

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "CAROL DAVILA",  
BUCUREȘTI**

**ȘCOALA DOCTORALĂ  
DISCIPLINA PSIHIATRIE**

**TEZĂ DE DOCTORAT  
REZUMAT**

**Conducător științific:**

**PROF. UNIV. DR. PRELIPCEANU DAN**

**Doctorand:**

**LAURA PLĂVIȚU CĂS. AELENEI**

**2019**

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "CAROL  
DAVILA", BUCUREȘTI  
ȘCOALA DOCTORALĂ  
DISCIPLINA PSIHIATRIE**

***EVOLUȚIA ADHD LA VÂRSTA ADULTĂ – STUDIU  
COMPARATIV CU TULBURĂRILE DE PERSONALITATE  
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT***

**Conducător științific:**

**PROF. UNIV. DR. PRELIPCEANU DAN**

**Doctorand:**

**LAURA PLĂVIȚU CĂS. AELENEI**

**2019**

## CUPRINS

LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE PUBLICATE ȘI PREZENTATE .....	3
ABREVIERI.....	4
INTRODUCERE .....	5
I. PARTEA GENERALĂ.....	10
1. ADHD - aspecte teoretice .....	11
1.1. Epidemiologie.....	11
1.2. Etiologie.....	11
1.3. Neuroimagistica în ADHD .....	14
1.4. Diagnostic .....	15
1.4.1. ADHD în perioada de copilărie și adolescență.....	15
1.4.2. ADHD la adult.....	16
1.4.3. Cazurile subclinice .....	18
1.4.4. Criterii de diagnostic DSM-5 .....	18
1.4.5. Diagnosticul ADHD la adult – aspecte particulare – DSM-IV și DSM-5.....	21
1.5. Aspecte legate de funcționalitate .....	24
1.6. Scale de evaluare .....	25
1.7. Neuropsihologie.....	28
1.8. Diagnostic diferențial și comorbidități .....	32
1.9. Relația dintre tulburările de personalitate și ADHD.....	36
1.9.1. Tulburările de personalitate - aspecte teoretice .....	36
1.9.2. ADHD și tulburările de personalitate antisocială și borderline.....	41
1.10. Curs și prognostic.....	42
1.11. Tratament .....	44
1.11.1. Tratamentul psihotrop .....	44
1.11.2. Tratamentul psihologic și psihoterapeutic .....	51
2. Problematika diagnosticării ADHD la adult – situația actuală și dificultăți .....	54
3. ADHD la adult în România.....	59
II. CONTRIBUȚIA PERSONALĂ .....	66
4. Ipoteza de lucru și obiectivele.....	67
5. Material și metodă.....	68
6. Rezultate.....	80

6.1. Problematica A: Proporția pacienților ADHD din lotul inițial - evoluție de la DSM-IV la DSM-5 .....	80
6.2. Problematica B - aspecte relevante în diferențierea populației ADHD și nonADHD și corelații ale datelor cu severitatea simptomatologiei.....	84
6.2.1. Analiza datelor individuale (I).....	84
6.2.2. Analiza datelor obținute prin evaluarea cu scale specifice (II) .....	116
7. Discuții .....	176
8. Concluzii și contribuții personale. Originalitatea tezei .....	181
9. Limitele cercetării .....	185
BIBLIOGRAFIE .....	186
ANEXE.....	203

## INTRODUCERE

Lucrarea de față abordează tulburarea ADHD la adult, referindu-se la relația dintre aceasta și tulburările de personalitate. Se iau în considerare discuțiile din literatura momentului (DSM-5, ICD 11) care schimbă semnificativ perspectivele asupra modului de diagnosticare a acestei tulburări [1,2,3,4]. Dacă inițial ADHD era considerată o afecțiune a copilăriei, mai nou, perspectiva s-a schimbat, aceasta fiind văzută mai degrabă ca o afecțiune cronică pe parcursul întregii vieți a indivizilor.

Obiectivul lucrării este abordarea evoluției diagnosticării ADHD la vârstă adultă, raportat la tulburările de personalitate, plecând de la DSM-IV la DSM-5. Ipoteza de la care s-a plecat a fost că unii dintre pacienții cu o tulburare de personalitate pot fi reevaluați ca având ADHD.

Au fost formulate două problematice:

A. Cum se modifică proporția pacienților ADHD din lotul de pacienți cu o tulburare de personalitate de la DSM-IV la DSM-5

B. Ce aspecte sunt relevante în diferențierea populației ADHD și nonADHD și factori corelați cu severitatea simptomatologiei.

Relația dintre ADHD și tulburările de personalitate este discutată ținând cont de mai multe aspecte. Unele studii au analizat longitudinal această problemă, arătând că simptomatologia cu deficit de atenție, hiperactivitate, impulsivitate poate fi un precursor pentru trăsăturile întâlnite la tulburările de personalitate mai târziu, alte studii au analizat transversal relația dintre aceste două patologii, identificând asemănările și deosebirile. Se descrie evoluția modului de diagnosticare al ADHD de la DSM-IV la DSM-5, explicându-se cum aceasta facilitează diagnosticarea ADHD la adult după criteriile specifice.

Lucrarea este alcătuită dintr-o parte generală și o parte care constituie contribuția personală. În partea generală se menționează aspecte legate de istoricul acestei patologii, considerații asupra epidemiologiei, etiologiei, diagnosticului, metodelor de tratament și a evoluției.

În partea originală (contribuția personală) se prezintă studiul efectuat prin analiza lotului selectat. Studiul este transversal, non-intervențional. Au fost selectați 140 pacienți diagnosticați cu o tulburare de personalitate. S-au colectat date individuale relevante și date obținute prin evaluarea prin scalele ASRS, WFIRS, DIVA, MINI, CGIs, GAF. Evaluarea prin scala DIVA a determinat împărțirea lotului inițial în grupul ADHD și nonADHD. S-a realizat împărțirea conform DSM-IV, apoi conform DSM-5. Ulterior s-a realizat o comparație între cele două perspective.

Rezultatele arată că diagnosticul ADHD este prezent la 29,3% din indivizii luați în studiu dacă luăm în calcul perspectiva DSM-IV și la 44,3% dacă luăm în calcul perspectiva DSM-5 (problematika A). S-a observat că evaluarea prin scale specifice diferențiază grupurile ADHD și nonADHD. Datele individuale (antecedente, statut marital, internări, etc) se corelează cu severitatea simptomatologiei ADHD (problematika B). În concluzie, există diferențe evidente în ceea ce privește ponderea diagnosticării ADHD la adult în lotul studiat între cele două perspective DSM-IV și DSM-5 (29,3% față de 44,3%), rezultatele obținute susținând ideea că este oportună studiarea detaliată a acestei problematiki.

Dintre limitele cercetării se pot menționa dificultatea evaluării retrospective, aspectele administrative, subdiagnosticarea în copilărie și la adult.

Se poate remarca caracterul interdisciplinar al aspectelor discutate, fiind vorba de o patologie la granița mai multor specialități: psihiatria adultului, psihiatria copilului și adolescentului, dar care are interferențe și cu mediul educațional, social și chiar medico-legal.

## **I. PARTEA GENERALĂ**

### **1. ADHD - aspecte teoretice**

Aspectele teoretice legate de ADHD se referă la epidemiologie, etiologie, continuând cu diagnosticul, diagnosticul diferențial, evoluția, tratamentul.

