

Statusartikel

Udredning for ADHD hos voksne

Simon Hjerrild^{1, 2, 3}, Rasmus Holm¹, Sune Puggaard Vogt Straszek⁴

1) Team for ADHD, Afdeling for Psykoser, Psykiatrien i Region Midtjylland, 2) Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Region Hovedstadens Psykiatri, 3) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, 4) Klinik for Bipolar Sygdom, Psykiatrien i Region Midtjylland

Ugeskr Læger 2025;187:V12240886. doi: 10.61409/V12240886

HOVEDBUDSKABER

- Diagnosticeringen af ADHD hos voksne er kompleks, omfattende og kræver specialkompetencer.
- Symptomspørgeskemaer har ringe diagnostisk værdi grundet lav specificitet.
- Tilstedeværelsen af væsentlig funktionsnedsættelse kræves for at kunne stille diagnosen.

ADHD er en udviklingsforstyrrelse, der i International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10) kaldes hyperkinetisk forstyrrelse [1].

ADHD er en af de hyppigste tilstande i børne- og ungdomspsykiatrien, og diagnosen er gennem de seneste 20 år anvendt med stigende hyppighed i voksenpsykiatrien. Det er således nu den hyppigste diagnose ved forløb i psykiatrisk speciallægepraksis, og der ses tillige en stigende diagnosticering af ADHD, oftest som komorbiditet, i den hospitalsbaserede psykiatri [2]. Diagnosticering af ADHD hos voksne er grundet kompleksitet en specialistopgave primært forbeholdt speciallæger i psykiatri, speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og specialpsykologer i psykiatri [3].

ADHD er karakteriseret ved vedvarende og gennemgribende vanskeligheder med styring af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet. I **Tabel 1** fremgår beskrivelsen af ADHD i henhold til ICD-11, der ventes indført i Danmark i de kommende år [4]. Der er faglig enighed om, at de diagnostiske kriterier i ICD-10 ikke er fagligt tidssvarende til at diagnosticere ADHD hos voksne [3]. I ICD-11 er aldersgrænsen for symptomdebut sat til før 12-årsalderen [4]. Det er vigtigt at bemærke, at symptombilledet ved ADHD er bredere end det beskrevet i ICD-11, idet der ofte er tilknyttet en række beslægtede symptomer som f.eks. emotionel dysregulation – dvs. hyppige humørsvingninger og pludselig irriterabilitet – søvnforstyrrelser, perceptionsforstyrrelser, overspisning og mindwandering [5]. Blandt voksne med ADHD er symptomforskellene på tværs af køn formentlig begrænsede [6].

TABEL 1 Modificeret beskrivelse af ICD-11-kriterierne for ADHD [4].

Et vedvarende mønster i min. 6 mdr. af uopmærksomhedssymptomer og/eller en kombination af hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer, der er uden for den forventede variation for alder og kognitivt udviklingsniveau Symptomerne varierer med kronologisk alder og tilstandens sværhedsgrad
Uopmærksomhedssymptomer og/eller hyperaktivitetssymptomer er til stede i betydelig grad siden før 12-årsalderen, til stede på tværs af flere sammenhænge, f.eks. hjem, skole, arbejde, med venner eller familie, men symptomerne vil sandsynligvis variere afhængig af rammer og krav Symptomerne er ikke bedre forklaret ved anden psykisk eller somatisk lidelse, påvirkning af stoffer eller medicin Symptomerne er vedvarende og tilstrækkeligt svære til, at de har en direkte negativ indvirkning på uddannelse, beskæftigelse eller socialt funktionsniveau
<i>Uopmærksomhed^a</i> Vanskeligheder ved at fastholde opmærksomhed ved opgaver, der ikke har et højt niveau af stimuli eller belønning, eller som kræver vedvarende mental præstation; mangelfuld opmærksomhed på detaljer; laver skødesløse fejl i opgaver i skole/uddannelse/arbejde; færdiggør ikke opgaver Distraheres let af udefrakommende stimuli eller af tanker, der ikke er relateret til den igangværende aktivitet; synes ofte ikke at høre efter, når der tales direkte til vedkommende; synes ofte at dagdrømme eller have tankerne andetsteds Mister ting; er glemsom i dagligdagsaktiviteter; husker ikke at færdiggøre dagligdagens opgaver eller aktiviteter; problemer med at planlægge, håndtere og organisere skolearbejde, opgaver og andre aktiviteter
<i>Hyperaktivitet/impulsivitet</i> Udtalt motorisk aktivitet; forlader sin plads i situationer, hvor man forventes at sidde stille; løber ofte rundt; har svært ved at sidde stille uden at pille ved noget (yngre børn); følelse af fysisk rastløshed og rastløs adfærd, en følelse af ubehag ved at være eller sidde stille (unge og voksne) Svært ved at indgå i aktiviteter på en stille måde; taler for meget Buser ud med svar, impulsive kommentarer på arbejdet; har vanskeligt ved at vente på tur i samtaler, spil eller andre aktiviteter; afbryder eller trænger sig på i andres samtaler, spil eller lege Tendens til at handle på pludselige stimuli uden overvejelse eller omtanke for risici eller konsekvenser (f.eks. handlinger med risiko for fysisk skade; impulsive beslutninger, ludomani/shopping), skødesløs kørsel

