influence of oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD) and anti-social personality disorder (ASPD) on attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across life span. The findings showed that ADHD is modulated by these comorbidities and ADHD prognosis is modified depending on the presence or the absence of those disorders. ODD intensifies ADHD impulsivity and isolationism, but does not lead to an increase in the prevalence of ASPD in adulthood. Otherwise, CD associated with ADHD increases significantly the levels of impulsivity and aggressiveness, is associated with ASPD and a poor outcome. The appropriate approach to ADHD must be based on the correct diagnosis of different comorbidities to predict the outcomes. Further studies are needed to investigate if the treatment of ADHD can produce a significant improvement on the outcomes of this group of patients.

Key-words

ADHD, adult, oppositional defiant disorder, conduct disorder, anti-social personality disorder.

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

INTRODUÇÃO

Pacientes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam uma prevalência maior de comorbidades do que pessoas sem TDAH. O percentual pode chegar a 70% dos pacientes referidos a um serviço clínico, e o padrão é observado tanto em adultos como em crianças (Biederman, 2004). Os diagnósticos mais comumente associados são o transtorno desafiante de oposição (TOD) (60% das crianças e 40% dos adultos), o transtorno de conduta (TC) (14% das crianças e 20% dos adultos) (Biederman *et al.*, 1999) e o transtorno de personalidade anti-social (TPAS) (8% dos adultos) (Grevet *et al.*, 2006).

Parece que esses transtornos comórbidos podem produzir notáveis alterações no tratamento e prognóstico dos pacientes com TDAH. Há consenso na literatura de que um paciente com diagnóstico de TDAH apresentará um prejuízo acadêmico, familiar e laboral quando comparado com indivíduos sem TDAH (Biederman, 2004).

No entanto, ainda é motivo de controvérsia o papel das comorbidades no prognóstico e tratamento de portadores de TDAH, principalmente no que se refere aos diagnósticos de transtornos de externalização. Discute-se a possibilidade de existir uma interação desfavorável que envolva TDAH, TOD, TC e TPAS em um contínuo de psicopatologia ao longo da vida do indivíduo (Manuzza e Klein, 2000).

Neste artigo de atualização, será abordada a persistência do TOD, do TC e do TPAS na vida adulta de indivíduos com TDAH e a relevância clínica de se avaliar tais transtornos em conjunto.

Transtorno de oposição e desafio

Apesar de este diagnóstico ter sido proposto desde 1966 (Stainer, 2000), o transtorno de oposição e desafio faz parte da nosologia psiquiátrica americana desde o DSM-III (APA, 1980). Esse transtorno era considerado por muitos um precursor subsindrômico na infância de quadros de conduta mais graves na vida adulta (APA, 1980; APA, 1987). Isso levou a comunidade médica a acreditar que muitos pacientes com TDAH e TOD (em torno de 60% das crianças com TDAH) apresentariam uma chance maior de virem a ter transtorno de conduta na vida adulta. Contudo, estudos de seguimentos demonstraram que não há uma ligação mais estreita entre os diagnósticos de TOD e de transtornos de conduta mais graves. Isso foi ratificado no DSM-IV (APA, 1995), que somente admite o diagnóstico de TOD se não houver um diagnóstico formal de TC ou TPAS.

O DSM-IV (APA, 1995) caracteriza o transtorno de oposição e desafio como um transtorno comportamental que apresenta um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiante, desobediente, principalmente com figuras de autoridades que levam a um prejuízo na vida

acadêmica, social e familiar do paciente. Para o diagnóstico de TOD são necessários pelo menos quatro dos seguintes sintomas: 1) encoleriza-se freqüentemente; 2) discute com adultos ou figuras de autoridade; 3) costuma desafiar as regras dos adultos; 4) faz coisas deliberadamente para aborrecer a terceiros; 5) culpa os outros pelos seus próprios erros; 6) se sente ofendido com facilidade; 7) tem respostas coléricas quando contrariado; e 8) é rancoroso e vingativo quando desafiado ou contrariado.

Esses sintomas devem se apresentar como um padrão persistente em múltiplos ambientes e estar presentes há pelo menos seis meses. Para se fazer o diagnóstico de TOD, o paciente não pode apresentar concomitantemente um transtorno psicótico ou um transtorno afetivo. Também, o paciente não pode preencher os critérios para transtorno de conduta (menores de 18 anos) ou personalidade anti-social (em maiores de 18 anos).

