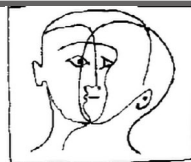


Editoriale

Angelo Maria Inverso*



Dal 1980 il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) ha sostituito il Disturbo Ipercinetico nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Esso è caratterizzato sintomatologicamente dalla presenza della triade deficit di attenzione, iperattività, impulsività. I tre sintomi (anche se impulsività e iperattività sono considerate fattore unico) possono manifestarsi con diversa intensità tanto da configurare forme che richiedono uno specificatore e dover riconoscere “presentazioni prevalentemente disattente” e “presentazioni prevalentemente iperattive-impulsive”.

Le ultime edizioni del DSM-5-TR e dell’ICD-11 classificano questa condizione come Disturbo del Neurosviluppo. In questa categoria afferirebbero i disturbi caratterizzati da:

1. età precoce di insorgenza;
2. decorso relativamente persistente;
3. difficoltà cognitive associate;
4. alti livelli di co-occorrenza dei sintomi core.

Si osserva nel caso dell’ADHD che nessuno dei quattro parametri elencati permane con la necessaria costanza e generalità nella popolazione diagnosti-

* Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Studio di psicoterapia cognitiva e neuropsichiatria infantile, Corso Massimo d’Azeglio, 65 – 10015 Ivrea (TO); e-mail: am.inverso@libero.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20369

cata, tanto da giustificare l'unicità e inequivocità della condizione. Questo è vero sia relativamente alla combinazione dei sintomi principali, sia al livello di compromissione, che alle comorbidità e alle caratteristiche demografiche. Possiamo aggiungere che le differenze investono i profili sintomatologici, le traiettorie evolutive dei sintomi, i correlati biologici e neuropsicologici e gli esiti clinici. Tutto questo fa esitare nel considerare l'ADHD una condizione psicopatologica distinta o un'entità uniforme.

Sebbene tutti concordino sul fatto che l'ADHD sia il risultato di una complessa interazione di fattori biologici e contestuali (Faraone *et al.*, 2021; Sonuga-Barke *et al.*, 2023; Swanson *et al.*, 2022), l'attuale narrativa scientifica e sociale si concentra prevalentemente sui fattori biologici. Fattori contestuali come la povertà, la psicopatologia dei genitori, i traumi, il tempo trascorso davanti allo schermo, la privazione precoce, l'essere il più giovane della propria classe, ricevono un'attenzione sostanzialmente inferiore.

I fattori sociali e relazionali, come lo svantaggio economico, lo status sociale e le caratteristiche dell'accudimento familiare, sono stati trascurati e non sono nemmeno menzionati nelle varie bibliografie relative al disturbo (vedi Te Meerman *et al.*, 2022).

L'approccio riduzionistico è alimentato dall'uso di scale di valutazione che fanno riferimento a definizioni il più delle volte vaghe o ambigue che possono portare – come gli studi epidemiologici confermano – a sovradiagnosi (Kazda *et al.*, 2021) e a interventi psicologici a breve termine, con risultati ripetutamente dimostrati di modesta entità se paragonati a quelli del metilfenidato (Sonuga-Barke, 2024). La modestia di tali risultati può essere uno dei motivi importanti del massiccio incremento su scala globale dei trattamenti farmacologici (Chan *et al.*, 2023). Riguardo al consumo dei farmaci a livello globale, segnaliamo alcuni esempi, che riteniamo indicativi, riportati nello studio, rimandando i lettori alla tabella 1 dell'articolo, completa dei dati.

