

ADHD u dorosłych: aktualizacja dla klinicystów dotycząca rozpoznania i oceny

David W. Goodman, MD

- Utrzymywanie się objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) w okresie dojrzewania i wieku dorosłym silnie przemawia za koncepcją, że ADHD jest w przypadku wielu pacjentów zaburzeniem utrzymującym się przez całe życie.
- Coraz powszechniejsze uznanie, że ADHD u dorosłych stanowi wiarygodne rozpoznanie, wskazuje, że liczba dorosłych szukających specjalistycznego leczenia z powodu ADHD zwiększy się w nadchodzących latach.
- Rozpoznawanie ADHD u dorosłych może stanowić wyzwanie, ponieważ w celu postawienia czy potwierdzenia rozpoznania nie można oprzeć się na żadnym obiektywnym teście medycznym lub neuropsychologicznym; nie ma również porozumienia dotyczącego, jaki swoisty zespół objawów charakteryzuje ADHD u dorosłych.
- Błędne rozpoznanie i brak leczenia objawów ADHD u dorosłych może wiązać się z pogorszeniem adaptacyjnego funkcjonowania szkolnego, zawodowego i społecznego.
- Ocena kliniczna i wywiad, mające podstawowe znaczenie w identyfikowaniu przewlekłości i uporczywości objawów ADHD i związanych z nimi zaburzeń są kluczowe dla właściwego rozpoznania ADHD u dorosłych.
- Rozpoznanie można wspomóc wykorzystaniem kilku opracowanych ostatnio przesiewowych i diagnostycznych narzędzi oceny objawów ADHD u dorosłych, szczególnie tych, które posługują się językiem swoistym dla dorosłych.

Streszczenie

Rozpowszechnienie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u dorosłych w wieku 18-44 lata mieści się w zakresie 4,4-5,2%. Odsetek dorosłych z ADHD, którzy są leczeni farmakologicznie lub niefarmakologicznie, wynosi zaledwie 10,9-12,6%, co świadczy o tym, że ADHD pozostaje nierozpoznane i nieleczone u milionów dorosłych w Stanach Zjednoczonych. Do możliwych konsekwencji ADHD u tych dorosłych należą poważne zaburzenia funkcjonowania w szkole, pracy, rodzinie i życiu społecznym. Rozpoznanie powinno opierać się na ocenie klinicznej na podstawie IV wydania Diagnostycznej i Statystycznej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-IV TR). U dorosłych nasilenie osiowych objawów ADHD w postaci nadmiernej aktywności i impulsywności przeważnie zmniejsza się z wiekiem, a dominującą domeną objawową stają się zaburzenia uwagi. Wiele objawów ADHD ma charakter nieswoisty i może nakładać się na objawy innych zaburzeń psychicznych. Co więcej ADHD często występuje u osób z wieloma innymi zaburzeniami psychicznymi, a u wielu dorosłych z ADHD stwierdza się obecność zaburzeń współistniejących. W tym artykule dokonano przeglądu ważnych zastrzeżeń dotyczących rozpoznawania ADHD u dorosłych oraz narzędzi przesiewowych i diagnostycznych pomocnych we właściwym diagnozowaniu tego zaburzenia.

Wprowadzenie

Rozumienie zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) ewoluowało z czasem, jednak za osiowe objawy tego zaburzenia stale uważano zaburzenia uwagi i zachowania. Na początku XX wieku angielski pediatra Still¹ jako pierwszy opisał „wadliwą kontrolę moralną” obejmującą niektóre objawy podobne do tych zawartych we współczesnej definicji ADHD. W ciągu kolejnego półwiecza objawy te były czasami uważane za następstwa uszkodzenia mózgu – urazu głowy lub zakażenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN).² Kiedy stwierdzono je

u dzieci bez takich obciążeń w wywiadzie, uznano, że występuje u nich minimalne uszkodzenie mózgu (przejawiające się tylko zmianą zachowania), co doprowadziło do powstania terminu „minimalna dysfunkcja mózgu”. Określano w ten sposób zespół objawów obejmujący chwiejność emocjonalną, nieprawidłowy zapis EEG, deficyty motoryczne, swoiste trudności szkolne, nadruchliwość, impulsywność i mały zakres uwagi.² Na określenie tych objawów stosowano również inne terminy, takie jak „minimalne uszkodzenie mózgu”, „organiczne zaburzenia uczenia się i zachowania”, „dewiacja organiczna” i „dewiacja OUN”.

Dr Goodman, director, Adult Attention Deficit Disorder Center of Maryland, Johns Hopkins, Green Spring Station, Lutherville; assistant professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore

Dr Goodman jest konsultantem Avacat, Clinical Global Advisors, Eli Lilly, Forest Laboratories, McNeil, New River Pharmaceuticals, Shire I Thompson Reuters; współpracuje z biurami prasowymi firm Forest, McNeil Pediatrics, Shire I Wyeth; otrzymuje granty od Cephalon, Eli Lilly, Forest Laboratories, McNeil, New River Pharmaceuticals I Shire; oraz otrzymuje honoraria od American Professional Society of ADHD and Related Disorders, Audio-Digest Foundation, CME Inc, Eli Lilly, Excerpta Medica, Forest Laboratories, JB Ashton Associates, McNeil, Medscape, Neuroscience Education Institute, Shire, Synmed Communications, Temple University, Veritas Institute, WebMD I Wyeth. Finansowanie przez Shire US Inc.

Autorzy dziękują dr. Lenardowi Adlerowi za cenną pomoc w przeglądzie rękopisu. Pomoc redakcyjna: Robert Gregory, William Perlman i Rosa Real, Experta Medica, Bridgewater, New Jersey

Adres do korespondencji: David W. Goodman, MD, Director, Adult Attention Deficit Disorder Center of Maryland, Johns Hopkins at Green Spring Station, 10751 Falls Road, Suite 306, Lutherville, MD 21093, Stany Zjednoczone; e-mail: dgoodma4@jhmi.edu

W II wydaniu DSM objawy behawioralne obejmujące nadmierną aktywność, niepokój, rozpraszalność i mały zakres uwagi były opisywane jako elementy swoistego zaburzenia, hiperkinetycznej reakcji okresu dzieciństwa (lub dojrzewania).³ W DSM-III⁴ otrzymało ono nazwę zespołu z deficytem uwagi (attention deficit disorder), w DSM-III-R⁵ – zespołu z deficytem uwagi i nadpobudliwością (attention-deficit hyperactivity disorder), a w DSM-IV i DSM-IV-R jest opisywane jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (attention-deficit/hyperactivity disorder).^{6,7} Od DSM-III kryteria skupiają się wokół trzech osiowych objawów: zaburzeń uwagi, impulsywności i nadmiernej aktywności.

Do czasów DSM-III-R dorośli nie byli uwzględniani w definicji tego zaburzenia, potem to się zmieniło, ponieważ stwierdzono, że badania prospektywne na próbach klinicznych wykazują, że u mniej więcej jednej trzeciej dzieci z ADHD pewne objawy tego zaburzenia utrzymują się również w wieku dorosłym.⁵ Kryteria jednak uwzględniają początek ADHD przed siódmym rokiem życia. W DSM-IV pojawiły się kryteria rozpoznawania ADHD u dorosłych. Zauważono, że u większości chorych objawy (szczególnie nadpobudliwość) zmniejszają swoje nasilenie pod koniec okresu dojrzewania i w wieku dorosłym.⁶ Niektórzy chorzy doświadczają wszystkich objawów do wieku średniego, natomiast u innych utrzymuje się tylko część z nich, co można rozpoznać jako ADHD w częściowej remisji. W tabeli 1⁷ opisano różne podtypy ADHD. DSM-III obejmowało kategorie zespołu z deficytem uwagi, typ rezydualny, przeznaczoną dla chorych, u których nie występowały już objawy nadpobudliwości, ale zaburzenia uwagi i impulsywności powodowały pewne zaburzenia funkcjonowania społecznego i zawodowego.^{4,8,9}

W DSM-IV występuje również rozpoznanie ADHD bliżej nieokreślonego (BNO) dla chorych, których objawy i zaburzenia odpowiadają kryteriom podtypu ADHD, ale ich początek miał miejsce w siódmym roku życia lub później, oraz tych, którzy nie osiągnęli progu sześcioletniego wieku objawów tego zaburzenia. Wytyczne nie precyzują dalej tego pojęcia, ale Faraone i wsp.¹⁰ badali dorosłych z ADHD o późnym początku (u 83% z nich objawy pojawiły się między 7 a 12 r.ż.) i podprogowymi objawami ADHD. Osoby z ADHD o późnym początku charakteryzowały się wzorcem sugerującym dziedziczenie rodzinne, schorzenia współistniejące i zaburzenia funkcjonowania podobnym do tego u osób spełniających wszystkie kryteria ADHD. Osoby z objawami podprogowymi charakteryzowały się natomiast mniej nasilonymi zaburzeniami i brakiem rodzinnego występowania zaburzeń, co świadczy o tym, że ADHD mogło nie być właściwym rozpoznaniem.

