

TDAH EN L'ADULT

Ma Jesús Creus, Isaac Casas i Mercè González

Centre Mèdic Quirón-Teknon

La gran novetat del 2013 és la publicació de la cinquena edició del DSM (DSM-5), en versió en anglès. En ella hi trobem alguns canvis útils en els criteris diagnòstics per al TDAH, per exemple:

- S'amplia l'edat d'inici dels símptomes fins als 12 anys.
- Es requereixen menys símptomes per als adults (a partir dels 17 anys), un mínim de 5 dels 9 símptomes de manca d'atenció i/o 5 dels 9 símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat.
- S'han afegit alguns exemples dels símptomes del TDAH comuns en els adolescents o adults.
- Permet el diagnòstic comòrbid d'un trastorn de l'espectre autista quan es compleixen els criteris per a tots dos.

Tot i això, sap greu que aquesta edició no reflecteixi de manera adequada els avenços científics en la comprensió del TDAH que han sorgit al llarg dels 13 anys des de l'última revisió o els 19 anys de l'edició que va introduir canvis basats en la investigació respecte els criteris de diagnòstic del TDAH. Com assenyala Brown (2013) en el seu blog, hi ha algunes omissions significatives:

- El DSM-5 manté l'èmfasi conductual centrat en les versions anteriors del manual i no reflecteix adequadament les dificultats cognitives subjacents, les alteracions en les funcions executives que són al nucli del TDAH.
- El DSM-5 no aborda adequadament l'important paper de les emocions en el TDAH. No reflecteix la importància de l'aspecte motivacional ni de l'alteració de les emocions que fa que sigui tan difícil per a moltes persones amb TDAH començar o sostenir l'esforç en tasques que no siguin intrínsecament interessants per a ells. No s'inclou cap símptoma que reflecteixi els problemes característics de les persones amb TDAH en la modulació de la seva experiència i l'expressió de les emocions.
- El DSM-5 no reconeix la importància dels problemes en la regulació de la son i l'estat d'alerta que han estat identificats en la investigació sobre el TDAH en nens i adults.

L'estudi de les comorbiditats ha continuat centrat en temes clàssics com les addiccions. Kaye, Darke i Torok (2013) assenyalen que, en una mostra de 269 usuaris que utilitzaven regularment psicoestimulants de manera il·lícita, el 45% complien criteris de TDAH, i dins d'aquest 45%, el 90% tenien un perfil de tipus desatent. Només un 17% d'ells havia estat diagnosticat prèviament. Segons aquests autors, els clínics haurien de ser conscients que, entre les persones que demanen tractament per drogues i alcohol, hi ha una elevada incidència de persones amb TDAH no diagnosticades ni tractades, i per tant cal tenir present l'impacte que això pot tenir en el compliment del tractament. Matthys, Joostens, Van den Brink i Sabbe (2013) i Van de Glind et al. (2013) insisteixen en la importància d'incloure informants externs, instruments vàlids de cribratge i observació clínica davant la sospita d'un possible diagnòstic de TDAH tan bon punt com s'ha establitzat el tractament de l'addicció.

Daigre et al. (2013) estudien un grup de 200 pacients cocaïno-dependents atesos de manera ambulatoria i conclouen que el TDAH està associat a un grau més sever d'addicció i a un augment de la comorbiditat psiquiàtrica. Chang et al. (2013) confirmen que les persones amb TDAH que són tractades amb metilfenidat, a curt termini no pateixen un risc més alt d'abús de substàncies i les dades suggereixen que a llarg termini el tractament farmacològic pot tenir un efecte protector.

Aquest any pren encara més rellevància la relació entre TDAH, obesitat, cirurgia bariàtrica i trastorns de l'alimentació, especialment bulímia nerviosa (BN). Keshen i Ivanova (2013) van tractar amb psicoestimulants 5 pacients amb BN i TDAH, que van experimentar una disminució significativa en els símptomes d'ambdós trastorns. Seitz et al. (2013) avaluen 57 dones amb BN de les quals 21% complien criteris de TDAH a la infància (vs. 2,5% en el grup control). En aquest grup, la severitat del trastorn va ser explicada més per la inatenció que per la hiperactivitat o la impulsivitat. Els resultats de l'estudi de Albayrack et al. (2013) amb nens justifiquen continuar estudiant l'existència d'un background comú a nivell genètic entre TDAH i obesitat. Racicka (2013) assenjala que el TDAH i l'obesitat podrien ser expressió d'una disfunció biològica comuna, a saber, un dèficit en el sistema de recompensa. L'impacte de tractar el TDAH infantil per prevenir l'obesitat (Cortese, Faraone, Bernardi,