L'aumento complessivo del consumo medio annuo è stato del 9,72%; il consumo medio (dose giornaliera per mille bambini/adolescenti abitanti al giorno – DDD/TID) a livello globale è passato da 1,19 nel 2015 a 1,43 nel 2019. Ma se guardiamo al DDD/TID in alcuni paesi del nostro occidente il quadro è diverso e, per alcuni aspetti, allarmante:

- USA: (2015) = 107,15%; (2019) = 110,28%;
- Canada: (2015) = 74,24%; (2019) = 113,80%;
- Francia: (2025) = 3,18%; (2019) = 4,56%;
- Germania (2025) = 17,49%, (2019) 21,28%;
- Italia: (2015) = 0,23%; (2019) = 0,54% (raddoppio del consumo).

Il trattamento farmacologico ha il non banale vantaggio di essere estremamente efficace nella riduzione dei sintomi cardinali dell'ADHD a breve termine, a fronte di effetti collaterali ritenuti accettabili. Il metilfenidato (MPH) è il farmaco di prima scelta e si è dimostrato efficace nel ridurre i sintomi principali dell'ADHD rispetto al placebo (SMD (Differenza Media Standardizzata) = -0,78, da -0,93 a 0,62), dimostrandosi, tra l'altro, più accettabile del placebo e con simile tollerabilità (Cortese *et al.*, 2018). Gli studi di efficacia, tuttavia, sono gravati da limitazioni metodologiche significative tra cui il numero esiguo degli studi, l'eterogeneità dei parametri considerati, il breve periodo di follow-up, la scarsa qualità dei dati (osservazioni in prevalenza degli insegnanti e altri osservatori proxy), l'alto rischio di bias in diversi ambiti, in particolare la mancanza di un adeguato *blinding* e la segnalazione selettiva dei risultati (Storebo *et al.*, 2015). Queste limitazioni riscontrate in un primo studio di revisione si sono confermate in un aggiornamento molto più recente. In quest'ultima revisione gli autori hanno rilevato che «il metilfenidato rispetto al placebo o all'assenza di intervento può migliorare i sintomi dell'ADHD valutati dagli insegnanti e il comportamento generale nei bambini e negli adolescenti con ADHD». Gli eventi avversi sarebbero non gravi (disturbi del sonno e diminuzione dell'appetito), tuttavia, secondo la revisione, «la certezza delle prove per tutti gli esiti è molto bassa e quindi la reale entità degli effetti rimane poco chiara» (Storebo *et al.*, 2023).

A queste limitazioni si aggiungono le evidenze che ne constatano la scarsa efficacia sulle prestazioni cognitive. In un recente studio gli autori mostrano come, «utilizzando il problema dell'ottimizzazione dello zaino come rappresentazione stilizzata della difficoltà delle attività quotidiane, abbiano scoperto che il metilfenidato, la destroanfetamina e il modafinil causano una diminuzione significativa del valore dello zaino ottenuto nell'attività rispetto al placebo, anche se la probabilità di trovare la soluzione ottimale (~50%) non è ridotta in modo significativo. Lo sforzo (tempo di decisione e numero di passaggi necessari per trovare una soluzione) aumenta in modo significativo, ma la produttività (qualità dello sforzo) diminuisce in modo significativo. Allo stesso tempo, le differenze di produttività tra i partecipanti diminuiscono, o addirittura si invertono, al punto che i partecipanti con prestazioni superiori alla media finiscono per trovarsi al di sotto della media e viceversa. Quest'ultimo fenomeno può essere attribuito a una maggiore casualità delle strategie di soluzione» (Bowman *et al.*, 2023).

Benché sia ormai chiaro che gli effetti del trattamento farmacologico si perdano a lungo termine (Swanson, 2019), questo continua a essere considerato nello scenario internazionale quello di prima linea, anche per la evidenza di una scarsa efficacia dei trattamenti psicologici. Una ricerca condotta