Diagnozowanie ADHD u dorosłych pozostaje w zasadzie niezmiennym od opublikowania w 2000 roku DSM-IV-TR.⁷ Jak zauważyli McGough i Barkley,⁸ kryteria DSM nigdy nie zostały wystandardyzowane dla dorosłych, nie obejmują odpowiednich do ich poziomu rozwojowego objawów i progów, a także nie pozwalają na zidentyfikowanie niektórych dorosłych o znacznym nasileniu zaburzeń, którzy mogliby skorzystać z leczenia. Poniżej dokonano przeglądu czynników klinicznych i dostępnych narzędzi do oceny i rozpoznawania ADHD u dorosłych.

Metody

Przeszukano bazę PubMed w celu wybrania istotnych badań i krytycznych przeglądów dotyczących oceny i rozpoznawania ADHD u dorosłych. Posłużono się słowami kluczowymi: „ADHD”, „dorośli” i „rozpoz-

nanie”. Do analizy włączano badania na podstawie następujących kryteriów pierwszorzędowych: czy badanie było kontrolowane; czy liczba uczestników była wystarczająca; czy oceniano w nim objawy za pomocą możliwych do zaakceptowania skal i testów oraz czy zostało opublikowane w ciągu ostatnich 20 lat. W celu uzyskania historycznego kontekstu uwzględniono również niektóre starsze artykuły.

Rozpoznawanie ADHD u dorosłych

W tabeli 2 wymieniono kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR dla ADHD.⁷ Objawy ADHD w 30-80% przypadków mogą utrzymywać się w okresie dojrzewania, a w do 65% przypadków są obecne również w wieku dorosłym.¹¹⁻¹³ W większości przypadków objawy (szczególnie nadpobudliwość ruchowej) zmniejszają swoje nasilenie pod koniec okresu dojrzewania i w wieku dorosłym, chociaż niektórzy chorzy w średnim wieku doświadczają wszystkich objawów ADHD.⁷ W rozpoznawaniu ADHD u dorosłych podstawowe znaczenie mają ocena kliniczna i wywiad.^{14,15} Należy uwzględnić omówienie objawów ADHD, jakie pacjent może pamiętać z okresu dzieciństwa.¹⁴ Trzeba również ocenić wpływ aktualnie występujących objawów na pracę, dom i funkcjonowanie społeczne.¹⁴ Lekarze powinni zebrać wywiad rodzinny i zbadać dostrzegalne zaburzenia u członków rodziny, takie jak dezorganizacja, niestabilność zawodowa/finansowa oraz obecność zaburzeń związanych z używaniem alkoholu/substancji psychoaktywnych.¹⁵ W zbieraniu informacji dotyczących dzieciństwa i obecnych objawów przydatne mogą być skale oceny (opisane poniżej).¹⁶ Jeżeli to możliwe, zebranie wywiadu z członkiem rodziny chorego może dostarczyć dodatkowych informacji, nie zawsze ujawnianych przez samego pacjenta.¹⁴ Członek rodziny może również wypełnić skalę oceny ADHD jako dodatkowy obserwator i potwierdzić zaznaczone przez chorego objawy i zaburzenia.¹⁴ Przydatne są również zapisy formalne, jak sprawozdania i oceny zachowania.¹⁴ Ponieważ kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR posługują się językiem swoistym dla dzieci, klinicysta musi przenieść objawy i inne informacje tak, aby były adekwatne do funkcjonowania dorosłych.

Niezależnie od spełniania progów ilościowych DSM-IV-TR dla osiowych objawów ADHD wymagane jest również stwierdzenie przewlekłości utrzymywania się i uniwersalnego charakteru objawów, a także powodowanych przez nie zaburzeń funkcjonowania.⁷ Zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR do rozpoznawania ADHD objawy muszą być obecne w co najmniej dwóch sytuacjach (np. szkole

TABELA 1
Podtypy ADHD w DSM-IV⁷

1. Typ mieszany: ≥ 6 objawów z grupy zaburzeń uwagi i ≥ 6 objawów z grupy nadpobudliwości-impulsywności utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy.
2. Typ z przewagą zaburzeń uwagi: ≥ 6 objawów z grupy zaburzeń uwagi, ale < 6 objawów z grupy nadpobudliwości-impulsywności utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy.
3. Typ z przewagą nadpobudliwości-impulsywności: ≥ 6 objawów z grupy nadpobudliwości-impulsywności, ale < 6 objawów z grupy zaburzeń uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy.
4. ADHD BNO: dodatkowa kategoria w DSM-IV-TR, dla zaburzeń z dominującymi objawami deficytu uwagi lub nadpobudliwości-impulsywności niespełniających kryteriów ADHD. Rozpoznaje się u osób, których objawy i zaburzenia spełniają kryteria typu z dominującym deficytem uwagi, ale objawy wystąpiły w siódmym roku życia lub później, bądź osoby ze znaczącym klinicznie deficytem uwagi, ale zachowaniem, które charakteryzuje ospałość, marzycielskość („sen na jawie”) i obniżenie aktywności.

ADHD – zespół nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami uwagi, DSM-IV – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych, wydanie czwarte, BNO – bliżej nieokreślone, DSM-IV-TR – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych, wydanie czwarte, zrewidowane.

Goodman D.W., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 11, 2009.

lub pracy i w domu).⁷ Istotne jest również ustalenie, czy objawy nie występują wyłącznie w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych, trudności szkolnych albo innych zaburzeń lub czy ich występowanie nie można tłumaczyć obecnością innej choroby psychicznej.⁷

W DSM-IV-TR⁷ opisywane są trzy główne typy ADHD: typ mieszany (najczęściej roz-

poznawany u dorosłych), typ z dominującymi zaburzeniami uwagi i typ z dominującą nadpobudliwością-impulsywnością (tab. 1). Jak zauważono wcześniej, inna kategoria, ADHD-BNO, jest stosowana do określenia zaburzeń z wyraźnym deficytem uwagi lub nadpobudliwości-impulsywności, które nie spełniają wszystkich kryteriów ADHD. Jeże-

li jednak niespełnione jest kryterium „występowania objawów nie można tłumaczyć obecnością innych zaburzeń psychicznych”, rozpoznanie ADHD jest dyskusyjne.⁷ W badaniach klinicznych obserwowano podobne proporcje tych trzech głównych typów ADHD (nieliczne doniesienia wyników tych badań klinicznych uwzględniają te dane). Na przykład w badaniu, które obejmowało 221 dorosłych z ADHD (średnia wieku 38,7 roku), przeprowadzonym przez Spencera i wsp.,¹⁷ u 70% badanych stwierdzono typ mieszany, u 27% typ z dominującymi zaburzeniami uwagi, a u 3% typ z nadpobudliwością-impulsywnością. W innych badaniach analogiczne proporcje wynosiły: 63, 37 i 0% ($n=162$, 40,2 roku), 18, 66, 31 i 2% ($n=536$, 41,2 roku), 19, 56, 37 i 2% ($n=149$, 37,0 lat), 20 oraz 56, 37 i 2% ($n=149$, 37,0 lat) 20 oraz 55, 34 i 2% (oraz 9% typ rezydualny, $n=105$, 20,7 roku).²¹ Lahey i wsp.²² relacjonowali, że u większości dzieci z nadpobudliwością-impulsywnością na początku wieku szkolnego rozwija się typ mieszany, natomiast u dzieci z deficytem uwagi obraz kliniczny się nie zmienia. McGough i Barkley⁸ zauważyli, że w wielu przypadkach chorzy, u których w dzieciństwie można było rozpoznać typ mieszany, można zaliczyć do typu z dominacją deficytu uwagi w wieku dorosłym.

