

Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura

Cognitive-Behavioral Therapy for adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder:
a systematic review of the literature

**Karen Cristina Rech Braun, Fabiane Cristina Pereira Marcilio, Mikael Almeida Corrêa,
Ana Cristina Garcia Dias**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, 90035-003. Porto Alegre, RS, Brasil. karenrech@gmail.com

Resumo: O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) foi compreendido como um transtorno exclusivo da infância por muito tempo. Nos últimos anos, pesquisas evidenciaram que cerca de 70% dos casos diagnosticados na infância persistem ao longo da vida. Crianças com TDAH, quando não tratadas, podem continuar apresentando sintomas na adolescência, o que justifica a necessidade de identificar e avaliar as intervenções destinadas a adolescentes. Logo, este estudo objetiva caracterizar intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para adolescentes com TDAH. Foi realizada uma revisão sistemática em cinco bases de dados com a combinação das palavras-chave (“TDAH”, “ADHD”, “attention deficit hyperactivity disorder”), (“TCC” “CBT” “Cognitive Behavioral Therapy”) e (“adolescents”, “adolescent”, “teens”) no campo assunto. Dos 272 artigos encontrados, somente 7 atenderam os critérios de inclusão. A maioria das intervenções analisadas se referiam à psicoterapia individual, com um número de sessões que variou entre 10 a 20. Cinco estratégias terapêuticas foram identificadas como mais frequentes: psicoeducação; organização e planejamento do tempo e atividades; engajamento dos pais no tratamento; entrevista motivacional; e redução de estímulos distratores e da procrastinação. Os resultados evidenciaram a eficácia das intervenções da TCC para essa população. Não foi identificado nenhum estudo empírico que testasse intervenções baseadas na TCC destinadas a adolescentes com TDAH no Brasil, o que sugere a necessidade de adaptar ou criar protocolos de atendimento para esse público no país. Conclui-se que a literatura internacional proporciona aos psicólogos e psiquiatras informações importantes para adoção dos protocolos de tratamento baseados na TCC para adolescentes com TDAH, visto que detalha público-alvo, os objetivos do tratamento, os procedimentos, e os resultados da intervenção.

Palavras-chave: adolescentes; TDAH; terapia cognitivo-comportamental.

Abstract: The Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) has been considered an exclusive childhood disorder for a long time. In recent years, research has shown that about 70% of cases diagnosed in childhood present symptoms throughout life. Untreated children with ADHD may continue to present symptoms in adolescence, which justifies the need to identify and evaluate interventions for adolescents. Therefore, this study aims to characterize interventions based on cognitive-behavioral therapy (CBT) for adolescents with ADHD. A systematic review was made on five databases, combining keywords (“TDAH”, “ADHD”, “attention deficit hyperactivity

disorder”), (“TCC” “CBT” “Cognitive Behavioral Therapy”) and (“adolescents”, “adolescent”, “teens”) in the subject field. . From 272 papers identified, only 7 met inclusion criteria. Most of the interventions analyzed referred to individual psychotherapy, with a number of sessions ranging from 10 to 20. Five therapeutic strategies were identified as more frequent: psychoeducation; organization and planning of time and activities; parental engagement in treatment; motivational interview; and reduction of distracting stimuli and procrastination. Results show the efficacy of CBT interventions for this population. No empirical studies were found that tested CBT based interventions for adolescents with ADHD in Brazil, suggesting the need to adapt or create specific protocols for this public in this country. In conclusion, international literature provides psychologists and psychiatrists with important information for the adoption of CBT-based treatment protocols for adolescents with ADHD, as they detail the target audience, treatment objectives, procedures, and intervention outcomes.

Keywords: adolescents; ADHD; cognitive-behavioral therapy.

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um conjunto de sintomas relacionados à desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade. Este transtorno pode se manifestar de três maneiras: somente com sintomas de desatenção, somente com sintomas de hiperatividade e impulsividade ou numa combinação de desatenção com hiperatividade. Para preencher o diagnóstico em crianças, são necessários ao menos seis critérios, enquanto em adultos o mínimo é cinco critérios que causem prejuízos significativos há, no mínimo, seis meses (American Psychiatric Association, 2014). Os subtipos mais frequentes em adolescentes são de desatenção e combinado, sendo que o diagnóstico, em geral, acaba sendo complexo diante das transformações físicas, sociais e emocionais dessa fase do desenvolvimento. Muitos dos sintomas do transtorno podem ser atribuídos a comportamentos típicos da adolescência, protelando o diagnóstico (Guney *et al.*, 2014; Rodillo, 2015).

Em adolescentes e adultos, a desatenção se manifesta, especialmente, por meio de dificuldades em manter o foco, em persistir e em se organizar para a realização de atividades. Já a hiperatividade é caracterizada pelo desenvolvimento de atividades motoras em excesso, como, por exemplo, conversar demais quando isso não é permitido. A impulsividade, por sua vez, está relacionada à adoção de ações precipitadas, que não

mensuram as consequências delas, tais como tomar uma decisão importante sem ter informações suficientes ou adequadas (American Psychiatric Association, 2014).

Não existem marcadores biológicos para diagnóstico do transtorno e suas causas específicas não são completamente conhecidas. A origem do TDAH tem sido associada a características do sistema nervoso central, a fatores genéticos e ambientais (Thapar *et al.*, 2013). O transtorno envolve processos cerebrais que interferem diretamente no comportamento inibitório e nas funções executivas. Os déficits nessas áreas estão relacionados às características fundamentais do transtorno, levando ao prejuízo da inibição do comportamento e do autocontrole (Barkley e Murphy, 2010; Mota, 2014).