Wang, & Blanco, 2013) fa necessari incloure en l'avaluació rutinària de l'obesitat una entrevista estructurada o un qüestionari per detectar TDAH en pacients amb bulímia nerviosa que busquen tractament, ja que pot ser determinant per a l'èxit terapèutic (Joannidis, Serfontein, & Müller, 2013), sobretot tenint en compte que quan es presenta aquesta comorbiditat, s'associa a una psicopatologia més severa (Nazar et al., 2013). Fernández-Aranda et al. (2013) estudien un grup de 191 dones amb trastorns alimentaris, i obtenen un percentatge similar de símptomes de TDAH en les pacients que pateixen bulímia, afartament i trastorns alimentaris no especificats, sent molt més baix en pacients anorèxiques. A més, també troben en aquest grup més psicopatologia general i trastorns de la personalitat.

Pel que fa als problemes de son, les persones amb TDAH sovint presenten problemes de ritme circadià i un son poc reparador. Gamble, May, Bessing, Tankersly i Fargason (2013) suggereixen que la severitat dels símptomes del TDAH correlaciona amb un ritme de son endarrerit i somnolència diürna, suggerint que la intervenció terapèutica ha d'estar centrada en avançar la fase circadiana per tal de millorar la somnolència diürna. Les persones amb TDAH de tipus combinat presenten una qualitat de son deficient, a més de la fase retardada dels predominantment desatents.

Di Nicola et al. (2013) administren l'Inventari de Personalitat NEO emfatitzant l'estreta relació entre trastorns afectius, especialment trastorn bipolar, i TDAH en els adults. També posen de relleu que les persones amb TDAH i un nivell de neuroticisme més baix, presenten menys comorbiditats. La impulsivitat i la tendència a cercar el risc poden ser factors de risc en les persones amb TDAH a l'hora de regular els problemes amb el joc (Dai, Harrow, Song, Rucklidge, & Grace, 2013) o l'addicció a internet (Dalbudak & Everen, 2013).

Becker, Langberg, Luebbe, Dvorsky i Flannery (2013) confirmen que el Temps Cognitiu Lent (TCL) és diferent al TDAH en l'edat adulta, donant suport a la hipòtesi que el TCL està associat a un baix funcionament psicosocial tant en qui pateix TDAH com en qui no.

Hall, Tolin, Frost i Steketee (2013) van avaluar la possible existència d'un patró de comorbiditat, incloent el TDAH, en 363 persones que manifestaven tenir

problemes amb l'acaparament (hoarding). Contràriament al que s'esperaven, van concloure que la majoria no presentaven comorbiditats. Tot i així, Fullana et al. (2013) assenyalen que els símptomes d'acaparament són més freqüents en persones diagnosticades de TDAH desatent a la infància, en contrast amb aquelles sense símptomes (8,9 vs 2,7%). Calen estudis longitudinals per saber si els símptomes de TDAH desatent a la infància poden ser precursors de dificultats futures en relació a l'acaparament.

Young (2013) assenyala la necessitat de determinar la prevalença del TDAH, especialment del tipus desatent, en pacients amb fatiga crònica i la resposta d'aquests als psicoestimulants. Treister, Eisenberg, Demeter i Pud (2013) suggereixen que els adults amb TDAH són més sensibles al dolor comparats amb els controls i argumenten que els psicoestimulants poden tenir un efecte anti-nocioceptiu. Larsen et al. (2013) destaquen que, similar al que es troba en nens, els adults amb TDAH tenen problemes d'inhibició motora i to muscular augmentat. La presència de nivells significativament més alts de dolor en el grup TDAH podria indicar que el dolor és un efecte secundari a llarg termini del to muscular augmentat i la restricció de moviments.