ADHD este un „model persistent de lipsă de atenție și /sau de hiperactivitate-impulsivitate care interferează cu funcționarea sau dezvoltarea”. Tulburarea este întâlnită la 2,5% din adulți și 5% din copii [5,6].

Clasificarea DSM-5 pune în evidență această patologie prin modificarea viziunii globale asupra acesteia. Putem spune că simptomatologia de tip ADHD este văzută ca distribuită pe un continuu în populație, această abordare dimensională fiind o caracteristică a DSM-5.

### **Etiologie**

În etiologia tulburării sunt incriminați mai mulți factori: genetici, de mediu, de dezvoltare, psihosociali. Componenta genetică a fost evidențiată prin studii de agregare familială, studii pe gemeni, studii de adopție și mai recent, studii de genetică moleculară. O atenție deosebită a fost acordată recent cercetărilor referitoare la persistența ADHD la adult. Sunt prezentate ulterior modificările evidențiate prin neuroimagică [7,8].

### **Diagnostic**

Diagnosticul ADHD se bazează pe prezența unei simptomatologii reprezentată de inatenție, impulsivitate și hiperactivitate. În copilărie, este recomandată evaluarea indivizilor ținând cont de comportamentul acestuia în diferite situații și medii, de exemplu în familie, la școală sau în comunitate. Informațiile de la părinți sau învățători sunt importante.

Persistența simptomelor semnificative la adult este în jur de 50%. Necesitățile vieții de adult sunt mai complexe, deficitul putând îmbrăca mai multe aspecte. Putem vorbi de afectări ale domeniilor ocupațional, educațional, a vieții de familie, a relațiilor interpersonale. Față de perioada copilăriei, la adult simptomatologia de tip hiperchinetă diminuează, la adult fiind caracteristic mai degrabă deficitul atențional.

Diagnosticul ADHD se pune pe baza criteriilor din DSM. Acestea urmăresc pe de o parte deficitul atențional (face greșeli din neatenție, întâmpină dificultăți în menținerea atenției, nu finalizează activitățile, este distras de stimuli externi), pe de altă parte hiperactivitatea/impulsivitatea (își mișcă adesea mâinile sau picioarele, aleargă/are stări subiective de neliniște, întâmpină dificultăți în a își aștepta rândul).

Odata cu clasificarea DSM-5 au apărut modificări semnificative care au dus la o facilitare a diagnosticului la adult. Astfel, vârsta de debut a simptomelor s-a modificat de la 7 ani (în DSM-IV) la 12 ani (în DSM-5), numărul de simptome necesare pentru diagnostic s-a modificat de la 6 (în DSM-IV) la 5 (în DSM-5), deci diagnosticul este mai

ușor realizat. În discuțiile premergătoare apariției DSM-5 s-a discutat despre descreșterea numărului criteriilor odată cu vârsta [1, 9, 10, 11, 12], stabilindu-se în final pragul de 5 criterii.

Noua perspectivă arată că ADHD seamănă din ce în ce mai mult cu o patologie pervazivă, asemănătoare cu tulburările de personalitate.

Funcționalitatea indivizilor este unul din aspectele de care ținem cont în evaluare. În ADHD sunt observate deficitele în diverse domenii cum ar fi: acasă, la școală, la locul de muncă, în diverse situații sociale, în relațiile cu familia sau cu alții. Disfuncționalitățile pot îmbrăca aspecte diferite în funcție de vârstă. Dacă în copilărie se observă probleme acasă și la școală, la adult vor fi semnificative și relațiile cu cei din jur, modul de lucru în echipă, posibilitatea de a întemeia și păstra relații cu sexul opus, capacitatea de a-și face prieteni, implicarea în comportamente la risc [13].

Evaluarea standardizată a simptomatologiei ADHD se face prin scale specifice cum ar fi:

- ASRS (the Adult Self Report Scale - ADHD la adult - scală de autoraportare),
- DIVA (The Diagnostic Interview for ADHD în Adults - Interviul privind diagnosticarea ADHD la adulți),
- Connors (CAADID – The Connors Adult ADHD Diagnostic Interview – Interviul pentru diagnosticarea ADHD la adult Connors),
- Barkley`s Adult ADHD symptoms checklist (scala Barkley)
- Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS - Scala pentru evaluarea funcționării Weiss – scală de autoraportare) [14,15,16].

Pentru evaluarea comorbidităților se pot folosi instrumente ca PANSS, BPRS, MINI, SCID I, SCID II, NEO-PI-R etc [17, 18, 19]. Se recomandă identificarea tulburărilor ca tulburarea afectivă bipolară, tulburările prin uz de substanțe, depresia majoră, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, tulburările de personalitate borderline, antisocială sau altele, tulburările anxioase, ticurile, tulburarea autistă, tulburările de învățare.

Scala DIVA se bazează pe cei 18 itemi DSM, 9 itemi din domeniul atențional și 9 itemi din domeniul hiperactivitate/impulsivitate. Scala evaluează atât simptomatologia

prezentă în copilărie, retrospectiv, cât și simptomatologia la adult. Sunt oferite exemple pentru fiecare din cei 18 itemi [20].

Scala WFIRS este folosită pentru evaluarea disfuncționalității în diversele domenii ale vieții. Sunt oferite mai multe alternative care cuantifică aceste aspecte.

Prin testele neuropsihologice se evaluează în detaliu funcțiile cognitive. De exemplu evaluarea atenției se face prin teste specifice ca testul de performanță continuă, evaluarea impulsivității prin testul Stroop sau teste de inhibiție a răspunsului; alte teste cognitive urmăresc planificarea sarcinilor [21,22].

### **Diagnostic diferențial și comorbidități**

Peste simptomatologia ADHD se pot suprapune alte tulburări care complică tabloul clinic. Evaluarea comorbidităților este necesară în contextul alegerii unei conduite terapeutice optime, pentru o evoluție cât mai bună.

Unele dintre cele mai frecvente patologii asociate la adult sunt tulburările prin uz de substanțe (alcool și droguri altele decât alcoolul), tulburările anxioase, depresia, tulburarea bipolară [23,24,25,26].

### **Relația dintre tulburările de personalitate și ADHD**

Tulburările de personalitate se împart în 3 clustere: cluserul A - paranoidă, schizoidă, schizotipală (grupa bizar - excentrică), cluserul B - antisocială, borderline, histrionică, narcisică (grupa dramatic-emoțională), clusterul C - evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă (grupa anxios – temătoare).

La o analiză comparativă a celor două patologii, ADHD și tulburările de personalitate, evaluând simptomatologia specifică, se observă o asemănare a elementelor identificate în cazul indivizilor care întrunesc criteriile pentru o tulburare de personalitate și cei care întrunesc criteriile pentru ADHD. Ca exemple ar putea fi amintite impulsivitatea, problemele interpersonale, probleme comportamentale cu acte antisociale sau abuz frecvent de substanțe ilicite [27,28].

Perspectiva DSM-5 asupra tulburărilor de personalitate păstrează vechea viziune, dar aduce și unele modificări prin propunerea unui model alternativ; acesta implică o

caracterizare prin afectarea funcționării (identitate, empatie, autodeterminare, intimitate) alături de trăsături patologice de personalitate (afectivitate negativă, detașare, antagonism, dezinhibiție, psihoticism). Accepțiunea este apropiată modelelor clasice care privesc trăsăturile ca aparținând unui spectru, aflate pe un continuum [29,30,31].

