

ARTIGO DE REVISÃO/REVIEW ARTICLE

## Sintomas Retrospectivos na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do Adulto: Reflexão sobre a Informação Auto e Hétero Reportada

### Retrospective Symptoms in Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

### Reflection upon Self and Hetero-Reported Information

✉ MARIA INÊS LOBO\*<sup>1</sup>

1. Serviço de Psiquiatria 2, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão, Portugal  
Autor Correspondente/Corresponding Author:

#### RESUMO

Segundo os critérios do manual de classificação DSM-5, para se realizar o diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), os sintomas têm de estar presentes antes dos 12 anos de idade. Existe ainda a referência de que a informação recolhida junto dos adultos sobre a sua infância tende a não ser confiável, pelo que se aconselha a obtenção de informações complementares.

Foi realizada uma revisão da literatura, recorrendo à base de dados de referências bibliográficas, PubMed, como principal ferramenta de pesquisa.

A concordância entre adultos e seus informadores face a sintomas retrospectivos na infância pode variar entre 21% e 74%. Existem grupos de investigação que defendem que os adultos tendem a reportar com menor frequência o número e a severidade dos seus sintomas, sendo que outras pessoas poderão dar informações adicionais sobre a sintomatologia. Por outro lado, a exatidão da evocação de sintomas por terceiros relativamente à infância, na PHDA do adulto, é reportada como fraca ou moderada em estudos clínicos e populacionais, diminui ao longo do tempo e a sua validade tende a ser baixa. O autorrelato da sintomatologia encontra-se mais correlacionado com a avaliação do clínico do que o relato colateral. O recurso à informação colateral em contextos clínicos poderá ser considerado uma fonte auxiliar, contudo, sujeito ao julgamento clínico.

Apesar dos dados conflituosos, alguns grupos de investigação e o DSM-5 continuam a encorajar os clínicos a procurar informações de terceiros para corroborarem o diagnóstico de PHDA nos adultos. Tendo em conta a baixa exatidão e a ausência de fatores clínicos úteis que melhorem a validade da informação recordada, os clínicos devem sobretudo caracterizar os sintomas atuais de PHDA, mais do que tentar definir os casos com base em recordações potencialmente imprecisas.

No caso de alguém que descreva com precisão os sintomas de PHDA ao longo da vida, dando exemplos associados à sua disfunção, o diagnóstico poderá ser feito. A informação de terceiros é aconselhável quando a recordação da infância e adolescência é inadequada ou quando existem dúvidas quanto à credibilidade da história.

#### ABSTRACT

According to the criteria of the classification manual DSM-5, to confirm the diagnosis of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), the symptoms must be present before the age of 12. It is also mentioned that the information from adults regarding childhood is untrustful, being advised to collect collateral information.

A literature review was carried out, using the PubMed bibliographic reference database as the main research tool.

The agreement between adults and their informants regarding symptoms from childhood may vary from 21% to 74%.

Some research groups believe that adults tend to underreport the number and severity of their symptoms, as other people, such as family members, may provide additional information. On the other hand, the recall accuracy by others

Recebido/Received: 2023-04-22

Aceite/Accepted: 2025-01-06

Publicado Online/Published Online: 2025-01-10

Publicado/Published: –

\* Autor Correspondente/Corresponding Author: Maria Inês Lobo, MD | [ineslobo.30@gmail.com](mailto:ineslobo.30@gmail.com) | Rua Manuel dos Santos Pinheiro, nº 1, 2º direito, fração E, 8100-658, Loulé, Portugal

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Psychiatry and Mental Health 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

regarding childhood, in adult ADHD, is reported as weak or moderate in clinical and population studies, it decreases over time and its validity tends to be low. The self-reported symptoms correlate more to the clinician's evaluation than the collateral information. This kind of data, in clinical settings, may be considered a useful source, though, it should be subjected to clinical judgment.

Despite controversial data, some research groups and the DSM-5 keep encouraging clinicians to seek information from collateral sources to corroborate the ADHD diagnosis in adulthood. Considering the low accuracy and the absence of useful clinical factors to improve the validity of the recalled information, the clinicians must primarily characterize the current ADHD symptoms, rather than trying to define the cases upon potentially unprecise memories.