TABELA 2
Kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR dla ADHD⁷

A. Spełnienie kryteriów wymienionych w punkcie 1 lub 2:

1. Sześć lub więcej z następujących objawów zaburzeń uwagi powodujących zaburzenia przystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwojowym utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy:

Zaburzenia uwagi

- a. Często nie zwraca uwagi na szczegóły lub popełnia błędy wynikające z nieuwagi podczas zajęć szkolnych, pracy i w trakcie innych aktywności.
- b. Często ma trudności w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub zabawie.
- c. Często wydaje się nie słuchać, co się do niego mówi.
- d. Często nie jest w stanie korzystać z instrukcji, a także skończyć pracy domowej, obowiązków domowych lub zadań w miejscu pracy (przy czym nie wynika to z zachowań opozycyjnych ani z niezrozumienia instrukcji).
- e. Często ma trudności z organizowaniem sobie zadań i aktywności.
- f. Często unika, nie lubi lub nie chce angażować się w zadania wymagające znacznego wysiłku psychicznego (np. zadania szkolne lub prace domowe).
- g. Często gubi przedmioty niezbędne do wykonywania zadań i aktywności (np. zabawki, zadania domowe, ołówki, książki lub narzędzia).
- h. Często łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców.
- i. Często jest roztrącony podczas codziennych zadań.

2. Sześć lub więcej z następujących objawów nadpobudliwości-impulsywności powodujących zaburzenia przystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwojowym utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy:

Nadpobudliwość

- a. Często porusza rękami lub nogami albo wierci się na miejscu.
- b. Często opuszcza swoje miejsce w klasie lub wstaje z miejsca w innej sytuacji, w której oczekuje się spokojnego siedzenia.
- c. Często biega lub wspina się na przedmioty w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (u nastolatków i dorosłych objaw ten może być ograniczony do subiektywnego uczucia niepokoju).
- d. Często ma trudności ze spokojną zabawą lub angażowaniem się w inne aktywności w czasie wolnym.
- e. Często jest w ruchu lub działa, jakby „miał w sobie motorek”.
- f. Często mówi zbyt dużo.

Impulsywność

- g. Często wyrwa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie zadane do końca.
- h. Często ma problem z czekaniem na swoją kolej.
- i. Często przerywa innym lub wtrąca się do rozmowy lub zabawy.

B. Niektóre objawy nadpobudliwości-impulsywności lub zaburzeń uwagi powodujące zaburzenia funkcjonowania były obecne przed 7 r.ż.

C. Zaburzenia powodowane przez objawy były widoczne w dwóch lub więcej sytuacjach (np. szkole/miejscu pracy i domu).

D. Istnieją jednoznaczne dowody na istotne klinicznie upośledzenia funkcjonowania szkolnego, akademickiego lub zawodowego.

E. Objawy nie są wynikiem całościowych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych zaburzeń psychotycznych ani nie można ich tłumaczyć obecnością innych zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub zaburzeń osobowości).

Opublikowano za zgodą American Psychiatric Association, Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych, wydanie czwarte, zrewidowane (DSM-IV-TR), APA 2000.

DSM-IV-TR – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych, wydanie czwarte, zrewidowane, ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Goodman D. W., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 11, 2009.

Objawy ADHD u dorosłych

Objawy ADHD obserwowane u dzieci zmieniają się, w miarę jak chorzy dorastają.^{7,23,24} W wieku dorosłym ze względu na zmiany pełnionych funkcji i zakresu odpowiedzialności mogą zmieniać się również manifestacje objawów, szczególnie tych z kręgu nadpobudliwości-impulsywności.^{14,23}

Objawy zaburzeń uwagi u dzieci mogą przejawiać się trudnościami w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub zabawach, niesłuchaniem tego, co się do nich mówi, niepodążaniem za instrukcjami czy gubieniem przedmiotów potrzebnych do określonych zadań lub aktywności.⁷ U dorosłych z ADHD objawy te mogą przybierać postać trudności w kończeniu zadań, złego zarządzania czasem, trudności w utrzymywaniu uwagi podczas czytania lub wykonywania papierkowej pracy, rozpraszalności i zapomnienia oraz słabej koncentracji.^{14,23} Millstein i wsp.²⁰ stwierdzili, że spośród 149 skierowanych do poradni dorosłych z ADHD do najczęściej zgłaszanych objawów należały trudności w kończeniu zadań, utrzymywaniu uwagi i częstych zmianach form aktywności, które były zgłaszane średnio przez 92% badanych. Natomiast 58% przejawiało objawy, które można zaklasyfikować do podtypu ADHD z nadpobudliwością-impulsywnością.

Do objawów nadmiernej aktywności u dzieci można zaliczyć wiercenie się, bieganie lub wspinanie w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe, trudności ze spokojnym bawieniem się lub angażowaniu w aktywności w czasie wolnym oraz nadmierną gadatliwość. Objawami impulsywności u dzieci może być wrywanie się z odpowiedzią lub trudności z czekaniem na swoją kolej (podczas rozmów czy gier).⁷ U dorosłych objawem nadpobudliwości może być subiektywne uczucie niepokoju, wybieranie aktywnej pracy, której wykonywanie wymaga dużo energii oraz pracowanie w wielu zawodach.²³ Nadmierna impulsywność może przejawiać się kończeniem za innych zdań lub przerywaniem im podczas rozmowy, impulsywnymi lub licznymi zmianami pracy i przeszkadzaniem innym, kiedy są zajęci.^{23,25} Niewielka tolerancja frustracji może prowadzić do drażliwości, łatwego wpadania w gniew lub częstych zmian w związkach.¹⁴ Impulsywność może powodować duże szkody, ponieważ podejmowanych impulsywnie działań nie można odwrócić. Natomiast konsekwencje zaburzeń uwagi często można skorygować.

Aktualne kryteria DSM-IV-TR mogą nie w pełni odzwierciedlać objawy ADHD u dorosłych, nawet u osób, które doświadczają nasilonych zaburzeń. Barkley i wsp.²⁶ zalecali zaadaptowanie dziewięciu kryteriów do rozpoznawania ADHD u dorosłych (tab. 3). Autorzy zauważyli, że tylko trzy z nich (1, 8 i 9) pochodzą z DSM-IV-TR i że żadne z nich nie dotyczy nadpobudliwości. Dane z tego badania, a także z badania przeprowadzonego przez Faraone i wsp.¹⁰ przyniosły wątpliwości, czy kryterium wieku wystąpienia objawów nie należy przesunąć na 12 r.ż.

Rozpowszechnienie i możliwe konsekwencje ADHD u dorosłych

Zgodnie z danymi z National Comorbidity Survey Replication (NCSR, $n=3\ 199$, respondenci w wieku 18-44 lata) rozpowszechnienie ADHD rozpoznawanego na podstawie oceny klinicystów w populacji dorosłych w Stanach Zjednoczonych wynosi 4,4%.²⁷ Dane szacunkowe ustalone przez World Mental Health Survey Initiative, WHO ($n=3\ 197$, respondenci w wieku 18-44 lata) wskazywały na nieco większe wartości – 5,2%.²⁸ Ogólne rozpowszechnienie ADHD u dorosłych z 10 krajów w badaniu sondażowym WHO ($n=11\ 422$) wynosiło 3,4% (zakres = 1,2%-7,3%).²⁸ Po uwzględnieniu stanu zatrudnienia w Stanach Zjednoczonych odsetek ADHD u osób zatrudnionych lub prowadzących własną działalność (4,5%) był istotnie mniejszy niż u respondentów niepracujących (7,2%, $p=0,021$).²⁹ Na podstawie tych danych statystycznych ekstrapolowa-

nych na dane szacunkowe dla całej populacji Stanów Zjednoczonych 222 940 420 dorosłych ≥ 18 r.ż. (dane z lipca 2005 roku),³⁰ ADHD może dotyczyć około 10 milionów dorosłych (rozpowszechnienie $4,4\% \times 223$ miliony = 9,8 miliona). W Stanach Zjednoczonych według NCSR odsetek dorosłych, którzy byli leczeni z powodu ADHD wynosił zaledwie 10,1% mężczyzn i 12,1% kobiet, co świadczy o tym, że ADHD pozostanie nierozpoznane i nielezione u milionów dorosłych.²⁷

Coraz powszechniejsze uznanie, że ADHD u dorosłych stanowi wiarygodne rozpoznanie, wskazuje, że w nadchodzących latach liczba dorosłych szukających profesjonalnego leczenia z powodu ADHD zwiększy się.²³ Zgodnie z analizą danych dotyczących roszczeń wobec firm farmaceutycznych dla $>2,5$ miliona uczestników w ramach planów refundacyjnych w przybliżeniu 1% uczestników w wieku ≥ 20 lat był leczony farmakologicznie z powodu ADHD.³¹ Jeżeli przyjmiemy, że rozpowszechnienie ADHD w tej populacji wynosi 4,4%,²⁷ odsetek osób z ADHD leczonych farmakologicznie wynosi 22,7%.

