

À PROPOS DE L'AUTEUR

Lawrence Martin, M.D.

Le Dr Martin est un membre actif du département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de McMaster depuis plus de 25 ans et il a exercé les fonctions de directeur de la formation des médecins résidents et de vice-président chargé de l'éducation. Il a été examinateur au Collège royal et vice-président du comité d'examen. Le Dr Martin a assumé de nombreuses responsabilités administratives cliniques, notamment en tant que chef adjoint du département de psychiatrie à St Joseph's Healthcare, et a été directeur clinique du programme régional des troubles de l'humeur et de l'anxiété au *St Joseph's Healthcare* pendant plus de 10 ans. Il est profondément attaché à la formation des adultes, et a donné des conférences dans tout le Canada et à l'étranger sur le diagnostic et le traitement des troubles de l'humeur et du TDAH chez l'adulte. Pendant la première moitié de sa carrière, le Dr Martin a systématiquement diagnostiqué à tort des patients atteints de TDAH comme souffrant de troubles bipolaires non spécifiés et a traité leur instabilité d'humeur avec un large éventail de stratégies mal ciblées. Après une modeste révélation il y a 12 ans, il s'est rendu compte qu'une grande partie de ses patients souffrant de troubles de l'humeur souffraient en fait de TDAH. Il est désolé d'être apparemment assez lent à apprendre. Le Dr Martin concentre désormais son travail clinique et éducatif sur le mentorat direct des médecins de famille souhaitant améliorer leurs compétences en matière de diagnostic et de prise en charge du TDAH chez l'adulte.



Affiliations de l'auteur :

Professeur adjoint en clinique (associé), Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

TDAH CHEZ L'ADULTE : QU'EST-CE QUE C'EST ET COMMENT L'ÉVALUER ET LE TRAITER?

Introduction

Le TDAH chez l'adulte est un problème important pour environ 4,4 % de la population adulte, et est également présent chez 10 % des personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux et chez 20 % des personnes souffrant de dépression chronique.¹ Parmi les patients adressés pour une dépression résistante au traitement, un sur trois pourrait souffrir d'un TDAH non diagnostiqué.² Dans l'ensemble, le TDAH est mal compris, largement sous-traité, et constitue une raison fréquente de la faible réponse au traitement des troubles de l'humeur et de l'anxiété.

Le TDAH n'est pas la conséquence d'une mauvaise éducation parentale, d'une paresse excessive ou d'une consommation abusive de sucre ou de colorants alimentaires. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental, un problème de « câblage », marqué par un retard

de maturation du cortex préfrontal et des régions sous-corticales apparentées qui constituent le cerveau « adulte ».³

Lorsque nous sommes jeunes, notre maîtrise de soi est limitée : nous prenons ce que nous voulons, nous disons ce que nous pensons, nous nous excitons, nous pleurons et nous vivons dans l'instant. Au fur et à mesure que notre cerveau mûrit, nous apprenons à contrôler nos comportements, à gérer nos réactions émotionnelles, à hiérarchiser les tâches, à planifier et à suivre ces plans. Chez les personnes atteintes de TDAH, cette maturation est retardée et reste trop souvent incomplète.

Des études d'imagerie montrent que le développement du cortex préfrontal chez les personnes atteintes de TDAH est en retard d'environ 3 ans par rapport à leurs pairs.⁴ Ainsi, un jeune de 14 ans souffrant de TDAH peut

avoir la capacité d'autorégulation d'un jeune de 11 ans. Ce comportement immature les place en décalage par rapport à leurs pairs et les conduit souvent à avoir des difficultés à s'intégrer, à avoir peu d'amis et à subir des brimades. Ce rejet peut renforcer une image négative de soi en raison de mauvais résultats scolaires, d'une mauvaise maîtrise de la motricité et d'un manque général de réussite.

La plupart des enfants atteints de TDAH n'en sortent pas complètement indemnes. La plupart d'entre eux ont des difficultés d'attention, d'impulsivité ou d'agitation tout au long de leur vie.⁵ Les adultes atteints de TDAH disent souvent avoir l'impression d'être bloqués au stade de développement d'un enfant de 14 ans.

Le TDAH n'est pas un problème d'**incapacité** à prêter attention, mais plutôt un problème d'incapacité à **réguler** l'attention. Si une activité est intéressante/stimulante, les personnes atteintes de TDAH n'ont aucun problème à être attentives, elles sont même hyperconcentrées et incapables d'interrompre ce qu'elles sont en train de faire. Cependant, si la tâche n'est pas intéressante, il est alors presque impossible pour ces personnes de se concentrer dessus. Ce phénomène est appelé « dysfonction érectile de l'esprit » (TE Brown) — sans intérêt, rien ne se passe.