Un tema que preocupa a diferents autors és la transició de l'etapa adolescent a l'edat adulta i l'impacte en àrees com la laboral. En un estudi longitudinal de l'adolescència fins l'edat adulta, Brook, Brook, Zhang, Selter i Finch (2013) assenyalen la necessitat d'un bon abordatge a l'adolescència perquè un tractament adequat en aquesta etapa vital és el principal predictor d'un bon funcionament posterior a tots nivells (salut, treball, finances). Actualment està clar que s'ha de millorar la transició dels serveis d'atenció infanto-juvenil a adults i que una bona manera és que no es perdin durant l'adolescència, preparant bé aquest moment, mantenint una bona relació amb el clínic i un bon suport familiar (Swift et al., 2013). Hall et al. (2013) recorden que a més a més la comunicació entre els serveis d'infantil i d'adults és bàsica i per això cal formar en TDAH a clínics en els serveis d'adults, així com treballar per implicar el serveis d'atenció primària. Quintero, Balanzá-Martínez, Correas, Soler i Grupo GEDA-A (2013) assenyalen que el TDAH a l'edat adulta té un diagnòstic menys clar que en altres etapes de la vida i això requereix una formació més completa dels clínics. Carach i Fernández (2013) insisteixen en la necessitat d'augmentar la consciència general de prendre decisions compartides amb els joves i els pares,

així com una major vigilància per part dels clínics per tal de millorar l'adherència a la medicació, optimitzant així els resultats a llarg termini. McCarthy et al. (2013) van entrevistar 114 persones amb TDAH sobre quins eren els motius per què havien interromput el tractament a l'adolescència i la resposta més freqüent va ser "per decisió pròpia". Un altre aspecte rellevant d'aquest estudi va ser que aquelles persones que havien iniciat el tractament psicofarmacològic a l'edat adulta, en la majoria dels casos ja havien estat tractats per alguna comorbiditat prèviament.

En aquest procés també comença a aparèixer una altra franja d'edat, els adults grans. Smeijin et al. (2013) avaluen l'impacte del TDAH en la salut general en persones amb TDAH grans (n=223). El TDAH en adults grans va ser associat amb malaltia crònica (especialment, malaltia pulmonar i cardiovascular), i una percepció de la salut més pobre però no es va trobar una associació significativa entre símptomes de TDAH i variables de l'estil de vida.

Lensing, Zeiner, Sandvik i Opjordsmoen (2013) avaluen la qualitat de vida de 148 adults amb TDAH més grans de 50 anys que havien estat diagnosticats feia pocs anys. Comparats amb la població general tenien una satisfacció molt reduïda amb la seva qualitat de vida, comparats amb la població general. L'impacte negatiu del TDAH persisteix en els adults grans.

Un tema molt important que s'ha desenvolupat al llarg d'aquest any i que de ben segur continuarà sent motiu de treball i debat en els propers anys és el de la regulació emocional deficient en adults amb TDAH. Síntomes com baixa tolerància a la frustració, esclats de mal geni, impulsivitat emocional i labilitat de l'humor són fàcilment associats amb el TDAH, però se'n sap molt poc de la seva naturalesa. L'estudi de Surman et al. (2013) no dona suport a la hipòtesi que hi hagi dèficits neuropsicològics vinculats a la desregulació emocional en els adults amb TDAH. Aquests mateixos autors avaluen 206 adults amb TDAH (vs. 123 sense TDAH) i troben que el 55% del grup TDAH presenten una desregulació emocional més severa que el grup control. Els problemes de regulació emocional també es relacionen amb un impacte més gran a la qualitat de vida dels adults amb TDAH (estatus social, sense parella, més accidents de tràfic, ...). Holden et al. (2013) assenyalen que els costos econòmics en els serveis de salut anglesos de les persones amb TDAH són quatre vegades més elevats que en aquelles que no tenen TDAH.

També requereix atenció el tema de tenir cura de la pròpia salut. Carlsson, Hakeberg, Blomkvist i Wide Boman (2013) estudien l'alta prevalença d'ansietat dental en els adults amb TDAH, que els porta a evitar tot allò que tingui relació amb la salut dental.

