

Universidades Lusíada

Pinto, Ana Teresa Pereira Castro

A relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em Adultos

<http://hdl.handle.net/11067/7292>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	A desregulação emocional tem vindo a ser estudada e considerada um fator e processo transdiagnóstico que explica a disfunção em várias perturbações (Aldao et al., 2016), pelo que é pertinente o seu estudo também na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Este estudo teve como objetivo principal perceber a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia da PHDA em adultos com diagnóstico. Participaram neste estudo 19 adultos (16 do género femi...
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Necessidades Educativas Especiais - Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção - Adultos, Regulação emocional - Adultos, Teste Psicológico - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - versão reduzida(DERS-VR), Teste psicológico - Escala de Autoavaliação de PDHA para o Adulto (ASRS v1.1), Teste psicológico - Questionário sociodemográfico
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T15:35:13Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre as dificuldades de Regulação Emocional e a severidade da sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em adultos

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2023

Ana Teresa Pereira de Castro Pinto



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre as dificuldades de Regulação Emocional e a severidade da sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção em adultos

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2023

Ana Teresa Pereira de Castro Pinto

Trabalho efectuado sob a orientação do/a
Professora Doutora Sofia Marques



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que estiveram presentes e me apoiaram ao longo deste desafiante percurso acadêmico.

À minha orientadora, Professora Doutora Sofia Marques, pela forma empática, paciente e tão cuidada com que me auxiliou e orientou durante o desenvolvimento da presente investigação. Agradecer pela sua competência profissional, disponibilidade, sugestões e comentários sempre oportunos e pela confiança que depositou em mim.

A todas as pessoas que participaram neste estudo, que disponibilizaram o seu tempo e contribuíram para a realização do mesmo.

Um especial agradecimento à minha mãe, pelo amor incondicional, pela dedicação, por ser um pilar na minha vida e por me proporcionar a oportunidade de realizar o meu sonho profissional, ao Tiago Ferreira pelo apoio incondicional que me deu, pelo companheirismo, pelo suporte fundamental nesta fase da minha vida e pela paciência e à Susana Ferreira, pela grande amizade, pelo apoio infinito, pela ajuda e pelo encorajamento em nunca desistir.

A todos, muito obrigada!

Índice

Resumo	v
Abstract.....	vi
Introdução.....	1
Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	1
Sintomatologia da PHDA da infância até à idade adulta.....	2
Regulação Emocional	6
Desregulação Emocional	8
Relação entre PHDA e dificuldades de Regulação Emocional	9
Metodologia.....	14
Tipo de estudo.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	14
Questionário Sociodemográfico	14
Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (DERS – VR)....	15
Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto – V1.1	15
Procedimentos.....	16
Recolha dos dados	16
Análise dos dados.....	16
Resultados.....	18
Caraterização Sociodemográfica dos Participantes	18
Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	20
Diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional.....	21

Diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional	22
Diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional	23
Discussão de Resultados.....	24
Relação entre dificuldades de regulação emocional e sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	24
Diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional.....	27
Diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional	28
Diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional	29
Limitações do Estudo.....	31
Contribuições para a Prática Clínica.....	32
Conclusão	34
Referências Bibliográficas.....	35

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	18
Tabela 2.....	21
Tabela 3.....	22
Tabela 4.....	23

Resumo

A desregulação emocional tem vindo a ser estudada e considerada um fator e processo transdiagnóstico que explica a disfunção em várias perturbações (Aldao et al., 2016), pelo que é pertinente o seu estudo também na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Este estudo teve como objetivo principal perceber a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia da PHDA em adultos com diagnóstico. Participaram neste estudo 19 adultos (16 do género feminino, 2 do género masculino e 1 não binário), com idades compreendidas entre os 20 e os 48 anos de idade. Foi desenvolvido um questionário *online* através da plataforma *Forms* do Outlook/Office. Foram utilizados três instrumentos na recolha de dados, nomeadamente o questionário sociodemográfico, a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (EDRE-VR; Moreira et al., 2020) e a Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção para o Adulto – V1.1 (ASRS-v1.1; OMS et al., 2003). Os resultados obtidos demonstraram que maior sintomatologia está associada a menor aceitação dos estados emocionais e que quem possui apresentação combinada de PHDA demonstra maiores níveis de falta de clareza emocional, e também maiores níveis de falta de consciência emocional em comparação com a apresentação desatenta. Os resultados sugerem também que quem não tem uma relação de intimidade apresenta maiores níveis de falta de consciência emocional. Verificou-se, também, que quem apresenta um diagnóstico comórbido demonstra maiores níveis de falta de clareza emocional.

Palavras-chave: PHDA, sintomatologia, diagnóstico, regulação emocional, adultos

Abstract

Emotional dysregulation has been studied and considered a transdiagnostic factor and process that explains dysfunction in several disorders (Aldao et al., 2016), so its study is also relevant in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The main objective of this study was to understand the relationship between emotional regulation difficulties and the severity of ADHD symptoms in adults with the diagnosis. Nineteen adults (16 female, 2 male and 1 non-binary), aged between 20 and 48 years old, participated in this study. An online questionnaire was developed using the Outlook/Office Forms platform. Three instruments were used for data collection, namely the sociodemographic questionnaire, the Emotional Regulation Difficulties Scale - reduced version (EDRE-VR; Moreira et al., 2020) and the Adult Self-Rating Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder - V1.1 (ASRS-v1.1; OMS et al., 2003). The results obtained showed that greater symptomatology is associated with less acceptance of emotional states and that those with a combined ADHD presentation show greater levels of lack of emotional clarity, and also greater levels of lack of emotional awareness compared to the inattentive presentation. The results also suggest that those who don't have an intimate relationship show higher levels of lack of emotional awareness. It was also found that those with a comorbid diagnosis show higher levels of lack of emotional clarity.

Keywords: ADHD, symptomatology, diagnosis, emotional regulation, adults

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

APA – American Psychiatric Association

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

RE – Regulação Emocional

DE – Desregulação Emocional

DERS – VR – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – Versão Reduzida

ASRS – V1.1 - Escala de Auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

DRE – Dificuldades de Regulação Emocional

BSI – Beck Symptom Inventory

Introdução

Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

Nos últimos anos, temos assistido a uma evolução no conhecimento dos sintomas que integram a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Com este desenvolvimento, foram sugeridas, ao longo dos anos, diversas definições acerca da mesma.

A PHDA foi pela primeira vez formalmente descrita no DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) em 1980. Desde essa altura que os critérios de diagnóstico se baseiam essencialmente em três manifestações: desatenção, impulsividade e hiperatividade (American Psychiatric Association [APA], 1980). Contudo, foi apenas no DSM-III-R que foram, pela primeira vez, incluídos adultos na definição da PHDA, “Estudos de follow-up de casos indicam que aproximadamente um terço das crianças com PHDA continuam a manifestar alguns sinais da perturbação na idade adulta” (APA, 1987).

À luz do DSM-5, a PHDA deixa de integrar a secção das “Perturbações que aparecem habitualmente na Primeira e na Segunda Infância e na Adolescência” como acontecia no DSM-IV, passando a integrar as “Perturbações do Neurodesenvolvimento”, assumindo-se a etiologia neurobiológica da perturbação e o seu carácter de permanência ao longo da vida (APA, 2014), caracterizada por manifestações persistentes de desatenção e/ou impulsividade/hiperatividade (Sousa, 2017). Esta perturbação é etiologicamente multideterminada, sendo várias as causas apontadas pelas investigações: a) hereditariedade; b) fatores biológicos; c) fatores ambientais e d) fatores psicossociais (Biederman & Faraone, 2005).

Anteriormente, esta perturbação era considerada uma perturbação do desenvolvimento comportamental e era mais diagnosticada em crianças, com a imposição de que os primeiros sintomas aparecessem antes dos sete anos de idade (Panevska, 2015).

Atualmente, a PHDA é considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento altamente prevalente e prejudicial, caracterizada por desatenção persistente, impulsividade e hiperatividade em múltiplos domínios de funcionamento (Pimenta et al. 2021). Do ponto de vista neurocognitivo, a PHDA tem sido associada a défices no controlo cognitivo, aversão à espera, elevada sensibilidade à recompensa e ao tempo. A sua apresentação clínica

diversificada e o perfil neuropsicológico sugerem uma causa heterogênea e multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais (Pimenta et al., 2021).

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é a perturbação de saúde mental mais diagnosticada em crianças em idade escolar (Pheragh, 2020). Crianças com o diagnóstico de PHDA podem ser hiperativas e incapazes de controlar os seus impulsos, pelo que esses comportamentos dificultam as suas interações, quer em ambiente escolar, quer no ambiente familiar (Pheragh, 2020). É mais prevalente no sexo masculino e geralmente é diagnosticado nos primeiros anos da escolaridade formal, quando há uma exigência maior dos níveis de atenção da criança e da necessidade de permanecer sentada em contexto de sala de aula (Pheragh, 2020).

Embora a prevalência da sintomatologia da PHDA em adultos diminua com a idade (APA, 2014), Raga e Cervero (2019) mencionam uma persistência de 40% a 60% na idade adulta (Frank et al., 2018), estimando que entre 2.5% e 5% dos adultos continuem a manifestar a perturbação, pelo que se torna importante o estudo da PHDA em adultos. As pesquisas populacionais sugerem que a PHDA ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2.5% dos adultos (APA, 2014), com comorbilidades associadas (Lara et al., 2009).

De acordo com o DSM-5, as diferenças nas taxas de prevalência da PHDA nas várias regiões parecem ser principalmente atribuíveis a diferentes práticas diagnósticas e metodológicas (APA, 2014). No entanto, podem também existir variações culturais nas atitudes para com ou na interpretação dos comportamentos das crianças. As taxas de identificação clínica nos EUA para as populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que as da população caucasiana. As avaliações de sintomas informativos podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informador, sugerindo que são relevantes na PHDA práticas culturalmente apropriadas (APA, 2014).