W kilku badaniach opisywano potencjalne konsekwencje ADHD u dorosłych.^{21,23,29,32,33} Identyfikację osób z tej grupy może ułatwić świadomość niektórych edukacyjnych, społecznych i zawodowych problemów doświadczanych przez wielu dorosłych z ADHD. W badaniach, których przeglądu dokonano poniżej, większość respondentów z ADHD pozostawała bez leczenia.

W celu oceny związanych z ADHD zaburzeń funkcjonowania Biederman i wsp.³³ przeprowadzili badanie sondażowe oparte na rozmowach telefonicznych na próbie środowiskowej 500 dorosłych (średnia wieku 32 lata), którzy zgłosili, że rozpoznano u nich ADHD, oraz 501 dobranych pod względem wieku i płci dorosłych bez ADHD (grupa kontrolna, średnia wieku 33 lata). Dorosli z ADHD znacznie rzadziej uzyskiwali dyplom ukończenia szkoły średniej w porównaniu z osobami bez ADHD (7 vs 17%,

$p < 0,01$) i rzadziej szli do college'u (19% wobec 26%; $p < 0,01$). Mniej z nich było aktualnie zatrudnionych (52 vs 72%, $p \leq 0,001$) i było zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin (34 vs 57%, $p \leq 0,001$). Osoby z ADHD częściej poszukiwały pracy (14 vs 5%, $p \leq 0,001$). Dwukrotnie częściej były zatrzymywane przez policję (37 vs 18%, $p \leq 0,001$), 1,5 razy częściej otrzymywały więcej niż jeden mandat za przekroczenie prędkości w ciągu roku (25 vs 17%, $p \leq 0,01$), 1,8 razy częściej relacjonowały uzależnienie od tytoniu (64 vs 36%, $p \leq 0,001$) i 1,6 razy częściej przyznawały się do rekreacyjnego stosowania narkotyków (53 vs 33%, $p \leq 0,001$).³³

Barkley i wsp.³² oceniali losy 158 respondentów, u których w dzieciństwie rygorystycznie rozpoznano nadpobudliwość, oraz 81 osób z grupy kontrolnej, których obserwowali przez ≥ 13 lat. Z każdej z tych grup 94% osób wzięło udział w badaniu prospektywnym: 149 z 158 osób z nadpobudliwością i 76 z 81 osób z grupy kontrolnej. Większość respondentów była płci męskiej (91%) i rasy kaukaskiej (94%). Średnia wieku w okresie prowadzenia obserwacji wynosiła 21 lat (zakres 19-25 lat), 8,1% grupy z nadpobudliwością i 1,3% osób z grupy kontrolnej przyjmowało leki psychotropowe, szczególnie leki pobudzające i niektóre leki przeciwdepresyjne. Znacznie więcej osób z grupy z nadpobudliwością zostało zawieszonych w okresie szkoły średniej (60 vs 18%, $p < 0,001$) lub miało indywidualny tok nauczania (44 vs 10%, $p \leq 0,001$), a znacznie mniej osób z tej grupy otrzymało dyplom ukończenia szkoły średniej (68 vs 100%, $p \leq 0,001$) lub dostało się do college'u (21 vs 78%, $p \leq 0,001$). Według oceny rodziców za pomocą Young Adult Behavior Checklist liczba doświadczanych problemów społecznych wynosiła $2,9 \pm 2,6$ w grupie z nadpobudliwością i $0,4 \pm 0,8$ w grupie kontrolnej ($p \leq 0,001$). Osoby z grupy z nadpobudliwością relacjonowały istotnie większą liczbę partnerów seksualnych niż osoby

TABELA 3
Proponowane kryteria ADHD u dorosłych

1. Łatwo się rozprasza.
2. Podejmuje impulsywne decyzje.
3. Ma trudności z przerywaniem aktywności lub zachowań wtedy, kiedy należy je przerwać.
4. Zaczyna projekty lub zadania bez przeczytania lub wysłuchania instrukcji.
5. Nie dotrzymuje obietnic i zobowiązań.
6. Ma problemy z wykonywaniem czynności we właściwej kolejności lub porządku.
7. Prowadzi pojazdy mechaniczne o wiele szybciej niż inni (przekracza zalecaną prędkość) lub ma trudności ze spokojnym zaangażowaniem się w aktywności podejmowane w czasie wolnym.
8. Ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach lub aktywnościach rekreacyjnych.
9. Ma trudności w organizowaniu zadań lub aktywności.

ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Goodman D. W., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 11, 2009.

z grupy kontrolnej (13,6±17,1 vs 5,4±5,1, $p \leq 0,001$), zaś 17 vs 4% zapadło na chorobę przenoszoną drogą płciową ($p = 0,006$).³²

W badaniu z udziałem 89 prawie dorosłych chłopców z nadpobudliwością Manuzza i wsp.³⁴ stwierdzili, że w przedziale wiekowym 16-23 r.ż. 26% badanych było więcej niż raz aresztowanych (wobec 8% z grupy kontrolnej), zaś 20% zostało uznanych za winnych popełnienia przestępstwa (wobec 2% z grupy kontrolnej). W przeglądzie piśmiennictwa na temat ADHD i więziennej opieki zdrowotnej Eme³⁵ stwierdził 25% rozpoznanie ADHD u więźniów.

Ostatnio zakończono prowadzone w 10 państwach World Mental Health Survey Initiative (WHO),²⁹ w którym oceniano wyniki w pracy dorosłych z ADHD. Liczbę dni, w których osoby z ADHD wypadały z pełnionych funkcji, oceniano, zadając pytanie: „Proszę określić, począwszy od wczoraj i cofając się o kolejne 30 dni, przez ile dni całkowicie nie był pan/pani w stanie pracować lub wypełniać codziennych obowiązków?”. W porównaniu z zatrudnionymi respondentami bez ADHD średnia liczba dni przekraczająca analogiczną wartość u osób bez ADHD, w których dana osoba nie była w stanie pracować (liczba dni w roku, podczas których ktoś był nieobecny w pracy, pracował mniej lub jego praca była gorszej jakości), wynosiła 22,1 dnia w całej grupie z ADHD i 28,3 dnia w grupie respondentów z ADHD w Stanach Zjednoczonych (dla obydwu $p < 0,05$ w porównaniu z respondentami bez ADHD). W grupie ze Stanów Zjednoczonych spośród 2387 zatrudnionych respondentów z ADHD tylko 12,6% było w jakis sposób leczonych na ADHD.²⁹

Złożone aspekty rozpoznania

Rozpoznawanie ADHD u dorosłych może stanowić wyzwanie, ponieważ podobnie jak w przypadku wszystkich zaburzeń psychicznych w celu postawienia lub potwierdzenia rozpoznania nie można wykorzystać żadnego obiektywnego badania medycznego czy testu neuropsychologicznego. Nie ma również porozumienia dotyczącego tego, jaki zespół objawów należy przyjąć za punkt odniesienia w rozpoznawaniu ADHD u dorosłych.¹⁵ Rozpoznanie u dorosłego chorego wymaga wykorzystywania różnych źródeł informacji, które często są dostępne, kiedy oceniamy dziecko. Dzieci są intensywnie obserwowane przez rodziców i nauczycieli przez dłuższe okresy, natomiast w przypadku dorosłych często nie ma osoby, która widziała by pacjenta przez cały dzień (osoba obserwująca go w pracy może przeoczyć objawy występujące w domu, natomiast bliskie osoby mogą nie doceniać objawów występujących w pracy). Dlatego szczegółowa analiza

wywiadu uwzględniającego informacje uzyskane od pacjenta i innych osób, zalecana w celu rzetelnej oceny objawów i zaburzeń, może być trudniejsza do przeprowadzenia w przypadku dorosłego chorego.¹⁴

Dorośli chorzy z ADHD często charakteryzują się podobnymi trudnościami edukacyjnymi, zawodowymi i społecznymi. Wielu z nich nie udaje się wykorzystać własnego potencjału. Zgłaszają się z problemami łączącymi się z mniejszymi osiągnięciami szkolnymi związanymi z przygotowaniem do pracy. Inni mogą relacjonować problemy związane z pracą, które mogą być swoiste dla określonego zadania lub dotyczyć relacji interpersonalnych. Do innych częstych problemów należą trudności w małżeństwie lub związkach.