Tractament

En un estudi espanyol multicèntric (DIHANA) es conclou que el metilfenidat d'alliberament immediat és eficaç i segur en pacients amb TDAH (Valdizan-Uso et al., 2013). Resultats molt similars s'obtenen amb el metilfenidat Oros (Casas et al., 2013). L'eficàcia dels estimulants per reduir els símptomes del TDAH en adults és ben documentada en meta-anàlisis (Moriyama, Pollanczyk, Terzi, Faria i Rohde, 2013) però manquen estudis de metaanàlisi referents a altres tipus d'intervencions. Lensing, Zeiner, Sandvik i Opiordsmoen (2013) avaluen el resultat a llarg termini del tractament psicofarmacològic en adults amb TDAH i conclouen que aquells que havien seguit el tractament durant més de dos anys tenien un millor funcionament que aquells que l'havien seguit el tractament menys de dos anys. La presència de comorbiditat al principi del tractament predeia un resultat més pobre. Surman, Hammerness, Pion i Faraone (2013), després de valorar cinc estudis sobre la millora que comporta l'administració de psicoestimulants en les principals àrees de la vida, conclouen que realment existeix una millora significativa en el funcionament diari dels pacients.

Sobanski et al. (2013) avaluen quins factors poden dificultar l'adherència al tractament amb metilfenidat d'alliberament prolongat en 241 adults, i conclouen que són els homes solters, amb un baix nivell educatiu i amb una percepció més baixa d'eficàcia del tractament qui presenten més risc de no-adherència i de discontinuar el tractament. Kooij et al. (2013) troben resultats diferents en una mostra d'adults tractats amb metilfenidat OROS; són les dones amb un nivell d'estudis alt i amb una puntuació elevada en una escala de trastorn psiquiàtric (DUSI-R) les que tenien més risc de no-adherència al tractament.

Pel que fa al tractament psicològic, Markham, Porter i Ball (2013) desenvolupen amb èxit un programa de modificació de conducta per reduir la velocitat de conductors amb TDAH. Schoenberg et al. (2013) apliquen teràpia cognitiva amb mindfulness a 26 adults, i obtenen una millora en la capacitat d'auto-regulació. Michell et al. (2013) comparen un grup d'11 persones amb TDAH entrenades en mindfulness durant 8 setmanes amb 9 persones en llista d'espera. Els resultats apunten a una millora en les puntuacions clíniques de TDAH i funcions executives i en l'autoinforme de regulació emocional en el grup de tractament en comparació al de llista d'espera.

Estrada et al. (2013) avaluen l'eficàcia de la psicoeducació en comparació a la teràpia cognitivo-conductual en persones amb TDAH que paral·lelament fan tractament psicofarmacològic. Els resultats indiquen que ambdós tractaments ajuden a millorar la desatenció, la hiperactivitat, la impulsivitat i l'autoestima. També disminueixen els símptomes d'ansietat i de depressió. La psicoeducació es mostra com un tractament efectiu a l'hora de reduir els símptomes centrals del TDAH.

Abramovitch, Goldzweg i Schweiger (2013) examinen els beneficis de l'exercici físic en adults amb TDAH per que fa a la impulsivitat, pensaments intrusius, preocupació, ansietat i símptomes de TDAH. L'activitat aeròbica sembla ajudar a reduir les conductes impulsives, les preocupacions i els pensaments intrusius en la mostra estudiada.

Per acabar, presentem dos llibres molt rellevants recentment publicats per Russell Barkley i Thomas Brown sobre les funcions executives:

Russell A. Barkley (2012): Executive Functions. What they are, how they work and why they evolved, The Guilford Press.

Barkley explica que ha escrit el present llibre per adreçar quatre problemes en relació al concepte de Funcions Executives (FEs). Primer, no hi ha una definició consensuada ni una definició operativa del terme. Segon, si no comptem amb una definició operativa de les FEs, com podem avaluar-les? Tercer, la situació en què es troba el concepte de FEs, derivada de les dues problemàtiques anteriors, és de falta d'una teoria coherent. Finalment, Barkley es planteja una qüestió essencial per poder trobar respostes satisfactòries a les anteriors preguntes. Per a què hem desenvolupat els humans les FEs? Barkley articula el llibre responent a

les anteriors preguntes i, durant el camí, planteja un nou model psicològic de les FEs amb clares i importants implicacions tant per a l'avaluació com per al maneig dels dèficits en les FEs.

