

Les défis du diagnostic de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte : zoom sur la sensibilité et la spécificité des méthodes d'évaluation

L. ROUSSELLE¹, M.-P. NOËL²

RÉSUMÉ : Les défis du diagnostic de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte : zoom sur la sensibilité et la spécificité des méthodes d'évaluation

Le diagnostic de Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) est un processus complexe qui comporte des enjeux développementaux importants pour le patient tant sur le plan identitaire qu'au niveau de sa trajectoire de soin. À l'heure actuelle, ce diagnostic repose sur des méthodes d'évaluation très différentes. Dans ce contexte, la sensibilité et la spécificité des outils diagnostiques actuels sont examinées de manière critique afin d'optimiser la précision du diagnostic.

Mots clés : Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité – Évaluation – Sensibilité – Spécificité – Validité.

SUMMARY: The challenges of diagnosing attention/hyperactivity deficit in adults: a closer look at the sensitivity and specificity of assessment methods

The diagnosis of Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a complex process involving major developmental issues for the patient, both in terms of his or her identity and his or her treatment trajectory. At present, this diagnosis is based on very different assessment methods. In this context, the sensitivity and specificity of current diagnostic tools are being critically examined in order to optimise the diagnostic accuracy

Key words: Attention-deficit/hyperactivity disorder – Assessment – Sensitivity – Specificity – Validity.

RESUMEN: Los retos del diagnóstico del déficit de atención/hiperactividad en adultos: análisis de la sensibilidad y especificidad de los métodos de evaluación

El diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un proceso complejo que implica importantes cuestiones de desarrollo para el paciente, tanto en lo que se refiere a su identidad como a su trayectoria terapéutica. En la actualidad, este diagnóstico se basa en métodos de evaluación muy diferentes. En este contexto, se está examinando de forma crítica la sensibilidad y especificidad de las herramientas de diagnóstico actuales con el fine de optimizar la precisión diagnóstica del TDAH.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad – Evaluación – Sensibilidad – Especificidad – Validez.

1. Professeure à l'Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation, Unité de recherche RUCHE-Research Unit for a Life-Course perspective on Health & Education, Responsable académique des consultations spécialisées en neuropsychologie développementale à la Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire, Université de Liège, Belgique.

2. Professeure à l'Université Catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des Sciences de l'Éducation, Maître de recherche au FNRS, Responsable académique du Centre de Consultations Psychologiques Spécialisées en Neuropsychologie et Logopédie Développementale, Institut de recherche en Sciences Psychologique, Université Catholique de Louvain, Belgique.

Auteur de correspondance

Laurence Rousselle, Place des Orateurs 1, Bât. B33 (Sart Tilman, Quartier Agora) 4000 Liège, Belgique.
laurence.rousselle@uliege.be

.....
Conflicts d'intérêts : les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : Rousselle, L., & Noël, M.-P. (2024). Les défis du diagnostic de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte : zoom sur la sensibilité et la spécificité des méthodes d'évaluation. A.N.A.E., 190, 000-000.

Introduction

Le Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un ensemble de symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité de nature à impacter le fonctionnement de la personne tout au long de sa vie dans de nombreux domaines notamment, la réussite scolaire, professionnelle et les relations interpersonnelles. Suivant les critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), les symptômes doivent être présents avant l'âge de 12 ans, dans au moins deux environnements différents (maison, école, travail, etc.) et ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental (dépression, anxiété, troubles psychotique, prise de substance, ...).

Les troubles persistent souvent à l'âge adulte (30 à 50 % ; Barbaresi *et al.*, 2013 ; Hechtman *et al.*, 2016) mais changent de présentation au cours du développement (Biederman *et al.*, 2010 ; Langley *et al.*, 2010). Les symptômes les plus visibles de l'enfance (hyperactivité, impulsivité) évoluent pour prendre la forme de symptômes plus subtils comme l'agitation mentale, l'inattention ou la désorganisation. Une récente méta-analyse publiée en 2020 et portant sur un panel de 40 études estime à 2,6 % la prévalence à l'échelle mondiale du TDAH *persistant* chez l'adulte (début durant l'enfance) et à 6,8 % celle du TDAH *symptomatique* (diagnostiqué à l'âge adulte, Song *et al.*, 2021). Certains indicateurs suggèrent que la prévalence du TDAH pourrait augmenter ces vingt dernières années chez l'adulte (de 3,41 % en 2007 à 4,25 % en 2012, London & Landes, 2021). En parallèle, la vente de stimulants prescrits pour lutter contre les symptômes du TDAH a quintuplé entre 2002 et 2012 (Hinshaw & Scheffler, 2014 ; Schwarz, 2013).