O TDAH é considerado um dos transtornos psiquiátricos com base genética mais forte (Faraone e Larsson, 2018; Grimm *et al.*, 2018). Entretanto, a hereditariedade não é o único fator que contribui para o desenvolvimento do transtorno. Riscos ambientais como prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição a grandes adversidades na primeira infância foram apontadas como fatores comuns a maioria de indivíduos com TDAH (Thapar *et al.*, 2011). Outro fator ambiental que parece estar associado ao transtorno é o uso de álcool e cigarro durante a gravidez. Além disso, crianças pequenas expostas a níveis elevados de chumbo têm maiores chances de apresentar o transtorno futuramente (National Institute of Mental Health, 2016).

O TDAH pode apresentar comorbidades com diversos transtornos, incluindo problemas comportamentais e emocionais. Na infância os mais comuns são o transtorno desafiador de oposição e o transtorno de conduta. Estes transtornos são igualmente frequentes em adolescentes com TDAH, destacando-se ainda os transtornos de ansiedade, de humor e aprendizagem (Reale *et al.*, 2017). Já na vida adulta as comorbidades mais recorrentes são transtorno de personalidade antissocial, de abuso de substâncias, ansiedade e depressão. Em geral, a ocorrência de pessoas diagnosticadas apenas com TDAH é de 50-60%, sendo que as demais apresentam um ou mais transtornos psiquiátricos associados (Anker *et al.*, 2018; Pliszka, 2015). Pesquisas atuais buscam delinear os mecanismos envolvidos no desenvolvimento transtornos comórbidos em

peças com TDAH, que incluem fatores de risco antes do nascimento, exclusão social, fatores parentais, fatores de risco genéticos e neurobiológicos (Pliszka, 2015; Reale *et al.*, 2017).

Durante muito tempo, acreditava-se que o TDAH era um transtorno exclusivo da infância (Louzã Neto, 2010). Entretanto, cerca de 70% dos casos diagnosticados na infância persistem ao longo da vida, podendo causar prejuízos em diversos contextos (Barkley *et al.*, 2002). Entende-se, portanto, que o TDAH é crônico e está associado com comprometimento acadêmico, social e psicológico não apenas na infância, mas na adolescência e na vida adulta (Weyandt e Dupaul, 2013).

Estima-se que entre 50% a 70% das crianças com transtorno, quando não tratadas, continuarão apresentando sintomas na adolescência e, posteriormente, na vida adulta (Faraone *et al.*, 2006). Ademais, o uso da medicação é muito eficaz no que se refere ao manejo dos sintomas, contudo, a farmacoterapia não é eficiente para melhorar o funcionamento do indivíduo com TDAH (Antshel e Olszewski, 2014). Cabe ainda ressaltar que há muito mais estudos voltados para o tratamento de crianças do que para adolescentes com TDAH (Smith *et al.*, 2000).

Estudos com adolescentes com TDAH apontam que estes têm muito mais chances de não se formar na escola do que seus colegas sem o transtorno e, entre aqueles que conseguem concluir os estudos, a probabilidade de entrarem na universidade é inferior às de seus pares (Dvorsky *et al.*, 2018; Weyandt e Dupaul, 2013). Além disso, o TDAH afeta negativamente o funcionamento dos adolescentes com o transtorno, que tendem a se engajar em comportamentos de risco como abuso de substâncias e prática de sexo sem precauções (Barkley e Cox, 2007). Outro fator agravante é presença de comorbidades, que chega a acometer até 50% dos adolescentes que possuem TDAH. Os transtornos comórbidos mais frequentes são o transtorno desafiador de oposição, transtornos de ansiedade, transtorno de conduta, transtornos de humor, distúrbios de aprendizagem e abuso de substâncias (Antshel e Olszewski, 2014; Molina *et al.*, 2009).

O motivo da busca por tratamento em adolescentes com TDAH, por vezes, não estão diretamente relacionados com os principais sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividades (Rodillo, 2015). São frequentes as queixas de dificuldade para organizar-se, iniciar e completar tarefas, para inibir comportamentos e seguir regras, além de flexibilidade cognitiva diminuída, entre outras complicações que acabam afetando o desempenho escolar e as relações sociais. Além disso, adolescentes com TDAH tendem a parecer emocionalmente mais imaturos comparados com os seus pares (Guney *et al.*, 2014; Rodillo, 2015). Comportamentos de risco e atitudes agressivas são comuns neste período e podem ser consideradas saudáveis desde que ajudem o adolescente a desenvolver autonomia e senso de identidade. Por sua vez, os sintomas do TDAH afetam significativamente a qualidade de vida e dificultam o adolescente a lidar com as mudanças e desafios desta etapa do ciclo vital. Assim, o tratamento deve incluir o manejo das principais características presentes no transtorno e sintomas associados, tais como problemas acadêmicos, dificuldades de relacionamentos com pares e manifestações de condutas de risco (Guney *et al.*, 2014; Rodillo, 2015).