1. La definició de les FEs. Partint d'una perspectiva psicològica, Barkley defineix les FEs com "l'ús d'accions auto-dirigides per tal de triar objectius i seleccionar, iniciar i sostenir accions al llarg del temps per a la seva consecució, usualment en el context dels altres i freqüentment comptant amb medis socials i culturals per a la maximització del benestar personal a llarg termini, tal i com el defineixi cada persona". Partint del punt de vista del "fenotip estès o ampliat" (Dawkins, 1982), s'examinen els efectes irradiats per les FEs fora de les distàncies individuals espacials i temporals cap al context natural de la persona. D'aquesta manera, la definició de FEs s'eixampla més enllà de la parcel·lada i incompleta visió neuropsicològica, incorporant el context social i els medis socials i culturals.

2. L'avaluació de les FEs. Els tests neuropsicològics actuals usats per avaluar les FEs correlacionen en nivells baixos i freqüentment insignificants amb els qüestionaris i les observacions de les FEs en activitats quotidianes, així com amb les mesures d'afectació en les grans àrees de la vida. També són pobres en copsar l'organització trans-temporal i l'autoregulació del comportament per aconseguir objectius futurs, que és l'essència del metaconstructe de les FEs. És per aquestes profundes limitacions que Barkley proposa una avaluació bàsicament psicològica capaç d'avaluar de forma rigorosa i flexible els diferents nivells de les FEs que planteja en la seva teoria de les FEs.

3. La teoria de les FEs. Aquest model, basat en una perspectiva psicològica i en el concepte de "fenotip estès o ampliat" de Dawkins, se centra en el desenvolupament evolutiu de les FEs durant les primeres tres dècades de vida, temps que necessita l'escorça prefrontal per madurar completament. Barkley planteja diferents nivells jeràrquics de FEs amb una sèrie d'efectes extensius d'acció i interacció humana en cada nivell. Aquests són, molt resumidament, els següents (els termes responen a una traducció pròpia de l'original en anglès):

Nivell Instrumental Autodirigit: processos mentals internalitzats o autoregulació.

Nivell Metòdic Autosuficient: accions autodirigides.

Nivell Tàctic-Recíproc: comportaments socials.

Nivell Estratègic-Cooperatiu: comportaments socials de major complexitat.

Barkley planteja, a més, un últim nivell anomenat "zona utilitària ampliada", que inclouria les conseqüències de l'ús de les FEs a més llarg termini i màxima distància.

4. La funció evolutiva de les FEs. Barkley defensa les FEs com un instrument d'adaptació biològica per resoldre problemes i aprofitar oportunitats, sorgit de la vida en grup, sobretot entre individus sense relació genètica directa. Afirmar que “els problemes i oportunitats pels que les FEs van sorgir eren problemes socials. Les FEs són, per tant, un òrgan social o, tal com declara Diamond (1980), “la base de la nostra intel·ligència social”.

El llibre acaba amb les implicacions per a la pràctica clínica d'aquest gir en la perspectiva de les FEs, i deixa la porta oberta a futures investigacions que puguin ampliar o millorar la present teoria.

Brown, T.E. (2013). *A New Understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments*. Routledge.

Aquest llibre, de lectura ràpida i fàcil, va adreçat tant a professionals com a persones amb TDAH i/o les seves famílies. Brown comença explicant els mites més comuns i les suposicions errònies sobre el TDAH que, en l'actualitat, encara hi ha gent que defensa. Aporta dades des de la recerca que contradiuen els mites. Descriu el nou paradigma sobre el TDAH i com les funcions executives en són el punt central, i també aporta les últimes recerques científiques que donen suport a aquest model. Explica les tres principals diferències del seu model respecte al de Barkley i com veuen de manera diferent el tema del Temps Cognitiu Lent. El nou model proposat per Brown inclou els problemes de regulació de les emocions, de la motivació, del son i l'alerta, així com múltiples aspectes de la memòria de treball. També dedica un capítol a com podem avaluar i diagnosticar adequadament al llarg de la vida i exposa algunes de les limitacions dels mètodes d'avaluació que actualment s'estan utilitzant. Dedicar un capítol a revisar la recerca en el tractament farmacològic, i com aquest pot millorar les funcions cerebrals sense obviar els possibles efectes secundaris. Revisa diferents tractaments psicosocials per al TDAH i quins són els que poden contribuir a la millora de diverses funcions cognitives i conductuals en diferents grups d'edat. Aporta dos estudis en què es compara l'efectivitat del tractament psicosocial del TDAH amb o sense tractament farmacològic. L'últim capítol descriu com i per què moltes persones amb TDAH pateixen algun altre trastorn comòrbid.