Sintomatologia da PHDA da infância até à idade adulta

A tríade sintomatológica presente na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção engloba três clusters de sintomas: a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade. No que diz respeito à desatenção, esta manifesta-se comportamentalmente pela divagação nas tarefas, falta de persistência, havendo dificuldade em ser organizado e em manter a

concentração (APA, 2014). É sabido que a atenção, tal como todas as outras funções executivas, é imprescindível no cumprimento das atividades do nosso quotidiano, contudo, quando tais capacidades ficam, significativamente, comprometidas estamos perante um quadro psicopatológico (Sousa, 2017). A impulsividade, por outro lado, caracteriza-se por agir de forma imatura e inadequada (Kats, 2014), podendo manifestar-se como intrusividade social (e.g., interromper os outros excessivamente) e/ou tomar decisões importantes de forma irrefletida, sem considerar as consequências a longo prazo (e.g., aceitar um trabalho sem a informação adequada) (APA, 2014). Por fim, a hiperatividade é descrita como uma condição caracterizada por excesso de atividade motora, que engloba ações impulsivas em contextos em que não é apropriado ser/estar facilmente distraído (Kats, 2014). Tal comportamento pode incluir dialogar excessivamente, ter dificuldades de concentração, bem como inquietação ou movimentos sucessivos, sendo que nos adultos a hiperatividade é muito menos motora e mais mental (excesso de atividade mental, pensamentos em loop) (Kats, 2014).

A mesma perturbação está associada a uma sobrecarga no funcionamento pessoal e social considerável. Embora seja mais comum na infância, como supramencionado, acarreta riscos que se podem prolongar até à idade adulta, tanto em homens como em mulheres, sendo considerado um problema significativo de saúde pública (Mahone & Denckla, 2017). Segundo Antunes (2019), os números têm vindo a aumentar ao longo dos anos, constituindo-se, por isso, um grande desafio para a sociedade atual e para a comunidade clínica, uma vez que, a sua sintomatologia é comum a outras perturbações do neurodesenvolvimento, o que demonstra a sua complexidade diagnóstica. O reconhecimento e tratamento da PHDA na infância relaciona-se inversamente com os défices ocupacionais da idade adulta. As crianças sem intervenção adequada apresentam uma maior probabilidade de não ter emprego em adultos, estão em maior risco de vir a abusar de álcool e de drogas ilícitas, bem como têm maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de humor comórbida. Tudo isto sublinha a importância de um reconhecimento e tratamento precoces (Halmøy et al., 2009).

As manifestações da PHDA modificam-se ao longo da vida (Antunes et al., 2019). O reconhecimento da PHDA como perturbação psiquiátrica do adulto é relativamente recente, acreditando-se, por isso, que esta é frequentemente não detetada nem tratada (Kessler et al., 2005). A PHDA em adultos geralmente tem uma apresentação clínica mais heterogénea que vai para além dos sintomas motores e desatenção típicos descritos em populações infantis e inclui um espectro mais amplo de desregulação emocional e comprometimento funcional

(Torales et al., 2020). Na idade adulta, a principal alteração é na hiperatividade, que diminui ou começa a apresentar-se como inquietação interna (Bernales & Araneda, 2021). A desatenção e a impulsividade permanecem, o que é evidenciado por uma perda de tolerância à frustração ou impaciência (Bernales & Araneda, 2021). Adultos com PHDA não diagnosticada apresentam taxas mais elevadas de comorbidades psiquiátricas, prévias e atuais (Almeida et al., 2007), um estatuto socioeconómico mais baixo, défices funcionais graves e pior qualidade de vida (Able et al., 2007).

A PHDA sem tratamento adequado pode afetar adversamente o desempenho na escola ou no trabalho (Graaf et al., 2008), diminuir a autoestima e afetar os relacionamentos interpessoais (Murphy et al., 2002). Quanto mais precoce é o aparecimento das manifestações da perturbação, maiores serão os défices funcionais apresentados e, portanto, maior será a sua interferência na idade adulta (Karam et al., 2009).

Deste modo e segundo um estudo realizado por Quintero et al (2011), pessoas com diagnóstico de PHDA têm menor desempenho académico que pessoas sem PHDA, apesar de apresentarem níveis intelectuais equivalentes. Esta constatação é concordante com o que Barkley e colaboradores defendem, que a perturbação não se traduz num problema ao nível do conhecimento que o sujeito detém, mas sim um problema ao nível do seu desempenho (Barkley et al., 2010).

Assim, compreende-se que a PHDA está associada a repercussões e problemas significativos em todas as fases da vida e em vários domínios do funcionamento do sujeito, incluindo o aumento do risco de acidentes, insucesso escolar, perda de emprego, dificuldades na esfera social e relacional, além de maiores taxas de comorbidade psiquiátrica e aumento do risco de morte prematura (Raga & Cervero, 2019).

De acordo com o DSM-5 o diagnóstico da PHDA engloba cinco critérios de diagnóstico, sendo que para o diagnóstico em adultos têm de estar presentes 5 ou mais sintomas. Critério A) define um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2). (1) Desatenção: seis (ou mais) dos sintomas persistiram, pelo menos durante 6 meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e académicas/ocupacionais. (2) Hiperatividade/Impulsividade: seis (ou mais) dos sintomas persistiram, pelo menos durante seis meses num grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto

negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais. Critério B) define que, vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade surgiram antes dos 12 anos de idade; Critério C) define que, vários dos sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, em casa, escola, ou trabalho; com amigos, ou familiares; noutras atividades); Critério D) define se existem provas evidentes de que os sintomas interferem com, ou reduzem, a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional; e Critério E) define que, os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de humor, perturbação de ansiedade, perturbação dissociativa, perturbação de personalidade, intoxicação ou abstinência de substâncias (APA, 2014).

Esta perturbação engloba, também, três apresentações, das quais: A) Apresentação combinada, se estão preenchidos o Critério A1 (desatenção) e Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses; B) Apresentação predominantemente de desatenção, se está preenchido o Critério A1 (desatenção) mas não o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) durante os últimos 6 meses; e C) Apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade, se está preenchido o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) mas não o Critério A1 (desatenção) durante os últimos 6 meses (APA, 2014).

De acordo com a APA (2014), pode ainda especificar-se esta perturbação em A) Remissão parcial, quando os critérios completos foram preenchidos previamente, mas nos últimos 6 meses os critérios não foram completamente preenchidos e os sintomas ainda resultam num défice do funcionamento social, académico ou ocupacional; B) Ligeira, quando estão presentes poucos, se alguns, sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico e os sintomas não resultam em défices mínimos no funcionamento social ou ocupacional; C) Moderada, quando estão presentes sintomas ou défice funcional entre «ligeiro» e «grave»; e D) Grave, quando estão presentes muitos sintomas excedentes em relação aos necessários para efetuar o diagnóstico, ou vários sintomas que são particularmente graves, ou os sintomas resultam num défice marcado do funcionamento social ou ocupacional.

As manifestações da perturbação têm de estar presentes em mais do que um contexto (por exemplo, casa, escola e trabalho). Tipicamente a confirmação de sintomas substanciais

nos vários contextos não consegue ser efetuada sem consultar informadores que tenham observado o indivíduo nesses contextos. Os sintomas variam dependendo do contexto dentro de um dado ambiente. Os sinais da perturbação podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo recebe recompensas frequentes por comportamentos apropriados, se encontra sob supervisão apertada, num contexto novo, se encontra em atividades especialmente interessantes, tem estimulação externa consistente por exemplo, via ecrãs eletrónicos) ou está a interagir em situações de um para um (por exemplo, o gabinete do clínico) (APA, 2014).

Deste modo, como perturbação altamente condicionante (Kessler et al., 2009), é necessário um alerta e esforço da parte dos profissionais de saúde para o seu reconhecimento como um diagnóstico válido em adultos (Goodman DW, 2007) e, desta forma, iniciar precocemente o seu tratamento que é altamente eficaz (Kessler et al., 2006).

Regulação Emocional

A principal função da Regulação Emocional (RE) é moldar os estados emocionais para facilitar o comportamento adaptativo e direcionado a um objetivo numa determinada situação. O modelo mais proeminente da regulação emocional é o modelo modal (Gross, & Thompson 2007) que propõe cinco tipos de estratégias de regulação emocional (Werner & Gross, 2009): (1) tomar medidas para influenciar em qual situação a pessoa será exposta (seleção da situação); (2) mudar aspetos relevantes da situação (modificação da situação); (3) influenciar quais as partes da situação são percebidas e atendidas (desenvolvimento da atenção); (4) alterar a maneira de pensar sobre isso (reavaliação); e (5) modificar diretamente as ações relacionadas à emoção (modulação da resposta).

As emoções são centrais no nosso quotidiano, já que estão presentes em muito daquilo que fazemos. Podemos considerar que as mesmas, estão diretamente relacionadas, por exemplo, com os processos de tomada de decisão em variados domínios, incluindo o contexto do trabalho (Loewenstein & Lerner, 2003). As emoções permitem estabelecer uma interação com os outros (Leahy et al., 2013). Deste modo, o estudo das emoções e do processo pelo qual as regulamos é de grande relevância, já que permite uma maior compreensão do comportamento humano (Loewenstein et al., 2008).

A RE é um aspeto central do funcionamento afetivo dos indivíduos, na medida em que influencia o seu bem-estar, positiva ou negativamente, em função da eficácia com que estes gerem as suas respostas emocionais aos eventos diários (Verzeletti et al., 2016), desempenhando um papel essencial na saúde mental, nas relações sociais e no sucesso académico dos adolescentes (Compas et al., 2017), tratando-se de um processo baseado na gestão das emoções, ligado à capacidade de modelá-las quanto ao tempo de duração e à sua intensidade (Zancan & Habigzang, 2018).

Segundo Antunes et al. (2019, p.264), os adultos com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, têm dificuldade em regular as emoções, pelo que tendem a exprimi-las com muita intensidade ou durante demasiado tempo. Neste sentido, torna-se importante abordar a regulação emocional que, segundo Gratz e Roemer (2004), é a capacidade de manter, aumentar ou diminuir os componentes de uma resposta emocional. Para estes autores, que assumem a natureza funcional das emoções, a regulação emocional é um processo que abrange a consciência e o entender das emoções, incluindo os seus componentes fisiológicos e comportamentais, para além da capacidade de controlar comportamentos impulsivos e de se comportar de forma funcional ao experienciar emoções negativas (Gratz & Roemer, 2004).

A RE não se apresenta como um construto independente das variáveis contextuais e relacionais, estando associadas a outras capacidades, como a capacidade de identificar e compreender as emoções que influenciam o desempenho social, visto que auxiliam o sujeito a interpretar as pistas internas e externas, bem como autorregular as suas emoções e comportamento em função das situações de interações sociais (Lopes et al., 2005).