S-a discutat în literatură despre faptul că indivizii cu ADHD în copilărie prezintă un risc crescut de dezvoltare a unor tulburări în perioada de adult, printre care și tulburările de personalitate.

Majoritatea studiilor referitoare la relația dintre ADHD și tulburările de personalitate au luat în considerare categoriile de tulburări de personalitate antisocială și borderline. De exemplu, s-au realizat studii pe populații aflate în detenție în legătură cu populația ADHD la adult. Dintre deținuți o mare parte au întrunit criteriile pentru ADHD (până la 50%). Ca trăsături semnificative amintim neglijența, asumarea riscurilor, controlul comportamental deficitar, dezechilibrul emoțional [32, 33].

În cazul studierii tulburării de personalitate borderline în relație cu ADHD s-au găsit și în acest caz proporții semnificative. De exemplu, Ferrer a găsit o proporție de 38,1 % de indivizi cu tulburare de personalitate care au ADHD ca tulburare coexistentă [34, 35].

### **Curs. Prognostic**

Tulburarea ADHD poate avea o evoluție variabilă în funcție de diferiți factori de prognostic. Unii sunt pozitivi, cum ar fi prezența unor aparținători care să ofere un suport bun pentru pacient, debutul mai tardiv, simptomatologia de o intensitate mai scăzută (adică un număr redus de itemi pozitivi), adresabilitatea precoce către serviciile de psihiatrie, absența comorbidităților. Alți factori de prognostic sunt negativi cum ar fi debutul precoce și gradul mare de disfuncționalitate, absența unui suport familial, adăugarea unor afecțiuni comorbide, lipsa intervențiilor terapeutice.

Simptomatologia frustă poate fi mascată prin strategii adaptative eficiente. Un exemplu este alegerea unor profesii potrivite: atleți, avocați, agenți de vânzări, brokeri, sau locuri de muncă în domenii ca presă, televiziune, publicitate, serviciile de urgență unde se pot specula trăsături ca interesul pentru inovare, neliniștea, inițiativa, impulsivitatea.

## **Tratament**

Tratamentul ADHD, atât la copii și adolescenți, cât și la adult, este unul farmacologic completat de unul psihologic reprezentat de terapie cognitiv-comportamentală, psihoeducație, terapie ocupațională.

Tratamentul de primă intenție este reprezentat de stimulentele sistemului nervos central: metilfenidat, amfetamină și sărurile sale. Tratamentul de linia a doua este reprezentat de medicația nonstimulentă: atomoxetină, modafinil, bupropion, venlafaxină. În abordarea terapeutică se ține cont de eficiența diverselor preparate și de tolerabilitate [36,37].

Prescrierea tratamentului este reglementată pentru perioada copilăriei. În ceea ce privește indicația de folosire a medicației strict la adult, acest aspect este deficitar.

O problemă pe larg discutată este influența tratamentului pentru ADHD în generarea tulburărilor prin uz de substanțe și de aici controversele legate de tratamentul ADHD la adult. Concluziile numeroaselor studii efectuate pe această temă au fost că la pacienții ADHD substanțele stimulente nu au același efect de stimulare a consumului ca în populația generală și mai mult decât atât, tratamentul cu medicație stimulentă s-a demonstrat că reduce riscul de dezvoltare a tulburărilor prin uz de substanțe la fel ca în populația generală [38].

### **2. Problematika diagnosticării ADHD la adult – situația actuală și dificultăți**

Diagnosticarea curentă se face în prezent conform sistemelor de clasificare a bolilor DSM-IV și ICD 10, chiar dacă au apărut modificări prin apariția DSM-5 și mai nou ICD 11. Programele informatice în unitățile medicale folosesc codificarea ICD 10. Diagnosticile care includ simptomatologia cu deficit de atenție și hiperactivitate/impulsivitate sunt cuprinse în grupa F90 [39].

Există dificultăți de diagnosticare legate de factori ca: rezerva părinților de a apela serviciile de psihiatrie în încercarea de minimizare a problemicii, stigma, absența aparținătorilor care să dea date din copilărie. Subdiagnosticarea este dată și de lipsa continuității investigației la trecerea de la serviciile psihiatrice destinate copilului la cele ale adultului. Alte situații sunt cele în care problemele din copilărie, deși identificate, nu au fost tratate din cauza refuzului părinților sau a efectelor adverse a medicației.

O altă cauză a subdiagnosticării la adult este prezența comorbidităților. Simptomatologia de tip atențional și cea cu hiperchinezie/impulsivitate se atenuază sau peste ea se pot suprapune depresia, tulburările legate de alcool, tulburările legate de substanțe altele decât alcoolul, tulburările anxioase, tulburarea bipolară, jocul de noroc patologic, tulburările de personalitate, eventual cu comportamente antisociale.

Chiar dacă simptomatologia la adult este mai redusă, nemaîntreținând criteriile de diagnostic pentru ADHD, s-a arătat că poate exista totuși și în aceste cazuri un grad de disfuncționalitate.

### **3. ADHD la adult în România**

În spitalele din România se folosește pentru înregistrarea datelor codificarea ICD-10. Se centralizează informațiile prin sistemul DRG la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

Pentru o imagine de ansamblu a diagnosticării ADHD la adult în România, am obținut datele centralizate de SNSPMPDSB în anii 2015, 2016, 2017 și 2018 la nivel național referitor la diagnosticul ICD-10 de F90 (Tulburări hiperkinetice) la populația peste 18 ani.

Un procent foarte mare de ADHD ca diagnostic principal s-a înregistrat la populația de 18 ani. Mai târziu, după 19 ani, numărul înregistrărilor scade abrupt, ceea ce arată folosirea scăzută a diagnosticului ADHD la populația adultă.

Există un număr relativ ridicat de situații în care ADHD este înregistrat ca diagnostic secundar comparativ cu înregistrarea ca diagnostic principal. Discrepanța observată între 18 ani și restul grupelor de vârstă există, dar este mai puțin evidentă. Acest lucru poate fi explicat pe de o parte de posibilitatea codificării mai degrabă simptomatice. Fenomenul de supracodificare este întâlnit de multe ori din necesități administrative legate de modul de rambursare a cheltuielilor

## **II. CONTRIBUȚIA PERSONALĂ**

### **4. Ipoteza de lucru și obiectivele**

Obiectivul lucrării este reprezentat de evoluția diagnosticării ADHD la vârsta adultă comparativ cu tulburările de personalitate.

Ipoteza a fost că unii dintre indivizii diagnosticați la vârsta adultă cu o tulburare de personalitate pot fi reevaluați, fiind diagnosticați cu ADHD. Se tine cont de schimbarea modului de diagnosticare de la DSM-IV la DSM-5.

Se iau în considerare două problematici:

A. Cum se modifică proporția pacienților ADHD din lotul de pacienți cu o tulburare de personalitate de la DSM-IV la DSM-5.

B. Ce aspecte sunt relevante în diferențierea populației ADHD și nonADHD și alți factori corelați cu severitatea simptomatologiei.

## 5. Material și metodă

Studiul este transversal, non-intervențional. S-a evaluat un lot de 140 de pacienți diagnosticați cu o tulburare de personalitate (din clusterul A, B, C sau mixtă). Pacienții au semnat un consimțământ informat. Informațiile de la aparținători au fost folosite unde a fost posibil. Simptomatologia din copilărie a fost evaluată retrospectiv.