a) Uopmærksomhed ses måske ikke tydeligt, når personen er optaget af aktiviteter, der er intenst stimulerende og hyppigt belønnende.

I regi af Danske Regioner har Den Danske Multidisciplinære Psykiatrigruppe for ADHD (DMPG-ADHD) udfærdiget kliniske retningslinjer for udredning af ADHD hos voksne, hvor en række anbefalinger skal sikre en mere valid og ensartet diagnostik [3].

Screening for ADHD-symptomer ved brug af ADHD-rettede symptomspørgeskemaer

Der anbefales ikke en generel screening for ADHD-symptomer gennem spørgeskemaer som f.eks. Adult Self Report Scale (ASRS 1.1) [3]. På ASRS 1.1 har en score over cut-off en relativt begrænset positiv prædiktiv værdi, idet ASRS 1.1 primært kan ses som et mål for subjektive kognitive klager gennem de seneste seks måneder – noget, der også kan ses ved en række andre psykiske og somatiske tilstande [7, 8]. Desuden forholder ASRS 1.1 sig ikke til funktionspåvirkning.

Den relative mangel på specificitet ved ASRS 1.1 er yderligere illustreret ved et større europæisk multicenterstudie af patienter med ambulante forløb i psykiatrien, hvor 50% scorede over cut-off. Det vil sige, at

deltagerne havde betydelige subjektive kognitive vanskeligheder, men efter yderligere undersøgelser opfyldte kun 17% kriterierne for ADHD [9]. Wender-Utah Rating Scale (WURS) er et symptomspørgeskema, der retter sig mod såvel symptomer som adfærd i barndommen, der kan ses ved ADHD. Det er oversat til dansk, men afventer endnu validering. Dog er det valideret på norsk [10] og svensk [11].

Symptomspørgeskemaer som ASRS 1.1 kan bruges som hjælp til en struktureret vurdering af symptomer i almen praksis, støtte til vurdering af ADHD-sværhedsgrad og i forbindelse med vurdering af behandlingseffekt. Ikke sjældent vil man møde patienter, der på internettet har udfyldt f.eks. ASRS 1.1, og her er det vigtigt, at man orienterer dem om spørgeskemaernes uspecifikke natur, der kun i ringe grad indikerer, at der er tale om ADHD.

Udredningsprocessen

Udredningen af ADHD hos voksne hviler på en række sekventielle skridt, der bl.a. er beskrevet i den kliniske retningslinje fra DMPG-ADHD [3].

Det er centralt, at udredningen af ADHD hos voksne foregår ved samtidig vurdering af øvrig psykopatologi, somatisk helbredstilstand, udviklingsanamnese og psykosociale belastninger. Det betyder, at udredningen for ADHD-symptomer ikke bør foretages isoleret, men kun under samtidig undersøgelse af eventuelle somatiske og psykiske lidelser. Dette skyldes et bærende princip i diagnosticeringen af ADHD: at symptomerne ikke er bedre redegjort for ved anden psykisk eller somatisk lidelse, ikke bedre forklaret ved stofpåvirkning (inklusive abstinenssymptomer) eller som bivirkninger til anden medicin [4]. Dog er det vigtigt her at understrege, at der hos hovedparten af voksne med ADHD er psykisk komorbiditet [12], hvilket komplicerer udredningen betydeligt. Derfor er det vigtigt, at udreder er fortrolig med naturen af de kognitive forstyrrelser, man kan se generelt ved et bredt udsnit af psykiske og somatiske lidelser [5, 13-15]. Dette kan betyde, man ikke kan udrede for ADHD, før komorbiditeten er suffcient behandlet og stabiliseret. Afslutningsvist bør det nævnes, at en fundamental differentialdiagnose er normalitet, dvs. at patientens oplevelser kan tilskrives normalpsykologiske forhold og ikke en neuroudviklingsforstyrrelse.