De acordo com Gratz e Roemer (2004), a conceitualização multidimensional da regulação emocional abarca: (a) a consciência e a compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos desejados e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível, de forma a alcançar objetivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação. No entanto, a ausência de alguma destas competências/capacidades indicará a presença de dificuldades de regulação emocional, isto é, a desregulação emocional (Esperidião-Antonio et al., 2008).

Desregulação Emocional

A Desregulação Emocional (DE) tem recebido atenção empírica substancial devido ao seu papel como mecanismo chave no desenvolvimento e manutenção de condições psicopatológicas (Aldao et al., 2010).

Teorias proeminentes definem a desregulação emocional como respostas mal adaptativas às emoções, que podem incluir consciência e compreensão limitadas de experiências emocionais, evitamento de emoções e dificuldades em regular comportamentos quando angustiados (Gratz & Roemer, 2004), sendo concetualizada como a dificuldade de lidar com as emoções, expressando as mesmas de forma demasiado expressiva ou com uma diminuição excessiva (Leahy et al., 2013).

De acordo com Abbott (2005), este construto, diz respeito ao conjunto de processos de regulação que têm influência no funcionamento adaptativo dos sujeitos, intimamente ligado ao recurso a processo cognitivos, nomeadamente a ruminação, catastrofização e supressão de pensamento (Selby et al., 2006). A supressão de pensamento é dirigida a resultados cognitivos associados a emoções negativas, percecionadas como ameaçadoras e nocivas (Hwang, 2006).

Alguns autores compreendem a desregulação emocional como um construto multidimensional que está associado a diversos défices nos vários domínios de funcionamento do sujeito, nomeadamente: 1) identificação, compreensão e aceitação das emoções; 2) capacidade para implementar comportamentos de forma a concretizar os objetivos e para inibir os comportamentos impulsivos quando são experienciadas emoções negativas; 3) maleabilidade no recurso a estratégias que visam alterações na intensidade e na duração na resposta emocional; 4) aceitação e motivação para experienciar emoções negativas que possam surgir durante o processo de prossecução dos objetivos individuais (Gratz et al., 2006)

Especificamente, estando perante, por exemplo, experiências traumáticas, indivíduos com níveis mais altos de desregulação emocional podem ser mais propensos a apresentar piores sintomas de saúde mental em comparação com aqueles com níveis mais baixos de desregulação emocional, tornando-se um construto particularmente importante de medir em populações que enfrentam alta exposição ao trauma (Pencea et al., 2020).

A perturbação emocional caracteriza-se pela experiência frequente e com elevada intensidade de emoções negativas, resultando numa reação aversiva à experiência emocional que é agravada pela percepção da diminuição do controlo do sujeito, bem como da avaliação negativa da emoção. O indivíduo esforça-se em evitar ou atenuar a experiência emocional, quer seja de forma preventiva ou em reação ao início do estado emocional negativo (Barlow et al., 2014).

Relação entre PHDA e dificuldades de Regulação Emocional

De acordo com Berking e Wupperman (2012), as dificuldades de regulação emocional têm uma elevada prevalência nas diferentes psicopatologias. Sabe-se que estas têm sido descritas como um fator de vulnerabilidade transdiagnóstico que está correlacionada às dificuldades e diferentes psicopatologias ao longo da vida (Sheppes et al., 2015) e problemas de comportamento (Adrian et al., 2009).

No que concerne à relação da regulação emocional na psicopatologia, tem-se verificado que esta desempenha uma função fundamental na associação entre a sintomatologia psicopatológica e os comportamentos desadaptativos (Gratz & Roemer, 2004).

Um dos modelos que remonta a concetualizações anteriores da PHDA, postula que a desregulação emocional é uma característica definidora central da mesma que é tão central para a perturbação quanto a hiperatividade, impulsividade e desatenção (Barkley & Murphy, 2010). Segundo Hirsch et al. (2019) a desregulação emocional é mais frequentemente observada na apresentação combinada da PHDA, com uma carga de sintomas mais elevada e um pior resultado.

De modo a encontrar uma causa para a perturbação, as teorias existentes têm postulado a existência de uma estreita associação entre a PHDA e défices nas funções executivas. Subjacente a estes défices, encontra-se como foco principal a dificuldade no controlo de inibição da resposta, que evoca a regulação emocional, o autocontrolo e a flexibilidade cognitiva (Sonuga-Barke, 2005). O modelo teórico de Barkley apontou a importância da auto-regulação emocional como um sintoma central da PHDA (Barkley, 2010). De acordo com esta abordagem, os défices na regulação emocional são definidos por

três domínios referentes ao controlo do temperamento, labilidade afetiva e super-reatividade emocional.

A desregulação emocional aumentada é uma observação bastante consistente na PHDA ao longo da vida. Uma metanálise recente relatou que a PHDA está fortemente associada à reatividade emocional. Estudos de prevalência em crianças, adolescentes e adultos com PHDA mostram que uma parcela considerável dos mesmos apresenta desregulação emocional elevada (Maldonado et al. 2019). Estudos sobre jovens com PHDA e desregulação emocional relatam taxas que variam de 21% a 66%, com taxas aproximadamente semelhantes observadas para adultos com PHDA (Sobanski et al. 2010).

Vários são os estudos realizados que informam acerca da relação entre a psicopatologia e a desregulação emocional (Coutinho et al., 2010). Numa revisão realizada por Shaw et al. (2014), verificou-se que cerca de 35-70% dos adultos com PHDA apresentam desregulação emocional, independentemente de outras possíveis comorbilidades. Estes mesmos autores concluíram que a desregulação emocional é altamente prevalente na PHDA e que provoca implicações a diferentes níveis, estando associada a défices no reconhecimento e/ou afetação da atenção aos estímulos emocionais (Shaw et al., 2014). No entanto, Pliszka (2000) menciona que a existência de comorbilidade, mais do que frequente, é quase a regra na PHDA no adulto.

Um dos primeiros estudos sobre a PHDA e a RE em adultos comparou pacientes do sexo masculino e feminino (n =39) com um grupo de controlo de gênero e QI correspondentes (n =40) numa tarefa de memória de trabalho emocional (Marx et al., 2011). Em comparação com os indivíduos do grupo de controlo, os pacientes com PHDA mostraram um défice geral de memória de trabalho e maior distração (menor precisão de desempenho). Os sujeitos do grupo de controlo mostraram desempenho de memória de trabalho prejudicado para imagens de fundo negativas altamente excitantes, enquanto pacientes com PHDA demonstraram atenção diminuída e um decréscimo comparável com imagens de baixo estímulo (Marx et al., 2011).

Um grande estudo em 325 adultos com e sem PHDA e com e sem défices de RE não revelou diferenças nas funções executivas para os dois grupos com PHDA (ou seja, PHDA + RE e PHDA apenas). Em comparação com adultos sem PHDA, ambos os grupos com PHDA demonstraram pontuações mais baixas em várias medidas de função executiva,

sugerindo que os défices de RE são independentes de prejuízos neuropsicológicos (Surman et al., 2013).

Hirsch et al., (2019) realizaram dois estudos, onde foram capazes de demonstrar que os défices na RE são uma componente central na PHDA em adultos e que as medidas neuropsicológicas não contribuem significativamente para a formação de subgrupos em adultos com PHDA e défices na RE. No primeiro estudo, além dos sintomas de PHDA, foram avaliados separadamente estados afetivos negativos e positivos e habilidades de RE em adultos com PHDA para testar um modelo que distinguia afeto positivo e negativo, problemas com autoconceito e habilidades de RE como fatores distintos, mas provavelmente correlacionados com sintomas nos domínios de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Chavanon et al., 2018). O estudo foi composto por uma amostra de 213 adultos recém-diagnosticados com PHDA. Um modelo confirmatório de sete fatores foi apoiado nos dados do estudo, levando à conclusão de que os défices na RE são parte integrante da PHDA no adulto. Este estudo contribui para uma compreensão mais aprofundada dos défices relacionados à PHDA no adulto e pode ser usado para uma maior diferenciação de subgrupos dentro desta população. Isto foi examinado com mais detalhes num estudo de acompanhamento aplicando uma abordagem analítica de *cluster* para subtipos de pacientes na presença ou ausência de défices na RE (Hirsch et al., 2019). Foram encontrados dois grupos, com o grupo 2 em contraste com o grupo 1 mostrando altos défices na RE que foram associados a maiores prejuízos na maioria das áreas clínicas: sintomas centrais da PHDA, depressão, sintomas clínicos adicionais e sintomas de perturbações de personalidade (Hirsch et al., 2019).

Além dos sintomas centrais, a regulação emocional contribui independentemente para prejuízos funcionais em pacientes com PHDA (Corbisiero et al., 2013). A esse respeito, vários estudos relataram que a desregulação emocional (incluindo sintomas como baixa tolerância à frustração, irritabilidade, facilidade de experiência emocional negativa e labilidade emocional) é altamente frequente em crianças, adolescentes e adultos com PHDA (Skirrow & Asherson, 2012). Cerca de 70% dos pacientes adultos com PHDA relatam DE ou labilidade emocional (Barkley et al., 2008). Além disso, a DE também existe em pacientes com PHDA que não sofrem de nenhuma outra perturbação mental comórbida (Skirrow & Asherson, 2012). Estes estudos revelam a DE como um componente central da perturbação ou pelo menos como uma característica substancial num subgrupo de pacientes com PHDA (Hirsch et al., 2018). O DSM-5 recomenda considerar a DE como uma característica

associada à PHDA, apoiando o seu diagnóstico (APA, 2014). A visão geral de Shaw et al. (2014) resume o debate de conceptualizar a DE em relação à PHDA, considerando a DE como uma característica central, porém distinta, que se correlaciona com o PHDA.

A regulação emocional tem sido positivamente associada com a proximidade com os outros (Srivastava et al., 2009) e com a intimidade (Tani et al., 2015). Há um crescente reconhecimento da importância das relações interpessoais para a ampliação e reparação de estados emocionais (Diamond e Aspinwall, 2003). Se as tentativas de regulação emocional forem bem sucedidas, os casais tendem a entrar num estado de menor ativação emocional (Wile, 2002). As respostas validantes minimizam a frequência, intensidade e duração das reações emocionais, especialmente as desagradáveis, promovendo mais revelações de estados emocionais que facilitam a experiência de uma emoção e, conseqüentemente, a regulação emocional (Fruzzetti & Shenk, 2008). Quanto maior a dificuldade em regular as emoções, menor a capacidade de utilizar mecanismos regulatórios como a procura de contextos sociais, podendo justificar a menor abertura da díade conjugal aos outros. Assim, a literatura sugere que a regulação emocional está associada com a proximidade com os outros (Srivastava et al., 2009).