- *criteriile de includere* :
  - vârsta peste 18 ani, sexul masculin sau feminin
  - întrunesc criteriile DSM-IV pentru o tulburare de personalitate
  - pacienți care acceptă o evaluare mai detaliată a profilului de personalitate
  - pacienți în evidență la psihiatrie în ambulator sau spital
  - semnează consimțământul informat
- *criteriile de excludere*: pacienți care
  - nu sunt capabili să înțeleagă sau nu respectă protocolul
  - nu doresc evaluarea
  - nu semnează consimțământul informat
  - nu reușesc să definitiveze scalele de evaluare
  - au alte comorbidități care reprezintă o urgență în momentul evaluării

S-au colectat următoarele date:

I. Datele demografice ale pacienților și alte date individuale relevante

II. Datele obținute din evaluarea standardizată prin scalele ASRS, WFIRS, DIVA, MINI, CGIs, GAF.

Conform evaluării pentru identificarea simptomatologiei ADHD prin scala DIVA s-au obținut două loturi:

- lotul A – ADHD, pacienți care îndeplinesc criteriile ADHD și
- lotul B – nonADHD, pacienți care nu îndeplinesc criteriile ADHD.

S-au analizat pe rând datele rezultate din evaluarea lotului inițial după *perspectiva DSM-IV*, apoi după *perspectiva DSM-5* și s-a efectuat o *comparație* între aceste situații.

Pentru a realiza comparația între cele două clasificări s-a împărțit lotul în 3 grupuri:

- I – indivizii ADHD după DSM-IV
- II – indivizii ADHD după DSM-5 dar care nu sunt ADHD după DSM-IV.
- III – indivizii nonADHD după ambele clasificări.

Grupurile I, II și III pot fi considerate ca nivele diferite de severitate a simptomatologiei ADHD (grupul I fiind cel mai sever).

Scalele folosite au fost:

- DIVA (the Diagnostic Interview for ADHD in Adults – Interviu pentru diagnosticarea ADHD la adulți),
- ASRS (the Adult ADHD Self Report Scale – ADHD la adult - scală de autoraportare)
- Weiss Functional Impairment Rating Scale – WFIRS (Scala pentru evaluarea funcționării Weiss – scală de autoraportare),
- GAF (Scala de evaluare globală a funcționării),
- CGI s (Scala de impresie clinică globală de severitate),
- MINI (the MINI International Neuropsychiatric Interview – Interviu neuropsihiatric internațional MINI).

## Metode de analiză statistică

Datele obținute în urma evaluării indivizilor luați în studiu conform metodologiei au fost introduse în baza de date și prelucrate. Inițial s-a realizat statistica descriptivă (calcul de medii, deviații standard, mediane, cuartile, frecvențe și procente), apoi s-au efectuat comparații între grupuri prin aplicarea unor teste statistice specifice (Student t-test, ANOVA, Mann-Whitney, Fisher, Pearson Chi-square, etc). Probabilitatea de eroare mai mică de 5% ( $p < 0.05$ ) a fost considerată prag de semnificație.

## 6. Rezultate.

Rezultatele obținute în urma prelucrării datelor colectate prin metodologia de mai sus au fost următoarele:

- Problematika A: **Proporția pacienților ADHD din lotul inițial - evoluție de la DSM-IV la DSM-5**

S-au găsit 29,3% indivizi cu ADHD după DSM-IV și 44,3% după DSM-5 ( fig.1, fig.2) - capitol 6.1.

Fig. 1 Proporția pacienților ADHD din pacienții cu tulburări de personalitate - DSM-IV

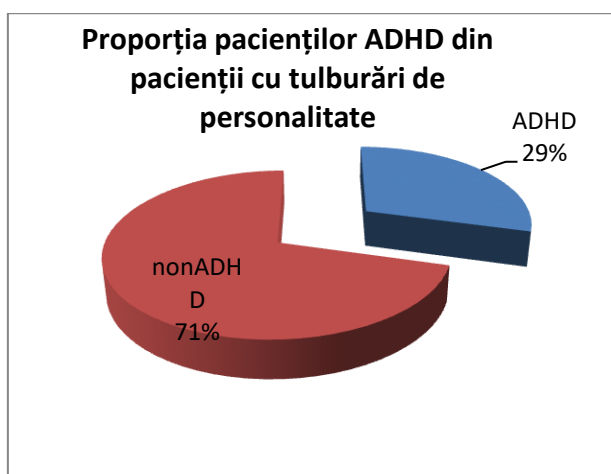
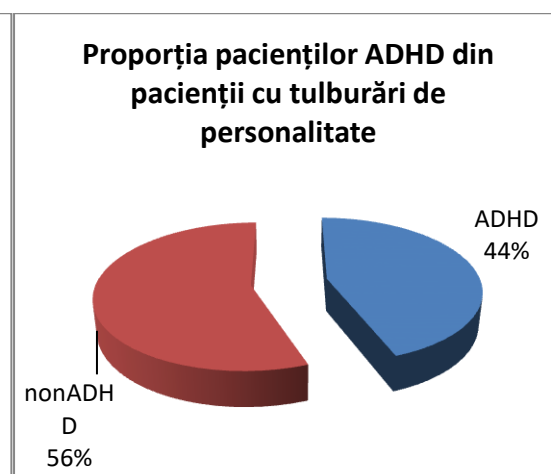


Fig. 2 Proporția pacienților ADHD din pacienții cu tulburări de personalitate - DSM-5



La evaluarea diferențelor în diagnosticare prin cele două perspective, DSM-IV și DSM-5, se obține o diferență semnificativă statistic ( $p=0,000$ , testul McNemar)

La **analiza subgrupurilor ADHD** s-a găsit că în lotul ADHD după DSM-IV proporția cea mai mare o are grupul cu hiperactivitate / impulsivitate, iar după DSM-5 grupul combinat. Rezultatele se pot explica prin modul de selecție al pacienților din indivizii cu o tulburare de personalitate care prezintă caracteristici mai degrabă din domeniul hiperactivitate/impulsivitate și ulterior de schimbarea ponderii simptomelor în DSM-5, care permite mai degrabă evidențierea ambelor domenii ale simptomatologiei ADHD.

• **Problematica B: aspecte relevante în diferențierea populației ADHD și nonADHD și corelații ale datelor cu se veritatea simptomatologiei.**

S-a observat că datele furnizate din evaluarea prin scale specifice diferențiază grupurile ADHD și nonADHD, în timp ce datele individuale (statut marital, internări, etc) se leagă mai degrabă de severitatea simptomatologiei ADHD (capitol 6.2.).

*Prelucrarea datelor individuale (I)*

Rezultatele au furnizat informații relevante legate de datele individuale în ceea ce privește comparația grupurilor ADHD și nonADHD, inițial după DSM-IV, apoi după DSM-5, iar în final la grupurile I, II, III, în funcție de severitatea simptomelor ADHD.

Datele analizate sunt:

- vârstă
- sex
- mediul de proveniență
- studii
- statut marital
- copii
- loc de muncă
- locuință
- antecedente heredo-colaterale

- antecedente personale patologice somatice
- antecedente personale patologice psihiatrice – comorbidități axa I, II
- tip de personalitate în diagnosticul inițial
- internări
- tratamente anterioare
- consum alcool
- consum droguri
- fumat
- alte elemente/ date semnificative

Se remarcă, legat de funcționalitate, potențialul de relații conflictuale cu cei din jur, posibilitatea unor relații maritale cu probleme, divorț sau violență domestică. Alte elemente sunt eșecul în ceea ce privește funcționarea academică, indivizii ADHD neatingându-și de multe ori potențialul și problemele la locul de muncă, cu toleranța scăzută a unor tipuri de meserii, schimbarea frecventă a locului de muncă sau disponibilizări.