da Daley e colleghi aveva mostrato una efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali e di quelli sulla genitorialità, sebbene minore di quella del metilfenidato. Scrivono gli autori: «per le valutazioni effettuate da persone più vicine al contesto terapeutico (di solito non in cieco), sono stati riscontrati miglioramenti significativi nella qualità genitoriale (differenza media standardizzata [SMD] per la genitorialità positiva 0,68; SMD per la genitorialità negativa 0,57), nell'autostima genitoriale (SMD 0,37), ADHD dei bambini (SMD 0,35), problemi comportamentali (SMD 0,26), abilità sociali (SMD 0,47) e rendimento scolastico (SMD 0,28). Con valutazioni probabilmente in cieco, sono persistiti effetti significativi per la genitorialità (SMD per la genitorialità positiva 0,63; SMD per la genitorialità negativa 0,43) e i problemi comportamentali (SMD 0,31)» (Daley *et al.*, 2014).

Come possiamo osservare i risultati, già limitati rispetto all'efficacia del metilfenidato (SMD 0,78), permangono solo su alcuni parametri (non sui sintomi ADHD specifici) e con un effetto decisamente minore nella valutazione in “quasi cieco”.

Una revisione degli studi condotta da Sonuga-Barke e colleghi ha confermato il ridimensionamento dell'effetto quando i valutatori sono in situazione di “quasi cieco” (Sonuga-Barke, 2013).

Un precedente studio aveva tra l'altro constatato che: «Nei bambini con ADHD che rispondono agli stimolanti, non vi è alcun supporto per l'aggiunta di un intervento psicosociale ambizioso a lungo termine per migliorare i sintomi dell'ADHD e del disturbo oppositivo provocatorio. I benefici significativi del metilfenidato sono rimasti stabili per 2 anni» (Abikoff *et al.*, 2004).

Alla luce di quanto si è evidenziato dobbiamo riconoscere la necessità di sviluppare modalità di intervento psicoterapeutico capaci di superare l'attuale impasse.

Il problema è ancora una volta quello di differenziare, precisare e perfezionare: *differenziare* all'interno di un quadro clinico generico sub-popolazioni con caratteristiche più omogenee; *precisare* le componenti strategiche dell'intervento proposto; *perfezionare* gli aspetti tecnici per realizzare una migliore congruenza tra psicopatologia e modalità specifiche di lavoro.

Su questa strada siamo appena all'inizio.

Diremo una parola ulteriore sulla questione della prevalenza amministrativa delle diagnosi-ossia il numero di diagnosi rilasciate da servizi a esse deputati – che, come detto in precedenza, è in aumento in tutto il mondo. In Italia i dati relativi alle certificazioni per l'anno scolastico 2022-2023, possono servire da orientamento. L'ADHD è inserito in una voce che comprende anche i disturbi del comportamento. Il dato aggregato arriva al 18,1% del totale dei soggetti certificati (a fronte, ad esempio, dell'11,4% dei disturbi

affettivi e relazionali, del 31,8% dei disturbi dello sviluppo psicologico-spettro autistico e del 37,0% delle disabilità intellettive). Se però scorriamo il dato e lo riferiamo ai singoli ordini di scuola vediamo che nella scuola primaria raggiunge il 19,8% e in quella secondaria di primo grado il 21,1%. La percentuale era del 10,7% nella scuola dell'infanzia (Report ISTAT, 2024). Alla luce di tali dati ci si deve chiedere se tale incremento e la parallela crescente prevalenza dell'uso di farmaci per l'ADHD siano uno sviluppo positivo o debbano essere motivo di preoccupazione. A nostro avviso il dato è preoccupante.

Si può infine aggiungere che la visione deterministica, individualizzata e decontestualizzata dell'ADHD comporta una serie di conseguenze altamente negative. Citiamo ad esempio la convinzione da parte dei bambini, dei loro genitori, degli insegnanti e dei medici che i bambini stessi, o il loro cervello, siano i principali responsabili dei loro sintomi; che vi siano poche o nessuna speranza di miglioramento e di un futuro positivo (pessimismo prognostico); stigmatizzazione, con conseguenti difficoltà nelle relazioni sociali; uso eccessivo, oltre misura di farmaci per la dipendenza da essi (vedi Dekkers, 2024).