Brown suggereix que el TDAH no és com tenir un problema amb un programa de software que interfereix amb un sol tipus de funció d'un ordinador. Ell

presenta el TDAH més com un problema amb el sistema operatiu de l'ordinador, una deficiència més fonamental, més àmplia, que afecta una gama més extensa de funcions cognitives.

Referències

- Abramovitch, A., Goldzweig, G., & Schweiger, A, (2013) . Correlates of Physical Activity with Intrusive Thoughts, Worry and Impulsivity in Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-sectional Pilot Study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 50(1), 47-53.
- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw T.C., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., & Young, S.. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*, 17;13, 59.
- Albayrak, Z., Pütter, C., Volckmar, A.-L., Cichon, S., Hoffmann, P., Nöthen, M.M., Jöckel, K.-H., Schreiber, S., Wichmann, H.E., Faraone, S.V., Neale, B.M., Herpertz-Dahlmann, B., Lehmkuhl, G., Sinzig, J., Renner, T.J., Romanos, M., Warnke, A., Lesch, K.P., Reif, A., Schimmelmann, B.G., Scherag, A., Hebebrand, J., & Hinney, A. Psychiatric GWAS Consortium: ADHD Subgroup. (2013). Common Obesity Risk Alleles in Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Med Genet Part B* 162B, 295–305. *B: Neuropsychiatric Genetics*. Vol. 162, Issue 4, 295–305.
- Becker, S., Langberg, J.M., Luebbe, A.M., Dvorsky, M., & Flannery, A.M. (2013). Sluggish Cognitive Tempo is Associated With Academic Functioning and Internalizing Symptoms in College Students With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 388-403.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Zhang, C., Seltzer, N., & Finch, S.J. (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics*, 131(1), 5-13.

- Carlsson, V., Hakeberg, M., Blomkvist, K., & Wide Boman, U. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder and dental anxiety in adults: relationship with oral health. *Eur J Oral Sci*, 121, 258-263.
- Casas, M., Rösler, M., Sandra Kooij, J.J., Ginsberg, Y., Ramos-Quiroga, J.A, Heger, S., Berwaerts, J., Dejonckheere, J., van der Vorst, E., & Schäuble, B. (2013). Efficacy and safety of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a 13-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *World J Biol Psychiatry*, 14(4), 268-281.
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, M., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., & Larsson, H. (2013). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Article first published online: DOI: 10.1111/jcpp.12164
- Charach, A. & Fernández, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Curr Psychiatry Rep*, 15(7), 371.
- Cortese, S., Faraone, S., Bernardi, S., Wang, S., & Blanco, C. (2013) . Adult attention-deficit hyperactivity disorder and obesity: epidemiological study. *BJP*, 203, 24-34
- Dai, Z., Harrow, S.E., Song, X. Rucklidge J., & Grace R. (2013) Gambling, Delay, and Probability Discounting in Adults With and Without ADHD. *J Atten Disord*, Aug 21 [epub ahead of print]
- Daigre, C., Roncero, C., Grau-López, L., Martínez-Luna, N., Prat, G., Valero, S., Tejedor, R., Ramos-Quiroga, A., & Casas, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: A psychiatric comorbidity analysis. *The American Journal on Addictions*, 22, 466–473.
- Dalbudak, E. & Evren, C. (2014). . The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Compr Psychiatry*, 55(3), 497-503.
- Di Nicola, M., Sala, L., Romo, L., Catalano, V., Even C., Dubertret, C., Martinotti, G., Camardese, G., Mazza, M., Tedeschi, D., Callea, A., De