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia de PHDA, em adultos com diagnóstico. Este objetivo concretiza-se na seguinte questão de investigação: “Qual a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia atual de PHDA em adultos com diagnóstico?” Assim, formulam-se quatro questões de investigação: (i) existe relação entre as dificuldades de regulação emocional e a severidade da sintomatologia de PHDA? (ii) existem diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional em função do tipo de apresentação de PHDA? (iii) existem diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional em função do indivíduo ter algum diagnóstico em comorbilidade? (iv) existem diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional em função do indivíduo estar ou não envolvido numa relação de intimidade? Em função da revisão da literatura efetuada hipotetiza-se que os indivíduos com maior sintomatologia de PHDA apresentarão maiores dificuldades de regulação emocional, (Cohen et al. 2021) que indivíduos com apresentação combinada de PHDA apresentarão maiores dificuldades de regulação emocional (Hirsch et al., 2019), bem como na presença de comorbilidades os sintomas de desregulação emocional espera-se que sejam mais elevados (Surman et al., 2013) e na ausência de envolvimento numa relação de intimidade também (Pica, 2016).

Este estudo tem dois contributos importantes: (a) permite informar acerca da relação entre dificuldades na regulação emocional e severidade da sintomatologia da PHDA em adultos que, infelizmente, ainda é escassa; e (b) permite informar acerca da existência de diferenças nas dificuldades de regulação emocional em função das diferentes apresentações da PHDA, existência de diagnóstico em comorbilidade e estar ou não envolvido numa relação de intimidade.

Metodologia

Tipo de estudo

Este estudo é um estudo empírico, descritivo, correlacional e de caráter transversal.

Participantes

Os participantes deste estudo foram 19 adultos, com idades a partir dos 18 anos de idade, diagnosticados com PHDA. No que concerne aos critérios de inclusão, estes foram: (a) ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter diagnóstico de PHDA, independentemente da apresentação. Relativamente aos critérios de exclusão, estes foram possuir comorbilidades com outras perturbações do neurodesenvolvimento e/ou outras perturbações neurológicas.

Instrumentos

Para a concretização do presente estudo foi solicitado aos participantes o preenchimento de quatro questionários que se encontram abaixo descritos.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, que teve como objetivo recolher informações acerca dos participantes do estudo, nomeadamente idade, género, escolaridade, estado civil, situação profissional, se está ou não envolvido atualmente numa relação de intimidade, idade em que foi realizado o diagnóstico, qual o tipo de apresentação atual de PHDA, existência de algum diagnóstico adicional em comorbilidade, toma de medicação para a PHDA e qual a regularidade dessa toma, se está a receber ou já recebeu apoio psicoterapêutico, com que regularidade e quando iniciou o mesmo.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (DERS – VR)

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional – versão reduzida (DERS – VR; Moreira et al., 2020), que avalia os níveis de desregulação emocional em seis domínios: (i) a não-aceitação das emoções negativas (não aceitação); (ii) a incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas (objetivos); (iii) a dificuldade em controlar comportamentos impulsivos quando vive uma experiência de emoções negativas (controlo dos impulsos); (iv) a carência de estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas (estratégias); (v) a falta de consciência emocional (consciência) e (vi) a falta de clareza emocional (clareza). O instrumento contém 18 itens (e.g., item 2. Costumo prestar atenção àquilo que estou a sentir) aferidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 – Quase nunca se aplica a mim; 5- Aplica-se quase sempre a mim). Segundo Hallion et al. (2018), a DERS – SF apresenta um valor de alfa de *cronbach* de 0.89 e as suas subescalas apresentam os seguintes valores: $\alpha=.75$ (consciência), $\alpha=.81$ (clareza), $\alpha=.87$ (objetivos), $\alpha=.89$ (controlo de impulsos), $\alpha=.87$ (não-aceitação) e $\alpha=.83$ (estratégias). O valor de alfa de *cronbach* para a amostra em estudo é de .824.

Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto – V1.1

A Escala de auto-avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção para o Adulto – V1.1 (ASRS-V1.1; OMS et al., 2003) tem como objetivo avaliar os sintomas da PHDA na população adulta. Este instrumento é um questionário de autorrelato de 18 itens e é constituído por duas partes, Parte A e Parte B. A Parte A contém 6 itens (e.g., item 1. Com que frequência sente dificuldade em finalizar os detalhes de um projeto, após terminar as partes mais desafiantes?) que são mais preditivos da PHDA e são considerados os mais indicados para a triagem. A Parte B contém 12 itens (e.g., item 7. Com que frequência comete erros por descuido, quando tem de trabalhar num projeto aborrecido ou difícil?) baseados nos critérios do DSM-IV, que fornecem informações adicionais sobre os sintomas do paciente. Entre o DSM-IV e a versão do DSM 5 não aconteceram mudanças relativamente aos 18 sintomas avaliados para o diagnóstico, e por isso esta foi a escala selecionada para a avaliação dos sintomas atendendo a que não existem outras validadas para a população

portuguesa. A Escala apresenta alta consistência interna ($\alpha=.88$) e validade concorrente ($r=.84$) (Adler et al., 2006). O valor de alfa de *cronbach* para a amostra em estudo é de .859.

Procedimentos

Recolha dos dados

O presente projeto de investigação foi primeiramente submetido à Comissão de Ética da Universidade Lusíada Norte-Porto, onde a recolha da amostra foi iniciada após o seu parecer favorável. Foram solicitadas aos autores todas as versões portuguesas dos instrumentos bem como a autorização para as mesmas serem utilizadas.

Foi elaborado o consentimento informado para os participantes do estudo, sendo que, só com a sua autorização, é que os mesmos puderam avançar e responder aos questionários.

A recolha de dados decorreu *online*, em que os voluntários receberam um *link* de acesso aos questionários assim como uma breve informação acerca do estudo. Os participantes tiveram, assim, acesso ao objetivo do estudo e critérios de participação. A confidencialidade dos dados foi salvaguardada e os participantes apenas conseguiram iniciar o preenchimento dos questionários após consentirem participar no mesmo. A participação foi de carácter voluntário, podendo os participantes desistir a qualquer momento, bastando para isso sair do questionário. Não foi oferecida qualquer recompensa ou gratificação. Foi disponibilizado um *e-mail* da investigadora responsável pelo estudo, para o caso de os participantes apresentarem dúvidas antes, durante e após o preenchimento dos questionários. O preenchimento durou cerca de 15 a 20 minutos. O *link* foi fornecido a clínicos que trabalham diretamente com esta população e com quem se estabeleceu uma parceria de colaboração, para que o estudo fosse divulgado juntos dos seus pacientes com este diagnóstico e sem outras perturbações de neurodesenvolvimento em comorbilidade.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27.0 (SPSS 27.0). Primeiramente efetuou-se uma análise descritiva dos dados de forma a caracterizar os participantes do estudo. Posteriormente, verificou-se se as variáveis em estudo (i.e., regulação emocional e sintomatologia da PHDA) cumpriam o

pressuposto da normalidade, recorrendo para isso ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. O resultado do teste indicou que as variáveis violavam o pressuposto da normalidade, pelo que foram utilizados testes não paramétricos nas análises seguintes. Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (U) de modo a perceber se existiam diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional em função da presença ou ausência de uma relação de intimidade, da presença ou ausência de diagnóstico comórbido e também se existiam diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA.

Posteriormente, foram realizadas análises correlacionais, utilizando-se para isso o Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s), para averiguar a relação entre a severidade de sintomatologia de PHDA e as dificuldades de regulação emocional.

Resultados

Caraterização Sociodemográfica dos Participantes

Participaram neste estudo 19 adultos (16 do género feminino, 2 do género masculino e 1 não binário), com idades compreendidas entre os 20 e os 48 anos de idade ($M= 35.21$; $DP=8.50$). Entre os adultos que constituíram a amostra, a maioria eram licenciados (52.6%), estavam a trabalhar (73.7%) e eram solteiros (57.9%). A restante caraterização encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica dos Participantes

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Género		
Feminino	16	84.2
Masculino	2	10.5
Não binário	1	5.3
Escolaridade		
Secundário	2	10.5
Licenciatura	10	52.6
Mestrado	7	36.8
Estado Civil		
Casado/União de facto	7	36.8
Solteiro	11	57.9
Divorciado	1	5.3
Situação profissional		
Desempregado	1	5.3
Trabalhador	14	73.7
Estudante	3	15.8
Trabalhador/Estudante	1	5.3
Relação de intimidade amorosa atualmente		
Sim	9	47.4
Não	10	52.6
Idade em que foi diagnosticada a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção		
10	1	5.3

Variáveis Sociodemográficas	N	%
18	1	5.3
21	1	5.3
23	1	5.3
26	2	10.5
30	1	5.3
33	2	10.5
35	1	5.3
36	1	5.3
39	3	15.8
42	2	10.5
46	2	10.5
Tipo de apresentação diagnosticada		
Apresentação Combinada	11	57.9
Apresentação Desatenta	7	36.8
<i>Missing</i>	1	5.3
Diagnóstico adicional em comorbilidade		
Sim	7	36.8
Não	12	63.2
Diagnóstico comórbido		
Ansiedade	2	10.5
<i>Burnout</i>	1	5.3
Depressão	1	5.3
Depressão, Ansiedade	1	5.3
Depressão, Ansiedade, POC	1	5.3
<i>Missing</i>	12	63.2
Toma de medicação		
Sim	14	73.7
Não	4	21.1
<i>Missing</i>	1	5.3
Regularidade da toma		
Uso diário	11	57.9
Uso diário, exceto ao fim de semana	3	15.8
<i>Missing</i>	5	26.3
Apoio psicoterapêutico atualmente		
Sim	18	94.7
Não	1	5.3

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Regularidade do apoio psicoterapêutico		
Semanal	8	42.1
Quinzenal	9	47.4
Pontualmente	1	5.3
<i>Missing</i>	1	5.3
Início do apoio psicoterapêutico		
1 mês	2	10.5
3 meses	2	10.5
4 meses	3	15.8
5 meses	2	10.5
6 meses	1	5.3
7 meses	2	10.5
8 meses	1	5.3
12 meses	2	10.5
17 meses	1	5.3
19 meses	1	5.3
4 anos	1	5.3
25 anos	1	5.3
Tempo que recebeu apoio psicoterapêutico no passado		
16 anos	1	5.3
4 anos	1	5.3
Sem apoio no passado	17	89.5

Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

De modo a estudar a relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção foram efetuadas análises correlacionais, recorrendo ao Coeficiente de Spearman (r_s). Através das análises realizadas foi possível verificar que a sintomatologia de PHDA se encontra positivamente correlacionada com as dificuldades de regulação emocional, nomeadamente ao nível da não aceitação ($r_s = .438$, $p = .061$), pelo que maior sintomatologia está associada a menor aceitação dos estados emocionais.

Diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional

De modo a perceber se existiam diferenças nas dificuldades de regulação emocional entre indivíduos que têm atualmente uma relação de intimidade e os que não têm, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney (U). Como observável na Tabela 2, os resultados mostram que estamos perante diferenças de médias significativas ao nível da consciência emocional entre os participantes que têm e os que não têm uma relação de intimidade amorosa, em que quem não tem uma relação de intimidade apresenta maiores níveis de falta de consciência emocional, $U = 20.50$, $p = .04$.

Tabela 2

Diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional

	Presença de uma relação de intimidade (n=9) Posto médio	Ausência de uma relação de intimidade (n=10) Posto médio	U
Consciência	7.28	12.45	20.50*
Clareza	8.11	11.70	28.00
Objetivos	8.89	11.00	35.00
Impulsos	10.61	9.45	39.50
Não aceitação	8.22	11.60	29.00
Estratégias	9.00	10.90	36.00
Total - DRE	9.22	10.70	38.00

* $p < .05$

Diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional

De modo a perceber se existiam diferenças nas dificuldades de regulação emocional entre ter ou não um diagnóstico comórbido, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney (U). Como observável na Tabela 3, os resultados mostram que estamos perante diferenças de médias significativas ao nível da clareza emocional, entre os participantes que têm diagnóstico comórbido e os que não têm, sendo que quem apresenta um diagnóstico comórbido demonstra maior falta de clareza emocional, $U = 19.0$, $p = .049$.

Tabela 3

Diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional

	Presença de diagnóstico comórbido (n=7) Posto Médio	Ausência de diagnóstico comórbido (n=12) Posto Médio	U
Consciência	11.21	9.29	33.50
Clareza	13.3	8.08	19.00*
Objetivos	9.29	10.42	37.00
Impulsos	8.00	11.17	28.00
Não aceitação	9.64	10.21	39.50
Estratégias	7.79	11.29	26.50
Total - DRE	9.14	10.50	36.00

* $p < .05$

Diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional

De modo a perceber se existiam diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional entre os tipos de apresentação de PHDA, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney (U). Como observável na Tabela 4, os resultados mostram que estamos perante diferenças de médias significativas ao nível das dificuldades de regulação emocional entre o tipo de apresentação de PHDA (apresentação desatenta *versus* apresentação combinada), nomeadamente ao nível da clareza e da consciência emocional. Verificou-se que quem possui apresentação combinada demonstra maior falta de clareza emocional, $U = 11.00$, $p = .012$ e também se pode observar que quem possui apresentação combinada demonstra maior falta de consciência emocional, $U = 17.00$, $p = .049$.

Tabela 4

Diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional

	Apresentação combinada (n=11) Posto Médio	Apresentação desatenta (n=7) Posto Médio	U
Consciência	11.45	6.43	17.00*
Clareza	12.00	5.57	11.00*
Objetivos	8.91	10.43	32.00
Impulsos	9.32	9.79	36.50
Não aceitação	10.14	8.50	31.50
Estratégias	7.82	12.14	20.00
Total - DRE	9.36	9.71	37.00

* $p < .05$

Discussão de Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, em adultos. Ao longo da pesquisa bibliográfica foi possível perceber a existência de alguns estudos acerca da temática desenvolvida neste trabalho percebendo, assim, a existência de associações significativas entre as duas variáveis supramencionadas.

De modo global, o nosso estudo permitiu verificar que (i) existem diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional; (ii) existem diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional; (iii) existem diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional; e (iv) existe uma associação entre as dificuldades de regulação emocional e sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção.

Relação entre dificuldades de regulação emocional e sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

As análises realizadas indicam que a sintomatologia de PHDA, em termos de gravidade/quantidade de sintomas, se encontra positivamente correlacionada com as dificuldades de regulação emocional, nomeadamente ao nível da não aceitação das emoções. Assim, podemos compreender que maior sintomatologia está associada a menor aceitação dos estados emocionais.

Há muito se reconhece que a desregulação emocional é comum em indivíduos com perturbações de neurodesenvolvimento, incluindo a Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção. De facto, no conceito inicial da PHDA como reflexo de "danos cerebrais mínimos", a desregulação emocional foi colocada acima da desatenção entre os sintomas principais (Clements, 1966). Num estudo realizado por Corbisiero (2016), verificou-se que os principais sintomas da PHDA afetam as dificuldades da regulação emocional.

A DE parece estar associada à PHDA em adultos (Biederman et al., 2012). Todas as análises realizadas no estudo de Corbisiero (2016) foram significativas e indicaram

correlações moderadas. Desta forma, percebe-se que a relação entre DE e os sintomas centrais da PHDA existe. Segundo Stieglitz e Rosler (2011), a DE está correlacionada com todos os domínios centrais da PHDA. A DE também parece afetar a gravidade e a complexidade da sintomatologia de PHDA (Surman et al., 2013).

A proeminência da DE em adultos com PHDA no estudo de Biderman et al. (2020) acrescenta, à literatura existente, a inclusão da DE como dimensão central na PHDA, sendo, a mesma, altamente prevalente em adultos com esta perturbação (Barkley & Fischer, 2010). Conceitos anteriores da PHDA em adultos incluíam a desregulação emocional como uma característica definidora da perturbação, sendo que atualmente é considerado apenas um sintoma associado (Wender et al., 1981). Isso foi apoiado até certo ponto por estudos clínicos recentes que relatam que a desregulação emocional prejudicava entre 34-70% dos adultos com PHDA (Surman et al., 2013). Este construto foi sugerido como um sintoma central adicional e específico da PHDA ou, pelo menos, de uma apresentação de PHDA, com o qual certas dimensões da DE estão exclusivamente associadas (e.g., controlo do temperamento, labilidade afetiva, reatividade, impulsividade emocional e autorregulação) (Reimherr et al., 2020). Esta perspetiva é suportada pela alta prevalência de DE na PHDA, independentemente da existência de comorbidades (Corbisiero et al., 2016). Além disso, este construto está associado à gravidade dos sintomas de PHDA, verificando-se uma resposta à intervenção farmacológica e psicoterapêutica em adultos, ao nível da desregulação emocional que é semelhante à resposta ao nível dos sintomas centrais da PHDA (Reimherr et al., 2010). A presença de DE na PHDA está associada a múltiplas problemáticas funcionais (e.g., participação social, estado civil, condução, gestão de dinheiro e detenções) (Cohen et al., 2021) em vários domínios (e.g., família, amigos, local de trabalho) (Skirrow e Asherson, 2013).

Num estudo realizado por Cohen et al. (2021), verificou-se que adultos com PHDA são duas vezes mais propensos a sofrer de DE. Este mesmo estudo fornece novas descobertas sobre a probabilidade de adultos com PHDA possuírem DE (Cohen et al., 2021). Um estudo recente realizado numa amostra clínica de adultos com PHDA (de 18 a 75 anos) demonstrou uma prevalência semelhante de DE (75,5%) (Corbisiero et al., 2016), como foi encontrado no estudo supramencionado.

Até agora, estudos sobre adultos com PHDA focaram-se principalmente no impacto adverso que a DE tem nas problemáticas funcionais desta perturbação, que vai muito além

dos sintomas da mesma (Surman et al., 2013). O papel moderador significativo de DE representa a contribuição conjunta de aspetos de DE, múltiplas emoções, cognições e comportamentos que ficam prejudicados em adultos com PHDA (Cohen et al., 2021). Outros estudos transversais têm comparado adultos com remissão de PHDA desde a infância com aqueles que não tiveram. A este respeito, Barkley e Fischer (2010) fizeram essa comparação e perceberam que 55 dos adultos com PHDA apresentaram taxas mais altas de desregulação emocional (42-72%) do que 80 dos adultos com remissão da PHDA (23-45%). Deste modo, parece que à medida que os sintomas da PHDA melhoram, a regulação emocional também pode melhorar (Shaw et al., 2014).

Observações clínicas sugerem que os adultos têm défices mais diversos do que as crianças com Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção. Estes parecem englobar dificuldades na emocionalidade, autoconceito e regulação emocional em particular, juntamente com os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade para pacientes adultos. (Hirsch et al., 2018). Flutuações emocionais, irritabilidade e desregulação são frequentemente observados em adultos com PHDA (Biederman et al., 2012). Shaw et al. (2014) concluíram numa revisão abrangente que 34 a 70% dos adultos com PHDA têm défices evidentes na regulação emocional.

Estudos sobre desregulação emocional em adultos com PHDA demonstram exemplos de que pacientes com esta mesma perturbação eram menos capazes de regular e controlar as emoções do que os indivíduos dos grupos de controlo, e que esses défices influenciam a qualidade de vida de forma mais negativa do que os sintomas centrais da PHDA isoladamente (Matthies & Philipsen, 2014). Barkley e Murphy (2010) argumentaram que a desregulação emocional contribui significativamente para o comprometimento em vários domínios da vida dos pacientes com PHDA, como o nível de funcionamento psicossocial, direção de risco, delinquência e habilidades parentais mais pobres. Os mesmos autores afirmam que os principais sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade na PHDA no adulto decorrem de um défice na regulação emocional.

Num estudo de Hirsch et al. (2018) o padrão de resultados sugere que o afeto especialmente negativo e a falha em aplicar a emoção adaptativa são indicativas na PHDA em adultos. Esses resultados vão de acordo com os descritos por Matthies e Philipsen (2014) onde perceberam maior afeto negativo e emoção mais pobre nas habilidades de regulação emocional em adultos com PHDA.

Surman et al. (2014) identificaram uma associação robusta entre a desregulação emocional e a PHDA numa amostra de adultos, sugerindo a associação entre estes dois constructos e que o DE é um alvo importante para o tratamento em adultos com PHDA. Os mesmos autores sugeriram, também, que a DE pode ser um aspeto importante do quadro clínico da PHDA que é importante identificar e remediar.