Evaluarea antecedentelor heredo-colaterale poate orienta uneori către o componentă ereditară. Alte date colectate importante sunt legate de istoricul medical al pacientului: istoricul psihiatric și alte afecțiuni medicale, existența internărilor, numărul acestora, tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice, evoluția simptomatologiei. Aceste date individuale au fost analizate comparativ între grupul ADHD și nonADHD atât după DSM-IV cât și după DSM-5.

Nu în ultimul rând trebuie ținut cont de prezența comorbidităților și eventuala legătură dintre acestea și simptomatologia ADHD. De exemplu, este recunoscut că o proporție ridicată de pacienți cu ADHD dezvoltă tulburări legate de consumul de substanțe. Este evaluată cu atenție în special patologia referitoare la consumul de alcool, droguri și fumatul. Alte comorbidități sunt tulburările anxioase, depresia, etc (fig. 3) [40].

Valorile  $p$  calculate arată că diferențele între grupuri ( ADHD și nonADHD și între grupurile I, II, III) nu sunt semnificative statistic ( $p > 0,05$ ), adică comorbiditățile nu

diferențiază indivizii ADHD și nonADHD și nu diferențiază nici în funcție de severitatea simptomatologiei ADHD.

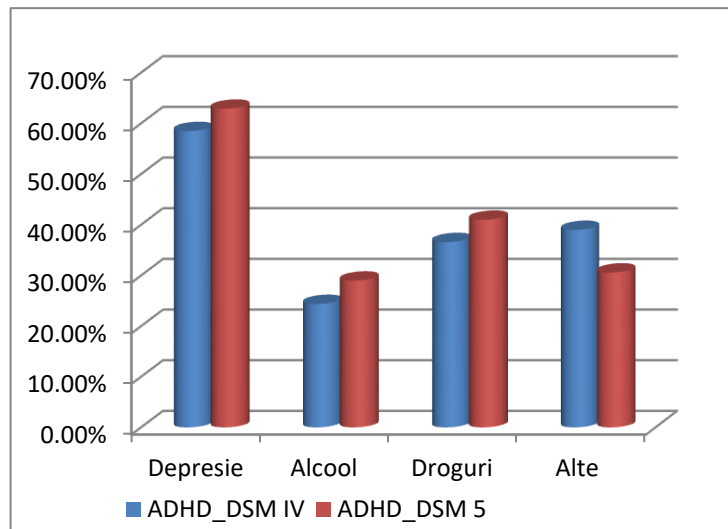


Fig. 3 Proportii comorbidității la ADHD după DSM-IV și DSM-5

Frecvențele tipurilor de personalitate în diagnosticul inițial al indivizilor evaluați au fost analizate în cele două grupuri ADHD și nonADHD, întâi după perspectiva DSM-IV apoi după DSM-5. Aceste rezultate au fost ilustrate grafic (Fig. 4, Fig. 5).

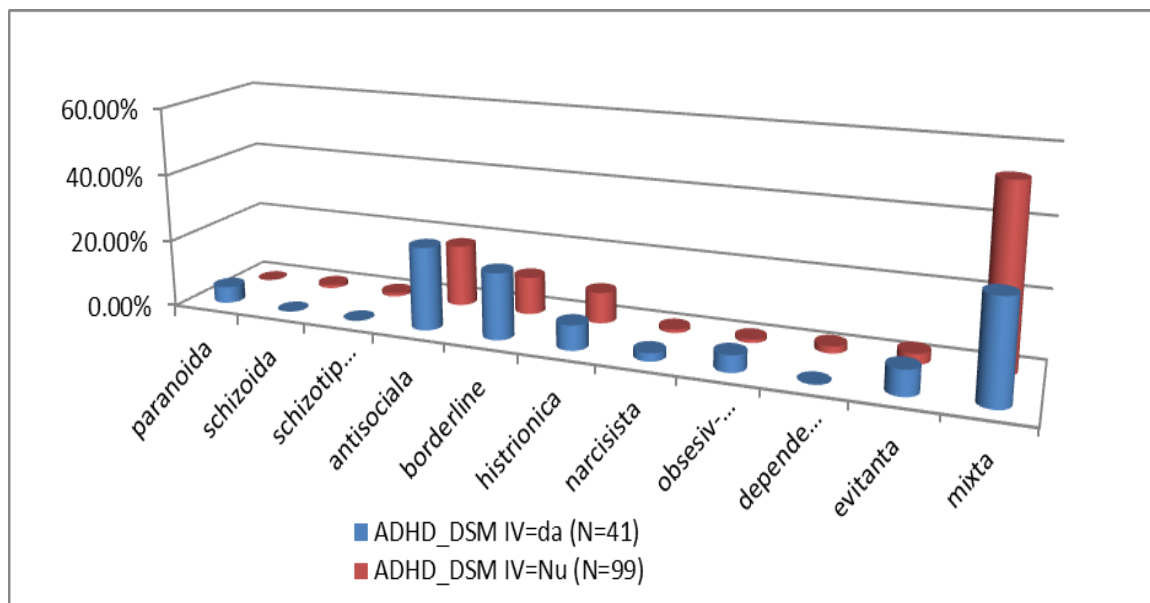


Fig. 4 Tipuri de tulburări de personalitate la grupurile ADHD și nonADHD- aspecte comparative –DSM-IV

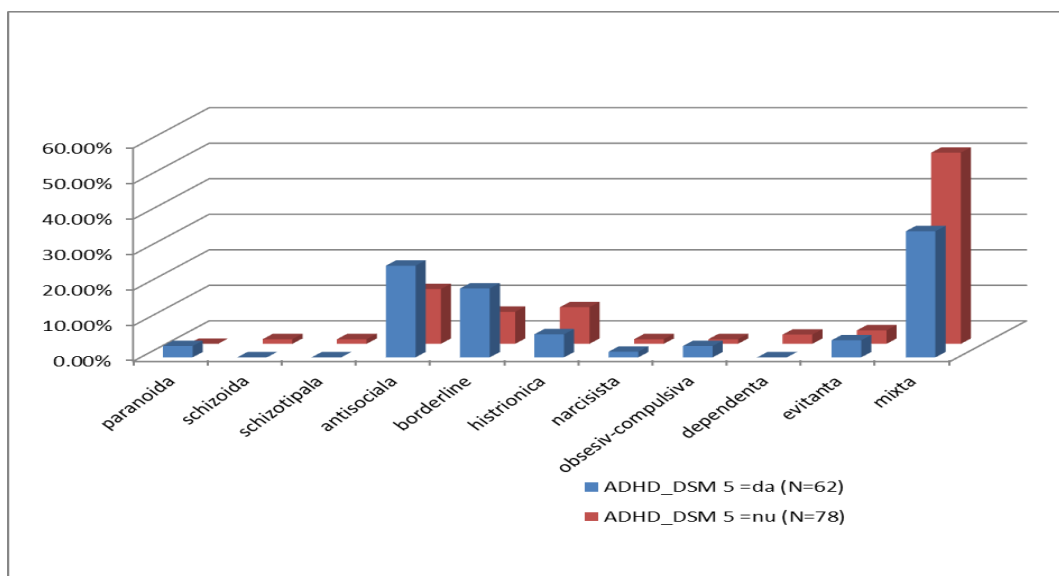


Fig. 5 Tipuri de tulburări de personalitate la grupurile ADHD și nonADHD - aspecte comparative –DSM-5

### *Prelucrarea datelor obținute din evaluarea prin scalele specifice (II)*

#### *ScalaDIVA*

S-a realizat o comparație a procentelor de răspuns la itemii DIVA în ceea ce privește indivizii ADHD și nonADHD întâi după clasificarea DSM-IV, apoi după DSM-5. Pentru comparația DSM-IV- DSM-5 s-au observat diferențele la cele trei grupuri : I,II și III, adică corelația cu severitatea simptomatologiei ADHD. S-au identificat cei mai frecvenți itemi la grupurile identificate și itemii cei mai utili în diferențierea între diferitele categorii.