Con questo numero speciale di "Quaderni" ci proponiamo di contribuire all'ampio dibattito iniziato nel panorama internazionale per operare un cambiamento di paradigma.

La proposta del curatore e dei diversi autori non è orientata alla negazione di un complesso sintomatologico che si esprime con relativa costanza e costituita da disattenzione-iperattività-impulsività la cui esistenza reale è stata ripetutamente dimostrata (Willcutt 2012). Tuttavia, sebbene la prevalenza epidemiologica sia sostanzialmente costante nello spazio e nel tempo, senza particolari variazioni tra il Nord America e altre regioni globali come Europa, Asia, Africa, Sud America e Oceania (vedi Polanczyk *et al.*, 2015), il tasso di prevalenza amministrativa è fortemente disomogeneo e queste disparità non possono che essere condizionate da fattori di ordine socio-culturale. La disparità è presente sia tra diversi paesi, sia tra regioni dello stesso paese, come ad esempio negli Stati Uniti; è presente tra diversi gruppi etnici; è presente tra diverse condizioni socio-economiche (Hornborg *et al.*, 2023 per uno studio recente; Banaschewski *et al.*, 2024 per una sintesi).

Questi rilievi ci interrogano su quale sia l'esatta identità dell'ADHD e quali siano gli interventi più idonei a supportare sia il percorso di sviluppo dei bambini che sono in difficoltà per la presenza di uno o più sintomi riferibili all'ADHD, sia i problemi prodotti dalla disattenzione, impulsività, iperattività nell'età adulta.

Risulterà chiaro dai diversi contributi che, sulla scia di altri autori, il cambiamento di prospettiva comprende due diverse esigenze:

1. La necessità di una comprensione approfondita del costrutto ADHD per esplorare le dinamiche sottostanti a questo fenomeno,
2. L'urgenza di diagnosi e trattamenti centrati sulla persona, all'interno di un modello socialmente costruito, dipendente dal contesto e contingente dall'ambiente (vedi Banaschewski *et al.*, 2024; Dekkers, 2024).

L'intento dell'intero lavoro è di mettersi al servizio degli psicoterapeuti, in particolare del nostro cognitivismo. Si trascurerà tutto ciò che si trova benissimo descritto nei manuali e si farà riferimento a ciò che il terapeuta esige di sapere per una presa in carico rispettosa ed efficace dei pazienti che presentano una sintomatologia riferibile all'ADHD.

L'articolo di Bruno Intreccialagli e Angelo Maria Inverso evidenzia, attraverso una lettura interpretativa di quattro casi clinici, la rilevanza dei fattori legati all'accudimento e alla storia di vita nel sorgere e nell'evolversi dei sintomi legati all'ADHD.

Rosario Montiroso e i colleghi presentano una rassegna dei lavori più significativi che centrano la loro attenzione sulla regolazione emotiva e sullo sviluppo delle funzioni esecutive.

I fattori regolativi vanno sempre più assumendo un ruolo centrale nelle ipotesi psicopatologiche relative all'ADHD e, più in generale, negli sviluppi psicopatologici e si intersecano con gli altrettanto importanti fattori di ordine metacognitivo.

Riccardo Bertaccini e Alessandra Capuozzo si sono impegnati nella difficile impresa di indicare gli aspetti più rilevanti del disturbo in rapporto alle necessità psicoterapeutiche. Quel che lo psicoterapeuta deve sapere per ben operare è discretamente diverso da ciò che è utile alle esigenze di carattere psicofarmacologiche. Nell'articolo (e direi nell'intero numero della rivista) questo criterio – quali conoscenze sono essenziali per uno psicoterapeuta – è discriminante e fa dell'articolo un unicum nella letteratura relativa all'ADHD.