In the case of someone who describes the symptoms with precision throughout their lifetime, giving examples of the associated daily impact, the diagnosis can be made. Collateral information is advised when the recall from childhood or adolescence is inaccurate or when there are doubts regarding credibility.

**Palavras-chave:** Adulto; Autorrelato; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção/diagnóstico

**Keywords:** Adult; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/diagnosis; Self Report

## INTRODUÇÃO

Sendo a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) uma perturbação do neurodesenvolvimento, é necessário que a sua sintomatologia tenha um início claro na infância.<sup>1</sup> Segundo o DSM-5, os sintomas têm que estar presentes antes dos 12 anos de idade, existindo ainda a referência de que a informação recolhida junto dos adultos sobre a sua infância tende a não ser confiável, pelo que se aconselha a obtenção de informações complementares.<sup>2</sup> O critério da idade de início foi estabelecido com base em dados empíricos, sugerindo que aproximadamente 90% dos casos de crianças com PHDA têm início até aos 12 anos.<sup>3</sup> Atualmente, o diagnóstico é baseado em entrevistas clínicas,<sup>4,5</sup> frequentemente complementadas com questionários de autorrelato, testes neuropsicológicos e informação colateral.<sup>6,7</sup>

A necessidade de informação colateral é claramente relevante na população pediátrica, onde a avaliação diagnóstica inclui informações dos pais, cuidadores e professores.<sup>8,9</sup> Os pais são melhores informadores sobre os sintomas e dificuldades que ocorrem em casa e os professores sobre aqueles que acontecem na escola.<sup>10</sup> Mas o que acontecerá na vida adulta?

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, recorrendo à base de dados PubMed como principal fonte de pesquisa. Foram utilizados os termos “Attention Deficit and Hyperactivity Disorder”, “ADHD”, “information”, “self-report”, “collateral”, “diagnosis” e “illusory bias” para identificar estudos relevantes.

## AUTORRELATO *VERSUS* INFORMAÇÃO COLATERAL

No diagnóstico de PHDA na população adulta, a principal fonte de informação corresponde ao autorrelato.<sup>11-14</sup> Uma vez que coletar informação de terceiros através de entrevistas é um método mais moroso e dispendioso, a informação

colateral, quando obtida, é geralmente através do envio de questionários ou escalas Likert.<sup>1,4,13,15</sup>

Dada a passagem do tempo, ao longo da vida ocorre uma diminuição da evocação de sintomas relativamente à infância, o que poderá diminuir a possibilidade de um diagnóstico.<sup>1,16</sup> No entanto, apesar da dificuldade em relembrar os sintomas da infância, a presença de sintomatologia atual poderá melhorar a precisão da sua evocação.<sup>17,18</sup>

A concordância entre adultos e seus informadores face a sintomas retrospectivos na infância pode variar entre 21% e 74%.<sup>14,19-21</sup> Não existem diferenças clinicamente significativas em termos demográficos, de severidade dos sintomas, disfunção, resposta ao tratamento ou perfil de comorbilidades entre os grupos com PHDA que concordam ou discordam em relação aos sintomas na infância.<sup>22</sup> Da mesma forma, também não existem características clínicas com impacto significativo na melhoria da validade da informação recordada.<sup>23</sup>

Existem grupos de investigação que defendem que os adultos tendem a reportar com menor frequência o número e a severidade dos seus sintomas, pelo que outras pessoas poderão dar informações adicionais sobre a sintomatologia e o nível de comprometimento.<sup>14,20,23,24</sup> Num estudo com uma amostra populacional de gémeos, a informação colateral adicional ao autorrelato proporcionou uma estimativa mais exata da heritabilidade da PHDA no adulto.<sup>25</sup> Noutro estudo de coorte de gémeos, somente 58% das pessoas recordaram com exatidão o seu perfil de PHDA, avaliado 5 anos antes.<sup>16</sup>