Se poate realiza o diferențiere bună între cele trei grupuri (I, II, III- grupul I fiind cel cu simptomatologia ADHD cea mai severă) în cazul domeniului atențional prin majoritatea itemilor A1-A9, cu excepția A3 și mai puțin specific pentru A2 și A7. În cazul domeniului hiperactivitate/ impulsivitate toți itemii par să diferențieze foarte bine cele trei categorii.

Ordinea relevanței itemilor în diferențierea între grupurile I, II, III așa cum reiese din prelucrarea statistică este :

- pentru domeniul atențional : A6, A4, A8, A5, A1, A9, A2, A7 cu semnificație statistică și A3 fără semnificație statistică (A6 - evită sarcini care necesită efort mental susținut:  $p=0,0000$ )

- pentru domeniul hiperactivitate/impulsivitate: H1, H2, H8, H6, H4, H9, H5, H7, H3, cu semnificație statistică (H1- se joacă nervos cu mâinile sau cu picioarele:  $p=0,0000$ ) [41].

#### *Scala ASRS*

Am analizat relația dintre cele două scale ASRS și DIVA. Ideal ar fi ca rezultatele să fie superpozabile. Au fost înregistrate diferențe de cotare, ceea ce arată că la autoevaluare simptomatologia poate fi înregistrată diferit. Totuși, se observă o relație liniară puternică pozitivă între valorile scalelor ASRS și DIVA evaluate la nivelul lotului total de pacienți ( $R=0,722$ ).

#### *Scala WFIRS*

La această scală scorurile mari arată disfuncționalitatea. Scorurile total și risc ale scalei au o capacitate de diferențiere bună între indivizii ADHD și cei nonADHD, atât în cazul clasificării DSM-IV ( $p=0,0029$ ,  $p=0,0317$ ), cât și DSM-5 ( $p=0,0052$ ,  $p=0,0016$ ). În plus, rezultatele arată o diferențiere bună și între grupurile I,II și III ( $p=0,0077$ ,  $p=0,0069$ ), adică se corelează cu severitatea simptomatologiei ADHD.

#### *Scalele CGI și GAF*

Aceste două scale nu par să diferențieze cele două categorii ADHD și nonADHD, explicația datorându-se probabil faptului că ele evaluează global pacienții și sunt relativ nespecifice vizavi de patologia ADHD.

#### *Corelații*

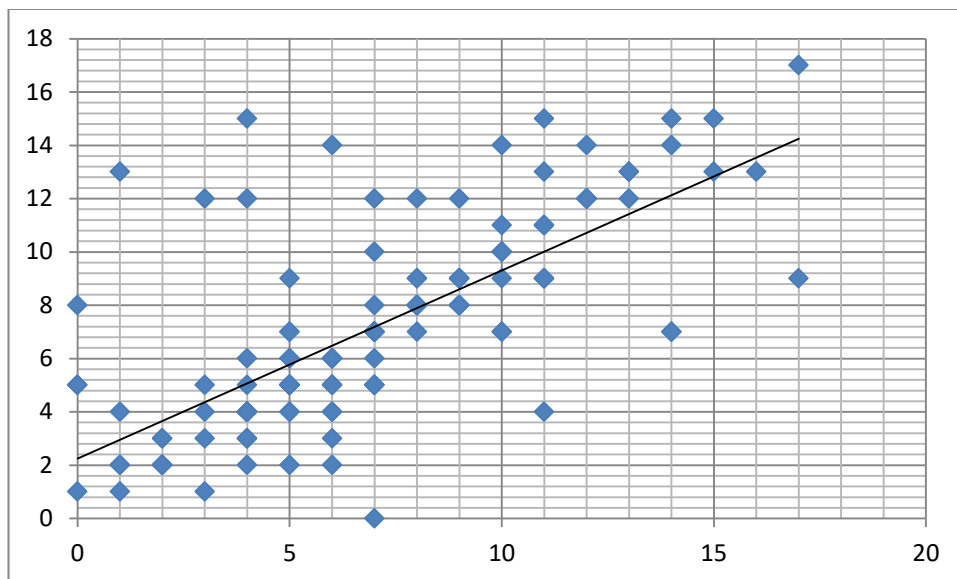
Între scorurile diverselor scale s-au realizat corelații. Dintre acestea următoarele sunt semnificative:

- corelații strânse între scorul DIVA total și scorurile DIVA pe domeniile atenție (A) și hiperactivitate/impulsivitate (HI) -  $R=0.85946$ ,  $R=0.865341$

- corelații strânse între scor DIVA total și scor ASRS la lotul total -  $R=0.722175$  (Fig. 6).

- corelații strânse între Scor WFIRS total și Scor WFIRS risc la lotul total dar și la grupurile identificate (ADHD și nonADHD după DSM-IV și DSM-5) -  $R=0.806556$

Fig. 6 Corelație Scor ASRS – Scor DIVA, lot total,  $R=0,722$



### **Analiza factorilor de risc în raport cu scorurile la scalele de diagnostic și de evaluare a funcționalității**

Unele dintre cele mai relevante informații sunt legate de următorii factori de risc: antecedentele heredo-colaterale psihiatrice, studiile, statutul marital, prezența copiilor, aspectele legate de locuință, utilizarea drogurilor, a alcoolului, prezența depresiei, numărul de internări, aspecte legate de locul de muncă.

### **7. Discuții**

✓ Proporția pacienților ADHD după DSM-5 este semnificativ mai mare ca cea după clasificarea DSM-IV (44,3% față de 29,3%).

✓ La analiza subgrupurilor ADHD s-a găsit că în lotul ADHD după DSM-IV proporția cea mai mare o are grupul cu hiperactivitate/ impulsivitate, iar după DSM-5 grupul combinat.

✓ La analiza diferitelor tipuri de tulburări de personalitate în diagnosticul inițial al pacienților ADHD s-au evidențiat ca cele mai frecvente: tulburarea de personalitate mixtă, urmată de tulburarea antisocială și borderline.

✓ La analiza prin scala DIVA s-au identificat diferențele de intensitate ale simptomatologiei la diversele grupuri (ADHD pozitiv și negativ după DSM-IV și apoi după DSM-5) și cei mai relevanți itemi utili în diferențierea între diversele grupuri.

✓ Evaluarea prin scala ASRS arată că există diferențe în cazul autoraportării simptomatologiei.