Les raisons qui expliqueraient cette tendance sont multiples et font l'objet de débats intenses dans la communauté scientifique. Pour les uns, le TDAH chez l'adulte reste encore sous-diagnostiqué durant l'enfance alors que pour les autres, cette augmentation reflète un phénomène de sur-diagnostic (Abdelnour *et al.*, 2022 ; Hinshaw & Scheffler, 2014). En réalité, estimer la prévalence du TDAH à l'âge l'adulte relève du défi, principalement car le diagnostic repose sur une diversité de pratiques liées à l'expertise des cliniciens consultés (médecin, neuropsychologue, psychologue), aux outils qu'ils utilisent, aux informateurs auxquels ils se réfèrent (le patient lui-même ou son entourage) et aux enjeux du diagnostic (Marshall *et al.*, 2021 ; Sibley *et al.*, 2016). Entretiens, questionnaires, tests cognitifs, ces outils ont chacun leurs apports et

leurs limites et aucun ne suffit à lui seul pour poser le diagnostic de TDAH, laissant les cliniciens souvent démunis pour objectiver le TDAH chez les jeunes adultes.

Entretien clinique

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que l'entretien clinique reste la meilleure façon de déterminer si une personne est atteinte du TDAH (Brown, 2019). Guidé par les critères diagnostiques, l'entretien clinique vise à examiner la présence des symptômes, leur fréquence et le début de leur apparition en remontant jusqu'à l'enfance (présence avant l'âge de 12 ans). Il s'agit également d'évaluer leur retentissement sur la vie quotidienne du patient en l'amenant le plus possible à donner des exemples de la manière dont ces symptômes affectent son fonctionnement dans différents contextes (école, maison, travail, ...).

Dans une démarche de diagnostic différentiel, l'entretien inclut une anamnèse fouillée portant sur les symptômes d'autres troubles fréquemment associés au TDAH comme la dépression (38 %) l'anxiété (47 %) ou encore la prise de substance (15 %, Kessler *et al.*, 2006). Ces troubles peuvent être primaires et expliquer la symptomatologie, ou bien être secondaire au TDAH.

Généralement considérée comme la base d'un diagnostic valide, cette approche comporte de nombreux biais et limites qui expliquent une grande part de la variabilité des estimations du TDAH. L'une des principales limites de l'entretien clinique tient à la difficulté de se référer à des critères diagnostiques objectifs et validés dans la population adulte (Kooij *et al.*, 2010 ; McGough & Barkley, 2004 ; Sibley *et al.*, 2016 ; Weyandt & DuPaul, 2013). Si le DSM-5 reprend pour chaque critère, des descriptions plus adaptées à l'âge adulte (esprit ailleurs, agitation mentale, désorganisation, difficulté dans la gestion du temps, des échéances, des factures, des rendez-vous, etc. ; Asherson *et al.*, 2016), la divergence des tableaux cliniques chez l'enfant et l'adulte est telle, qu'elle justifierait de séparer les sémiologies pour donner des poids différents à certains symptômes qui apparaissent plus critiques que d'autres suivant l'âge. Ainsi il a été montré que les symptômes présentent différents niveaux de sensibilité et de spécificité à l'âge adulte (Ustun *et al.*, 2017). Par exemple, si les patients ne présentent aucun des deux symptômes suivants, « difficulté d'attention soutenue » et « s'agiter et se tortiller », il est extrêmement probable qu'ils ne présentent pas de TDAH (valeur prédictive négative de 97,4 % ; Zimmerman *et al.*, 2017).