Somatisk helbredstilstand

Indledningsvist afklares den somatiske helbredstilstand, da en række somatiske lidelser kan give kognitive vanskeligheder, der kun vanskeligt lader sig adskille fra dem, man ser ved ADHD. Mest relevant hos voksne er f.eks. søvnlidelser/søvnnapnø, stofskiftelidelser, diabetes mellitus, anæmi og andre mangeltilstande, en række hjertesygdomme, neurologiske lidelser som f.eks. epilepsi, sklerose og andre autoimmune lidelser, sequelae efter hovedtraumer og apopleksi [3]. Dertil er andre tilstande som f.eks. menopause forbundet med påvirket kognition [16]. Der foretages indledningsvist en almen somatisk anamnese og undersøgelse inklusive relevante parakliniske undersøgelser og eventuelt neurologisk undersøgelse, hvis der findes indikation for sidstnævnte [3].

Udredning af psykopatologi

Der udføres et systematisk psykopatologisk interview, der tjener at afdække eventuel psykisk komorbiditet eller misbrug svarende til ICD-10's diagnosegrupper F0-F8 [3]. Man kan f.eks. anvende Present State Examination (PSE) og supplere med de elementer, der ikke indgår i PSE: PTSD, autismespektrumforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse. De hyppigste komorbide tilstande ved ADHD hos voksne er affektive lidelser, angstlidelser, stofmisbrug og personlighedsforstyrrelse [12].

En række psykiske lidelser er i sig selv forbundet med kognitive vanskeligheder uafhængigt af eventuel ADHD, hvilket kan komplicere diagnostikken. Det gælder f.eks. misbrug, psykoselidelser, affektive lidelser som

unipolar depression og bipolar sygdom, angstlidelser, OCD, spiseforstyrrelser, autismspektrumforstyrrelse og personlighedsforstyrrelse. Særligt udfordrende i et diagnostisk perspektiv er de affektive lidelser, der er særdeles hyppige ved ADHD, hvor der også kan ses kognitive vanskeligheder mellem de affektive episoder. Man kan supplere udredningen med urinscreening for misbrugsstoffer, og generelt bør man være forsigtig ved udredningen af patienter med pågående stofindtag. Udredningen kan dog allerede påbegyndes, når patienten ikke er intoksikeret eller abstinent [17].

I udredningen bør man vurdere patientens begavelsesniveau, da vedvarende belastning grundet kognitive overkrav kan give symptomer, der ses ved ADHD. Dette er særligt vigtigt hos patienter med en IQ på 1-2 standarddeviationer under normalen, hvilket ofte benævnes inferioritas intellectualis (IQ 70-85) [18], og som er gældende for ca. 1 ud af 7 danskere. Dog udelukker IQ svarende til inferioritas intellectualis ikke komorbid ADHD, og der er udviklet et diagnostisk semistruktureret interview til netop denne population: DIVA-5-ID [19].

Udviklingsanamnese

Det er centralt, at udreder har indgående viden om normal udvikling for at undgå under- og overdiagnosticering [3, 20]. Udviklingsanamnesen indeholder oplysninger om dispositioner, ekspositioner, graviditets- og fødselsforløb samt komplikationer. Dertil afdækkes om motoriske og sproglige milepæle blev opnået svarende til normal udvikling. Der afdækkes udvikling i reguleringsmæssige funktioner i forhold til leg, følelser, funktion i familien, i institutioner (børnehave, skole), fritidsaktiviteter og i sociale sammenhænge, og der afdækkes, om der har været indlæringsvanskeligheder som f.eks. læsevanskeligheder og ordblindhed.

ADHD-specifik udredning

Som sidste led i udredningen gennemføres et semistruktureret diagnostisk interview rettet mod ADHD-symptomatologi [3, 21]. I Danmark er det hyppigst anvendte »Diagnostic interview for ADHD in adults« (DIVA-2.0 eller DIVA-5), hvor man undersøger forekomsten af ADHD-symptomatologi og funktionspåvirkning i såvel barndom som voksenlivet [22]. DIVA er et semistruktureret interview, der ikke er valideret til, at patienten helt eller delvist selv udfylder det. Der bør altid inddrages pårørende (komparenter) i udredningen, og det kan påvirke validiteten af udredningen, hvis denne er udført uden deltagelse heraf [21, 23]. Hvis det er muligt, bør komparenterne have kendt patienten siden barndommen [3].