Da mesma forma que ocorre na infância, o envolvimento dos pais no tratamento é fundamental visto que, em geral, são os familiares ou a escola que incentivam o adolescente a buscar atendimento, já que ele, muitas vezes, não reconhece ou minimiza seus problemas (Fernández *et al.*, 2015). Entretanto, devido às especificidades do período de desenvolvimento, as intervenções com adolescentes baseadas em tratamentos infantis não apresentam os resultados esperados (Sibley *et al.*, 2016). Apesar de autores enfatizarem a importância de considerar as fases do desenvolvimento psicológico nas intervenções, observa-se que muitos tratamentos desconsideram as características e as transformações que ocorrem durante a adolescência (Jardim *et al.*, 2005). O estudo de revisão realizado por Holmbeck *et al.* (2000) sobre intervenções cognitivo-comportamentais desenvolvidas com o público adolescente mostrou que apenas 26% (9) do total de estudo empíricos analisados (34) referiram que as questões desenvolvimentais

presentes nesse período do desenvolvimento devem ser consideradas no planejamento e avaliação do tratamento.

O atendimento com adolescentes pode apresentar desafios, exigindo do terapeuta tanto conhecimentos sobre as mudanças biopsicossociais vividas nessa etapa do desenvolvimento como a flexibilidade e criatividade para manejar e propor intervenções significativas com essa população (Jardim *et al.*, 2005). Características desse período como a busca por autonomia, a ampliação da rede de amizades e os questionamentos das figuras de autoridade podem fazer com que o estabelecimento de uma relação de ajuda torne-se mais complexo. Nesse sentido, problemas para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e a baixa aderência ao tratamento são apontadas como algumas das principais dificuldades nas intervenções com esse grupo etário (Fernández *et al.*, 2015).

Em relação ao tratamento, a literatura aponta que, tal como na infância, o TDAH na adolescência normalmente é tratado com medicação ou intervenções comportamentais. Contudo, em comparação aos resultados apresentados pelas crianças, a resposta a essas intervenções nem sempre é promissora (Smith *et al.*, 2000). Apesar de a farmacoterapia ser amplamente utilizada como tratamento efetivo ao longo dos anos, ela se mostra inadequada como único recurso terapêutico para o TDAH (Wilens *et al.*, 2006). Ademais, muitos adolescentes abandonam o tratamento medicamentoso antes de terminarem o ensino médio (Molina *et al.*, 2009).

Além do tratamento farmacológico, percebe-se uma tendência à utilização das terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) para o TDAH (Canu e Wymbs, 2015). A TCC é caracterizada como um modelo psicoterápico breve, estruturado e direcionado para resolução de problemas e alterações de comportamentos e pensamentos considerados disfuncionais (Beck, 2013). As intervenções para TDAH nesta abordagem têm como objetivo produzir mudanças nos sistemas de crenças do indivíduo, além de auxiliá-lo a desenvolver maneiras mais efetivas para lidar com os prejuízos decorrentes do transtorno. O tratamento envolve principalmente a psicoeducação, manejo dos problemas emocionais e treinamento de habilidades de enfrentamento. Nos atendimentos com

crianças e adolescentes o envolvimento dos pais no tratamento é considerado essencial, já que tende a aumentar as chances de generalização dos resultados (Pereira e Mattos, 2011). Contudo, a maioria das pesquisas conduzidas com protocolos de TCC para adolescentes são destinadas a transtornos de ansiedade e depressão (Molina *et al.*, 2009). Torna-se importante destacar que as pesquisas realizadas com adolescentes apontam que esta população responde bem às intervenções baseadas na TCC (Antshel e Olszewski, 2014). Reitera-se, portanto, a relevância do desenvolvimento de estudos que investiguem a aplicabilidade da TCC para adolescentes com TDAH. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa é caracterizar as intervenções baseadas na TCC para essa população.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções da TCC para adolescentes com TDAH. A busca foi feita por dois pesquisadores independentes nas seguintes bases de dados: PsycINFO, Scielo, Pepsic, Scopus e Web of Science. Para efetuar a busca, foram combinadas as seguintes palavras-chave nos idiomas português, espanhol e inglês: (“TDAH”, “ADHD”, “attention deficit hyperactivity disorder”), (“TCC” “CBT” “Cognitive Behavioral Therapy”) e (“adolescentes”, “adolescent”, “teens”) no campo assunto. Nos achados iniciais, no dia 24 de março de 2018, foi identificado um total de 272 artigos. Os critérios de inclusão foram: 1) ser artigo empírico, 2) relatar intervenção exclusivamente para adolescentes com TDAH baseada na TCC, 3) disponibilizar o texto integral *online* e 4) ter sido publicado em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos: 1) artigos duplicados, 2) artigos sem o acesso ao texto completo, 3) artigos teóricos ou revisões de literatura.

Foram encontradas 272 publicações, inicialmente na primeira busca realizada. Foi conduzida uma primeira análise através da leitura dos títulos dos trabalhos, considerando os critérios de inclusão e exclusão. A partir dessa análise, foram excluídos 256 artigos por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Em uma segunda fase de análise, os títulos e os resumos completos foram lidos na íntegra, considerando novamente os critérios de

inclusão e exclusão. Destes, cinco foram excluídos por não relatarem intervenção da TCC para adolescentes com TDAH e quatro por serem teóricos ou revisões de literatura. Por fim, sete artigos foram lidos na íntegra e selecionados para compor a amostra deste estudo. Todos os artigos são internacionais e, apesar de não ter sido limitado um período de publicação no momento da busca, todos os estudos foram publicados a partir do ano de 2012.

Resultados

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos para a análise final. Os dados referentes aos sete artigos restantes foram analisados a partir das seguintes categorias: (1) Participantes; (2) Delineamento; (3) Formato da intervenção; (4) Técnicas utilizadas; e (5) Principais resultados. Estas categorias foram elaboradas a fim de caracterizar e sistematizar as intervenções encontradas (Tabela 1).