Il existe également une fréquente confusion entre la présence de symptômes cliniques relevant du TDAH et le diagnostic du TDAH en lui-même. En effet, les symptômes du TDAH prennent la forme de manifestations comportementales non spécifiques, communément rencontrées dans d'autres pathologies et même fréquemment rapportées dans la population tout-venant (Lewandowski et al., 2007). Ainsi, Barkley et Murphy (2011) rapportent que parmi des adultes venant réaliser un bilan diagnostique pour des troubles d'attention, 45 % d'entre eux présentaient bien des symptômes suffisants pour répondre aux critères du DSM-IV mais n'ont toutefois pas reçu le diagnostic de TDAH. Baser le diagnostic uniquement sur les symptômes augmente donc considérablement le risque pour la personne de se retrouver affublée de plusieurs étiquettes diagnostiques indépendantes (TDAH, anxiété, dépression, etc.) chacune ouvrant des pistes d'intervention très différentes. Le diagnostic différentiel comporte donc des enjeux déterminants en termes de prise en charge.

En outre, la question du seuil pathologique soulève de nombreuses questions en termes de sensibilité et de spécificité sur le plan diagnostique. En effet, les manifestations comportementales typiques du TDAH sont rendues pathologiques par leur fréquence et leur intensité. Ces deux paramètres sont particulièrement difficiles à évaluer compte tenu de l'ambiguïté des termes utilisés pour évoquer la fréquence des comportements à observer (Honkasilta & Koutsoklenis, 2022). L'exemple le plus frappant est le descripteur « souvent » qui est repris pour tous les critères diagnostiques du DSM-5. Il en va de même lorsque le clinicien est amené à déterminer si un comportement est « excessif » ou « inapproprié ». La présence ou non du symptôme dépend donc de l'interprétation faite par le clinicien de ces indicateurs car le manuel ne fournit aucune description ni aucun seuil pour la fréquence des comportements dans la population tout-venant.

Le processus d'entretien clinique est susceptible d'être influencé par de nombreux biais cognitifs ou affectifs, aussi bien du côté du clinicien que de celui du patient. Le jugement du clinicien peut ainsi être influencé par ses propres croyances et expériences (e.g., biais de confirmation, biais de disponibilité ou effet de halo) ou par ses émotions (e.g., antipathie, sympathie, contamination par les émotions du patient) à l'égard du patient ou de la pathologie (Yager et al., 2021 ; Yager et al., 2022). Parallèlement, l'évaluation de la présence des symptômes comporte de nombreux biais liés à l'informateur (Asherson et al., 2016), notam-

ment lorsqu'il s'agit de déterminer *a posteriori* si ces symptômes étaient déjà présents durant l'enfance. Beaucoup d'adultes ont du mal à se souvenir de leurs difficultés durant l'enfance ou à évaluer si leurs comportements étaient suffisamment atypiques pour être compatibles avec le TDAH (Lewandowski et al., 2007). De plus, certains patients ont peu conscience de leurs symptômes et déficiences (Manor et al., 2012) alors que d'autres les attribuent à des traits de personnalité ou à d'autres pathologies (Barkley & Brown, 2008). De plus, l'une des principales différences entre l'évaluation diagnostique chez l'enfant et chez l'adulte tient au poids accordé aux informations données par le patient lui-même. Les cliniciens qui posent un diagnostic de TDAH chez l'adulte n'ont bien souvent accès qu'à des informations autodéclarées et, la perturbation *perçue* par le patient est souvent considérée comme suffisante pour poser un diagnostic (Lewandowski et al., 2007). Plusieurs éléments indiquent que les informations auto-rapportées ou récoltées auprès des proches (par exemple, le parent) peuvent être peu concordantes chez l'adulte (Du Rietz et al., 2016 ; Mörstedt et al., 2015). Certaines évidences suggèrent que le rapport de l'informateur externe serait plus précis que l'auto-évaluation, le patient ayant tendance à sous-évaluer ses propres symptômes (Sibley et al., 2016). Pour ces raisons, les recommandations cliniques prévoient de recourir à un informateur tiers (par exemple, le conjoint qui connaît bien le comportement actuel et, si possible, un parent pour approcher l'histoire des troubles) et de consulter les traces écrites telles que les bulletins scolaires ou les rapports psychologiques réalisés dans l'enfance (Frazier & Youngstrom, 2006 ; Kooij et al., 2010). Ces différences inter-évaluateurs soulèvent néanmoins des questions cruciales quant à la validité des symptômes rapportés par le patient ou par l'informateur et à la façon d'intégrer les informations en provenance de sources différentes.