Le TDAH se caractérise également par un mauvais contrôle des impulsions et des réactions émotionnelles. Tout le monde ressent le besoin d'acheter des choses, de dire ce qu'il pense ou de se laisser tenter par une part de gâteau supplémentaire. Cependant, nous anticipons automatiquement et inconsciemment les conséquences — « ce qui vient ensuite » —, nous inhibons ces impulsions et faisons ce qu'il faut pour les ignorer. Chez les personnes atteintes de TDAH, la première impulsion reste trop souvent incontrôlée et non régulée. Le cerveau du TDAH est coincé dans le « maintenant » et a du mal à anticiper « ce qui vient ensuite ». En conséquence, les adultes atteints de TDAH ont tendance à ne pas filtrer ce qu'ils disent, à prendre des décisions hâtives et à risquer de mener une vie pleine de regrets. Il n'est pas surprenant que les taux de divorce, de toxicomanie, de difficultés financières et de problèmes juridiques, y compris l'incarcération, soient beaucoup plus élevés chez ces personnes.⁶

Les adultes souffrant de TDAH présentent souvent une réactivité émotionnelle plus intense. La dysrégulation émotionnelle est une caractéristique essentielle du TDAH,^{7,8} qui touche de 40 à 70 % des patients, et se caractérise par des changements d'humeur rapides et réactifs. Normalement, le cerveau de l'adulte régule les sentiments, aide à prendre du recul et à rester calme, mais dans le cas du TDAH chez l'adulte, ces fonctions sont souvent nettement sous-actives. Cela se traduit par des accès de colère, des fluctuations émotionnelles rapides et une mauvaise humeur générale. Le schéma des

chutes rapides de l'humeur et de la difficulté à revenir à la normale observé dans le TDAH est le même que celui observé dans le trouble de la personnalité limite (TPL).⁹ Par conséquent, le TDAH est facilement diagnostiqué à tort comme un TPL, en particulier chez les jeunes femmes. Au moins un tiers des patients diagnostiqués comme souffrant de TPL ont un TDAH non traité.¹⁰

L'agitation, le troisième domaine du TDAH, est une composante moins problématique du TDAH chez l'adulte. Chez celui-ci, l'agitation intérieure se manifeste par un fort besoin d'être constamment occupé, ainsi que par une incapacité à se détendre. Les adultes souffrant de TDAH, tout comme l'activité de leur esprit, ne peuvent pas se reposer. Par exemple, au travail, ils peuvent s'impliquer de manière excessive en se portant volontaires pour un trop grand nombre d'activités, se sentir débordés et avoir l'habitude de ne pas terminer ou de ne pas respecter leurs engagements. Même en vacances, ils ne se reposent pas, mais explorent.

En raison de problèmes permanents de persévérance, d'établissement de priorités et de maîtrise de soi, les personnes atteintes de TDAH ont des difficultés à se construire une vie d'adulte épanouie. Souvent, ils sont coincés dans des emplois qui ne correspondent pas à leur potentiel. S'ils ont la chance d'épouser ou d'embaucher « un cortex préfrontal », ils peuvent avoir beaucoup de succès.

Qui doit faire l'objet d'un dépistage du TDAH chez l'adulte?

Si vous soupçonnez un patient d'être atteint de TDAH, votre intuition est probablement la bonne.

En général, il est toujours utile de dépister les patients qui sont fréquemment et facilement débordés, qui présentent constamment de nouveaux problèmes ou qui ont depuis longtemps des tendances à l'impulsivité, aux conflits ou aux difficultés financières. Pensez à dépister les patients qui sont très bavards ou très lunatiques, ainsi que ceux qui sont toujours « un jour de retard et un dollar à court ».

Il est particulièrement important de dépister les patients qui répondent peu au traitement standard des troubles de l'humeur ou de l'anxiété. Plus de 75 % des adultes atteints de TDAH présentent un trouble psychiatrique comorbide.¹¹ Malheureusement, la maladie comorbide devient généralement le centre d'attention, et le TDAH n'est pas pris en compte, ce qui entraîne une mauvaise réponse au traitement.