✓ Evaluarea funcționalității prin scala WFIRS (scor total și risc) are o capacitate de diferențiere bună între indivizii ADHD și nonADHD, aceasta corelându-se și cu severitatea simptomatologiei.

✓ Evaluarea prin CGIs și GAF este nespecifică, nediferențind pacienții ADHD de nonADHD.

Alte aspecte de menționat sunt următoarele:

✓ Distribuția pacienților ADHD este mai omogenă pe grupe de vârstă față de nonADHD.

✓ Antecedentele psihiatrice în familie sunt mai frecvente la indivizii cu simptomatologie ADHD mai severă.

✓ Dintre comorbiditățile psihiatrice, s-a observat că depresia este cea mai frecventă, urmată de tulburările legate de alcool și droguri altele decât alcoolul.

✓ Numărul internărilor se modifică în paralel cu severitatea simptomatologiei ADHD.

✓ Statutului de necăsătorit predomină atât la indivizii ADHD cât și la nonADHD.

✓ Indivizii ADHD păstrează greu un loc de muncă stabil. Indivizii salariați au funcționarea cea mai bună.

✓ Legat de locuință, s-a observat că funcționarea cea mai bună o au cei care locuiesc cu soțul, soția.

✓ Pacienții cu studii superioare se caracterizează printr-o simptomatologie ADHD minimă și funcționalitate bună.

✓ Cele mai relevante corelații între scale sunt următoarele:

- corelații strânse între scorul DIVA total și scorurile DIVA pe domeniile atenție (A) și hiperactivitate/impulsivitate (HI),

- corelații strânse între scor DIVA total și scor ASRS la lotul total

- corelații strânse între Scor WFIRS total și Scor WFIRS risc la lotul total dar și la grupurile identificate (ADHD și nonADHD după DSM-IV și DSM-5).

## **8. Concluzii și contribuții personale. Originalitatea tezei**

**1.** Perspectiva asupra ADHD la adult a suferit modificări notabile în lumina noilor clasificări (DSM-5, ICD-11), ceea ce demonstrează actualitatea temei luată în studiu.

2. Unii dintre pacienții cu o tulburare de personalitate pot fi reevaluați ca având ADHD. Plecând de la această ipoteză, s-a formulat obiectivul tezei care a urmărit evaluarea modului de diagnosticare a ADHD la populația adultă, comparativ cu tulburările de personalitate, plecând de la perspectiva DSM-IV, la DSM-5. Rezultatele obținute se raportează la datele similare din literatura de specialitate

3. S-au obținut următoarele proporții: *29,3% indivizi cu ADHD după DSM-IV și 44,3% după DSM-5* (capitol 6.1.), din lotul de indivizi cu o tulburare de personalitate, diferența fiind semnificativă statistic (răspunsul la problematica A).

4. S-a găsit că datele furnizate prin evaluarea cu scale specifice sunt utile în diferențierea grupurilor ADHD și nonADHD, în timp ce datele individuale (medicale, demografice) se leagă de severitatea simptomatologiei ADHD (capitol 6.2. - răspunsul la problematica B).

5. Informațiile obținute din prelucrarea datelor contribuie la schimbarea perspectivei asupra diagnosticului ADHD (legat de datele demografice, aspect medicale, internări, sau cuantificarea simptomatologiei ADHD prin evaluarea cu scale specifice).

6. Cele mai frecvente tipuri de personalitate identificate în diagnosticul inițial al pacienților ADHD au fost tulburarea de personalitate mixtă, urmată de antisocială și borderline.

7. Cele mai relevante date sunt furnizate prin analiza cu scala DIVA, care cuantifică simptomatologia ADHD prin itemii specifici. Prin evaluarea cu scala ASRS (cu autoraportare) se observă diferențe față de evaluarea efectuată de un evaluator specializat. Scala WFIRS este foarte utilă pentru evaluarea funcționalității, cu o capacitate de diferențiere foarte bună între ADHD și nonADHD, dar și corelată cu severitatea simptomatologiei.

8. De amintit ar fi și aspecte care țin de distribuția mai omogenă pe grupe de vârstă a indivizilor ADHD față de nonADHD, date despre comorbidități, internări, sau prezența mai frecventă a antecedentelor psihiatrice în familie, la indivizii cu simptomatologie ADHD mai severă.

9. Dintre aspectele incomplet rezolvate referitoare la problematica descrisă în lucrare ar putea fi menționate evaluarea deficitară a unor indivizi datorită datelor insuficiente, lipsei aparținătorilor, altor aspecte administrative medicale.

10. Caracterul interdisciplinar al acestor discuții este evident, ținând cont de încadrarea recentă a ADHD ca prezentă pe parcursul întregii vieți, din copilărie la adult, deci la granița dintre patologia pediatrică și cea a adultului și cu interferențe cu domenii ca cel educațional, social sau chiar medico-legal.

11. În România nu s-au instituit încă modificări importante în modul de diagnosticare și tratare a ADHD la adult. Am arătat prin analiza datelor colectate la nivelul întregii țări subdiagnosticarea ADHD în țara noastră.

12. S-au formulat *propuneri* care urmăresc progresul medical în acest domeniu. Una dintre acestea este legată de îmbunătățirea evaluării indivizilor pentru diagnosticarea afecțiunii ADHD la vârsta adultă, chiar dincolo de sfera psihiatriei. De exemplu, evaluarea în populația generală la nivelul asistenței primare, de către medicii de familie, dar și evaluarea țintită la anumite grupe de risc cum ar fi în medii ca grădinițe, școli, universități, la angajare, la obținerea permisului auto, în armată, cu posibilitatea elaborării unui instrument specific (chestionar, scală de evaluare). Altă propunere este abordarea protocoalelor terapeutice pentru ADHD la adult, cu aplicare specifică în România, în dorința de a îmbunătăți prognosticul acestor pacienți, printr-o intervenție țintită, cât mai precoce. Având în vedere noile tendințe, este evidentă posibilitatea ca unii indivizi, care ar fi fost anterior nediagnosticsați și prin urmare privați de o abordare terapeutică optimă, să fie evaluați și tratați corespunzător, atât farmacologic cât și psihoterapeutic sau orientați profesional, diminuând consecințele negative ale simptomatologiei și crescând evident calitatea vieții.

13. **Originalitatea** lucrării este dovedită de tematica aleasă care se află în mod în curs de reconsiderare în psihiatria momentului, permițând o *intervenție inovatoare* cu posibilitatea îmbunătățirii asistenței medicale din acest domeniu. Rezultatele lucrării schimbă perspectiva asupra acestei afecțiuni, susținând importanța studierii aprofundate a acestui subiect.

## 9. Limitele cercetării

Se pot menționa anumite impedimente în elaborarea lucrării cum ar fi: subdiagnosticarea la adult, în copilărie, absența aparținătorilor pentru evaluarea retrospectivă optimă, cazurile subclinice care pot fi ușor trecute cu vederea,

comorbiditățile care pot masca simptomatologia ADHD de fundal. Altele sunt aspectele administrative, legate de modul de codificare a patologiei în spitalele din România, cu subraportarea acestei tulburări.

De amintit sunt particularitățile care țin de modul de selectare a pacienților (de exemplu spital/ambulator). O cercetare mai amplă ar putea include indivizi selectați din asistența primară sau din alte grupe la de risc, sau chiar din populația generală, unde se găsesc probabil un număr semnificativ de cazuri.