Malgré toutes les limites mentionnées ci-dessus qui questionnent la validité et la fidélité, l'entretien clinique approfondi reste le *gold standard* du diagnostic du TDAH. À ce titre, il est recommandé par différents comités d'experts dans des guides de pratique clinique à usage des professionnels pour promouvoir une évaluation de qualité dans le cadre du diagnostic du TDAH (CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance, 2020 ; NICE, 2018 ; Royal College of Psychiatrists in Scotland, 2023). Par conséquent, il sert de point de repère à l'étude des propriétés psychométriques de nombreux outils développés pour contribuer au diagnostic du TDAH chez l'adulte alors qu'aucune étude n'a réellement établi sa sensibilité ou sa spécificité (Marshall et

al., 2021). Dans la situation idéale, le diagnostic devrait reposer sur des outils d'évaluation présentant une haute sensibilité (probabilité élevée d'être positif pour les personnes réellement atteintes du TDAH, les *vrais positifs*) et spécificité (probabilité élevée d'être négatif pour les personnes qui ne sont pas atteintes de TDAH, les *vrais négatifs*)

Depuis une vingtaine d'années, différents guides d'entretien clinique (semi-)structuré ont été développés afin d'homogénéiser les pratiques cliniques autour du diagnostic du TDAH chez l'adulte. Basés sur les critères du DSM-5, la DIVA-5 (*Diagnostic Interview for ADHD in Adults* ; Kooij et al., 2019 ; disponible en 30 langues) présenterait une excellente validité discriminante (sensibilité 91 % et spécificité 93%) mais calculée sur base d'un échantillon de patients TDAH diagnostiqués par des méthodes auto-rapportées (entretien clinique et de questionnaires comportementaux ; Hong et al., 2020). En outre, étant donné que la DIVA-5.0 ne pose aucune question sur les symptômes qui ne relèvent pas du TDAH, elle doit être complétée par une évaluation plus large des comorbidités pour établir le diagnostic différentiel.

D'autres outils comme les questionnaires comportementaux et des tests neuropsychologiques ont été développés pour collecter des éléments complémentaires et renforcer la démarche clinique initiée au travers de l'entretien. Dans une étude rétrospective, Marshall et al. (2016) ont ainsi constaté une concordance limitée entre les conclusions d'un entretien clinique semi-structuré isolé et celles d'un examen approfondi comprenant, non seulement, un entretien clinique semi-structuré, mais également l'administration de nombreux tests cognitifs, des observations comportementales et le remplissage d'échelles d'évaluation du comportement du TDAH par le patient lui-même et par un informateur. Parmi les 102 patients qui avaient reçu le diagnostic de TDAH au terme de l'examen approfondi, l'entretien clinique isolé ne permettait pas de statuer sur la question du diagnostic dans 45 % des cas. De plus, la conclusion de l'entretien clinique isolé n'était compatible avec celle de l'entretien étendu que dans 39 % des cas et était même incompatible pour 16 % des patients. Dans ces derniers cas, ce sont les échelles comportementales et les tests cognitifs qui ont apporté des preuves convaincantes et substantielles de la présence du TDAH. C'est la raison pour laquelle l'*American Psychiatric Association* recommande que le diagnostic soit posé à l'aide d'un entretien clinique approfondi et de l'administration d'échelles d'évaluation du comportement (*American Psychiatric Association*, 2023 ; Hauk, 2013).

Questionnaires comportementaux

Le guide de pratique clinique du CADDRA (2020) recommande de combiner un entretien clinique approfondi (analyse de la demande, plaintes, bilan médical, histoire des troubles, comorbidité et diagnostic différentiel) et les résultats de questionnaires (auto- et hétéro-évaluation) dans une démarche diagnostique en quatre étapes. Ces questionnaires comportementaux permettent de collecter un grand nombre d'informations non seulement auprès du patient, mais aussi de ses proches. Certains sont adaptés en français comme la *Wender Utah Rating Scale* (WURS ; Ward et al., 1993), l'*Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS ; Kessler et al., 2005), les échelles de Brown Attention/Fonctions Exécutives (jusqu'à 18 ans, Brown, 2020) ou encore la *Weiss Functional Impairment Rating Scale-Self report* (WFIRS-S ; Weiss, 2000) pour évaluer l'impact fonctionnel du trouble (voir CADDRA - *Canadian ADHD Resource Alliance*, s.d., pour les adaptations françaises de l'ASRS et de la WFIRS-S). Ils prennent la forme d'une enquête interrogeant le patient par le biais d'une liste de manifestations cliniques visant à quantifier les symptômes liés au TDAH et/ou leur retentissement sur le fonctionnement de la personne. Certains d'entre eux sont normalisés et permettent d'établir des comparaisons entre les populations.