Prochaines étapes en cas de suspicion de TDAH

En cas de suspicion de TDAH, fournissez au patient le questionnaire ASRS (**Adult ADHD Self-Report Scale**), un outil validé de dépistage du TDAH en 18 questions, mis au point par l'Organisation mondiale de la santé. Si un patient répond positivement à quatre des six premières

questions, il y a plus de 90 % de chances qu'il souffre de TDAH.¹² Demandez-lui de partager le questionnaire ASRS avec des personnes qui le connaissent bien. Demandez au patient d'apporter ses anciens bulletins scolaires et, dans l'idéal, demandez à un proche du patient de l'accompagner au prochain rendez-vous. Vous pouvez également suggérer au patient de faire une recherche en ligne sur le TDAH chez l'adulte pour voir si les descriptions correspondent à ses expériences (voir **Tableau 2**). Pour renforcer la confiance dans le dépistage, ajoutez le WFIRS-S (*Weiss Functional Impairment Scale – Self Report*), qui est également une auto-évaluation.

Lors du prochain rendez-vous, passez en revue les résultats de ces tests et les bulletins scolaires, et interrogez le membre de la famille ou l'ami sur des problèmes tels que le fait de parler en même temps que les autres, l'impulsivité, la désorganisation, la procrastination et les troubles de l'humeur.

Le TDAH est un trouble qui dure toute la vie, et un examen des comportements pendant l'enfance révélera généralement des problèmes d'intégration et des problèmes de longue date en matière d'autorégulation.

Tests neuropsychiatriques et consultations psychiatriques

Le TDAH est un diagnostic clinique basé sur la présentation et les antécédents. Les tests neuropsychiatriques formels sont rarement nécessaires pour le diagnostic et sont financièrement hors de portée de la plupart des gens. Malheureusement, la consultation d'un psychiatre peut s'avérer peu utile s'il n'est pas spécialisé dans le TDAH. Les programmes de formation en psychiatrie n'accordent que peu ou pas d'attention au TDAH chez l'adulte et les superviseurs, eux-mêmes non formés à l'évaluation du TDAH, peuvent le minimiser ou le rejeter. Par conséquent, il est conseillé aux médecins de famille de se fier à leurs propres évaluations et de procéder au traitement en conséquence.

Traitement

Si vous avez un doute, traitez. Le traitement change la vie des personnes atteintes de TDAH.

Bien que le traitement complet comprend l'éducation du patient, le développement des compétences, et des thérapies telles que la thérapie comportementale et cognitive (TCC) ou la thérapie comportementale dialectique (TCD), ceux-ci ne sont généralement pas dispensés par les médecins de famille. Le rôle principal des médecins de famille est de prescrire des stimulants de manière réfléchie. Bien que les traitements non stimulants (atomoxétine, bupropion, guanfacine) puissent être bénéfiques, leurs effets sont moins prononcés, ce qui fait des stimulants le traitement de première ligne préféré du TDAH.

Les stimulants augmentent l'activité dans les régions « adultes » du cerveau et ont un effet calmant général, plutôt que d'être ressentis comme excitants ou stimulants.¹³ L'amélioration de l'activité dans les régions « adultes » augmente le délai entre le stimulus et la réponse, réduit la labilité émotionnelle et améliore la concentration. Le principal signe de l'efficacité des stimulants est que le patient se sent plus calme et contrôle mieux ses émotions.

Certains médecins de famille peuvent se sentir mal à l'aise à l'idée de prescrire des stimulants, en raison de préoccupations telles que l'abus, la mauvaise utilisation ou le fait que la prescription de stimulants peut conduire à des problèmes de toxicomanie. Cependant, la littérature soutient clairement que le traitement du TDAH réduit plutôt qu'il n'augmente le risque de toxicomanie ultérieure.¹⁴ Alors que l'utilisation de stimulants à des fins détournées est en fait un problème relativement mineur, le risque le plus élevé concerne les étudiants et, même dans ce cas, il s'agit d'une petite minorité qui fait un usage abusif de ses médicaments ou les revend. Les avantages pour le patient l'emportent presque toujours sur le risque de mauvaise utilisation.

Les stimulants peuvent augmenter la tension artérielle et cet inconvénient doit être traité s'il devient significatif.¹⁵ Un électrocardiogramme n'est pas nécessaire dans le cadre du dépistage standard et n'est recommandé que si le patient ou sa famille a des antécédents cardiaques importants.