Estudos apontam para uma correlação moderada de 40% entre a recordação em adulto e a informação recolhida na infância,<sup>24</sup> uma concordância de 27% entre a recordação na adolescência e a informação recolhida na infância,<sup>18</sup> e uma fraca associação de 6% entre a informação reportada pelo próprio aos 18 anos sobre os sintomas na infância e a presença destes sintomas descrita pelos seus pais quando tinham 10 anos de idade.<sup>26</sup>

Sabe-se ainda que a informação colateral se torna mais exata quando as crianças demonstram comportamentos problemáticos e sintomas externalizantes.<sup>22,27,28</sup>

Por outro lado, a exatidão da evocação de sintomas relativos à infância na PHDA do adulto por terceiros é reportada como fraca ou moderada em estudos clínicos e populacionais<sup>16-18,29,30</sup>, diminuiu ao longo do tempo<sup>31,32</sup> e a sua validade tende a ser baixa.<sup>19,22,29,30</sup> A informação colateral apresenta resultados conflituosos em aproximadamente 50% dos casos.<sup>33</sup> Num estudo de *follow-up* populacional, apenas 22% dos pais de adultos diagnosticados com PHDA na infância eram capazes de recordar que os seus filhos tinham sido diagnosticados com PHDA ou que tinham sintomatologia importante durante a infância.<sup>30</sup> Noutro estudo, 40% dos informadores colaterais relataram o correspondente a um diagnóstico de PHDA na infância dúbio ou inexistente em pessoas referenciadas clinicamente com uma história clara de PHDA auto-reportada.<sup>22</sup>

Existe um estudo que relata uma maior sensibilidade da informação parental, contudo esta investigação baseou-se em jovens adultos que tiveram o diagnóstico na infância,<sup>14</sup> o que torna mais provável uma recordação mais fidedigna dos factos, do que noutros estudos com adultos mais velhos sem diagnóstico prévio de PHDA.<sup>22</sup>

A informação colateral parece ser ainda menos fiável do que a dos adultos relativamente a sintomas atuais, bem como em relação ao desempenho neuropsicológico.<sup>20,34-36</sup> Assim, a informação colateral tem um fraco incremento no valor diagnóstico face ao autorrelato.<sup>18,22,23</sup>

Desta forma, os adultos com PHDA parecem ser melhores informadores em relação aos seus sintomas.<sup>20</sup> O autorrelato dos sintomas encontra-se mais correlacionado com a avaliação do clínico do que o relato colateral.<sup>37,38</sup> Em contextos clínicos de adultos com uma história de PHDA ao longo da vida relatada pelo próprio, a informação colateral retrospectiva não teve um valor diagnóstico acrescido. O recurso à informação colateral em contextos clínicos poderá ser considerado uma fonte auxiliar, contudo, sujeita ao julgamento clínico.<sup>22</sup>

Uma das dificuldades associadas à colheita de uma história clínica através de familiares é que estes nem sempre concordam em relação à presença de sintomas.<sup>39</sup> Devido à sua componente hereditária, várias pessoas dentro da mesma família poderão ter PHDA, o que poderá levar a um viés relativamente a uma ausência ou diminuição da descrição dos sintomas e da sua severidade.<sup>40</sup>

## IDADE DE INÍCIO

Em estudos de coortes de nascimento, procedeu-se à divisão de adultos diagnosticados com PHDA em “PHDA atual” (≥ 5 sintomas crónicos e disfuncionais ± recordação de sintomas na infância) e “PHDA DSM-5” (≥ 5 sintomas crónicos e disfuncionais + recordação de sintomas na infância). No primeiro grupo, a prevalência de PHDA foi de 12% aos 18 anos e de 5,8% aos 30 anos. Já no segundo grupo, foi de 3,5% aos 18 anos e de 2,1% aos 30 anos.<sup>1,41</sup> Desta forma, o critério da idade de início foi responsável por diminuir a prevalência para as taxas expectáveis na população adulta.<sup>42,43</sup>