De façon générale, ces outils souffrent cependant des mêmes limites que celles relevées dans le cadre de l'entretien clinique. Dans une excellente revue, Marshall et al. (2021) passent au crible la sensibilité et la spécificité des différents questionnaires utilisés pour aider au diagnostic de TDAH dans différentes populations d'adultes. En termes de validité, l'étalon de comparaison est généralement l'entretien clinique approfondi ce qui est le point faible de toutes ces recherches en l'absence d'indicateurs objectifs. De façon générale, ces outils souffrent le plus souvent d'une spécificité trop faible (< 80 %) conduisant à donner le diagnostic de TDAH à des patients qui, en réalité, ne présentent pas ce trouble. À noter que les données normatives de ces questionnaires sont souvent collectées auprès d'échantillons non-stratifiés, ce qui peut induire une moins grande sensibilité pour diagnostiquer les personnes qui ont un fonctionnement cognitif plus élevé, comme par exemple, les étudiants dans l'enseignement supérieur (Weyandt & DuPaul, 2013).

Tests neuropsychologiques

Plusieurs auteurs considèrent que l'origine du TDAH est un déficit des fonctions exécutives

(Barkley, 1997 ; Brown, 2013). Pour cette raison, des tests cognitifs mesurant ces fonctions exécutives ont été utilisés dans le processus de diagnostic. Malheureusement, ces tests sont peu sensibles aux difficultés présentées par les personnes atteintes de TDAH, puisque seulement 30 % d'entre elles environ présenteraient des mesures altérées à ces tests (Brown, 2019 ; Pettersson et al., 2018). Certaines batteries de tests semblent plus prometteuses. Par exemple, le *Quantified Behavior Test Plus* (QB Test+) qui associe un test d'attention soutenue (*Continuous Performance Test*) avec une mesure des mouvements de la tête pendant le test (mesure de l'hyperactivité) permet de calculer un score composite qui présenterait une sensibilité de 87 % et une spécificité de 85 % (Edebol et al., 2013). Lovejoy et al. (1999) proposent une batterie de six tests et rapportent qu'une performance déficitaire à n'importe lequel de ces tests a une sensibilité de 96 % et une spécificité de 85 %. Si le seuil est une performance déficitaire à au moins deux tests, la sensibilité diminue à 69 % mais la spécificité est de 96 %. L'une des limites principales de ces études est d'évaluer la validité discriminante en comparant des patients avec un diagnostic de TDAH à des sujets tout-venant. Les quelques études qui se sont focalisées sur les adultes qui consultent pour un TDAH ont montré une spécificité faible (< 45 %) des tests neuropsychologiques pour discriminer les individus chez qui le diagnostic de TDAH est confirmé, de ceux chez qui il ne l'est pas (Edebol et al., 2012 ; Hirsch & Christiansen, 2017).

Ces résultats questionnent l'utilité diagnostique des tests neuropsychologiques dans l'évaluation du TDAH, mais cette conclusion pourrait être prématurée en raison de trois limitations majeures sur le plan méthodologique (Marshall et al., 2021). Premièrement, certains auteurs suggèrent que l'efficacité diagnostique des tests neuropsychologiques pourrait être sous-estimée en raison de l'inclusion de personnes sans TDAH dans les groupes de patients. Deuxièmement, la variété des tests cognitifs étudiés complique les conclusions sur leur efficacité diagnostique, certains tests étant peu sensibles à l'identification du TDAH chez l'adulte. Enfin, la plupart des études n'ont pas mesuré l'engagement des sujets dans les tests cognitifs. À ce stade, des recherches plus approfondies sont donc nécessaires avant de statuer sur l'utilité diagnostique des tests neuropsychologiques.