Diferenças entre presença ou ausência de uma relação de intimidade amorosa ao nível das dificuldades de regulação emocional

No que concerne à presença ou ausência de uma relação de intimidade, foi possível perceber que quem não tem uma relação de intimidade apresenta maiores níveis de desregulação emocional, nomeadamente ao nível da falta de consciência emocional. A este respeito, num estudo realizado por Pica (2016) verificou-se que valores mais elevados de dificuldade na regulação emocional correspondem a valores mais baixos de relação de intimidade, isto é, ausência de uma relação de intimidade, o que corrobora os nossos resultados.

A regulação emocional tem sido positivamente associada com a intimidade (Tani et al., 2015). A mesma nem sempre é apenas um processo individual: muitas vezes pode ser influenciada por outros (Butler & Randall, 2013). Um indivíduo pode iniciar contacto social de modo a regular a sua experiência e pode tentar regular a emoção de outra pessoa (Zaki & Williams, 2013). Os indivíduos recorrem ao apoio de outras pessoas como um recurso para atenuar o *stress* (Uchino et al., 1996) e intensificar o afeto positivo (Gable & Reis, 2010), daí que no presente estudo se tenha verificado que os participantes que não se encontram numa relação de intimidade (solteiros) apresentam maiores dificuldades de regulação emocional. Assim, e de modo a fazer face a estas dificuldades, poderiam beneficiar da presença de outros indivíduos e partilhar, com os mesmos, diferentes estados emocionais (Rimé, 2009) para regular as suas emoções. Desta forma é perceptível o importante contributo dos contextos interpessoais na regulação emocional do indivíduo (Zaki & Williams, 2013), principalmente as relações de intimidade que fornecem um contexto para a regulação do bem-estar físico e emocional (Cacioppo, 1994).

Por outro lado, quando existem dificuldades em regular as emoções, os indivíduos tendem a exibir respostas emocionais desadaptativas em contextos sociais e interpessoais

(Gratz & Roemer, 2004), que podem causar dificuldades significativas nas interações interpessoais (Cicchetti et al., 1995). Segundo o modelo de Gratz e Roemer (2004), as dificuldades na regulação emocional afetam negativamente as relações de intimidade. No que concerne às dificuldades de regulação emocional, Abbott (2005) menciona que a dificuldade em controlar os impulsos e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional adaptativas predizem uma relação de intimidade pobre. Por sua vez, Tani et al. (2015) referem que a falta de clareza emocional, a falta de consciência emocional e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional adaptativas relacionam-se negativamente com a qualidade da relação de intimidade, resultados também encontrados no nosso estudo, no que concerne à falta de consciência emocional.

O resultado encontrado neste estudo parece indicar que ao não manter uma relação de intimidade, o indivíduo estará a impedir um contexto potencialmente facilitador da sua regulação emocional, aumentando o grau de dificuldade na regulação das suas emoções (Pica, 2016). E o inverso também parece ser plausível, que quanto maior a dificuldade em regular as emoções, menor é a abertura a relações de intimidade e maior dificuldade na sua manutenção.

Diferenças entre presença ou ausência de diagnóstico comórbido ao nível das dificuldades de regulação emocional

Relativamente à presença ou ausência de diagnóstico comórbido, foi possível perceber que quem apresenta um diagnóstico comórbido demonstra maiores níveis de dificuldade de regulação emocional, nomeadamente falta de clareza emocional. No presente estudo os indivíduos apresentam como diagnóstico comórbido: ansiedade, depressão, *burnout* e POC.

A existência de comorbilidade, mais do que frequente, é quase a regra na PHDA no adulto. Segundo Timothy et al. (2009) adultos com a apresentação combinada tinham relativamente mais comorbidades psiquiátricas em comparação com aqueles com a apresentação desatenta. Cerca de 75% dos adultos com PHDA apresenta comorbilidade com, pelo menos, uma segunda perturbação psiquiátrica e cerca de 30% de comorbilidade com duas ou mais perturbações. Entre estas, as mais frequentemente comórbidas com a PHDA são as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor, as perturbações por uso de substâncias e as perturbações da personalidade. O diagnóstico diferencial destas

perturbações e a sua caracterização (e.g., altura de aparecimento, duração, evolução, intensidade) são determinantes, não só para a caracterização da perturbação, como para o estabelecimento de prioridades e elaboração do plano terapêutico (Pliszka, 2000).

Segundo Seymour et al. (2014), a desregulação emocional parece colocar a população com diagnóstico de PHDA mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas comórbidos, nomeadamente sintomas depressivos e ansiosos. A este respeito, Bodalski et al. (2018) referem que os sintomas de ansiedade são prevalentes em adultos com PHDA e são percebidos por alguns investigadores como um fator inerente à perturbação. Por sua vez, Jarrett (2016) menciona que a PHDA comórbida com a Perturbação de Ansiedade está associada a maiores dificuldades de regulação emocional do que as mesmas isoladamente, ou seja, ter PHDA com desregulação emocional aumenta o risco de desenvolver comorbilidades, e para além disso quando a PHDA é acompanhada de comorbilidades há mais sintomas de desregulação emocional.

De acordo com um estudo desenvolvido por Surman et al. (2013) na amostra geral (indivíduos com PHDA e sem PHDA), as comorbilidades presentes foram associadas a pontuações totais mais altas da escala de DE. Assim, e como a amostra apresentou altas taxas de comorbilidade, é adequado identificar a contribuição da comorbilidade para a DE em adultos com PHDA (Surman et al. 2013). Embora as perturbações comórbidas não possam ter explicado totalmente os sintomas de DE entre adultos com PHDA, muitas destas perturbações foram associados à DE.

Diferenças entre a apresentação combinada e desatenta de PHDA ao nível das dificuldades de regulação emocional

No que respeita à apresentação combinada e desatenta de PHDA, foi possível perceber que quem possui apresentação combinada demonstra maior falta de clareza emocional. Foi também, possível perceber que quem possui apresentação combinada demonstra maior de falta de consciência emocional. De acordo com Vidal et al. (2014), os sintomas emocionais são mais prevalentes na apresentação combinada da PHDA em comparação com outras apresentações, resultado visível também no nosso estudo, e a sua gravidade aumenta com a gravidade de outros sintomas da perturbação.

Biederman et al. (2012) e Surman et al. (2013) relataram que a emotividade na PHDA mostra um padrão genético, e Merwood et al. (2014) apresentaram dados genéticos que relacionavam hiperatividade, impulsividade, desatenção e desregulação emocional. Asherson (2013) descreveu a melhoria de sintomas emocionais em paralelo com os sintomas convencionais da PHDA de desatenção, hiperatividade e impulsividade durante o tratamento.

Em relação às apresentações de PHDA, investigações anteriores relatam que a apresentação predominantemente combinada é aquela com pontuações mais elevadas na DE em adultos (Reimherr et al., 2005). O mesmo resultado foi encontrado por Vidal et al. (2014) num estudo cuja amostra incluía indivíduos com PHDA, dos quais 57,2% dos pacientes tinham apresentação predominantemente combinada, 36,3% tinham apresentação predominantemente desatenta e 6,45% tinham apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade, demonstrando que existe uma associação significativa entre as apresentações de PHDA e a DE, sendo que os indivíduos que têm apresentação combinada tinham valores mais elevados de DE (Vidal et al., 2014). Um estudo encontrou uma relação entre DE e sintomas de hiperatividade-impulsividade em adultos (Skirrow & Asherson, 2013).

Segundo Shaw et al. (2014) uma das formas de avaliar o recrutamento de recursos regulatórios é considerar a própria alocação da atenção aos estímulos emocionais. Assim como a regulação emocional requer a capacidade de recrutar respostas autonómicas, ela também depende da capacidade de direcionar a atenção para ou longe de estímulos emocionais, de modo a manter a homeostase emocional ou manter o foco num objetivo (Gross, 1998). Essa capacidade pode ser avaliada incorporando uma dimensão afetiva numa dimensão cognitiva (Shaw et al., 2014).

A desregulação emocional é vista como uma expressão dos mesmos défices neurocognitivos que sustentam outros sintomas da PHDA (Shaw et al., 2014), pelo que esta pode surgir de défices a vários níveis. No nível mais básico, existem anomalias na orientação para estímulos emocionais e avaliação de recompensas. Isso combina-se com falhas nos processos psicológicos *bottom-up*, como a alocação de atenção a estímulos emocionais. Enquanto isso, défices nos processos cognitivos, incluindo memória de trabalho e inibição da resposta, podem contribuir para a desregulação emocional (Shaw et al., 2014). De acordo com Shaw et al. (2014), o equilíbrio exato dos sintomas decorrentes da PHDA e da

desregulação emocional num indivíduo pode depender do grau em que cada rede ou nível neural está comprometido. Os autores sugerem que a disfunção no *cortical nexus* entre cognição e emoção (o córtex pré-frontal medial e ventrolateral) está fortemente associada a sintomas de PHDA e desregulação emocional (Shaw et al., 2014). A persistência da PHDA para a idade adulta está fortemente relacionada com as apresentações combinada e desatenta (Kessler et al., 2005). Por outro lado, a apresentação hiperativo-impulsivo é a que apresenta menor persistência na idade adulta (Lara et al., 2009). Mais de 90% dos adultos com PHDA apresentam manifestações de desatenção, compatível com as apresentações combinada e desatenta (Wilens et al., 2009). Até ao momento, quase todas as pesquisas sobre diferenças das apresentações da PHDA foram realizadas em crianças (McGough et al., 2005) e existem poucos estudos que examinam as diferenças entre as mesmas em adultos com PHDA (Sprafkin et al., 2007).

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações.

Primeiramente, enfatizar, como fator limitador, o número reduzido da amostra. Estudos futuros deverão replicar esta investigação com um número maior de participantes, por forma a ter análises mais robustas que possam confirmar os resultados obtidos, e também conduzir análises que permitam controlar o efeito de variáveis confundidoras, como o nível de sintomatologia psicopatológica medida, por exemplo, pelo BSI (Beck Symptom Inventory).

Destaca-se o possível viés nas respostas dos participantes, uma vez que os dados recolhidos foram todos de autorrelato e, portanto, estão sujeitos ao mesmo. Outra limitação passa pelo facto de os dados utilizados na presente investigação terem sido recolhidos somente no distrito do Porto e Lisboa, o que causa, conseqüentemente, um viés naquilo que é a representatividade geográfica da amostra. Posteriormente, em estudos futuros deverão incluir na amostra adultos de todos os distritos do país.