Dorośli z ADHD doświadczający objawów przez wiele lat często wykształcają strategie kompensacyjne, które pomagają zminimalizować dostrzegalne zaburzenia, ukrywając w ten sposób objawy przed otoczeniem.¹⁴ Wykorzystywanie takich kompensacyjnych strategii może utrudniać rozpoznanie ADHD, czyniąc zaburzenia mniej widocznymi także dla lekarzy. Dlatego przy ocenie nasilenia objawów należy uwzględnić nasilenie strategii kompensacyjnych. Zaburzenia związane z kilkoma określonymi objawami mogą mieć poważne konsekwencje, nawet jeżeli problemy ujawniają się tylko w kilku sytuacjach. Na przykład wyłączenia uwagi mogą występować rzadko, jednak jeżeli pojawią się w krytycznym momencie lub niewłaściwym czasie, np. podczas kontaktu z przełożonym lub na sali sądowej, ich konsekwencje mogą być poważne. Osoba z ADHD może nauczyć się sprawdzać wszystko dokładnie w domu, żeby upewnić się, czy o niczym nie zapomniała, i z tego powodu systematycznie spóźniać się do pracy, co będzie skutkowało złą jej oceną. Dlatego dostrzegalne zaburzenia są zależne od współczynnika inteligencji, umiejętności wykorzystywania strategii kompensacyjnych i wymagań zewnętrznych. Ustalenie skutecznych mechanizmów radzenia sobie jest ważnym celem terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z ADHD.^{36,37}

Ocenę objawów ADHD może utrudniać ich nieswoisty charakter. Na przykład widoczne u osób z ADHD zaburzenia uwagi mogą przypominać zaburzenia koncentracji występujące w przebiegu dużej depresji (major depressive disorder, MDD), dystymii, zaburzenia stresowego pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD) i zaburzenia lękowego uogólnionego (generalized anxiety disorder, GAD). Zaburzenia uwagi charakterystyczne dla ADHD mogą także przypominać rozpraszalność uwagi w przebiegu epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego. Co więcej, niektóre objawy nadpobudliwości u pacjentów z ADHD, takie jak niepokój ruchowy

i wielomówność, mogą być trudne do odróżnienia od objawów niepokoju w GAD lub pobudzenia psychoruchowego towarzyszącego manii, hipomanii lub MDD. Również obserwowane w ADHD objawy impulsywności mogą przypominać objawy impulsywności charakterystyczne dla epizodów maniakalnych lub hipomaniakalnych³⁸ albo zaburzenia osobowości typu borderline.⁷ Niektóre z tych wątpliwości można wyjaśnić podczas wywiadu klinicznego dzięki zadawaniu pytań posługujących się językiem i kontekstem swoistym dla dorosłych. Dokładność diagnostyczną zapewnią długotrwały przebieg przekrojowych objawów poznawczych i behawioralnych, które należy prześledzić wstecznie do momentu ich pojawienia się.

ADHD często współwystępuje u osób z innymi zaburzeniami psychicznymi, zaś u dużego odsetka dorosłych z ADHD stwierdza się inne zaburzenia psychiczne. W badaniach środowiskowych u dużego odsetka dorosłych z ADHD stwierdzano zaburzenia nastroju, lękowe i związane z używaniem substancji psychoaktywnych, podobnie w badaniach narodowych i międzynarodowych. Zaburzenia nastroju są częste u dorosłych z ADHD, współzachorowalność szacowano na 53-59%.⁴⁰⁻⁴⁶ Innym częstym zaburzeniem współwystępującym są zaburzenia afektywne dwubiegunowe/mania, które opisywano u 9-14% dorosłych z ADHD,^{40,42,43} zaś dystymię – u 5,7-35% dorosłych z ADHD.^{40,44-46} U dorosłych z ADHD często opisywano również osobowość aspołeczną (współzachorowalność między 7-17%).^{39,41-43} Kolejnym częstym rozpoznaniem u osób z ADHD jest GAD, którego rozpowszechnienie w tej grupie szacowano na 3-53%.^{39,41,44-46} ADHD u dorosłych często wklajają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, których współwystępowanie oceniano na 7-57%.³⁹⁻⁴⁶

Analogiczne wzorce dużego rozpowszechnienia tych zaburzeń u dorosłych z ADHD ustalono na podstawie danych z NCSR²⁷ i badania sondażowego.²⁸ W obydwu badaniach ADHD rozpoznawano na podstawie kryteriów DSM-IV, natomiast inne zaburzenia – za pomocą wywiadu diagnostycznego WHO. W NCSR stwierdzono, że 38,3% dorosłych z ADHD cierpiało jednocześnie na zaburzenia nastroju, u 18,6% występowała MDD, u 19,4% zaburzenia dwubiegunowe, u 12,8% dystymia, 47,1% cierpiało na zaburzenie lękowe, zaś 15,2% na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.²⁷ W prowadzonym w 10 państwach WHO World Mental Health Surveys²⁸ zaburzenia nastroju stwierdzono u 24,8% dorosłych z ADHD, zaburzenia lękowe u 38,1% dorosłych i zaburzenia związane z używaniem substancji u 11,1%.

Współwystępowanie ADHD stwierdza się u dużego odsetka dorosłych z innymi zaburzeniami psychicznymi. W prowadzonym w Stanach Zjednoczonych NCSR²⁷ ADHD zidentyfikowano u 22,6% dorosłych z dystymią, 21,2% dorosłych z zaburzeniem dwubiegowym, 11,9% dorosłych z GAD, 10,8% dorosłych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych i 9,4% dorosłych z MDD. W prowadzonym przez WHO World Mental Health Survey²⁸ ADHD stwierdzono u 12,5% dorosłych z zaburzeniami związanymi ze stosowaniem substancji psychoaktyw-

nych, 11,1% dorosłych z zaburzeniami nastroju i 9,9 % dorosłych z zaburzeniami lękowymi. Co więcej, w badaniu Alperta i wsp.⁴⁷ ADHD o początku w dzieciństwie rozpoznano u >16% spośród 116 dorosłych włączonych do programu leczenia, u których aktualnie rozpoznawano epizod MDD. MDD i ADHD rozpoznawano na podstawie kryteriów DSM-III-R.