- Risio, L., Guelfi J.D., Rouillon, F., Janiri, L., & Gorwood, P. (2013). Deficit/hyperactivity disorder in major depressed and bipolar subjects: role of personality traits and clinical implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 28.
- Estrada R.V., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., Corrales, M., Richarte, V., Mena, B., Casas, M., & Ramos-Quiroga, J.A. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *J Nerv Ment Dis*, 201(10), 894-900.
 - Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Castro, R., Jiménez-Murcia, S., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Fagundo, A.B., Granero, R., Penelo, E., Claes, L., Sánchez, I., Riesco, N., Casas, M., & Menchon, J.M. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? *BMC Psychiatry*, 11;13:166.
 - Fullana, M.A., Vilagut, G., Mataix-Cols, D., Duran, N., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas, J.M., Florescu, S., Girolamo, G., Graaf, R., Haro, J.M., Kovess, V., & Alonso, J. (2013). Is adhd in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depression and Anxiety*, 30, 4.
 - Gamble, K.L., May, R.S., Besing, R.C., Tankersly, A.P., & Fargason, R.E. (2013). Delayed sleep timing and symptoms in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled actigraphy study. *Chronobiol Int*, 30(4), 598-606.
 - Gjervan, B., Hjemdal, O., & Nordahl, H.M. (2013). Functional Impairment Mediates the Relationship Between Adult ADHD Inattentiveness and Occupational Outcome. *J Atten Disord*, Feb 13. [epub ahead of print]
 - Hall, C.L., Newell, K., Taylor, J., Sayal, K., Swift, K.D., & Hollis C. (2013). 'Mind the gap'--mapping services for young people with ADHD transitioning from child to adult mental health services. *BMC Psychiatry*, 10;13:186.
 - Hall, B.J., Tolin, D.F., Frost, R.O., & Steketee, G. (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depress Anxiety*, 30(1), 67-76.

- Holden, S., Jenkins J., Poole, D., Morgan C., Cghillo, D., & Currie C.J. (2013). The prevalence and incidence, resource use and financial costs of treating people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the United Kingdom (1998 to 2010). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 34.
- Ioannidis, K., Serfontein, J., & Müller, U. (2014). Bulimia nervosa patient diagnosed with previously unsuspected ADHD in adulthood: Clinical case report, literature review, and diagnostic challenges. *Int J Eat Disord*, 47(4), 431-436.
- Kaye, S., Darke, S., & Torok, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 157(24).
- Keshen, A. & Ivanova, I. (2013). Reduction of bulimia nervosa symptoms after psychostimulant initiation in patients with comorbid ADHD: five case reports. *Eat Disord*, 21(4), 360-369. EARCH
- Kooij J.J. & Bijlenga, D. (2013). The circadian rhythm in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: current state of affairs. *Expert Rev Neurother*, 13(10), 1107-1116.
- Kooij, J.J., Rösler, M., Philipsen, A., Wächter, S., Dejonckheere, J., van der Kolk, A., van Agthoven, M., & Schäuble, B. (2013) Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, placebo-controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24;13:36.
- Larsen, L., Kristensen, O., Lomeland, M., Skorstad, M., Stray, T., & Egil, F. (2013). Motor regulation problems and pain in adults diagnosed with ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 9:18.
- Lensing, M.B., Zeiner, P., Sandvik, L., & Opjordsmoen, S. (2013) Quality of Life in Adults Aged 50+ With ADHD. *J Atten Disord*, Mar 20. [epub ahead of print]
- Lensing, M.B, Zeiner, P., Sandvik, L., & Opjordsmoen, S. (2013). Four-year outcome in psychopharmacologically treated adults with attention-deficit/

hyperactivity disorder: a questionnaire survey. *J Clin Psychiatry*, 74(1), e87-93.

- Markham P.T., Porter B.E., & Ball, J.D. (2013). Effectiveness of a program using a vehicle tracking system, incentives, and disincentives to reduce the speeding behavior of drivers with ADHD. *J Atten Disord*, 17(3), 233-248.
- Matthys, F., Joostens, P., van den Brink, W., & Sabbe, B. (2013). Summary of the practice guideline for the diagnosis and treatment of ADHD in adolescents and adults with addictions . *Ned Tijdschr Geneesk*, 157(24).
- McCarthy, S., Wiltom, L., Murray, M., Hodgkins, P., Asherson, P., & Wong, I. (2013). Management of adult attention deficit hyperactivity disorder in UK primary care: a survey of general practitioners. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:22.
- Mitchell, J.T., McIntyre, E.M., English, J.S., Dennis, M.F., Beckham, J.C., & Kollins, S.H. (2013). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *J Atten Disord*, Dec 4. [epub ahead of print]
- Moriyama, T.S., Polanczyk, G.V, Terzi, F.S., Faria, K.M., & Rohde, L.A. (2013). Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD-a systematic review of available meta-analyses. *CNS Spectr*, 18(6), 296-306.
- Nazar, B.P., Suwvan, R., de Sousa, Pinna., M., Duchesne, M., Freitas, S.R., Sergeant, J., & Mattos, P. (2013). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 162(4), 295–305.
- Quintero, J., Balanzá-Martinez, V., Correias, J., Soler, B., & Grupo GEDA-A (2013). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto: visión del clínico. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(3), 185-195.
- Racicka, E. (2013). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women.