Noutro estudo realizado, quando foi comparada a recordação do próprio aos 22 anos com a informação disponível dos 11 anos, para 518 pessoas com PHDA atual, verificou-se

que 162 se lembravam dos sintomas na infância, sendo que apenas 66 (40,7%) eram verdadeiros-positivos, e 356 não se lembravam de sintomas na infância, sendo que apenas 221 (62,1%) eram verdadeiros-negativos. Considerando somente os casos de PHDA com disfuncionalidade grave, verificou-se uma diminuição da prevalência, sendo que os restantes dados não diferiram significativamente. A recordação de sintomas pela pessoa antes dos 12 anos numa pessoa com PHDA atual foi muito baixa, demonstrando baixa sensibilidade e especificidade, devido a uma elevada taxa de falsos positivos e falsos negativos.<sup>23</sup>

Uma outra ferramenta que poderá auxiliar esta delimitação temporal passa pela consulta de instrumentos psicológicos prévios e de relatórios escolares. Estes poderão não ter uma referência a diagnósticos, mas poderão ilustrar um padrão de funcionamento e comportamento, demonstrando a presença crónica dos sintomas.<sup>40</sup>

## ILLUSORY BIAS

Nem sempre as pessoas têm consciência clara do seu funcionamento. Pode ser difícil, para alguém que sempre viveu com sintomas de PHDA, conseguir comparar o seu funcionamento a alguém sem esta condição. O *positive illusory bias* prende-se com o sobrestimar das capacidades de uma pessoa, fenómeno observado na PHDA.<sup>44-47</sup> Este fenómeno já foi descrito em crianças, adolescentes e adultos com esta condição.<sup>48-50</sup> Pode ser definido como uma disparidade ou discrepância entre a competência que é reportada pelo próprio e a que de facto é observada, sendo a primeira mais alta.<sup>51</sup> Este facto é um exemplo do que muitos clínicos descrevem como “ausência de crítica” da parte destas pessoas em avaliar as suas dificuldades.<sup>52</sup> Esta ausência de *insight* pode interferir com a procura e adesão ao tratamento, uma vez que as pessoas podem não acreditar que os seus sintomas e dificuldades sejam tão impactantes quanto os outros os percecionam.<sup>53</sup> Este perfil foi descrito como englobando sobretudo um maior nível de hiperatividade, desempenho cognitivo mais baixo e menor índice de comorbilidades.<sup>11,30,54</sup> O relato exacerbado de sintomas por terceiros poderá ser clinicamente indicativo de que a pessoa poderá ter um *positive illusory bias*, na medida em que sobreavaliem o seu desempenho e subestimam a presença de sintomas.<sup>47,55,56</sup>

O *negative illusory bias* ocorre quando as pessoas sobrestimam as suas dificuldades ou quando procuram o diagnóstico de PHDA por outros motivos<sup>57</sup>, como o aperfeiçoamento cognitivo<sup>58</sup> ou por implicações legais.<sup>59</sup> Se a informação sobre os sintomas atuais for reportada escassamente por terceiros, poderá ser indicativo deste fenómeno.<sup>7</sup>

## DISCUSSÃO

Apesar dos dados conflituosos, alguns grupos de investigação<sup>60,61</sup> e o DSM-5<sup>2</sup> continuam a encorajar os clínicos a procurar informações de terceiros para corroborarem o diagnóstico de PHDA nos adultos. É fundamental testar a acuidade da informação retrospectiva dos sintomas pediátricos, já que frequentemente esta é a única forma

disponível para os definir aquando da avaliação em adultos. Esta questão torna-se bastante importante se considerarmos que podemos estar a lidar com um critério pouco confiável, o qual determina o diagnóstico e o consequente tratamento ou não da PHDA.<sup>23</sup>

Uma vez que normalmente a única fonte de informação disponível na vida adulta são os próprios, o esforço para obter informações colaterais sobre a sintomatologia da infância deveria ser apenas justificativo se houvesse uma robusta evidência que o fundamentasse.<sup>1</sup> Tendo em conta a baixa exatidão e a ausência de fatores clínicos úteis que melhorem a validade da informação recordada, os clínicos devem sobretudo caracterizar os sintomas atuais de PHDA, mais do que tentar definir os casos com base em recordações potencialmente imprecisas.<sup>23</sup>