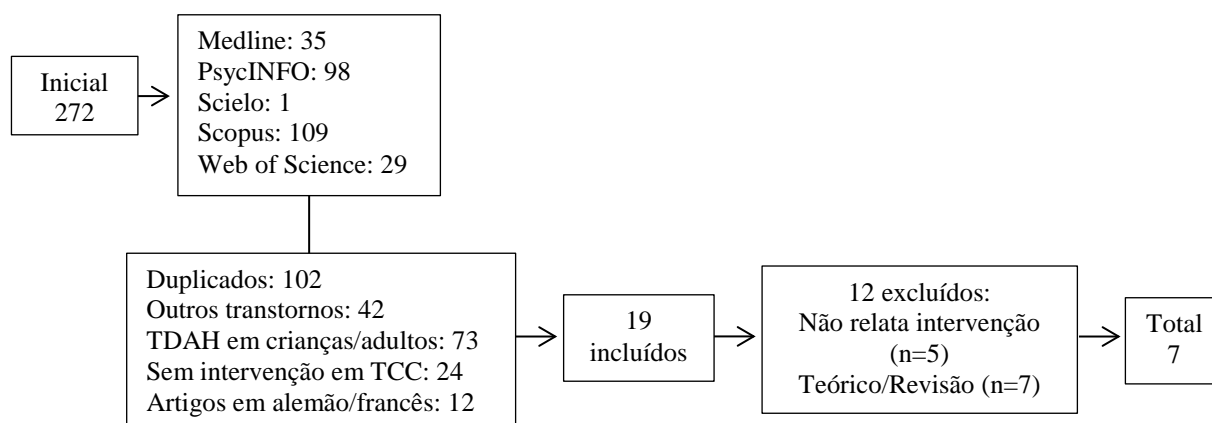


Figura 1. Processo de seleção dos estudos (diagrama de fluxo).

Figure 1. Process for selecting studies (flow diagram).

Participaram das intervenções adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, com diagnóstico de TDAH. O foco das intervenções, em sua maioria, foi o transtorno e suas consequências - à exceção de um estudo (Haydicky *et al.*, 2012), em que o TDAH apareceu como uma comorbidade entre adolescentes com dificuldades de aprendizagem. Alguns estudos mediram os níveis de comorbidades como ansiedade (Antshel *et al.*, 2012; Boyer

et al., 2014; Boyer *et al.*, 2016; Haydicky *et al.*, 2012), depressão (Antshel *et al.*, 2012; Boyer *et al.*, 2014; Boyer *et al.*, 2016), comportamentos opositores (Antshel *et al.*, 2012; Haydicky *et al.*, 2012; Sibley *et al.*, 2012), entre outras. Contudo, a melhora dessas comorbidades foi uma consequência das intervenções, e não o foco principal delas.

Quanto aos delineamentos utilizados, houve uma predominância de estudos quantitativos (n=5). Quatro estudos apresentaram dados intragrupos pré e pós-teste (Antshel *et al.*, 2012; Boyer *et al.*, 2014; Haydicky *et al.*, 2012; Sprich *et al.*, 2016), sendo que destes dois também compararam as variáveis como um grupo controle de uma lista de espera (Haydicky *et al.*, 2012; Sprich *et al.*, 2016). Nestas publicações a principal medida analisada foi a avaliação sobre os sintomas de TDAH (tanto segundo os próprios adolescente e/ou seus pais como, em alguns estudos, na perspectiva dos professores). Outras variáveis também foram comparadas, tais como capacidade de planejamento, funções executivas, funcionamento geral, sintomas comórbidos (ansiedade, depressão, comportamento opositor, etc), entre outros. Já as demais publicações, uma possuía delineamento misto (Boyer *et al.*, 2016) e o outro artigo era qualitativo, apresentando um estudo de casos múltiplos (Sprich, *et al.*, 2015). Em apenas um estudo os autores conduziram follow-up, que foi realizado após três meses da aplicação da intervenção (Boyer *et al.*, 2014).

Em relação ao formato das intervenções, a maioria se refere à psicoterapia individual. O número de sessões variou entre 10 e 20, com duração entre 45 e 90 minutos. Apenas duas das intervenções relatadas foram conduzidas em grupo com os adolescentes: uma destas, com 20 sessões de 90 minutos (Haydicky *et al.*, 2012), e outra com oito encontros, sendo um encontro por semana, com nove horas de duração cada, nos quais eram realizadas diversas atividades (Sibley *et al.*, 2012). Cinco estratégias terapêuticas apareceram como mais frequentes nas publicações analisadas:

Tabela 1. Características dos estudos analisados

Table 1. Characteristics of the analyzed studies

Autores (Ano)	Participantes	Delineamento	Formato da Intervenção	Técnicas utilizadas	Principais Resultados
Antshel, Faraone e Gordon (2012)	68 adolescentes (14–18 anos) com TDAH e comorbidades	Quantitativo com pré e pós-teste	9 a 12 sessões de psicoterapia com pais envolvidos nas primeiras 7 sessões; (50min); Protocolo de Safren et al. (2005) para TDAH adulto adaptado para adolescentes	Entrevista motivacional; Psicoeducação (TDAH e TCC); Habilidades para diminuir a distração; Reestruturação cognitiva; Redução da procrastinação; Habilidades de comunicação; Manejo da raiva/frustração	Segundo pais e professores, adolescentes com TDAH e TDO se beneficiaram menos da intervenção. Já adolescentes com TDAH e ansiedade ou depressão tiveram melhores resultados
Boyer <i>et al.</i> (2014)	159 adolescentes (12–17 anos) com TDAH	Quantitativo com pré e pós-teste e follow-up de 3 meses	8 sessões individuais com o adolescente e 2 com os pais (45–60 min.)	PML (<i>Plan my life</i>): Psicoeducação; Estabelecimento de metas; Tema de casa; Feedback; Entrevista motivacional; Estratégias de planejamento e organização; Reestruturação cognitiva. SFT (<i>Solution-focused treatment</i>): Psicoeducação; Estabelecimento de metas; Tema de casa; Feedback; Entrevista motivacional; Estratégia de resolução de problemas.	Pais e os terapeutas avaliaram o tratamento focado no planejamento e de forma mais positiva do que o focado na resolução de problemas. O PML mostrou maior redução nos problemas de planejamento relatados pelos pais. Houve melhora importante nos sintomas de TDAH e os problemas associados
Boyer <i>et al.</i> (2016)	159 adolescentes (12–17 anos) com TDAH e comorbidades	Misto	8 sessões individuais com o adolescente e 2 com os pais (45–60 min.)	PML (<i>Plan my Life</i>): Sessões focadas no desenvolvimento de estratégias de planejamento e organização. SFT (<i>Solution-focused treatment</i>): Sessões focadas no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas.	Adolescentes com sintomas menos depressivos e mais sintomas de ansiedade apresentaram melhora ao receber o PML do que o SFT, enquanto que para outros adolescentes os efeitos de PML e SFT foram comparáveis.
Haydicky <i>et al.</i> (2012)	27 adolescentes (12-18 anos) com dificuldades de aprendizagem e TDAH	Quantitativo com pré e pós-teste	20 sessões de 90min em grupos	Escaneamento corporal; Atividades <i>mindfulness</i> ; Meditação (sentada, caminhando, de autorregulação da atenção); Definição de metas pessoais; Psicoeducação sobre pensamentos, sentimentos e sensações	Participantes com TDAH apresentaram melhora dos comportamentos externalizantes, opositores e de conduta e diminuição da ansiedade.

Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com TDAH: uma revisão sistemática de literatura

				corporais; Interpretação de pensamentos e sentimentos de si e dos outros; Reconhecimento de pensamentos sabotadores (e.g., que interferem nas relações interpessoais).	
Sibley <i>et al.</i> (2012)	34 adolescentes (média de idade 13, 88 anos) com TDAH	Quantitativo	8 semanas de tratamento intensivo, encontros semanais de 9h de duração (das 8h às 17h) com a proposta de simular um ambiente escolar. Grupos de 8 a 13 participantes	Psicoeducação; Desenvolvimento de habilidades de organização e planejamento; Treinamento de liderança; Prevenção de engajamento em comportamentos de risco.	Melhora das habilidades sociais, autoestima, comportamento opositivo-desafiador e das funções cognitivas
Sprich <i>et al.</i> (2016)	46 adolescentes (14-18 anos), com TDAH	Quantitativo com pré e pós-teste	10 sessões de psicoterapia individual mais duas sessões junto com os pais (50 min.) Protocolo de Safren et al. (2005) para TDAH adulto adaptado para adolescentes	Psicoeducação; Divisão de tarefas; Desenvolver habilidades de organização e planejamento; Estabelecimento de metas; Reestruturação de crenças (perfeccionismo); Monitorar estímulos distratores; Orientação de pais.	O estudo mostra a eficácia da TCC para adolescentes com TDAH com sintomas persistentes apesar do tratamento psicofarmacológico.
Sprich <i>et al.</i> (2015)	3 adolescentes (13-17 anos) com TDAH	Estudo de casos múltiplos	12 sessões individuais de 50 minutos (2 com os pais) Protocolo de Safren et al. (2005) para TDAH adulto adaptado para adolescentes	Psicoeducação; Lista de tarefas; Resolução de problemas; Divisão de tarefas; Desenvolvimento de habilidades de organização e planejamento; Gestão do tempo; Controle de distrações; Reestruturação cognitiva; Estabelecimento de metas; Orientação de pais; Prevenção à recaída.	O tratamento foi bem tolerado pelos adolescentes e eles experimentaram benefício clínico. Alguns participantes conseguiram desenvolver habilidades de aprendizagem para lidar com o TDAH.

psicoeducação (n=7); organização e planejamento do tempo e atividades (n=5); engajamento dos pais no tratamento (n=5); entrevista motivacional (n=3); e redução de estímulos distratores e da procrastinação (n=3).

A maior parte destas técnicas é comum em protocolos para adultos com TDAH, com o objetivo de facilitar o manejo das dificuldades inerentes ao transtorno (Anastopoulous e King, 2015; Fleming *et al.*, 2015). Mais especificamente, observa-se que algumas intervenções analisadas correspondem às adaptações, para o público adolescente, de protocolos americanos voltados a adultos (Safren *et al.*, 2005). Nessas adaptações, as diferenças são que as responsabilidades de trabalho foram substituídas por tarefas escolares, e ao invés da inclusão de cônjuge, ocorreu a participação dos pais. As demais características das intervenções (número e duração das sessões, tópicos abordados e técnicas utilizadas) permaneceram as mesmas (Antshel *et al.*, 2012; Sprich *et al.*, 2015; Sprich *et al.* 2016).