Sugere-se que em futuros estudos, por forma a obter uma avaliação mais enriquecedora e completa, se poderá fazer recurso a outros informadores (como

companheiros/cônjuges e pares) e a outros métodos de avaliação (como por exemplo, entrevista clínica) com o objetivo de interligar as diversas informações resultantes.

Contribuições para a Prática Clínica

Os resultados do presente estudo enfatizam a importância de intervir com a população adulta e, sobretudo, minorar o impacto dos sintomas da PHDA na vivência emocional destes indivíduos. Os resultados apontam para a necessidade dos profissionais que intervêm junto destes indivíduos atenderem a fatores de risco e de manutenção para a desregulação emocional no desenho da sua intervenção, tais como: não estar envolvido numa relação de intimidade, apresentar diagnósticos comórbidos e enquadrar-se no tipo de apresentação combinada.

O objetivo deste estudo é, portanto, expandir as descobertas sobre a gravidade da sintomatologia da PHDA, por meio de autorrelato, com as da regulação emocional de modo a determinar se os sintomas centrais da perturbação se relacionam com défices na regulação emocional em adultos com esta perturbação. Assim, um estudo ao longo do tempo da regulação emocional e das estratégias a desenvolver podem fornecer mais informações sobre os défices que levam à desregulação emocional em adultos com PHDA, o que, por sua vez, informaria intervenções personalizadas para melhorar as capacidades de pessoas com PHDA. Por exemplo, se a consciência emocional é uma estratégia deficitária, intervenções baseadas em *mindfulness* podem ser adequadas para melhorar a sensibilidade às emoções dos pacientes (Hirsch et al., 2018).

A DE está fortemente associada a menor qualidade de vida avaliada, sugerindo que tais sintomas são um importante foco de intervenção clínica e há evidência preliminar de que a DE pode responder ao tratamento com atomoxetina (Reimherr et al. 2005) e metilfenidato (Reimherr et al. 2007) farmacoterapias administradas a adultos com PHDA, sugerindo que intervenções para DE podem ser desenvolvidas.

Do ponto de vista da intervenção, os sintomas emocionais comumente geram conflitos interpessoais, (Barkley, 2010) sendo uma das razões para procurar tratamento. No entanto, os sintomas de PHDA geralmente assemelham-se aos de outras perturbações psiquiátricas (Searight et al., 2000). Um adulto com PHDA pode inicialmente procurar um psicólogo para tratar depressão e, ao se concentrar no humor, a desatenção associada à PHDA pode ser negligenciada (Montano, 2004). Os psicólogos precisam, assim, de confiar no

juízo clínico para diferenciar as dificuldades associadas à PHDA daquelas associadas à Perturbação de Ansiedade Generalizada ou às variações de humor e mania da Perturbação Bipolar (Searight et al., 2000). Portanto, diferenciar os sintomas da PHDA de outras perturbações cria um dilema de diagnóstico desafiador que é enfrentado apenas com descrições completas dos sintomas e das circunstâncias (Adler & Cohen, 2004), pelo que considerar a desregulação emocional como um sintoma chave no quadro de PHDA pode ser fundamental para uma correta identificação deste quadro nosológico.

Conclusão

Défices na regulação emocional são evidentes em cerca de 34-70% dos adultos com PHDA (Shaw et al. 2014) e acarretam problemas de saúde mental e desfechos psicossociais desfavoráveis a médio e longo prazos (Anastopoulos et al., 2011).

Deste modo, apesar de existirem alguns estudos sobre a PHDA e as dificuldades de regulação emocional em adultos, a abundância surge em investigações com crianças e adolescentes com esta perturbação, sendo por isso, relevante continuar a estudar mais afinadamente como é que esta perturbação se manifesta na idade adulta e que complicações acarreta para a vida do indivíduo com este diagnóstico. Fundamental, será também promover a consciencialização dos sintomas da PHDA na idade adulta, que apesar de, diminuírem com a idade, podem apresentar sintomas funcionalmente prejudiciais (Manos, 2010).

Por fim, este estudo apresenta dois contributos de relevo, particularmente a compreensão da relação e o impacto que as dificuldades na regulação emocional têm na severidade da sintomatologia da PHDA em adultos e, também, permitiu informar acerca da existência de diferenças nas dificuldades de regulação emocional em função de três variáveis: relação de intimidade, diagnóstico comórbido e tipo de apresentação de PHDA.

Referências Bibliográficas

- Able, S.L., Johnston, J.A., Adler, L.A., & Swindle, R.W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med*, 37 (1), 97-107. [doi: 10.1017/S0033291706008713](https://doi.org/10.1017/S0033291706008713)
- Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress* (Doctoral dissertation). Texas A&M University, Texas, USA.
- Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 187–201.
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., Homan, K. & Sim, L. (2009). Social contextual links to emotion regulation in an adolescent psychiatry inpatient population: Do gender and symptomatology matter ? *Child Psychology and Psychiatry*, 50 (11), 1428-1436.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Almeida Montes, L.G., Hernández García, A.O., & Ricardo-Garcell, J. (2007). ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *J Atten Disord*, 11(2), 150-6. [doi/10.1177/1087054707304428](https://doi.org/10.1177/1087054707304428)
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª edição). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (Third Edition). *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association [APA]. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R (Third Edition, review). *American Psychiatric Association*.
- Anastopoulos, A. D., Smith, T., Morrissey-Kane, E., Schatz, N., Sommer, J., Kollins, S. & Ashley-Koch, A. (2011). Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *Journal of Attention Disorders* 15, 583–592.
- Asherson, P. (2013). Treatment effects on mood instability in adult ADHD. *Eur Psychiatry*, 28.

- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother*, 5 (4) 525-539.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). Adult ADHD: What the science says. *New York: Guilford*.
- Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with ADHD: The relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1. 5–28.
- Barkley, R.A. & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49 (5) 503–13.
- Barkley, R.A. (2010). Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J ADHD Relat Disord*, 1-30.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>.
- Barsade, S. G., & Gibson, D. E. (2007). Why Does Affect Matter in Organizations? *Academy of Management Perspectives*, 21, 36–59.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>.
- Biederman, J., DiSalvo, M., Woodworth, K.Y., Fried, R., Uchida, M. & Biederman, I. (2020). Toward operationalizing deficient emotional self-regulation in newly referred adults with ADHD: a receiver operator characteristic curve analysis. *Eur Psychiatry*, 63 (1).
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Doyle, A., Spencer, T., Seidman, L., Gross, L., Poetzl, K., & Faraone, S. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: A prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity

- disorder: *A family risk analysis*. *Psychological Medicine*, 42, 639–646.
[doi:10.1017/S0033291711001644](https://doi.org/10.1017/S0033291711001644)
- Bodalski, E., Knouse, L. & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation Strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 41, 81–92.
<https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>
- Bogle, K., & Bradley, S. (2009). Illicit methylphenidate use: a review of prevalence, availability, pharmacology, and consequences. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(2), 157-176. DOI: [1874-4737/09 \\$55.00+.00](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0555-0_10)
- Buitelaar, J., Wilens, TE., Zhang, S., Ning, Y., & Feldman, P.D. (2009). Comparison of symptomatic versus functional changes in children and adolescents with ADHD during randomized, double-blind treatment with psychostimulants, atomoxetine, or placebo. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (3), 335–342.
[DOI:10.1111/j.1469-7610.2008.01960.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01960.x)
- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. [doi:10.1177/1754073912451630](https://doi.org/10.1177/1754073912451630)
- Cacioppo, J. T. (1994). Social neuroscience: Autonomic, neuroendocrine, and immune response to stress. *Psychophysiology*, 31, 113-128. [doi:10.1111/j.1469-8986.1994.tb01032.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1994.tb01032.x)
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, II, 87-109. SHO-APPORT
- Christiansen, H., Hirsch, O., Philipsen, A., Oades, R.D., Matthies, S. & Hebebrand, J. (2013). Assessment of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *J Atten*, 17, 6908. <https://doi.org/10.1177/1087054711435680>
- Chavanon, M.L., Christiansen, H., Hirsch, O., & Bjorn, A. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Emotional Regulation Over the Life Span. *Current Psychiatry Reports*, 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
- Cicchetti, D., Ackerman, B., & Izard, C. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1- 10.
[doi:10.1017/S0954579400006301](https://doi.org/10.1017/S0954579400006301)

- Clements, S. (1966). Minimal Brain Dysfunction in Children: terminology and identification: phase one of a three-phase project. *US Dept of Health EaW, Washington, DC.*
- Cohen, M., Eldar, F., Maeir, A., & Nahum, M. (2021) Emotional dysregulation and health related quality of life in young adults with ADHD: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19-270. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01904-8>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Corbisiero, S., Morstedt, B., Bitto, H. & Stieglitz, R. (2016). Emotional Dysregulation in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder–Validity, Predictability, Severity and Comorbidity. *Journal of Clinical Psychologic*, 0, 1-14. [DOI: 10.1002/jclp.22317](https://doi.org/10.1002/jclp.22317)
- Corbisiero, S., Stieglitz, R.D., Retz, W., & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? *ADHD Atten Defic Hyperact Disord.* 83–92.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125-156. [doi:0146-7239/03/0600-0125/0](https://doi.org/10.1023/a:10230146723903060001250)
- Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2008). Fostering validating responses in families. *Social Work in Mental Health*, 6, 215-227. [doi:10.1300/J200v06n01_17](https://doi.org/10.1300/J200v06n01_17)
- Gable, S. L., & Reis, H. T. (2010). Good news! Capitalizing on positive events in an interpersonal context. *Advances in Experimental Social Psychology*, 42, 195-257. [doi:10.1016/S0065-2601\(10\)42004-3](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(10)42004-3)

- Goldman, L.S., Genel, M., & Bezman, R.J. (1998). "Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents," *Journal of the American Medical Association*, 279, 1100-1107. [doi:10.1001/jama.279.14.1100](https://doi.org/10.1001/jama.279.14.1100)
- Goodman, DW. (2007). The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract*, 13 (5), 318-27. [doi: 10.1097/01.pra.0000290670.87236.18](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000290670.87236.18).
- Graaf, R., Kessler, R.C., Fayyad, J., Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Girolamo, G., Haro, JM., Jin, R., Karam, E.G., Ormel, J., & Posada-Villa, J. (2008). 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*, 65 (12), 835-42. [doi: 10.1136/oem.2007.038448](https://doi.org/10.1136/oem.2007.038448)
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol*, 2 2-71.
- Gross, J.J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*.
- Halmøy, A., Fasmer, OB., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord*, 13 (2), 175-87. [doi: 10.1177/1087054708329777](https://doi.org/10.1177/1087054708329777)
- Hasslinger, J., D'Agostini Souto, M., Folkesson Hellstadius, L., & Bölte, S. (2020). Neurofeedback in ADHD: A qualitative study of strategy use in slow cortical potential training, *PLoS One* 15(6), e0233343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233343>