Rosario Esposito e i suoi colleghi espongono i risultati di una indagine preliminare sulle differenze, all'interno della stessa diagnosi di ADHD in età adulta, tra situazioni in cui sia presente una storia di traumatizzazione e situazioni che ne sono prive. Nel loro studio emergono diversità che meritano uno studio ulteriore e approfondito per il ruolo che esse possono giocare nella presa in carico terapeutica.

Gli interventi psicologici seguono nella maggioranza dei casi le proposte delle linee guida e, come abbiamo visto, raggiungono risultati molto parziali e certamente non confrontabili con l'efficacia sui sintomi dei farmaci psicostimolanti. Un tentativo di imboccare un percorso che, senza discostarsi dai

principi della terapia cognitiva, segua un diverso approccio è quello proposto da Tiziana Frau.

Tiziana sottolinea l'importanza nel lavoro terapeutico di supporto ai genitori di un approccio in seconda persona, se, nel percorso di psicoterapia, si vuole rendere il paziente consapevole delle strategie adattive utilizzate nel mantenimento dei legami, anche a quanto essi possono essere fonte di sofferenza. Tiziana lo fa proponendo una modalità che valorizza l'importanza del piacere nelle relazioni genitori-figli., secondo un approccio evoluzionista, che ponga le basi condivise per metodi di trattamento coerenti. Insieme agli argomenti teorici viene presentata la conduzione di un caso clinico seguito secondo il modello di un approccio integrato basato sull'attaccamento, la Theraplay e la terapia diadica evolutiva.

Ci auguriamo che il nostro lavoro sia di aiuto e di stimolo per i colleghi ad andare oltre una generica presa in carico e un'interpretazione riduzionistica e riduttiva dell'ADHD.

Infine, grazie a tutti i colleghi della mailing list SITCC che, manifestando il loro interesse, mi hanno spinto a un lavoro di approfondimento dedicato al loro.

Grazie alla redazione di *Quaderni* che mi ha incaricato della cura di questo numero e mai mi ha fatto mancare la sua fiducia. Voglio ringraziare in modo particolare Michele Procacci, che dichiarandomi stima mi ha convinto ad assumere un incarico difficile e prestigioso e mi ha accompagnato in questo compito.

Grazie a tutti i colleghi che hanno accettato di impegnarsi in un lavoro che ha dell'originalità senza perdere il rigore.

Bibliografia

- Abikoff H., Hechtman L., Klein R.G., Weiss G., Fleiss K., Etcovitch J., Cousins L., Greenfield B., Martin D. & Pollack S. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7): 802-811. DOI: 10.1097/01.chi.0000128791.10014.ac.
- Banaschewski T., Häge A., Hohmann S. & Mechler K. (2024). Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. *Frontiers in psychiatry*, 14: 1289157. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1289157.
- Bowman E., Coghill D., Murawski C. & Bossaerts P. (2023). Not so smart? "Smart" drugs increase the level but decrease the quality of cognitive effort. *Science advances*, 9(24): eadd4165. DOI: 10.1126/sciadv.add4165.
- Chan A.Y.L., Ma T.T., Lau W.C.Y., Ip P., Coghill D., Gao L., Jani Y.H., Hsia Y., Wei L., Taxis K., Simonoff E., Taylor D., Lum T.Y., Man K.K.C. & Wong I.C.K. (2023). Attention-