A psicoeducação foi a estratégia mais utilizada, aparecendo em todas as intervenções relatadas. Ela consiste em oferecer informações ao paciente sobre os princípios e funcionamento do tratamento, as causas e sintomas do TDAH (Pereira e Mattos, 2011). É comum que alguns adolescentes se recusem a aderir ao tratamento com receio de serem estigmatizados (Rodillo, 2015). Assim, a familiarização com o transtorno, seus sintomas e suas consequências faz com que os pacientes entendam que não estão sozinhos e que existem explicações para seus problemas. Ademais, por meio da psicoeducação, eles podem aprender como manejar e lidar melhor com os sintomas, o que acaba melhorando a adesão a outros tratamentos, como o medicamentoso (Basco e Rush, 2009; Grevet *et al.*, 2003). Conversar sobre os sintomas impacta não apenas o paciente, mas também os familiares envolvidos. As orientações sobre o diagnóstico podem aumentar o apoio e o funcionamento familiar, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar geral, além desmistificar as crenças da família sobre o transtorno (Gisladdottir e Svavarsdottir, 2016).

O desenvolvimento de estratégias para melhor organização e planejamento do tempo e das atividades se baseia na avaliação do tempo médio de atenção dispensado

pelos pacientes e a divisão de tarefas em pequenas atividades (Boyer *et al.*, 2014; Boyer *et al.*, 2016; Sibley *et al.*, 2012; Sprich *et al.*, 2015; Sprich *et al.*, 2016). De modo semelhante, as estratégias para a redução da distração e da procrastinação enfocam na redução e no controle de estímulos (Antshel *et al.*, 2012; Sprich *et al.*, 2015; Sprich *et al.*, 2016). O desenvolvimento dessas habilidades é muito importante, pois, com frequência, indivíduos com TDAH deixam de realizar suas atividades pela dificuldade de lidar com as distrações e por não saberem como organizar seu material de estudos ou administrar seu tempo. Com isso, o sentimento de incapacidade é reforçado, diminuindo cada vez mais seu interesse em iniciar as atividades que precisa executar, gerando um círculo vicioso (Louzã Neto, 2010).

Outra estratégia utilizada foi a inclusão dos pais no atendimento. Com isso, visava-se o reforço da psicoeducação sobre o transtorno, a avaliação dos estilos parentais, o desenvolvimento de habilidades de comunicação para evitar conflitos e o manejo de contingências para estabelecimento de regras e recompensas de comportamentos desejados. As sessões psicoterápicas com a participação dos pais tinham como objetivo informá-los sobre experiências que seriam colocadas em prática naquela semana pelo paciente adolescente (e.g., temas de casa), para que os cuidadores pudessem dar apoio e assistência, acaso fosse necessário (Antshel *et al.*, 2012; Boyer *et al.*, 2014; Boyer *et al.*, 2016; Sprich *et al.*, 2015; Sprich *et al.*, 2016). A participação da família é um fator fundamental para o processo, estando associado à adesão e a resultados mais efetivos. Ao mesmo tempo, entretanto, o envolvimento de familiares pode dificultar o curso dos atendimentos. Além dos cuidadores muitas vezes não conseguirem entender ou aceitar as mudanças e transformações do filho, o adolescente também pode não se sentir à vontade com o envolvimento dos pais no tratamento (Jardim, 2003). Nesse sentido, é importante que a aliança terapêutica e a psicoeducação sejam bem trabalhadas, tanto com os pais quanto com o adolescente, para que haja uma melhor adesão ao tratamento.

Por fim, as intervenções baseadas na entrevista motivacional (EM) visavam reduzir a resistência dos pacientes ao tratamento. Em geral, o uso dessa estratégia implicou a

avaliação dos prós e contras de experimentar e incorporar à rotina as estratégias propostas durante o tratamento. Além disso, o uso das estratégias da EM proporcionou uma maior aproximação do adolescente, incitando sua autonomia e estimulando-o a pensar sobre a mudança, ao invés de simplesmente receber conselhos ou regras impostas (Antshel *et al.*, 2014; Boyer *et al.*, 2014). O principal objetivo desta técnica é de auxiliar nos processos de mudanças comportamentais. Sua aplicabilidade em adolescentes apresenta características positivas, principalmente pelo fato do terapeuta ser visto como um aliado no processo e não uma “figura de autoridade”. A não confrontação e a liberdade de escolha do paciente também colaboram para que o adolescente sinta-se respeitado e autônomo em suas escolhas, auxiliando-o a tomar decisões de forma ponderada e consciente de suas possíveis consequências (Andretta e Oliveira, 2005).

Em relação aos resultados obtidos pelas intervenções, destaca-se que, de maneira geral, todas apresentaram resultados positivos para redução dos sintomas do TDAH, bem como a redução de comorbidades como ansiedade, depressão e comportamento desafiador. De fato, a literatura apresenta diversos estudos que evidenciam os benefícios da TCC para indivíduos com TDAH, contribuindo tanto para a melhora dos sintomas do transtorno, como também para suas comorbidades (Salomone *et al.*, 2015; Young *et al.*, 2015). Conforme exposto, as principais dificuldades na implementação dessas intervenções referem-se a características comuns à fase da adolescência, tais como o receio de não ser aceito socialmente devido ao transtorno, a busca por maior autonomia para tomar decisões e um possível constrangimento com a participação dos pais. As soluções para estas dificuldades incluíram: a psicoeducação como forma de reduzir o medo do estigma; maior engajamento do adolescente nas escolhas para o processo de mudança (i.e., não confrontação); e o estabelecimento de uma aliança terapêutica com os pais e com o adolescente, para que o terapeuta pudesse mediar possíveis constrangimentos e facilitar a participação da família no processo.

Considerações finais

O objetivo desse estudo foi caracterizar as intervenções baseadas na TCC para adolescentes com TDAH. De maneira geral, acredita-se que foi possível atingi-lo, na medida em que foram discutidos os aspectos mais relevantes dos estudos encontrados, tais como o formato proposto pelas intervenções, as técnicas mais utilizadas e os seus principais resultados.