## CONCLUSÃO

No caso de alguém que descreva com precisão os sintomas de PHDA ao longo da vida, dando exemplos associados à sua disfunção, o diagnóstico poderá ser feito. A informação de terceiros é aconselhável quando a recordação da infância e adolescência é inadequada ou quando existem dúvidas quanto à credibilidade da história.<sup>40</sup>

A história clínica da pessoa deve ser usada como guia, sendo que a história colateral pode adicionar informações relativamente à sintomatologia.<sup>20</sup>

Torna-se ainda necessária a realização de mais estudos para uma melhor compreensão destas questões e da sua importância e implicação na prática clínica.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

**Apoio Financeiro:** Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não solicitado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Support:** This work has not received any contribution grant or scholarship.

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer-reviewed.

## Referências

- Matte B, Rohde LA, Grevet EH. ADHD in adults: A concept in evolution. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2012;4:53–62. doi: 10.1007/s12402-012-0077-3.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Kieling C, Kieling RR, Rohde LA, Frick PJ, Moffitt T, Nigg JT, et al. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 2010;167:14–6. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09060796.
- Emsler TS, Johnston BA, Steele J D, Kooij S, Thorell L, Christiansen H. Assessing ADHD symptoms in children and adults: evaluating the role of objective measures. *Behav Brain Funct.* 2018;14:11. doi: 10.1186/s12993-018-0143-x.
- Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20.
- Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V, Corrales M, Palma F, Ibanez P, et al. Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *J Atten Disord.* 2019;23:1126-35. doi: 10.1177/1087054716646451.
- Young JL, Goodman DW. Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016;18. doi: 10.4088/PCC.16r02000.
- Dalrymple RA, McKenna Maxwell L, Russell S, Duthie J. NICE guideline review: attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2020;105:289-93. doi: 10.1136/archdischild-2019-316928.
- Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol.* 1993;22:107–16. doi: 10.1207/s15374424jccp2201\_11.
- Sayal K, Goodman R. Do parental reports of child hyperkinetic disorder symptoms at school predict teacher ratings? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18:336–44. doi: 10.1007/s00787-009-0735-y.
- Bourchtein E, Langberg JM, Owens JS, Evans SW, Perera RA. Is the Positive Illusory Bias Common in Young Adolescents with ADHD? A Fresh Look at Prevalence and Stability Using Latent Profile and Transition Analyses. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45:1063-75. doi: 10.1007/s10802-016-0248-3.
- Du Rietz E, Kuja-Halkola R, Brikell I, Jangmo A, Sariaslan A, Lichtenstein P et al. Predictive validity of parent- and self-rated ADHD symptoms in adolescence on adverse socioeconomic and health outcomes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26:857-67. doi: 10.1007/s00787-017-0957-3.
- Saleh A, Fuchs C, Taylor WD, Niarhos F. Evaluating the consistency of scales used in adult attention deficit hyperactivity disorder assessment of college-aged