Da mesma maneira que ocorre com o TDAH e o autismo, para o diagnóstico de TOD em adultos, utilizam-se os critérios diagnósticos que foram definidos para crianças e adolescentes. A utilização *ipsis litteris* dos critérios acima mencionados em adultos não seria possível. Faz-se necessário contextualizar os critérios para vida do paciente (Grevet *et al.*, 2005). Por exemplo, no sintoma número 3, em vez de desafiar uma figura paterna, o paciente adulto costuma ter problemas com os chefes e figuras de poder. Feitas essas devidas contextualizações, o diagnóstico é regido pelos mesmos critérios.

Os primeiros estudos de seguimento em pacientes com TDAH foram realizados no Canadá e nos Estados Unidos com amostras diagnosticadas pelo DSM-II (APA, 1968). Elas não incluíam o diagnóstico de TOD, não possibilitando uma noção de seu prognóstico. No seguimento de crianças canadenses, Weiss *et al.* (1979) apresentam uma amostra de crianças acompanhadas até a vida adulta na qual poucas permaneceram com o diagnóstico de transtorno hiper-cinético e nenhuma apresentou como desfecho transtorno de conduta. Nos Estados Unidos, Manuzza e Klein (2000) acompanharam até o início da vida adulta crianças diagnosticadas pelo DSM-II também com transtorno hiper-cinético. Aquelas que apresentavam os sintomas mais pervasivos de TDAH na época do diagnóstico foram as que apresentaram uma incidência maior de transtorno de personalidade anti-social (29%) na vida adulta.

Biederman *et al.* (1996 e 2001) apresentaram os resultados de um seguimento de quatro anos de 140 crianças e adolescentes com TDAH e 120 controles. Os resultados demonstraram que pacientes com TDAH e TOD não evoluíram para transtorno de conduta. Contudo, aqueles que apresentavam o diagnóstico de TDAH e TC também apresentavam o diagnóstico de TOD. Posteriormente, no seguimento de dez anos desses mesmos pacientes, foi confirmado o risco

umentado para TPAS (Biederman *et al.*, 2006). Em outro estudo de quatro anos de seguimento de crianças do ensino fundamental com alterações no comportamento, August *et al.* (1999) também observaram que aqueles que apresentavam o diagnóstico de TDAH e TOD raramente evoluíram para o diagnóstico de TC. Contudo, pacientes que apresentavam o diagnóstico de TDAH e TC desde a primeira avaliação sempre apresentavam o diagnóstico de TOD. A justificativa para o diagnóstico de TOD em pacientes com TC reside na sobreposição de sintomas de conduta e de oposição, o que dificulta o diagnóstico. Em decorrência desses achados, os critérios de TOD pelo DSM-IV só podem ser preenchidos se não ocorre transtorno de conduta.

Alguns estudos de seguimento até a vida adulta tentaram esclarecer qual o papel dessas patologias no prognóstico dos pacientes adultos com TDAH e qual a influência de TOD e TC no desenvolvimento de comportamentos anti-sociais na vida adulta. Pacientes com TDAH e TOD apresentam uma chance maior de terem piores notas, maior agressividade, mais problemas com seus pares do que pacientes com o diagnóstico exclusivo de TDAH ou de TOD. Além disso, pacientes apenas com TOD tiveram um melhor desempenho acadêmico do que pacientes com TDAH e pacientes com TDAH e TOD (Carlson *et al.*, 1997).

Apesar de não existirem estudos de seguimento de adultos com diagnóstico de TDAH + TOD ou TOD, pelos achados da literatura de crianças e adolescentes, não há por que pensar em um contínuo desde o TOD até o TPAS. Contudo, não podemos negligenciar o fato de que o TOD acentua as características de externalização próprias do quadro de TDAH com maior expressão de impulsividade e agressividade. Isso se observa melhor durante o atendimento desses pacientes, quando se pode notar que costumam ser de abordagem mais laboriosa. Entretanto, resultados preliminares de nosso estudo de resposta ao tratamento farmacológico com 349 pacientes adultos com TDAH, o TOD não predisse abandono do tratamento proposto.