I den ADHD-specifikke udredning er det vigtigt at afdække patientens generelle funktionsniveau, og om de beskrevne vanskeligheder har en direkte negativ indflydelse på funktionsniveauet [21, 23, 24]. Hvis der ikke er påvirkning af funktionsniveau, eller påvirkningen er bedre redegjort for ved en anden tilstand, er der ikke tale om et symptom i ADHD-udredningsmæssig forstand [4].

Neuropsykologiske undersøgelser

Neuropsykologiske undersøgelser, bl.a. af opmærksomhed, arbejdshukommelse og eksekutivfunktion, kan anvendes i den diagnostiske proces, men er ikke i sig selv diagnostisk, da den kognitive profil, som kan ses ved ADHD, også ses ved andre psykiske lidelser [3, 25]. Der findes en række computeriserede kognitive test, som f.eks. »Test of variables of attention« (T.O.V.A.), der primært undersøger vedvarende opmærksomhed. Disse har begrænset selvstændig diagnostisk værdi, men kan indgå som et element i den diagnostiske proces [3].

Udfordringer

Der er en række særlige udfordringer knyttet til udredningen af ADHD hos voksne, der kan påvirke den diagnostiske sikkerhed. En er den hyppige forekomst af såvel psykisk som somatisk komorbiditet, der i sig selv er forbundet med kognitive vanskeligheder. Dermed vanskeliggøres vurderingen af, om man kan tilskrive symptomerne til ADHD, eller om der er tale om et komplekst bidrag fra begge lidelser. I udredningen vil man ofte lægge stor vægt på symptomernes tidsforløb, bl.a. om de har været til stede siden barndommen. Her er en anden central udfordring i udredningen af ADHD hos voksne, idet såvel selv- som forælderreporterede ADHD-symptomer fra barndommen – eller fraværet af symptomer – er forbundne med usikkerhed, hvorfor det undertiden er svært entydigt at fastslå, hvorvidt patienten opfylder kriterierne for ADHD [26-28].

Konklusion

Diagnosticering af ADHD hos voksne er en ressourcekrævende specialistopgave, der kræver indgående kendskab til psykiatri og somatiske sygdomme, udviklingspsykologi og neuropsykologi. I den kliniske praksis anbefales at anvende kriterier fra DSM-5 indtil ICD-11 introduceres i de kommende år. De diagnostiske kriterier i ICD-10 er ikke fagligt tidssvarende [3]. Diagnosen er relativt let at overse på grund af spontan underreportering af symptomer, men også at stille på forkert grundlag, da en række psykiske og somatiske lidelser kan fremstå med samme kognitive vanskeligheder som ved ADHD. Genkaldelsen af barndomssymptomerne kan desuden være af usikker validitet. Man har i DMPG-ADHD bl.a. på baggrund af de ovenstående diagnostiske udfordringer udviklet kliniske retningslinjer for udredningen af ADHD hos voksne.

Korrespondance Simon Hjerrild. E-mail: simohjer@rm.dk

Antaget 21. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. maj 2025

Interessekonflikter SH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i H. Lundbeck A/S, Takeda A/S og Medice Nordic. Har modtaget bevilling fra Takeda A/S og Medice Nordic. RH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Takeda A/S og bevilling fra Medice Nordic. SS oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i H. Lundbeck A/S og Takeda A/S. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V12240886

doi 10.61409/V12240886

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Assessment of ADHD in adults

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is increasingly diagnosed in adults. The diagnostic process is complex, emphasising the need for specialised assessments due to the disorder's intricate symptomatology and frequent comorbidities. This review presents an outline for a structured diagnostic process, as is the importance of considering comorbid conditions, as they can obscure ADHD symptoms. It is central to adhere to updated clinical guidelines to enhance diagnostic accuracy and treatment efficacy for adults with ADHD.