Mise en place d'un traitement par stimulants

Le traitement peut commencer par un stimulant de type amphétamine ou méthylphénidate (voir **Tableau 1**). Le facteur clé dans le choix d'un agent est sa durée d'action. Les composés à longue durée d'action sont préférables parce qu'ils procurent des effets plus constants, améliorent le suivi du traitement et réduisent les risques de mauvaise utilisation ou d'utilisation abusive.

Les stimulants doivent commencer par la dose la plus faible pour le composé spécifique et être augmentés toutes les semaines ou toutes les deux semaines par paliers d'une dose. La plupart des patients constatent des améliorations dès la deuxième ou troisième augmentation de la dose. Ils ont l'esprit moins occupé, se sentent plus calmes et accomplissent plus de choses avec moins d'efforts. La famille ou les amis remarquent que le patient est plus facile à vivre, qu'il interrompt moins les autres, qu'il est moins lunatique et qu'il accomplit ses tâches jusqu'au bout.

Médicaments et illustrations			Livraison	Durée d'action ¹	Dose initiale ²
Psychostimulants à base d'amphétamine					
Première ligne	Adderall XR®	Gélules 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg 	Les granulés peuvent être saupoudrés	~12 h	5 à 10 mg une fois par jour suis.
Première ligne	Vyvanse®	Gélules 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70 mg  Comprimés à croquer 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg 	Le contenu de la capsule peut être dilué dans un liquide ou saupoudré Les comprimés à croquer doivent être soigneusement mâchés	~13 à 14 heures	20 à 30 mg une fois par jour suis.
Psychostimulants à base de méthylphénidate					
Première ligne	Biphentin®	Gélules 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg 	Les granulés peuvent être saupoudrés	~10 à 12 heures	10 à 20 mg une fois par jour suis.
Première ligne	Concerta®	Comprimés à libération prolongée 18, 27, 36, 54 mg 	Système d'administration orale à libération osmotique contrôlée (OROS®)	~12 heures	18 mg une fois par jour suis.
Première ligne	Foquest®	Gélules 25, 35, 45, 55, 70, 85, 100 mg 	Les granulés peuvent être saupoudrés	~13 à 16 heures	25 mg une fois par jour suis.

Tableau 1. Guide CADDRA (*Canadian ADHD Resource Alliance*) relatif aux traitements pharmacologiques à action prolongée du TDAH chez l'adulte au Canada — juillet 2024 (version abrégée); la version originale de ce tableau a été élaborée par la Dre Annick Vincent en collaboration avec la Direction des communications et de la philanthropie de l'Université Laval.

À chaque augmentation de la dose, conseillez au patient de surveiller toute aggravation de son état. Lorsque la dose est trop élevée, les patients déclarent se sentir stimulés, nerveux, instables, anxieux ou, dans certains cas, fatigués, apathiques ou déprimés. Si cela se produit, ils doivent immédiatement baisser leur dose au niveau précédent.¹⁶

Il est primordial que le patient se sente et se maîtrise **tout au long** de la journée. Il est essentiel que les parents atteints de TDAH gardent le contrôle le soir, lorsqu'ils doivent faire face à toutes les exigences de leur rôle de parents. Le traitement n'est pas efficace si la personne fonctionne bien au travail, mais qu'elle est irritable, de mauvaise humeur et peu concentrée avec ses enfants le soir.

Il est donc essentiel de déterminer la durée de l'effet du stimulant. Bien que les stimulants à action prolongée aient une durée de vie de 12 heures, cette estimation est basée sur des tests de résolution de problèmes administrés dans un environnement calme, et non sur la capacité d'une personne à s'autoréguler dans un monde bruyant et chaotique.¹⁷ En fait, la plupart des stimulants à action prolongée perdent leur effet optimal après environ 8 heures. Les patients sont généralement capables d'identifier le moment où l'effet du stimulant se dissipe — ils se sentent à nouveau dépassés, dispersés, de mauvaise humeur et déconcentrés.¹⁸

Sites Web/Youtube	Commentaires
CADDRA https://www.caddra.ca	Incontestablement le meilleur site Web pour les informations, les formulaires de suivi, les outils de dépistage et les soutiens associés, y compris les thérapeutes et les coaches.
ADDitude Magazine https://www.additudemag.com/	Articles courts et précis sur le TDAH, et stratégies pratiques et utiles pour les personnes atteintes de TDAH.
How to ADHD https://howtoadhd.com/	Quelque peu dramatique, ce site s'adresse aux personnes âgées de 15 à 25 ans; cependant, il contient des informations précises sur l'expérience du TDAH tout au long de la vie.
r/ADHD et r/adhdwomen https://totallyadd.com/	reddit – Beaucoup de discussions sur ce que signifie réellement de vivre avec le TDAH et les diverses stratégies associées.
	Un peu chaotique, mais nombreux sont ceux qui apprécient son humour et son approche conviviale.