- Hinshaw, S. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 664–675. [DOI:10.1093/jpepsy/jsl055](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl055)
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232417. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
- Hirsch, O., LynnChavanon, M., & Christiansen, H. (2019). Emotional dysregulation subgroups in patients with adult AttentionDefcit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a cluster analytic approach. *Scientific Reports*. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42018-y>
- Hwang, J. (2006). A processing model of emotion regulation: insights from the attachment system. Dissertação submetida à Universidade da Geórgia.
- Jarrett, M. A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. *Psychological Assessment*, 28(2), 245–250. <https://doi.org/10.1037/pas0000190>.
- Karam, R.G., Bau, C.H., Salgado, C.A., Kalil, K.L., Victor, M.M., Sousa, N.O., Vitola, E.S., Picon, F.A., Zeni, G.D., Rohde, L.A., Belmonte-de-Abreu, P., & Grevet, E.H. (2009). Late-onset ADHD in adults: milder, but still dysfunctional. *J Psychiatr Res*, 43 (7), 697-701. [doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.001)
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E., & Zaslavky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163 (4), 716-23. [doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.716](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716)
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., & Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*, 157 (11), 1442-51. [DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.04.001](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.001)

- Kessler, R.C., Lane, M., Stang, P.E., & Van Brunt, D.L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med*, 39 (1), 137-47. [doi: 10.1017/S0033291708003309](https://doi.org/10.1017/S0033291708003309)
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Lépine, J.P., Mora, M., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 1;65(1):46- 54. [doi: 10.1016/j.biopsych.2008.10.005](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005)
- Loewenstein, G., & Lerner, S. J. (2003). The role of affect in decision making. In R. J. Davidson & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (Vol. 202, pp. 619–642). New York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press
- Manos, M. J. (2010). Nuances of Assessment and Treatment of ADHD in Adults: A Guide for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 41, 511–517.
- Marchant, B. K., Reimherr, F. W., Robison, D., Robison, R. J., & Wender, P. H. (2013). Psychometric properties of the Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 25, 942–950. [doi:10.1037/a0032797](https://doi.org/10.1037/a0032797)
- Matthies, S.D. & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 1, 3.
- Marx, I., Domes, G., Havenstein, C., Berger, C., Schulze, L. & Herpertz, S.C. (2011). Enhanced emotional interference on working memory performance in adults with ADHA. *Psiquiatria Mundial J Biol* 12, 599-613. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011>
- McGough, J.J., Smalley, S.L., McCracken, J.T., Yang, M., Del'Homme, M., & Lynn, DE. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, 62.

- Merwood, A., Chen, W. & Rijdsdijk, F. (2014). Genetic associations between the symptoms of attention – deficit / hyperactivity disorder and emotional lability in child and adolescent twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53 (2) 209–220.
- Montano, B. (2004). Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (3), 18 –21.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis*, 190 (3), 147-57. [doi: 10.1097/00005053-200203000-00003](https://doi.org/10.1097/00005053-200203000-00003)
- Nigg, J. T., Goldsmith, H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal Clin Child Adolesc Psychol*, 33, 42-53. [doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_5](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_5).
- Organização Mundial de Saúde [OMS], Adler, L., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2003). *Composite International Diagnostic Interview*.
- Panevska, L.S., Zafirova-Ivanovska, B., Vasilevska, K., Isjanovska, R., & Kadri, H. (2015). Relationship between ADHD and depression among university students in Macedonia, *Materia Socio-Medica* 27(1), 18–21. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.27.18-21>
- Pliszka, S.R. (2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9. 525-40.
- Pencea, I., Munoz, A. P., Maples-Keller, J. L., Fiorillo, D., Schultebrucks, K., Galatzer-Levy, & Powers, A. (2020). Emotion dysregulation is associated with increased prospective risk for chronic PTSD development. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.008>
- Pica, J.F. (2016). *Relação entre as dificuldades de regulação emocional e a intimidade percebida* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/26687>
- Pimenta, M., Brown, T., Arns, M. & Enriquez-Geppert, S., (2021), Treatment efficacy and clinical effectiveness of EEG neurofeedback as a personalized and multimodal treatment in ADHD: A critical review, *Neuropsychiatric Disease Treatment* 17, 637–648. <https://doi.org/10.2147/NDT.S251547>

- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148–163.
- Razoki, B. (2018). Neurofeedback versus psychostimulants in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review, *Neuropsychiatric Disease Treatment* 14, 2905–2913. <https://doi.org/10.2147/NDT.S178839>
- Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Olsen, J.L., Williams, E.D. & Robison, R.J. (2010). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *J ADHD Relat Disord*, 1 (4) 53.
- Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Strong, R.E., Hedges, D.W, Adler, L. & Spencer, T.J. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry*, 58 125-31.
- Reimherr, F.W., Roesler, M., Marchant, B.K., Gift, T.E., Retz, W. & Philipp-Wiegmann F. (2020). Types of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a replication analysis. *J Clin Psychiatry*, 81(2):19-130
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1(1), 60-85. [doi:10.1177/1754073908097189](https://doi.org/10.1177/1754073908097189)
- Santos, F., (2010). El transtorno por deficit de atención con hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento. *Psicología Educativa*, 1(16), 31-40.
- Sarris, J., Kean, J., Schweitzer, I. & Lake, J. (2011). Complementary medicines (herbal and nutritional products) in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review of the evidence, *Complementary Therapies in Medicine* 19(4), 216–227. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.06.007>
- Searight, H. R., Burke, J. M., & Rottnek, F. (2000). Adult ADHD: Evaluation and treatment in family medicine. *American Family Physician*, 62, 2077–2086.
- Searight, H.R., Robertson, K., Smith, T., Perkins, S., & Searight, B.K. (2012). Complementary and Alternative Therapies for Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Descriptive Review. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*, 8, 104-827. [doi:10.5402/2012/804127](https://doi.org/10.5402/2012/804127)

- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Iwamoto, D. K., Kurdziel, G., & MacPherson, L. (2014). Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9799-8>.
- Selby, E., Anestis, M. & Joiner, T. (2008). Understanding the relation between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 593–611.
- Semrud-Clikeman, M., Pliszka, S. & Liotti, M. (2008). Executive Functioning in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Combined Type With and Without a Stimulant Medication History. *Neuropsychology*, 22(3), 329–340. DOI: [10.1037/0894-4105.22.3.329](https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.3.329)
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*.17127693. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft., E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*, 171 (3) 276–293. [doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070966](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966).
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379– 405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Skirrow, C. & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*, 147 (1–3) 80-6.
- Sonuga-Barke (2005). Causal models of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biol Psychiatry*, 57, 1231-1238. DOI:[10.1016/j.biopsych.2004.09.008](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.008)
- Sousa, J. F. (2017). Déficit de Atenção e Hiperatividade: da definição ao tratamento. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*, 1-9. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1122.pdf>
- Skirrow, C., & Asherson, P. (2012). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 8-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.011>.

- Sprafkin, J., Gadow, K.D., Weiss, M.D., Schneider, J., & Nolan, E.E. (2007) Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community controls. *J Attent Disord*, 11(2) 11-24.
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 883-897. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014755>
- Stieglitz, R.D., & Rosler, M. (2011). *Different psychopathological dimensions in adult ADHD*. 3rd World Congress on ADHD, 3, 94.
- Stubberfield, T.G., Wray, J.A., & Parry, T. S. (2002). "Utilization of alternative therapies in attention-deficit hyperactivity disorder," *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, 450-453. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.1999.355401>
- Surman, C.B.H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C.A., McDermott, K.M. & Faraone S.V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord*, 5, 273–81. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8>
- Tani, F., Pascuzzi, D., & Raffagnino, R. (2015). Emotion regulation and quality of close relationship: The effects of emotion dysregulation processes on couple intimacy. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 272(63), 3-15.
- Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Zappitelli, M., & Joobar, R. (2010). Clinical response to methylphenidate in children diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and comorbid psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 305-312.
- Thompson, M., & Thompson, L. (2016). Current practice of neurofeedback: Where we are and how we got there, *Biofeedback* 44(4), 181–205. <https://doi.org/10.5298/1081-5937-44.4.02>
- Timothy, E., Wilens, M.D., Biederman, M.D., Faraone, V., Martelon, M.K., Westerberg, D., & Spencer, T. (2009). Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults With ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*.

- Torales, J. C., Barrios, J. I., & Navarro, R. E. (2020). Uso de cannabis y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una revisión sistemática. *Anales de la Facultad de Ciências Médicas*, 1(53), 41-48. <http://dx.doi.org/10.18004/anales/2020.053.01.41-048>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531. [doi:10.1037/0033-2909.119.3.488](https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488)
- Verzeletti, C., Zammuner, V., Galli, C., & Agnoli, S. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent psychology*, 3 (1) 1199294. <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1199294>
- Vidal, R., Valero, S., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Richarte, V. & Ramos-Quiroga, J.A. (2014). Emotional lability: The discriminative value in the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1712–1719.
- Wang, C., Li, K., Seo, D.C. & Gaylord, S. (2020). Use of complementary and alternative medicine in children with ADHD: Results from the 2012 and 2017 National Health Interview Survey, *Complementary Therapies in Medicine* 49, 102352. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102352>
- Wender, P.H., Reimherr, F.W., & Wood, D.R. (1981). Attention deficit disorder (‘minimal brain dysfunction’) in adults: a replication study of diagnosis and drug treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(4) 449-56. [doi:10.1001/archpsyc.1981.01780290083009](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290083009).
- Werner, K., & Gross, J.J. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. Emotion regulation and psychopathology: *A transdiagnostic approach to etiology and treatment: The Guilford Press*. 13–37.
- Wile, D. B. (2002). Collaborative couple therapy. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 281-307). New York: Guilford.

Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*, 70, 1557-62.

Zaki, J., & Williams, C. (2013). Interpersonal Emotion Regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0033839>