REFERENCER

1. World Health Organisation. ICD-10&;: international statistical classification of diseases and related health problems&;, 10th

- revision. World Health Organisation, 1994
2. Jørgensen K, Lunøe PL, Jarl LM et al. Modernisering af specialet psykiatri i speciallægepraksis, 2023. <https://www.regioner.dk/media/23751/moderniseringsrapport-for-specialet-psykiatri.pdf> (03. apr 2025)
 3. DMPG. Udredning af ADHD hos voksne i hospitalsregi, 2023. https://www.dmpg.dk/siteassets/02-kliniske-retningslinjer/dmpg-retningslinjer-udgivet/adhd/dmpg_adhd_udredning-af-adhd-i-hospitalsregi_v1.0_admgodk141123.pdf (03. apr 2025)
 4. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Health Organisation, 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf?sequence=1> (03. apr 2025)
 5. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L et al. Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry. 2019;56(1):14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
 6. Young S, Uysal O, Kahle J et al. A systematic review and meta-analysis comparing the severity of core symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in females and males. Psychol Med. 2024;54(14):3763-3784. <https://doi.org/10.1017/S0033291724001600>
 7. Chamberlain SR, Cortese S, Grant JE. Screening for adult ADHD using brief rating tools: what can we conclude from a positive screen? Compr Psychiatry. 2021;106:152224. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152224>
 8. Harrison AG, Edwards MJ. The ability of self-report methods to accurately diagnose attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. J Atten Disord. 2023;27(12):1343-1359. <https://doi.org/10.1177/10870547231177470>
 9. Deberdt W, Thome J, Lebecq J et al. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): a multinational cross-sectional study in Europe. BMC Psychiatry. 2015;15(1):242. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0624-5>
 10. Brevik EJ, Lundervold AJ, Haavik J, Posserud M. Validity and accuracy of the adult Attention&Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self&Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. Brain Behav. 2020;10(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.1605>
 11. Kouros I, Hörberg N, Ekselius L, Ramklint M. Wender Utah Rating Scale-25 (WURS-25): psychometric properties and diagnostic accuracy of the Swedish translation. Ups J Med Sci. 2018;123(4):230-236. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1515797>
 12. Choi WS, Woo YS, Wang SM et al. The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: a systematic literature review. PLoS One. 2022;17(11):e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
 13. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017;17(1):302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
 14. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
 15. Instanes JT, Klungsøyr K, Halmøy A et al. Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. J Atten Disord. 2018;22(3):203-228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
 16. Conde DM, Verdade RC, Valadares ALR et al. Menopause and cognitive impairment: a narrative review of current knowledge. World J Psychiatry. 2021;11(8):412-428. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i8.412>
 17. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F et al. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. Eur Addict Res. 2018;24(1):43-51. <https://doi.org/10.1159/000487767>
 18. Perera B, McCarthy J, Courtenay K. Assessing and managing attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disability. BJPsych Advances. 2022;28(6):363-70. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.23>
 19. Perera B, Courtenay K, Korb L, Shankar R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults with intellectual disability, 2021. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr230---attention-deficit-hyperactivity-disorder-\(adhd\)-in-adults-with-intellectual-disability.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr230---attention-deficit-hyperactivity-disorder-(adhd)-in-adults-with-intellectual-disability.pdf) (03. apr 2025)
 20. Waltereit J, Haas F, Ehrlich S et al. Family and developmental history of ADHD patients: a structured clinical routine interview identifies a significant profile. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2020;270(8):1047-1061. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01047-4>

21. Adamou M, Arif M, Asherson P et al. The adult ADHD assessment quality assurance standard. *Front Psychiatry*. 2024;15:1380410. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1380410>
22. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V et al. Criteria and concurrent validity of DIVA 2.0: a semi-structured diagnostic interview for adult ADHD. *J Atten Disord*. 2019;23(10):1126-1135. <https://doi.org/10.1177/1087054716646451>
23. Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG et al. When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(6):1052-1061. <https://doi.org/10.1037/a0029098>
24. Kosheleff AR, Mason O, Jain R et al. Functional impairments associated with ADHD in adulthood and the impact of pharmacological treatment. *J Atten Disord*. 2023;27(7):669-697. <https://doi.org/10.1177/10870547231158572>
25. Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in adults: an examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *J Atten Disord*. 2018;22(11):1019-1031. <https://doi.org/10.1177/1087054715618788>
26. Von Wirth E, Mandler J, Breuer D, Döpfner M. The accuracy of retrospective recall of childhood ADHD: results from a longitudinal study. *J Psychopathol Behav Assess*. 2021;43(2):413-426. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09852-1>
27. Breda V, Rohde LA, Menezes AMB et al. Revisiting ADHD age-of-onset in adults: to what extent should we rely on the recall of childhood symptoms? *Psychol Med*. 2020;50(5):857-66. <https://doi.org/10.1017/S003329171900076X>
28. Moffitt TE, Houts R, Asherson P et al. Is Adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2015;172(10):967-77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>