Livres	Commentaires
<i>Driven to Distraction</i> Ed Hallowell et John Ratey	Une bonne vue d'ensemble de la maladie, du traitement et des stratégies d'adaptation.
<i>Le TDAH au féminin : Célébrez vos forces et dépassez vos limites</i> Sari Solden et Michelle Frank	Un cahier d'exercices autoguidés qui aide les femmes à comprendre les problèmes particuliers que leur pose le TDAH.
<i>Order From Chaos</i> Jaclyn Paul	Approches pratiques pour gérer le chaos quotidien associé au TDAH.
<i>ADHD 2.0</i> Ed Hallowell et John Ratey	Stratégies d'adaptation pratiques pour les patients qui tentent de gérer leur TDAH.
<i>Taking Charge of Adult ADHD</i> Russell Barkley	Des informations fiables et un cahier d'exercices utile par le plus grand expert du TDAH.
<i>You Mean I'm not Lazy, Stupid or Crazy</i> Kate Kelley et Peggy Ramundo	Utile pour aider les patients à comprendre l'impact du TDAH et les stratégies d'adaptation.
<i>Change Your Brain, Change Your Life</i> Daniel Amen	Controversé, mais fournit des explications compréhensibles sur le fonctionnement des différentes parties du cerveau dans le TDAH.

Tableau 2. Ressources d'information pour les patients et les médecins; d'après Lawrence Martin, M.D.

Ils ont souvent besoin d'une deuxième dose de stimulant en milieu d'après-midi. Cette dose correspond généralement à la moitié ou aux deux tiers de la dose du matin, mais il arrive qu'elle corresponde à la totalité de la dose du matin. Chaque patient est unique.

Si la deuxième dose perturbe le sommeil, remplacez-la par un stimulant à action plus courte. La plupart des patients souffrant de TDAH dorment mieux lorsqu'ils utilisent des stimulants, en raison de leur effet calmant général.

Avec une deuxième dose, le patient peut dépasser la « dose journalière maximale ». Ce dosage maximum recommandé suppose que les stimulants à longue durée d'action durent toute la journée, ce qui n'est souvent pas le cas. En cas de dépassement de la dose maximale, indiquez que le stimulant semble être métabolisé rapidement et qu'une couverture complète nécessite un dépassement de la dose journalière recommandée. Parmi les stimulants actuellement disponibles, l'agent à longue

durée d'action le plus fiable est le Foquest, qui couvre les patients pendant 16 heures.

Jusqu'à un tiers des patients peuvent ne pas obtenir un résultat optimal avec le premier stimulant. Si, après plusieurs augmentations de doses, le patient ne ressent aucune amélioration, vous pouvez passer à une autre catégorie de stimulants.¹⁹ Il suffit d'arrêter le premier médicament et de commencer immédiatement l'autre stimulant à des doses plus faibles. Aucune période de transition n'est nécessaire entre les deux.

Les stimulants sont généralement bien tolérés. Toutefois, si l'appétit diminue, encouragez le patient à prendre un petit-déjeuner plus copieux, à prendre des collations légères riches en protéines tout au long de la journée et à prendre un repas plus copieux plus tard dans la journée. Si ces problèmes persistent, envisagez de passer à un non-stimulant tel que l'atomoxétine, qui a tendance à avoir moins d'effets sur l'appétit.

Un examen complet des stratégies de traitement des troubles comorbides du TDAH dépasse le cadre de cet article. Toutefois, le principe de base est de « traiter d'abord le pire ». Si le patient souffre d'un trouble dépressif chronique, il faut d'abord traiter le TDAH; si le patient est fortement déprimé, il faut d'abord traiter la dépression. Lors de la prise en charge de la dépression liée au TDAH, il est préférable de ne pas utiliser un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS), car l'augmentation de la sérotonine réduit l'activité des circuits dopaminergiques, ce qui est déjà un problème dans le TDAH. Envisagez d'utiliser des antidépresseurs qui n'ont pas cet effet inhibiteur, comme le bupropion (*Wellbutrin*), la vortioxétine (*Trintellix*) ou le lévomilnacipran (*Fetzima*). Une fois l'humeur stabilisée, le traitement peut alors se concentrer sur la prise en charge du TDAH en introduisant un stimulant.