Dostępne skale oceny

Obecnie dostępnych jest kilka ważnych skal samooceny i do oceny przez lekarza słu-

żących stwierdzeniu, czy dorosły spełnia kryteria DSM-IV-TR wymagane do rozpoznania ADHD. W tabeli 4 opisano niektóre z nich.^{14,25,48-67} Potwierdzonymi czynnikami, na podstawie których można rozpoznać ADHD, są: wyliczenie aktualnych objawów, zaburzeń i stwierdzenie początku objawów w dzieciństwie.¹⁴ Skale oceny stanowią podstawę lub uzupełnienie wywiadu diagnostycznego, ponieważ strukturalizują rozmowę, a niekiedy umożliwiają stosowanie wyczerpujących podpowiedzi w celu pogłębienia badania. Chociaż wykorzystywanie skal oceny

TABELA 4
Dostępne obecnie skale oceny^{14,25,48-67}

Skala/opis	Liczba pozycji	Najważniejsze punkty	Dostępność skali
Narzędzia przesiewowe			
ASRS v. 1.1 Skala samooceny Skala samooceny przesiewowa Ocena częstości	18* 6	Ocena częstości występowania objawów (od 0 = nigdy do 4 = bardzo często). ASRS standaryzowana na grupie NCSR ²⁵ Skala przesiewowa składa się z 6 pytań z Części A ASRS, które, jak stwierdzono, mają największą wartość predykcyjną dla objawów ADHD Trafność skali w „odróżnianiu osób z zaburzeniem według kryteriów DSM-IV od osób bez zaburzenia” potwierdzona przez Kesslera i wsp. ⁴⁸ Żadna wersja ASRS nie jest autonomicznym narzędziem diagnostycznym, ale jest przeznaczona do pomocy w badaniach przesiewowych i uzupełnienia oceny klinicznej	Strona Harvard Medical School, www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php ⁴⁹
Skale diagnostyczne			
Wywiad diagnostyczny Connersa w kierunku ADHD u dorosłych (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview) Stosowany przez lekarza	18*	Zawiera oddzielne pytania dotyczące objawów ADHD w dzieciństwie (retrospektywne) i wieku dorosłym. ⁵⁰ W każdym pytaniu podano konkretne wskazówki i przykłady objawów. Zawiera krótką przesiewową ocenę zaburzeń współistniejących.	Możliwość zakupu od Multi-Health Systems, www.mhs.com ⁵¹
Formularz diagnostyczny BADDSS Stosowany przez lekarza Ocena częstości	40	Pytania dotyczące wywiadu klinicznego pacjenta oraz tego, w jaki sposób objawy wpływają na funkcjonowanie szkolne, pracę, aktywność w czasie wolnym, interakcje z rówieśnikami i samoocenę. ⁵² Ocena częstości występowania objawów (od 0 = nigdy do 3 = prawie codziennie). Skala Inteligencji Wechslera dla dorosłych pozwalająca na określenie, czy zdolność koncentracji pacjenta jest niższa od przeciętnej oraz określenie umiejętności werbalnych i przestrzennych, może być stosowana jako uzupełnienie badania w skali BADDSS w celu postawienia rozpoznania.	Możliwość zakupu od Psychological Corporation, http://harcourtassessment.com ⁵³
ACDS dla dorosłych v. 1.2 Stosowana przez lekarza Ocena nasilenia	18*	Częściowo ustrukturyzowany wywiad stosowany w celu ustalenia występowania bieżących objawów ADHD u dorosłych z propozycjami wskazówek dostosowanych do wieku, z możliwością oceny objawów w dzieciństwie i wieku dorosłym. Retrospektywna relacja z objawów występujących w dzieciństwie jest oceniana za pomocą zmodyfikowanej formy modułów dla ADHD zaczerpniętych z Kiddie-SADS Diagnostic Interview. ⁵⁴ Bieżące objawy ADHD u dorosłych są oceniane poprzez badanie czasu trwania objawów za pomocą zestawu pytań dla każdej domeny objawowej ACDS była standaryzowana w trakcie ponownego badania rozpowszechnienia ADHD u dorosłych ustalonego wcześniej w NCSR i badaniach dotyczących leczenia ⁵⁵	Możliwość uzyskania od dr. Leonarda Adlera, adultADHD@med.nyu.edu

TABELA (cd)

Skala/opis	Liczba pozycji	Najważniejsze punkty	Dostępność skali
Skale oceny objawów			
ADHD-RS ze wskazówkami dla dorosłych Stosowana przez lekarza Ocena nasilenia	18*	Składa się z 9 pozycji oceniających objawy zaburzeń uwagi i 9 pozycji oceniających objawy nadpobudliwości/impulsywności Objawy są oceniane za pomocą 4-punktowej skali nasilenia typu Likerta (od 0 = nie występują do 3 = nasilone) ADHD-RS została opracowana najpierw jako skala przeznaczona dla rodziców lub nauczycieli, zanim została wystandaryzowana wersja do oceny klinicysty. ^{56,57} Chociaż została wystandaryzowana jako skala dla dzieci, może być również wykorzystywana jako skala dla dorosłych, po uprzednim przeszkoleniu lekarza. ¹⁴ Wskazówki dla dorosłych w ACDS v1.2 można zastosować w ADHD-RS w celu opracowania częściowo ustrukturyzowanego narzędzia, ⁵⁵ co umożliwi klinicyście próbę oceny rozmiaru, częstości, zakresu, nasilenia i konsekwencji objawów dla obserwowanych zaburzeń	Opublikowano w: DuPaul, GJ, Power, TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale – IV Checklist, Norms and Clinical Interpretation. New York, NY: Guilford Press; 1998.57 ADHD-RS ze wskazówkami dla dorosłych: możliwość uzyskania od dr. Leonarda Adlera, adultADHD@med.nyu.edu
AISRS Stosowany przez lekarza Ocena nasilenia	18*	Podobnie jak w przypadku ADHD-RS poszczególne pozycje AISRS zawierają odpowiadające im wskazówki swoiste dla dorosłych zawarte w ACDS. W AISRS poprawiono również niektóre aspekty ADHD-RS, np. stwarzanie odpowiedniego kontekstu dla pytań dotyczących objawów i zastąpienie pytań oceniających 2 domeny objawowe pytaniami, które oceniają tylko jedną domenę. Objawy są oceniane za pomocą 4-punktowej skali nasilenia typu Likerta (od 0 = nie występują do 3 = nasilone).	Możliwość uzyskania od dr. Leonarda Adlera, adultADHD@med.nyu.edu
Skala aktualnych objawów Barkleya (Barkley's Current Symptoms Scale) Stosowana przez lekarza Ocena częstości	18*	Nieparzyste pytania oceniają częstość zaburzeń uwagi, a parzyste – objawy nadpobudliwości/impulsywności w skali częstości typu Likerta (od 0 do 3 = bardzo częsty). W kwestionariuszu zawarte są również pytania o wiek wystąpienia objawów ADHD i o to, jak często zaburzały funkcjonowanie szkolne, związki, pracę i życie domowe. Każde pytanie odnosi się do ewentualnego współwystępowania zaburzeń opozycyjno-buntowniczych	Opublikowana przez: Barkley RA, Murphy KR. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook, drugie wydanie, Nowy York, NY: Guilford; 1998 ⁵⁸ Dostępne na www.guilford.com ⁵⁹
CAARS Skala samooceny Ocena obserwatora Ocena częstości	18* 30	Zawiera skalę samooceny i skalę do oceny przez obserwatora, które są dostępne w trzech postaciach: przesiewowej, krótkiej i długiej. Objawy i zachowania są oceniane jednocześnie pod kątem częstości i nasilenia za pomocą 4-punktowej skali typu Likerta (od 0 = wcale/nigdy do 3 = bardzo nasilone/bardzo często). Obie wersje, skala samooceny i skala oceniana przez klinicystę, zostały wystandaryzowane. Wskazówki dla dorosłych z ACDS v1.2 można wykorzystać jako niezależne narzędzie lub w połączeniu z CAARS. ⁵⁷	Możliwość zakupu od Multi-Health Systems, www.mhs.com ⁵¹
BRIEF-A Skala samooceny Oceniana przez lekarza Oparta na informacjach informatora	75	Ocenia kontrolę wykonawczą i autoregulację u dorosłych (18-90 lat) ⁶⁰ Obejmuje 9 nienakładających się skal klinicznych odpowiadających częstym teoretycznie wyodrębnionym i empirycznie potwierdzonym domenom do badania funkcji wykonawczych, które w sumie obejmują umiejętności emocjonalne, behawioralne i metapoznawcze, szeroko określane mianem funkcji wykonawczych ⁶¹ Zlicza się wszystkie wyniki, uzyskując wynik zbiorczy (Global Executive Composite) Przeważnie wykorzystuje się dwie skale, samooceny i ocenianą przez klinicystę, aby spojrzeć z dwóch perspektyw na funkcjonowanie pacjenta	Opublikowano w: Roth RM, Isquith PK, Gioia GA. Behavioral Rating Inventory of Executive Function – Adult Version. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2005.60 Możliwość zakupu na stronie: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,109114&_dad=portal&_schema=PORTAL ⁶²

TABELA (cd)