- deficit/hyperactivity disorder medication consumption in 64 countries and regions from 2015 to 2019: a longitudinal study. *EClinicalMedicine*, 58: 101780. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101780.
- Cortese S., Adamo N., Del Giovane C., Mohr-Jensen C., Hayes A.J., Carucci S., Atkinson L.Z., Tessari L., Banaschewski T., Coghill D., Hollis C., Simonoff E., Zuddas A., Barbui C., Purgato M., Steinhausen H.C., Shokraneh F., Xia J. & Cipriani A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet, Psychiatry*, 5(9): 727-738. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
- Cortese S., Ferrin M., Brandeis D., Buitelaar J., Daley D., Dittmann R.W., Holtmann M., Santosh P., Stevenson J., Stringaris A., Zuddas A., Sonuga-Barke E.J. & European ADHD Guidelines Group (EAGG) (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3): 164-174. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.12.010.
- Daley D., van der Oord S., Ferrin M., Danckaerts M., Doepfner M., Cortese S., Sonuga-Barke E.J. & European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8): 835-847.e8475. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.05.013.
- Dekkers T.J. (2024). Commentary: Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. *Frontiers in psychiatry*, 15: 1383492. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1383492.
- Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M.A., Newcorn J.H., Gignac M., Al Saud N.M., Manor I., Rohde L.A., Yang L., Cortese S., Almagor D., Stein M.A., Albatti T.H., Aljoudi H.F., Alqahtani M.M.J., Asherson P., Atwoli L., ... Wang Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128: 789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- Hornborg C., Axrud R., Vicente R.P. & Merlo J. (2023). Socioeconomic disparities in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Sweden: An intersectional ecological niches analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (IEN-AIHDA). *PLoS One*, 18(11): e0294741. DOI: 10.1371/journal.pone.0294741.
- ISTAT (2024). Report "L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, 2022-2023". Disponibile su: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/Alunni-con-disabilita-as-23-24.pdf.
- Kazda L., Bell K., Thomas R., McGeechan K., Sims R. & Barratt A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA network open*, 4(4): e215335. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5335.
- Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A. & Rohde L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3): 345-365. DOI: 10.1111/jcpp.12381.
- Sonuga-Barke E.J.S. (2024). *Relazione al Congresso EUNETHYDIS*, Cagliari 7 ottobre 2024, (non pubblicata).
- Sonuga-Barke E.J., Brandeis D., Cortese S., Daley D., Ferrin M., Holtmann M., Stevenson

- J., Danckaerts M., van der Oord S., Döpfner M., Dittmann R.W., Simonoff E., Zuddas A., Banaschewski T., Buitelaar J., Coghill D., Hollis C., Konofal E., Lecendreau M., Wong I.C., ... European ADHD Guidelines Group (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American journal of psychiatry*, 170(3): 275-289. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991.
- Sonuga-Barke E.J.S., Becker S.P., Bölte S., Castellanos F.X., Franke B., Newcorn J.H., Nigg J.T., Rohde L.A. & Simonoff E. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 64(4): 506-532. DOI: 10.1111/jcpp.13696.
- Storebø O.J., Storm M.R.O., Pereira Ribeiro J., Skoog M., Groth C., Callesen H.E., Schaag J.P., Darling Rasmussen P., Huus C.L., Zwi M., Kirubakaran R., Simonsen E. & Gluud C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3): CD009885. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub3.
- Storebø O.J., Ramstad E., Krogh H.B., Nilausen T.D., Skoog M., Holmskov M., Rosendal S., Groth C., Magnusson F.L., Moreira-Maia C.R., Gillies D., Buch Rasmussen K., Gauci D., Zwi M., Kirubakaran R., Forsbøl B., Simonsen E. & Gluud C. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11): CD009885. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub2.
- Swanson J.M. (2019). Debate: Are Stimulant Medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Effective in the Long Term? (Against). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(10): 936-938. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.07.001.
- Swanson J.M., Rommelse N., Cotton J., Sonuga-Barke E.J.S., Jensen P.S. & Castellanos F.X. (2022). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Pfaff D.W., Volkow N.D. & Rubenstein J.L. (eds.), *Neuroscience in the 21st Century*. Cham: Springer.
- Te Meerman S., Freedman J.E. & Batstra L. (2022). ADHD and reification: Four ways a psychiatric construct is portrayed as a disease. *Frontiers in psychiatry*, 13: 1055328. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1055328.
- Willcutt E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3): 490-499. DOI: 10.1007/s13311-012-0135-8.