Numărul pacienților din lotul inițial este suficient, dar pentru o analiză mai detaliată legată de diversele tipuri de tulburări de personalitate și subgrupuri ADHD ar fi util un lot mai mare.

Grupul intermediar (II- ADHD după DSM-5, dar nonADHD după DSM-IV) are un număr mai redus de pacienți și unele analize nu furnizează date concludente referitoare la această categorie (în special cele legate de factorii demografici).

## BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association. *DSM-5 Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*. Editura Medicală Callisto, București, 2016.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed., DSM-IV-TR*. Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
3. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva, 1992.
4. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, 2018.
5. Fayyad J, De Graaf, Kessler RC et al. Cross-national prevalence and correlates of adult Attention-deficit hyperactivity disorder. *B J Psychiatry*, 190, 402-409, 2007.
6. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163, 716-723, 2006.
7. Kaplan & Sadock`s. *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 10th ed*, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, p. 1206, 2007.
8. Faraone SV, Biederman J. Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Rev*, 81, 2000.
9. Faraone SV, Biederman J, Doyle A, et al. Neuropsychological studies of late onset and subthreshold diagnoses of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 60:1981-7, 2006.
10. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry*, 163:1720-1729, 2006.
11. **Aelenei L**, *Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults – a New Perspective*. WPA Bucharest International Congress, 2015.
12. Barkley RA, Biederman J. Towards a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1204-10, 1997

13. Faraone SV, Biederman J, Lehman BK et al. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol*, 102(4):616-23, 1993.
14. Asherson P. Clinical Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother*, 5:525-539, 2005.
15. Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Psychol Med*, 35:245-256, 2005.
16. UKAAN, *Handbook for attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Springer Healthcare, 2013.
17. Katz LJ, Wood DS, Goldstein G, Achenbach RC, Geckle M. The utility of neuropsychological tests in evaluation of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) versus depression in adults. (PMID:9458341) *Assessment*. 5(1):45-52, Mar, 1998.
18. First MB, Gibbon M, Spitzer R L, Williams JBW & Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
19. Costa PT & McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEOFFI) Professional Manual. Odessa, FL. *Psychological Assessment Resources*, 1992.
20. Kooji JJS, Francken MH. Diagnostic Interview for ADHD Adults (DIVA Scale). *DIVA Foundation website*. [www.ukaan.org/clinicians\\_resource.htm](http://www.ukaan.org/clinicians_resource.htm).
21. Robertson IH, Ward T, Ridgeway V, Nimmo-Smith I. *The Test of Everyday Attention*. Bury St Edmunds: Thames Valley Test, 1994.
22. Trenerry MR, Crosson M, De Boe J, Leber WR. *Stroop Neuropsychological Screening Test*. Manual Odessa, FL. Psychological Assessment Resources, 1989.
23. Espen AnkerOslo ADHD Clinic, Bothild BendiksenInstitute of Clinical Medicine, Trond Heir. 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*: first published as 10.1136/bmjopen-2017-019700 on 2 March 2018, March, 2018.
24. Quinlan DM. Assesment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and comorbidities. In: *TE Brown, ed., Attention-Deficit Disorders and comorbidity in Children, Adolescents, and Adults*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2001.

25. Biederman J, Petty C, Wilens T et al. Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*, 165: 107-115. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030419, 2008.
26. Faraone S, Biederman J, Wozniak J. Examining the Comorbidity Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Bipolar I Disorder: A Meta-Analysis of Family Genetic Studies. *Am J Psychiatry*, 169: 1256-1266. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12010087, 2012.
27. Milberger S, Biederman J, Faraone S, Wilens T, Chu M. Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders: findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *Am J Addict*, 6:318-29, 1997.
28. Kandel DB, Logan JA. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *Am J Public Health*, 74:660-6, 1984.
29. Cloninger CR, Svakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-90, 1993.
30. Prelipceanu D. *Psihiatrie clinică*. p 580. Ed. Medicală, București, 2011.
31. Costa PT, McCrae RR. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Person Disord*, 4:362–371, 1990.
32. Hechtman L., Weiss G. Controlled prospective fifteen year follow-up of hyperactives as adults: non-medical drug and alcohol use and anti-social behavior. *Can J Psychiatry*, 31(6):557-67, 1986.
33. Herrero ME, Hechtman L., Weiss G. Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: predictive factors and characterisation of subgroups. *Am J Orthopsychiatry*, 64:510-21, 1994.
34. Ferrer M, Andion O, Matali J, Valero S, Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Borderline Patients Defines an Impulsive Subtype of Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders* 24(6):812-22, with 113 Reads DOI: 10.1521/pedi.2010.24.6.812, December, 2010.
35. Moukhtarian TR, Mintah RS, Moran P, Asherson P. *Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder*. BMC. 2018.
36. Spencer T. ADHD treatment across the life cycle. *J Clin Psychiatry*, 65(suppl 3)22-6, 2004.
37. Nutt DJ, Fone K., Asherson P. et al. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and

in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 21:10-41, 2007.

38. Wilens T. Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactive disorder. *Drugs*, 63(22)2395-411, 2003.

39. Kostick, Karen M. "ICD-10-CM Coding for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)". *Journal of AHIMA*, 88, no.9 (September): 56-59, 2017.

40. **Aelenei L**, Prelipceanu D. Adult ADHD. Comorbidities and Impact on Functionality in a Population of Individuals with Personality Disorders DSM-IV and DSM-5 Perspectives. *Modern Medicine*, Volume 25, Issue 4, dec 27, 2018.

41. **Aelenei L**, Prelipceanu D. Symptoms of Attention Deficit, Hyperactivity and Impulsivity in a Sample of Personality Disorder Patients. *Modern Medicine*, Volume 25, Issue 3, sept 30, 2018.

## Lucrări științifice publicate și prezentate

### Articole

• **Aelenei L**, Prelipceanu D. Adult ADHD. Comorbidities and Impact on Functionality in a Population of Individuals with Personality Disorders DSM-IV and DSM-5 Perspectives. Modern Medicine Volume 25, Issue 4, dec 27,2018.

<https://medicinamoderna.ro/adult-adhd-comorbidities-impact-on-functionality-population-individuals/>

• **Aelenei L**, Prelipceanu D. Symptoms of Attention Deficit, Hyperactivity and Impulsivity in a Sample of Personality Disorder Patients. Modern Medicine, Volume 25, Issue 3, sept 30,2018.

<https://medicinamoderna.ro/symptoms-of-attention-deficit-hyperactivity-and-impulsivity-in-a-sample-of-personality-disorder-patients/>

• **Aelenei L**, Adult ADHD – A New Entity in Psychiatry (DSM V). Romanian Journal of Psychiatry, March, no1 ,4-6,2015.

<http://www.romjpsychiat.ro/uploads/revista/rrp-1-2015.pdf>

• **Aelenei L**, Adult ADHD and substances. Romanian Journal of Psychiatry, September, no.3, vol XIX, 86-92,2017.

<http://www.romjpsychiat.ro/uploads/revista/3-2017.pdf>

### Lucrări conferințe

• Conferința de Adicție 2015, prezentare orală, ADHD la adult și tulburările prin uz de substanțe. **Aelenei L**.

<http://timestravel.ro/congrese/program-final-adictia-2015.pdf>

• WPA 2015 Bucharest International Congress , Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults – a New Perspective. **Aelenei L**.

<http://www.wpa2015bucharest.org/>