A psicoeducação mostrou-se como escolha unânime dentre as técnicas escolhidas nos estudos. Com isso, pode-se pensar no desenvolvimento de intervenções para além do contexto clínico - por exemplo, no ambiente escolar. Ao envolver, conjuntamente, o aluno com TDAH, seus pais e seus professores, o uso de intervenções psicoeducativas pode vir a ser uma estratégia valiosa para o melhor entendimento dos sintomas e seus prejuízos, abrangendo mais indivíduos do que no contexto da clínica individual. Além disso, tais intervenções podem auxiliar pais e professores a compreenderem melhor os sintomas e suas consequências, bem como as formas de lidar com alunos e filhos com o transtorno. É possível, ainda, que a psicoeducação sobre o transtorno possa contribuir para a superação de estigmas e ideias preconcebidas sobre o transtorno, tanto por parte de pais e professores, quanto dos próprios adolescentes com TDAH.

Esta revisão contribuiu ao sintetizar as principais características de intervenções voltadas para adolescentes com TDAH. Entretanto, é preciso ressaltar algumas limitações deste estudo. Foram mapeados somente artigos empíricos e as buscas foram restringidas a apenas três idiomas. Além disso, não foram descritos nem explorados as variáveis específicas e os instrumentos utilizados em cada uma das publicações para avaliar a efetividade das intervenções relatadas. Outra limitação refere-se a escassez da literatura referente a tratamentos direcionados a essa população. O TDAH é um transtorno amplamente estudado em crianças - no entanto, pouco se sabe sobre sua manifestação na adolescência. Considerando que na maioria das crianças com TDAH o transtorno persiste na adolescência, esta é uma lacuna evidente na literatura existente, especialmente quando se considera as consequências de um TDAH não tratado. Com isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos com adolescentes com o transtorno a fim de desenvolver

mais opções efetivas de tratamento (Antshel e Olszewski, 2014; Biederman e Faraone, 2006).

Apesar dos poucos estudos encontrados, a literatura internacional proporciona aos psicólogos e psiquiatras informações valiosas e empiricamente validadas para adoção dos protocolos de tratamento baseados na TCC para adolescentes com TDAH, uma vez que detalham público-alvo, procedimentos, avaliação e resultados. Contudo, cabe destacar que o contexto dessas intervenções é diferente do nosso, o que reitera a importância do desenvolvimento de estudos e validação de protocolos para os adolescentes brasileiros com TDAH. Nesse sentido, estima-se que a análise apresentada dos modelos que estão sendo implementados possa contribuir para a elaboração de futuras intervenções no contexto brasileiro.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5^o ed. Porto Alegre, Artmed, 992 p.
- ANASTOPOULOS, A.D.; KING, K.A. 2015. A cognitive-behavior therapy and mentoring program for college students with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, **22**(2): 141-151.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. 2005. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clínica*, **17**(2): 127-139.
- ANKER, E., BENDIKSEN, B.; HEIR, T. 2018. Comorbid psychiatric disorders in a clinical sample of adults with ADHD, and associations with education, work and social characteristics: a cross-sectional study. *BMJ Open* 8:e019700. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019700>>. Acesso em: 30/09/2018.
- ANTSHEL, K.M.; FARAONE, S.V.; GORDON, M. 2012. Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Focus*, **10**(3): 334-345.
- ANTSHEL, K.M.; OLSZEWSKI, A.K. 2014. Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, **23**(4): 825-842.
- BARKLEY, R.A.; COX, D. 2007. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of safety research*, **38**(1): 113-128.
- BARKLEY, R.A.; FISCHER, M.; SMALLISH, L.; FLETCHER, K. 2002. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **111**(2): 279-289.

- BARKLEY, R.A.; MURPHY, K.R. 2010. Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, **25**: 157-173.
- BASCO, M. R.; RUSH, J. A. 2009. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno Bipolar: Guia do Terapeuta*. Porto Alegre, Artmed. 264 p.
- BECK, J.S. 2013. *Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2ª Ed. Porto Alegre, Artmed. 414 p.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V. 2006. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, **8**(3): 12.
- BOYER, B.E.; DOOVE, L.L.; GEURTS, H.M.; PRINS, P.J.M.; MECHELEN, I.V.; OORD, S.V. 2016. Qualitative treatment-subgroup interactions in a randomized clinical trial of treatments for adolescents with ADHD: Exploring what cognitive-behavioral treatment works for whom. *PloS one*, **11**(3): e0150698.
- BOYER, B.E.; GEURTS, H.M.; PRINS, P.J., M.; VAN, d.O. 2014. Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *European child & adolescent psychiatry*, **24**(9): 1075-1090.
- CANU, W.H.; WYMBBS, B.T. 2015. Novel Approaches to Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, **22**(2): 111-115.
- DVORSKY, M.R.; LANGBERG, J.M.; EVANS, S.W.; BECKER, S.P. 2016. The Protective Effects of Social Factors on the Academic Functioning of Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, **47**(5): 1-14.
- FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J.; MICK, E. 2006. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, **36**(2): 159-165.
- FARAONE, S.V.; LARSSON, H. 2018. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41380-018-0070-0.pdf>>. Acesso em: 30/09/2018.
- FERNÁNDEZ, O.; PÉREZ, C.; GLOGER, S.; KRAUSE, M. 2015. Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia psicológica*, **33**(3): 247-255.
- FLEMING, A.P.; MCMAHON R.J.; MORAN L.R.; PETERSON, A.P.; DREESSEN, A. 2015. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*, **19**(3): 260-271.
- GISLADOTTIR, M.; SVAVARSDOTTIR, E.K. 2016. The effectiveness of therapeutic conversation intervention for caregivers of adolescents with ADHD: A quasi-experimental design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **24**: 15-27.
- GREVET, E.H.; ABREU, P.S.B.; SHANSIS, F.M. 2003. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **25**(3): 446-452.