Transtorno de conduta e transtorno de personalidade anti-social

O transtorno de conduta e o transtorno de personalidade anti-social costumam se apresentar como um contínuo na vida de um mesmo paciente e, quando associados ao TDAH, podem produzir grande impacto no prognóstico e tratamento deste (Biederman *et al.*, 2001). Esses pacientes tornam a abordagem clínica mais difícil, senão frustrante. Mesmo diante de um quadro assim desfavorável, há espaço para esforços centrados no TDAH capazes de, no mínimo, atenuar o montante de sintomas de externalização. Os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1995) para essas condições consolidam a impressão de que há um contínuo desde a infância entre o TC e o TPAS.

Pelo DSM-IV (APA, 1995), o transtorno da conduta implica um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. Três (ou mais) comportamentos devem estar presentes durante os últimos 12 meses, com presença de pelo menos um desses nos últimos seis meses. Os sintomas relacionados incluem os oito critérios descritos para o TOD mais os 15 seguintes: 1) mentir para obter vantagens; 2) iniciar lutas corporais frequentes; 3) usar armas que possam causar sério dano físico; 4) permanecer na rua à noite apesar de proibições; 5) ser fisicamente cruéis com pessoas; 6) ser fisicamente cruéis com animais; 7) destruir deliberadamente propriedade alheia; 8) Atear fogo com intenção de causar dano; 9) praticar o furto; 10) gazer aula; 11) fugir de casa por mais de uma noite; 12) cometer assaltos; 13) forçar alguém a manter atividade sexual; 14) maltratar colegas; e 15) praticar arrombamentos. Esses sintomas devem causar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

São descritos dois subtipos com base na idade de início do transtorno com início na infância (antes dos 10 anos) ou com início na adolescência (após os 10 anos). O início na infância predispõe ao transtorno de conduta persistente e ao transtorno da personalidade anti-social na idade adulta.

O transtorno de personalidade anti-social é descrito pelo DSM-IV como sendo um transtorno caracterizado por um padrão abrangente de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou no começo da adolescência e continua na idade adulta. O indivíduo deve ter pelo menos 18 anos e ter tido uma história de alguns sintomas de transtorno de conduta antes dos 15 anos: 1) não se submeter às normas e parâmetros legais; 2) enganar ou manipular os outros, a fim de obter vantagens pessoais ou prazer; 3) impulsividade ou fracasso em planejar o futuro; 4) irritabilidade ou agressividade física; 5) desrespeitar a segurança própria ou alheia; 6) irresponsabilidade; 7) ausência de remorso. O transtorno não pode ocorrer apenas durante o curso de esquizofrenia ou de um episódio maníaco.

Um conjunto de estudos de seguimento traçou o perfil de pacientes com TDAH e comorbidades. Pode-se depreender que haveria dois subgrupos de pacientes com TDAH. Aqueles que apresentam sintomas de externalização e outro grupo sem esses sintomas. Satterfield *et al.* (1982) acompanharam 110 meninos com TDAH e 88 controles até os 17 anos e observaram que os indivíduos com TDAH apresentaram índices mais elevados de detenção comparados com os controles. Esse estudo apontou para a relação entre TDAH e alterações na conduta. Em um estudo posterior, os mesmos pesquisadores demonstraram que adultos com TDAH apresentavam maiores riscos de criminalidade na idade adulta. No seguimento de Manuzza e Kein (2000), 20% dos pacientes com TDAH apresentavam TC concomitante. Os sintomas de TDAH geralmente antecediam o TC e o TPAS

e persistiam até a vida adulta, demonstrando haver uma linha desenvolvimental peculiar em uma parcela dos pacientes com TDAH. Outro estudo (Kuhne *et al.*, 1997) com 91 crianças com TDAH examinou as inter-relações entre TDAH, TOD e TC. Na presença de TC, os pacientes apresentavam mais agressividade, enquanto na presença de TOD manifestavam mais isolamento social. No mesmo ano, Satterfield e Schell (1997) publicaram o seguimento de 89 indivíduos com TDAH até 23 anos e observaram que os indivíduos com TDAH apresentaram mais detenções na juventude e na vida adulta do que os controles. No mesmo estudo, problemas de conduta na infância predisseram criminalidade posterior, assim como o comportamento anti-social na adolescência predisse criminalidade na vida adulta.