- adults. *J Am Coll Health*. 2018; 66:98-105. doi: 10.1080/07448481.2017.1377206.
14. Sibley MH, Pelham WE, Molina B, Gnagy EM, Waxmonsky JG, Waschbusch DA. When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80:1052-61. doi: 10.1037/a0029098.
  15. Schneider BC, Schöttle D, Hottenrott B, Gallinat J, Moritz S. Assessment of Adult ADHD in Clinical Practice: Four Letters=40 Opinions. *J Atten Disord*. 2023;27:1051-61. doi: 10.1177/1087054719879498.
  16. Todd RD, Huang H, Henderson CA. Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:942-9. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01892.x.
  17. Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1882-8. doi: 10.1176/appi.ajp.159.11.1882.
  18. Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Fading memories: Retrospective recall inaccuracies in ADHD. *J Atten Disord*. 2010;14:7-14. doi: 10.1177/1087054709347189.
  19. Dias G, Mattos P, Coutinho G, Segenreich D, Saboya E, Ayrão V. Agreement rates between parent and self-report on past ADHD symptoms in an adult clinical sample. *J Atten Disord*. 2008;12:70-5. doi: 10.1177/1087054707311221.
  20. Kooij JJ, Marije Boonstra A, Swinkels SH, Bekker EM, de Nood I, Buitelaar JK. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *J Atten Disord*. 2008;11:445-58. doi: 10.1177/1087054707299367.
  21. Zucker M, Morris MK, Ingram SM, Morris RD, Bakeman R. Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychol Assess*. 2002; 14: 379-89. doi: 10.1037//1040-3590.14.4.379.
  22. Breda V, Rovaris DL, Vitola ES, Mota NR, Blaya-Rocha P, Salgado CA. Does collateral retrospective information about childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms assist in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults? Findings from a large clinical sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50:557-65. doi: 10.1177/0004867415609421.
  23. Breda V, Rohde LA, Menezes AM, Anselmi L, Caye A, Rovaris DL, et al. Revisiting ADHD age-of-onset in adults: to what extent should we rely on the recall of childhood symptoms? *Psychol Med*. 2019;50:857-66. doi: 10.1017/S003329171900076X.
  24. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111:279-89.
  25. Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ, Larsson H. Developmental twin study of attention problems: High heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 311-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.287.
  26. Henry B, Moffitt TE, Caspi A, Langley J, Silva PA. On the 'remembrance of things past': a longitudinal evaluation of the Retrospective method. *Psychol Assess*. 1994; 6: 92-101. doi:10.1017/S0954579400007161
  27. Young SE, Friedman NP, Miyake A, Willcutt EG, Corley RP, Haberstick BC, et al. Behavioral disinhibition: Liability for externalizing spectrum disorders and its genetic and environmental relation to response inhibition across adolescence. *J Abnorm Psychol*. 2009;118:117-30. doi: 10.1037/a0014657.
  28. Dwyer SB, Nicholson JM, Battistutta D. Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: A comparison of screening methods. *Prev Sci*. 2006;7:343-57. doi: 10.1007/s11121-006-0026-5.
  29. Loney J, Ledolter J, Kramer JR, Volpe RJ. Retrospective ratings of ADHD symptoms made at young adulthood by clinic-referred boys with ADHD-related problems, their brothers without ADHD, and control participants. *Psychol Assess*. 2007;19: 269-80. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.269.
  30. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2015;172:967-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14101266.
  31. Caye A, Swanson J, Thapar A, Sibley M, Arseneault L, Hechtman L, et al. Life Span Studies of ADHD--Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:111. doi: 10.1007/s11920-016-0750-x.
  32. Guelzow BT, Loya F, Hinshaw SP. How Persistent is ADHD into Adulthood? Informant Report and Diagnostic Thresholds in a Female Sample. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45:301-12. doi: 10.1007/s10802-016-0174-4.
  33. Katz N, Petscher Y, Welles T. Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder in college students: an investigation of the impact of informant ratings on diagnosis and subjective impairment. *J Atten Disord*. 2009;13:277-83. doi: 10.1177/1087054708326112.
  34. Mörsstedt B, Corbisiero S, Bitto H, Stieglitz RD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood: Concordance and Differences between Self- and Informant Perspectives on Symptoms and Functional Impairment. *PloS One*. 2015; 10:e0141342. doi: 10.1371/journal.pone.0141342.
  35. Alexander L, Liljequist L. Determining the Accuracy of Self-Report Versus Informant-Report Using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *J Atten Disord*. 2016; 20:346-52. doi: 10.1177/1087054713478652.
  36. Sibley MH, Coxe S, Molina BS. Refining Diagnostic Procedures for Adults with Symptoms of ADHD. *Assessment*. 2017;24:290-6. doi: 10.1177/1073191116676890.

37. Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med.* 2005;35:817–27. doi: 10.1017/s003329170400337x.
38. Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir D, Baldursson G, Sigmundsson J, Kristjánsson, et al. Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *J Atten Disord.* 2006;9:494–503. doi: 10.1177/1087054705283650.
39. Ferdinand RF, Van der Ende J, Verhulst FC. Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *J Abnorm Psychol.* 2004;113:206. doi: 10.1037/0021-843X.113.2.198.
40. Kooij JJ. *Adult ADHD - Diagnostic Assessment and Treatment.* Berlin: Springer; 2022.
41. Vitola ES, Bau CHD, Salum GA, Horta BL, Quevedo L, Barros FC, et al. Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. *Psychol Med.* 2017;47:744–54. doi: 10.1017/S0033291716002853.
42. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2009;194:204–11. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048827.
43. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012;9:490–9. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8.
44. Hoza B, Pelham WE, Milich R, Pillow D, McBride K. The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disordered and nonreferred boys. *J Abnorm Child Psychol.* 1993;21:271–86. doi: 10.1007/BF00917535.
45. Hoza B, Murray-Close D, Arnold LE, Hinshaw SP, Hechtman L, The MTA Cooperative Group. Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A developmental psychopathology perspective. *Develop Psychopathol.* 2010;22:375–90. doi: 10.1017/S095457941000012X.
46. Ohan J, Johnston C. Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2011; 39:527–39. doi: 10.1007/s10802-010-9484-0.
47. Owens JS, Goldfine ME, Evangelista NM, Hoza B, Kaiser NM. A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2007;10:335–51. doi: 10.1007/s10567-007-0027-3.
48. Prevatt F, Proctor B, Best L. The positive illusory bias: Does it explain self-evaluations in college students with ADHD? *J Atten Disord.* 2011;15:235–43. doi: 10.1177/1087054710392538.
49. Butzbach M, Fuermaier A, Aschenbrenner S, Weisbrod M, Tucha L, Tucha O. Metacognition in adult ADHD: subjective and objective perspectives on self-awareness of cognitive functioning. *J Neural Transm.* 2021;128:939–55. doi: 10.1007/s00702-020-02293-w.
50. Hoza B, Waschbusch DA, Pelham WE, Molina BS, Milich R. Attention-deficit/hyperactivity disordered and control boys' responses to social success and failure. *Child Dev.* 2000;71:432–46. doi: 10.1111/1467-8624.00155.
51. Hoza B, Pelham WE, Dobbs J, Owens JS, Pillow DR. Do boys with attention deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *J Abnorm Psychol.* 2002;111;268–78. doi: 10.1037//0021-843x.111.2.268.
52. Loeber R, Green SM, Lahey BB. Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on childhood psychopathology. *J Clin Child Psychol.* 1990;19:136–43. doi: 10.1207/s15374424jccp1902\_5.
53. Mikami A, Calhoun C, Abikoff H. Positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2010;39:373–85. doi: 10.1080/15374411003691735.
54. Lewinsohn PM, Mischel W, Chaplin W, Barton R. Social competence and depression: the role of illusory self-perceptions. *J Abnorm Psychol.* 1980;89:203–12. doi: 10.1037//0021-843x.89.2.203.
55. Knouse LE, Mitchell JT. Incautiously Optimistic: Positively-Valenced Cognitive Avoidance in Adult ADHD. *Cogn Behav Pract.* 2015;22:192–202. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.06.003.
56. Tu JW, Owens EB, Hinshaw SP. Positive Illusory Bias Still Illusory? Investigating Discrepant Self-Perceptions in Girls with ADHD. *J Pediatr Psychol.* 2019;44:576–88. doi: 10.1093/jpepsy/jsy109.
57. Gresham MF, Lane KK, MacMillan DL, Bocian K, M, Ward SL. Effects of Positive and Negative Illusory Biases: Comparisons Across Social and Academic Self-Concept Domains. *J Sch Psychol.* 2000;38:151–75.
58. Greely H, Sahakian B, Harris J, Kessler RC, Gazzaniga M, Campbell P, et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature.* 2008; 456:702–5. doi: 10.1038/456702a.
59. Graf WD, Nagel SK, Epstein LG, Miller G, Nass R, Larriviere D. Pediatric neuroenhancement: Ethical, legal, social, and neurodevelopmental implications. *Neurology.* 2013 80:1251–60. doi: 10.1212/WNL.0b013e318289703b.
60. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clin N Am.* 2004;27:187–201. doi: 10.1016/j.psc.2003.12.003.
61. Haavik J, Halmøy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother.* 2010; 10:1569–80. doi: 10.1586/ern.10.149.