- GRIMM, O.; KITTEL-SCHNEIDER, S.; REIF, A. 2018. Recent developments in the genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosciences*, **72**(9): 654-672
- GUNEY, E.; GOKER, Z.; CETINKAYA, M.; BOZKURT, O.H.; UNERI O.S. 2014. Clinical implications of Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on adolescence: Review. *Asia Pacific Journal of Research*, **1**(16): 197-206.
- HAYDICKY, J.; WIENER, J.; BADALI, P.; MILLIGAN, K.; DUCHARME, J.M. 2012. Evaluation of a mindfulness-based intervention for adolescents with learning disabilities and co-occurring ADHD and anxiety. *Mindfulness*, **3**: 1–14.
- HOLMBECK, G.N.; COLDER, C.; SHAPER, W.; WESTHOVEN, V.; KENEALY, L.; UPDEGROVE, A. 2000. Working with adolescents: Guides from developmental psychology. In: P. C. KENDALL (Org.). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York, Guilford, p. 334-383.
- JARDIM, A. P. 2003. *Adolescência, psicoterapia e desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. 88 p.
- JARDIM, A.P.; OLIVEIRA, M.Z.; GOMES, W.B. 2005. Possibilidades e dificuldades na articulação entre pesquisa e psicoterapia com adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **18**(2): 215-224.
- LOUZÃ NETO, M.R. 2010. *TDAH ao Longo da Vida*. Porto Alegre, Artmed, 388 p.
- MOLINA, B.S.; HINSHAW, S.P.; SWANSON, J.M.; ARNOLD, L.E.; VITIELLO, B.; JENSEN, P.S.; ... HOUCK, P.R. 2009. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **48**(5): 484-500.
- MOTA, A.H. 2014. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na vida adulta e funções executivas: uma revisão teórica. *Revista Interfaces da Saúde*, **1**(1): 39-50.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. 2016. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>>. Acesso em: 03/03/2018.
- PEREIRA, A.; MATTOS, P. 2011. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. In: B. RANGÉ (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed, p. 493-505.
- PLISZKA, S.R. 2015. Conceptual issues in understanding comorbidity in ADHD. In: L.A. Adler (Ed.). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. Cambridge, Cambridge Publishing, p. 63-71.
- REALE, L.; BARTOLI, B.; CARTABIA, M.; ZANETTI, M.; COSTANTINO, M.A.; CANEVINI, M.P.; ... BONATI, M. 2017. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **26**(12): 1444-1457.
- RODILLO, E. B. 2015. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, **26**(1): 52-59.

- SAFREN, S.A.; SPRICH, S.E.; PERLMAN, C.A.; OTTO, M.W. 2005. *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program, therapist guide*. Oxford, Oxford University Press, 184 p.
- SALOMONE, S.; FLEMING, G.R.; CASTORINA, M.; SHANAHAN, J.M.; O'CONNELL, R.G.; BRAMHAM, J.; ROBERTSON, I.H. 2015. The effects of a Self-Alert Training (SAT) program in adults with ADHD. *Frontiers in human neuroscience*, **9**: 1-14.
- SIBLEY, M.H.; GRAZIANO, P.A.; KURIYAN, A.B.; COXE, S.; PELHAM, W.E.; RODRIGUEZ, L.M.; ... WARD, A. 2016. Parent-Teen Behavior Therapy + Motivational Interviewing for Adolescents with ADHD. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **84**: 699-712.
- SIBLEY, M.H.; SMITH, B.H.; EVANS, S.W.; PELHAM, W.E.; GNAGY, E.M. 2012. Treatment response to an intensive summer treatment program for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **16**(6): 443-448.
- SMITH, B.H.; WASCHBUSCH, D.A.; WILLOUGHBY, M.T.; EVANS, S. 2000. The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical child and family psychology review*, **3**(4): 243-267.
- SPRICH, S.E.; BURBRIDGE, J.; LERNER, J.A.; SAFREN, S.A. 2015. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in adolescents: Clinical considerations and a case series. *Cognitive and behavioral practice*, **22**(2): 116-126.
- SPRICH, S.E.; SAFREN, S.A.; FINKELSTEIN, D.; REMMER, J.E.; HAMMERNESSE, P. 2016. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **57**(11): 1218-1226.
- THAPAR, A.; COOPER, M.; EYRE, O.; LANGLEY, K. 2013 Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. **54**(1): 3-16.
- THAPAR, A.; COOPER, M.; JEFFERIES, R.; STERGIAKOULI, E. 2011. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, **97**: 260-265.
- WEYANDT, L.L.; DUPAUL, G.J. 2013. *College students with ADHD: Current Issues and Future Directions*. New York, Springer Science & Business Media, 122 p.
- WILENS, T.E.; MCBURNETT, K.; BUKSTEIN, O.; ... LYNCH, J.M. 2006. Multisite controlled study of OROS Methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, **160**: 82-90.
- YOUNG, S.; KHONDOKER, M.; EMILSSON, B.; ... GUDJONSSON, G. 2015. 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*, **45**(13): 2793-2804.