[Correlations between attention deficit hyperactivity disorder and obesity - a systematic review of the literature]. *Psychiatr Pol*, 47(1), 89-102.

- Schoenberg, P.L., Hepark, S., Kan, C.C., Barendregt, H.P., Buitelaar, J.K., & Speckens, A.E. (2013). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Neurophysiol*, Dec 7. [epub ahead of print]
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., Konrad, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, 20;8(5).
- Semeijn, E.J., Kooij, J.J., Comijs, H.C., Michielsen, M., Deeg, D.J., & Beekman, A.T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder, physical health, and lifestyle in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 61(6), 882-887.
- Sobanski, E., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Hennig, O., & Rösler, M. (2013). Treatment adherence and persistence in adult ADHD: Results from a twenty-four week controlled clinical trial with extended release methylphenidate. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. pii: S0924-9338(13).
- Stray, L.L., Kristensen, Ø., Lomeland, M., Skorstad, M., Stray, T., & Tønnessen, F.E. (2013). Motor regulation problems and pain in adults diagnosed with ADHD. *Behav Brain Funct*, 3;9:18.
- Surman, C.B., Hammerness, P.G., Pion, K., & Faraone, S.V. (2013). Do stimulants improve functioning in adults with ADHD? A review of the literature. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(6), 528-533.
- Surman, C.B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C.A., McDermott, K.M., & Faraone, S.V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord*, 5(3), 273-281.
- Surman, C.B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C.A., McDermott, K.M., & Faraone S.V. (2013). Neuropsychological Deficits Are Not Predictive of

Deficient Emotional Self-Regulation in Adults With ADHD. *J Atten Disord*, Mar 15. [epub ahead of print]

- Swift, K.D., Hall, C.L., Marimuttu, V., Redstone, L., Sayal, K., & Hollis, C. (2013). Transition to adult mental health services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry*, 13:74.
- Valdizán-Usón, J.R., Cánovas-Martínez, A., De Lucas-Taracena, M.T., Díaz-Atienza, F., Eddy-Ives, L.S., Fernández-Jaén, A., Fernández-Pérez, M., García-Giral, M., García-Magán, P., Garraus-Oneca, M., Idiazábal-Alecha, M.A., López-Benito, M., Lorenzo-Sanz, G., Martínez-Antón, J., Martínez-Granero, M.A., Montañés-Rada, F., Mulas-Delgado, F., Ochando-Perales, G., Ortega-García, E., Pelaz-Antolín, A., Ramos-Quiroga, J.A., Ruiz-Sanz, F.C., Vaquerizo-Madrid, J., & Yusta-Izquierdo, A. (2013). Response to methylphenidate by adult and pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Spanish multicenter DIHANA study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 211-218.
- Van de Glind, G., Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P.J., Levin F.R., Koeter, M.W., Barta, C., Kaye, S., Skutle, A., Franck, J., Konstenius, M., Bu, E.T., Moggi, F., Dom, G., Demetrovics, Z., Fatséas, M., Schillinger, A., Kapitány-Fövény, M., Verspreet, S., Seitz, A., Johnson, B., Faraone, S.V, Ramos-Quiroga, J.A, Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A. Iasp Research Group, & van den Brink, W. (2013). The International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) study: background, methods and study population. *Int J Methods Psychiatr Res*. [epub ahead of print]
- Young, J.L. (2013). Chronic fatigue syndrome: 3 cases and a discussion of the natural history of attention- deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med*, 125(1), 162-168.
- Zetterqvist J., Asherson, P., Halldner, L., Långström, N., & Larsson, H. (2013). Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: total population study of trends and discontinuation patterns 2006-2009. *Acta Psychiatr Scand*, 128(1), 70-77.