Skala/opis	Liczba pozycji	Najważniejsze punkty	Dostępność skali
WRAADDS Oceniana przez lekarza Ocena nasilenia	28	Przeznaczona do oceny nasilenia docelowych objawów ADHD u dorosłych za pomocą kryteriów Utah Ocena nasilenia objawów zaliczanych do 7 kategorii: zaburzenia uwagi, nadpobudliwość/nerwowość, temperament, chwiejność emocjonalna, nadmierna reaktywność emocjonalna, dezorganizacja i impulsywność Poszczególne pozycje są oceniane w skali 0-2 (0 = nie występuje, 1 = łagodny, 2 = wyraźnie obecny) Każda z 7 kategorii jest podsumowana na skali od 0 do 4 (od 0 = nie występuje do 4 = bardzo nasilony) Szczególną zaletą skali WRAADDS może być ocena możliwych objawów chwiejności emocjonalnej w ADHD, co wykazano w skutecznej ocenie poprawy dysregulacji nastroju u pacjentów z ADHD włączonych do dużego kontrolowanego badania dotyczącego stosowania atomoksetyny. ⁶³	Należy skontaktować się z dr. Fredem W. Reimherrem, Mood Disorders Clinic, Department of Psychiatry, University of Utah Health /science Center, Salt Lake City, UT; Tel: 801-581-5088; e-mail: Fredreimherr@hsc.utah.edu
<i>Skale jakości życia</i>			
AAQoL Skala samooceny	29	Przeznaczona do oceny zależnej od stanu zdrowia jakości życia ⁶⁴ w ciągu ostatnich 2 tygodni u dorosłych z ADHD Każda pozycja jest oceniana przez pacjentów w 5-punktowej skali Likerta (w zakresie od wcale/nigdy do ekstremalnie/bardzo często). Skala daje całkowity wynik i wyniki w 4 podskalach: produktywności życiowej, zdrowia psychicznego, podejścia do życia i związków. W przeprowadzonym niedawno badaniu wykazano, że AAQoL pozwalała na wykrycie zmian w objawach ADHD; wydaje się przydatnym narzędziem do oceny wyników leczenia dorosłych z ADHD. ⁶⁵	Brod M, Perwien A, Adler L, Spencer T, Johnston J. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Primary Psychiatry. 2005;12(6):58-64.64
AIM-A Skala samooceny	57	Ma dostarczać lekarzom obiektywnego standardu dokumentowania zmian w jakości życia w ramach programu ciągłej opieki zdrowotnej dla dorosłych z ADHD Złożona z 6 następujących skal: życie z ADHD (10 pozycji), ogólny dobrostan (11 pozycji), wydajność i codzienne funkcjonowanie (10 pozycji), związki/komunikacja (8 pozycji), uciążliwość/zaniepokojenie (9 pozycji) i wpływ na codzienne życie (9 pozycji). W przeprowadzonym niedawno badaniu na grupie 317 dorosłych z ADHD wykazano rzetelność i trafność tego narzędzia, włącznie z czułością w wykrywaniu zmian ⁶⁶	Możliwość zakupu od www.healthact.com/aim_a.html ⁶⁷

*Oparte na kryteriach diagnostycznych DSM-IV

ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale, NCSR – National Comorbidity Survey Replication, ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, DSM-IV – Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych, czwarte wydanie, BADDs – Brown Attention-Deficit Disorder Scale, ACDS – skala diagnostyczna ADHD), SADS – Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, ADHD-RS – skala oceny ADHD, AISRS – Adult Investigator Symptom Rating Scale, CAARS – Conners Adult ADHD Rating Scale, BRIEF – Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult version, WRAADDS – Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale, AAQoL – Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale, AIM-A – ADHD Impact Module for Adults.

Goodman D. W., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 11, 2009.

może dostarczyć cennych informacji, ważne, aby sceptycznie podchodzić do wypowiedzi pacjentów, którzy mogą oceniać objawy w sytuacjach, kiedy zaburzenia są mniej nasilone (np. w trakcie wykonywania zadań, które uważają za łatwe lub interesujące), a nie w innych, sprawiających im większe trudności. Dlatego wyjściowe oceny dokonywane przez badaczy są silniejszymi predyktorami wyniku leczenia niż wyjściowe wyniki w ocenie samych pacjentów w skali Connersa do oceny ADHD u dorosłych (Conners Adult

ADHD Rating Scale).⁶⁸ Skale oceny można również wykorzystywać do oceny reakcji pacjenta na leczenie i zmian jakości życia.

Badania neuropsychologiczne

Badania neuropsychologiczne są przeważnie zarezerwowane dla przypadków niejasnych diagnostycznie lub celów edukacyjnych. Seidman⁶⁹ opisał, że jest dostępnych >70 testów do oceny funkcji neuropsychologicznych u dorosłych z ADHD. Wiele z nich

zostało wykorzystanych tylko w jednym czy dwóch badaniach i nie można określić ich czułości. Seidman zwrócił uwagę na pięć testów, które najbardziej jednoznacznie pozwalały na odróżnienie osób z ADHD od grupy kontrolnej i zostały wykorzystane w co najmniej 7 badaniach. Były to: test uwagi ciągłej (Continuous Performance Test, CPT), w tym CPT Conners'a, Gordon Diagnostic System i wiele lokalnych odmian wzrokowego CPT; test Stroopa (Stroop Color Word Task); test łączenia punktów (Trial Making Test); test

fluencji słownej (Verbal Fluency test) i skala inteligencji Wechslera dla dorosłych (Wechsler Adult Intelligence Scale).

W badaniu, które obejmowało 213 dorosłych, którzy spełniali kryteria DSM-IV dla ADHD, i 145 dobranych osób z grupy kontrolnej Biederman i wsp.⁷⁰ stwierdzili u 31% osób z ADHD deficyty funkcji wykonawczych. W badaniu oceniano utrzymywanie uwagi/czułość, planowanie i organizację, hamowanie reakcji, przeczutność i kategoryzację, wybiórczą uwagę i przeszukiwanie wzrokowe, werbalne i wzrokowe uczenie się oraz pamięć. Uzyskane wyniki sugerują, że wiele osób z ADHD nie ma tych deficytów, zaś opieranie się na wynikach testów neuropsychologicznych w celu postawienia rozpoznania spowoduje przeoczenie większości osób cierpiących na to zaburzenie. Ponadto wyniki kilku badań sugerują, że badania neuropsychologiczne nie pozwalają na definitywne odróżnienie osób z ADHD i osób bez tego zaburzenia.⁷¹⁻⁷⁴ Fakt ten podkreśla jeszcze bardziej znaczenie oceny klinicznej we właściwym diagnozowaniu ADHD u dorosłych. Badanie funkcji poznawczych może poprawić trafność rozpoznawania ADHD i może być wykorzystywana do oceny wyników leczenia.⁷⁵

Podsumowanie

Utrzymywanie się objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi w okresie dojrzewania i wieku dorosłym silnie przemawia za koncepcją, że ADHD jest w przypadku wielu pacjentów zaburzeniem utrzymującym się przez całe życie. Choć objawy ADHD widoczne u dzieci mogą zmieniać się w wieku dorosłym, ich konsekwencje u dorosłych nie są mniej poważne. Ocena objawów w ramach badania klinicznego ma podstawowe znaczenie, jednak nie jest wystarczająca do rozpoznania ADHD. Przewlekły charakter i uporczywość objawów ADHD, a także powodowanych przez nie zaburzeń, mają podstawowe znaczenie we właściwej diagnozie tego zaburzenia u dorosłych. Podstawę diagnostyczną nadal stanowią kryteria ADHD w DSM-IV-TR, mimo kilku ograniczeń, w tym różnych manifestacji objawów ADHD od dzieciństwa do wieku dorosłego oraz możliwości zmniejszenia nasilenia objawów nadpobudliwości-impulsywności. Osiowe objawy zaburzeń uwagi mogą utrzymywać się do wieku dorosłego i często dominować w obrazie ADHD u dorosłych. Postawienie właściwego rozpoznania dodatkowo komplikują stosowane przez pacjenta strategie radzenia sobie z objawami, profile objawów nakładające się na inne zaburzenia w DSM-IV-TR i częste współwystępowanie innych zaburzeń wymienionych w DSM-IV-TR.