Um estudo com 754 crianças adotivas revelou que o TC e o TDAH conferem um risco independente para problemas com a lei e detenções (Gunter *et al.*, 2006).

Os achados desse grupo de estudos sugerem que haja dois subgrupos de crianças com TDAH. Um com TC e outro que não o apresenta. Dessa forma, crianças com TDAH sem problemas de conduta não parecem ter risco aumentado para criminalidade posterior, sugerindo que o TPAS não seja associado ao TDAH em si, mas sim à comorbidade com TC na infância.

CONCLUSÕES

Com base nos estudos anteriormente apresentados, podemos concluir que o TDAH está associado a um aumento na prevalência de TOD, TC e TPAS. No entanto, o que prediz problemas significativos na idade adulta parece ser o TC na infância e na adolescência e não a presença de TOD. Esse subgrupo de pacientes apresenta como característica geral a presença de níveis elevados de agressividade e negativismo, porém, aqueles com TC terão as piores conseqüências. Ou seja, ter TDAH é um fardo para o paciente, seus familiares e a sociedade. Ter TDAH e TOD agrava mais o problema, porém ter TDAH e TC torna o prognóstico muito mais reservado em decorrência das conseqüências nefastas do provável desenvolvimento de transtorno de personalidade anti-social.

Falta, ainda, esclarecer quanto o tratamento precoce do TDAH pode prevenir as conseqüências na vida adulta. Isso já foi observado com relação ao abuso e à dependência de substância nos casos em que o tratamento farmacológico intenso reduziu a incidência dessa comorbidade nos mesmos níveis dos controles (Biederman *et al.*, 1999; Biederman, 2003).

Algumas recomendações ao clínico podem ser delineadas a partir desses achados:

- 1) Os diagnósticos de TDAH, TOD, TC e TPAS podem existir individualmente. Eles estão apenas inter-relacionados.
- 2) O TDAH parece surgir mais precocemente na vida da criança.
- 3) A associação com alterações na conduta se mantém na vida adulta.
- 4) O desfecho na conduta não é benigno e está associado a uma chance maior de detenções e prisões já na adolescência e persistindo na vida adulta.
- 5) Os estudos parecem dar base à disposição de tratamento vigoroso e precoce do TDAH, controlando uma variável potente na determinação do conjunto de transtornos associados.
- 6) TOD não prediz o surgimento de TPAS.
- 7) TC prediz o surgimento de TPAS.

Potenciais conflitos de interesse: O programa de tratamento para pacientes com TDAH recebe apoio financeiro para pesquisa dos seguintes laboratórios: Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag, e Novartis.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1968.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. DSM-IV. Artes Médicas: Porto Alegre; 1995.
- August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:1262-70, 1999.
- Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 65:3-7, 2004.
- Biederman J. Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *J Clin Psychiatry*, 64(Suppl11):3-8, 2003.
- Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E *et al.* Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1193-204, 1996.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:290-8, 2001.
- Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM *et al.* Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36:167-79, 2006.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104:e20, 1999.
- Carlson CL, Tamm L, Gaub M. Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1706-14, 1997.

- Grevet EH, Bau CH, Salgado CA, Fischer AG, Kalil K, Victor MM *et al.* Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256:311-9, 2006.
- Grevet EH, Bau CH, Salgado CA, Ficher A, Victor MM, Garcia C *et al.* Interrater reliability for diagnosis in adults of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder using K-SADS-E. *Arq Neuropsiquiatr*, 63:307-10, 2005.
- Gunter TD, Arndt S, Riggins-Caspers K, Wenman G, Cadoret RJ. Adult outcomes of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: are the risks independent or additive? *Ann Clin Psychiatry*, 18:233-7, 2006.
- Kuhne M, Schachar R, Tannock R. Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1715-25, 1997.
- Manuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adoles Psychiat Clin N Am*, 9:711-26, 2000.
- Satterfield JH, Hoppe CM, Schell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention-deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiatry*, 139:795-8, 1982.
- Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1726-35, 1997.
- Stainer H. Disruptive behavior disorders. In: Sadock VJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Willins & Wilkins; 2000.
- Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wener A. Hyperactives as young adults: A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiatry*, 36:675-81, 1979.