Pour la plupart des patients atteints de TDAH, les stimulants diminuent l'anxiété. Si le patient souffre d'anxiété généralisée, il peut être bénéfique de traiter d'abord le TDAH afin de déterminer si cela permet de réduire suffisamment l'anxiété persistante.

Conclusion

Le TDAH est un problème courant qui a un impact significatif sur la capacité d'une personne à fonctionner. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental souvent décrit comme un problème de « câblage », qui peut être traité efficacement chez la plupart des patients. Le traitement du TDAH est extrêmement satisfaisant en raison de l'effet souvent profond qu'il a sur la vie et la trajectoire du patient. Au lieu d'avoir des pensées rapides et fragmentées, des réactions émotionnelles fortes et des difficultés à se concentrer sur sa tâche, le patient peut reprendre le contrôle de sa vie et fonctionner plus efficacement, parvenir enfin à se comporter en « adulte » et simplement être lui-même.

Coordonnées

Lawrence Martin, M.D.

Courriel : martinl@mcmaster.ca

Divulcation des intérêts financiers

Conseils consultatifs/bureau des conférenciers :

Abbvie, Eisai, Elvium, Lundbeck/Otsuka et Takeda

Références

- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-723. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716
- Sternat T. Abstract S2-10. Anxiety and Depression Association of America (AADA); 2016 March 31 to April 3; Philadelphia PA.
- Shaw P, Malek M, Watson B, Greenstein D, de Rossi P, Sharp W. Trajectories of cerebral cortical development in childhood and adolescence and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2013;74(8):599-606. doi:10.1016/j.biopsych.2013.04.007
- Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-1748. doi:10.1001/jama.288.14.1740
- Di Lorenzo R, Balducci J, Poppi C, Arcolin E, Cutino A, Ferri P, et al. Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatr*. 2021;33(6):283-298. doi:10.1017/neu.2021.23
- Steele M, Jensen PS, Quinn DM. Remission versus response as the goal of therapy in ADHD: a new standard for the field? *Clin Ther*. 2006;28(11):1892-1908. doi:10.1016/j.clinthera.2006.11.006
- Retz W, Stieglitz RD, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? *Expert Rev Neurother*. 2012;12(10):1241-1251. doi:10.1586/ern.12.109
- Hirsch O, Chavanon M, Riechmann E, Christiansen H. Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Affect Disord*. 2018;232:41-47. doi:10.1016/j.jad.2018.02.007
- Moukhtarian TR, Reinhard I, Moran P, Ryckaert C, Skirrow C, Ebner-Priemer U, et al. Comparable emotional dynamics in women with ADHD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1):6. doi:10.1186/s40479-021-00144-y
- Weibel S, Nicastro R, Prada P, Cole P, Rüfenacht E, Pham E, et al. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 2018;226:85-91. doi:10.1016/j.jad.2017.09.027
- Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(7):371-377. doi:10.1007/s00406-007-0712-8
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-256. doi:10.1017/s0033291704002892
- Arnsten AF. The Emerging neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: the key role of the prefrontal association cortex. *J Pediatr*. 2009;154(5):1-s43. doi:10.1016/j.jpeds.2009.01.018
- Boland H, DiSalvo M, Fried R, Woodworth KY, Wilens T, Faraone SV, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *J Psychiatr Res*. 2020;123:21-30. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.01.006
- Zhang L, Li L, Andell P, Garcia-Argibay M, Quinn PD, D'Onofrio BM, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder medications and long-term risk of cardiovascular diseases. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(2):178-187. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.4294
- Arnsten AF, Pliszka SR. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2011;99(2):211-216. doi:10.1016/j.pbb.2011.01.020
- McCabe SE, Dickinson K, West BT, Wilens TE. Age of onset, duration, and type of medication therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use during adolescence: a multi-cohort National study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(6):479-486. doi:10.1016/j.jaac.2016.03.011
- Brams M, Moon E, Pucci M, López FA. Duration of effect of oral long-acting stimulant medications for ADHD throughout the day. *Curr Med Res Opin*. 2010;26(8):1809-1825. doi:10.1185/03007995.2010.488553
- Hodgkins P, Shaw M, Coghill D, Hechtman L. Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(9):477-492. doi:10.1007/s00787-012-0286-5