W stawianiu rozpoznania pomocne może być wykorzystywanie kilku niedawno opracowanych narzędzi przesiewowych i diagnostycznych do oceny ADHD u dorosłych, szczególnie tych, które posługują się odpowiednim dla dorosłych językiem i omijają niektóre ograniczenia ukierunkowanych na dzieci kryteriów DSM-IV-TR dla ADHD.

Właściwe rozpoznawanie ADHD jest niezwykle ważne, na co zwrócić uwagę wyniki badań Barkleya i wsp.³² oraz Biedermana i wsp.³³ Badania te wykazały, że brak rozpoznania i leczenia były związane z edukacyjnymi, zawodowymi i społecznymi zaburzeniami prowadzącymi do dezadaptacyjnego funkcjonowania oraz zwiększenia ryzyka rozwoju zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. Ze względu na duże rozpowszechnienie ADHD w stosunku do innych zaburzeń psychicznych I osi klinicyści powinni znać objawy ADHD i obraz kliniczny tego zaburzenia u dorosłych oraz przesiewowo badać wszystkich dorosłych pacjentów w tym kierunku. W uzupełnieniu wywiadu klinicznego pomocne mogą być skale oceny, które umożliwiają ilościową ocenę objawów i reakcji na leczenie.

Piśmiennictwo

1. Still GF. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*. 1902; 1008-1012,1077-1082,1163-1168.
2. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1962;6:185-197.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968:50.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980:41-45.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987:50.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:78-85.
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:85-93, 706.
8. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):1948-1956.
9. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36(2):159-165.
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*. 2006;163(10):1720-1729.
11. Dulcan M, and the Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10 suppl):85S-121S.
12. Weiss M, Hechtman LT, Weiss G. *ADHD in Adulthood: A Guide to Current Theory, Diagnosis, and Treatment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1999.
13. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder

- persistence into adulthood: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1442-1451.
14. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27(2):187-201.
 15. Goodman DW. Treatment and assessment of ADHD in adults. In: Biederman J, ed. *Across the Life-Span: From Research to Clinical Practice—An Evidence-Based Understanding*. Hasbrouck Heights, NJ: Veritas Institute for Medical Education; 2006:227-269.
 16. Murphy KR, Adler LA. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 (suppl 3):12-17.
 17. Spencer TJ, Adler LA, McGough JJ, Muniz R, Jiang H, Pestreich L; Adult ADHD Research Group. Efficacy and safety of dexamethylphenidate extended-release capsules in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(12):1380-1387.
 18. Wilens TE, Haight BR, Horrigan JP, et al. Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 2005;57(7):793-801.
 19. Michelson D, Adler L, Spencer T, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry*. 2003;53 (2):112-120.
 20. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord*. 1997;2(3):159-166.
 21. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(3):147-157.
 22. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1994;151(11):1673-1685.
 23. Goodman DW. The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract*. 2007;13(5):318-327.
 24. Weiss MD, Weiss JR. A guide to the treatment of adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 (suppl 3):27-37.
 25. Kessler RC, Adler L, Ames M, 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.
 26. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York, NY: Guilford Press; 2008.
 27. 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*. 2006;163(4):716-723.
 28. Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:402-409.
 29. de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med*. 2008;65(12):835-842.
 30. US Census Bureau. Annual estimates of the population by selected age groups and sex for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2005 (NC-EST2005-02). Available at: www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2005-sa.html. Accessed October 22, 2009.
 31. Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR, Khalid M, Epstein RS. Trends in medication treatment for ADHD. *J Atten Disord*. 2007;10(4):335-342.
 32. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(2):192-202.
 33. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(4):524-540.

34. Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(12):1073-1079.
35. Eme RF. Attention-deficit/hyperactivity disorder and correctional health care. *J Correct Health Care*. 2009; 15(1):5-18.
36. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continuous symptoms. *Behav Res Ther*. 2005;43(7):831-842.
37. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2009;12(5):434-441.
38. McCann BS, Roy-Byrne P. Screening and diagnostic utility of self-report attention deficit hyperactivity disorder scales in adults. *Compr Psychiatry*. 2004;45(3):175-183.
39. Miller TW, Nigg JT, Faraone SV. Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(3):519-528.
40. Roy-Byrne P, Scheele L, Brinkley J, et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: assessment guidelines based on clinical presentation to a specialty clinic. *Compr Psychiatry*. 1997;38(3):133-140.
41. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(12):1792-1798.
42. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*. 1998;44(4):269-273.
43. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 3):3-7.
44. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*. 1996;37(6):393-401.
45. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*. 1990;31(5):416-425.
46. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, 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.
47. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res*. 1996;62(3):213-219.
48. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16(2):52-65.
49. National Comorbidity Survey. Adult ADHD Self-Report Scales (ASRS). Available at: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php. Accessed October 22, 2009.
50. Conners CK, Erhart D, Sparrow E. *Conners Adult ADHD Rating Scales, Technical Manual*. New York, NY: Multi-Health Systems; 1999.
51. MHS. Psychological Assessments and Services. Available at: www.mhs.com. Accessed October 22, 2009.
52. Brown TE. *Brown Attention Deficit Disorder Scales (BADDs)*. 1st ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
53. Pearson Assessment and Information. Available at: <http://harcourtassessment.com>. Accessed October 22, 2009.
54. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988.
55. Adler LA, Friedlander RE. Diagnosing ADHD in adults. In: Biederman J, ed. *ADHD Across the Lifespan: An Evidence-Based Understanding From Research to Clinical Practice*. Hasbrouck Heights, NJ: Veritas Institute for Medical Education, Inc and MedLearning, Inc; 2006:145-173.
56. DuPaul GJ. Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: psychometric properties in a community-based sample. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 1991;20(3):245-253.
57. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York, NY: Guilford Press; 1998.
58. Barkley RA, Murphy KR. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 1998.
59. Guilford Press. Available at: www.guilford.com. Accessed October 22, 2009.
60. Roth RM, Isquith PK, Gioia GA. *Behavioral Rating Inventory of Executive Function—Adult Version*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2005.
61. Rabin LA, Roth RM, Isquith PK, et al. Self- and informant reports of executive function on the BRIEF-A in MCI and older adults with cognitive complaints. *Arch Clin Neuropsychol*. 2006;21(7):721-732.
62. Western Psychological Services. Roth RM, Isquith PK, Gioia GA. Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version (BRIEF-A). Available at: http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,109114&_dad=portal&_schema=PORTAL. Accessed October 22, 2009.
63. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry*. 2005;58(2):125-131.
64. Brod M, Perwien A, Adler L, Spencer T, Johnston J. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry*. 2005;12(6):58-64.
65. Matza LS, Johnston JA, Faries DE, Malley KG, Brod M. Responsiveness of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL). *Qual Life Res*. 2007;16(9):1511-1520.
66. Landgraf JM. Monitoring quality of life in adults with ADHD: reliability and validity of a new measure. *J Atten Disord*. 2007;11(3):351-362.
67. Healthact chq. AIM-A: ADHD Impact Module – Adult. Available at: www.healthact.com/aim_a.html. Accessed October 22, 2009.
68. Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, et al. The reliability and validity of self and investigator ratings of ADHD in adults. *J Atten Disord*. 2008;11(6):711-719.
69. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(4):466-485.
70. Biederman J, Petty C, Fried R, et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1730-1738.
71. Quinn CA. Detection of malingering in assessment of adult ADHD. *Arch Clin Neuropsychol*. 2003;18(4):379-395.
72. Harrison AG, Edwards MJ, Parker KC. Identifying students faking ADHD: preliminary findings and strategies for detection. *Arch Clin Neuropsychol*. 2007; 22(5):577-588.
73. Suhr J, Hammers D, Dobbins-Buckland K, Zimak E, Hughes C. The relationship of malingering test failure to self-reported symptoms and neuropsychological findings in adults referred for ADHD evaluation. *Arch Clin Neuropsychol*. 2008;23(5):521-530.
74. Booksh RL, Pella RD, Singh AN, Gouvier WD. Ability of college students to simulate ADHD on objective measures of attention. *J Atten Disord*. May 13, 2009. [Epub ahead of print]
75. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, et al. Atomoxetine and Stroop task performance in adult attention-