Devant les limites de ces outils, le CADDRA préconise une utilisation raisonnée des tests neuropsychologiques quand le diagnostic est incertain et dans le cadre d'une évaluation clinique élargie en ciblant les tests les plus sensibles et spécifiques. Les plus utilisés dans le

diagnostic du TDAH chez l'adulte sont les tests de performance continue (comme le Conners CPT-3, Conners, 2014 ; ou le TOVA, Leark et al., 2020) car ils permettent d'évaluer l'attention soutenue, la vitesse de traitement, l'impulsivité et l'inhibition de la réponse. Une plus grande variabilité des temps de réponse dans les tests de performance continue a été identifiée comme un indicateur de fluctuations attentionnelles et de distractibilité (Adams et al., 2011). Nikolas et al. (2019) ont ainsi montré que la variabilité des temps de réponse au TOVA permettait ainsi d'améliorer la précision diagnostique d'une équation de régression basée sur une évaluation complète du TDAH. En revanche, ces tests ont une faible validité écologique et ne peuvent dès lors être utilisés pour déterminer la sévérité du TDAH, le niveau d'atteinte fonctionnelle ou les aménagements à mettre en place.

Mesure de la validité des symptômes

Enfin, le diagnostic de TDAH à l'âge adulte devient encore plus complexe lorsqu'il répond à des enjeux en termes de reconnaissance du handicap et d'accès aux aides. Certains adultes sont ainsi tentés d'exagérer leurs plaintes lorsque le diagnostic posé ouvre le droit à certains avantages plus ou moins conscients. Chez les jeunes adultes, il peut s'agir de la mise en place d'aménagements raisonnables dans l'enseignement supérieur, de l'accès à des psychostimulants afin d'optimiser leurs performances académiques (Rabiner, 2013) ou plus simplement d'un bénéfice social pour être déresponsabilisé de leurs agissements ou justifier leurs échecs (Fuermaier et al., 2021 ; Suhr & Wei, 2013). Le nombre d'étudiants cherchant ainsi à se faire évaluer pour le TDAH a augmenté de façon notable à mesure de la vulgarisation du trouble et de l'octroi d'aménagements en reconnaissance de la situation de handicap (Tucha et al., 2015 ; Weyandt & DuPaul, 2013).

La tendance de certains patients à l'exagération des symptômes et des difficultés a été largement étayée dans la littérature (Harrison et al., 2007 ; Hirsch & Christiansen, 2018). Dans les tests cognitifs, un nombre non négligeable de patients serait amené à amplifier leurs déficits en dosant leur effort ou en biaisant les indicateurs de performance utilisés dans les tests neuropsychologiques (Hirsch et al., 2022). Marshall et al. (2016) observent que 27 % de leurs patients adultes consultant pour une évaluation du TDAH peuvent être suspectés d'avoir dosé leurs efforts lors de tests cognitifs (menant à une sous-estimation de leurs capacités réelles) ou bien d'avoir surestimé leurs symptômes dans

les questionnaires (53 % dans l'étude de Nelson & Lovett, 2019) et rapportent que 71 % d'entre eux auraient reçu le diagnostic de TDAH sur base du seul entretien clinique. Plusieurs travaux de synthèse recensent une série d'études montrant qu'il est extrêmement facile de remplir les questionnaires comportementaux utilisés pour le diagnostic de façon à simuler un TDAH (Jachimowicz & Geiselman, 2004 ; Marshall et al., 2016). *A contrario*, il est extrêmement difficile pour les cliniciens d'identifier les personnes qui rapportent trop de symptômes ou tentent d'exagérer leurs difficultés cognitives dans les tests (Dandachi-Fitzgerald et al., 2017). Booksh et al. (2009) ont par exemple demandé à des étudiants universitaires de simuler les symptômes du TDAH lors d'un entretien clinique, de tests cognitifs et de leurs réponses à des questionnaires comportementaux. Le psychologue qui devait juger si le patient faisait ou non partie du groupe des simulateurs a erronément classé 44 % des simulateurs comme de vrais patients avec TDAH.

C'est dans ce contexte que des outils visant à évaluer la validité des réponses données par le patient ont été développés ces dernières années. Ces outils peuvent être répartis en deux catégories :

- a) les tests de validité des symptômes qui visent à évaluer la tendance du patient à exagérer ses symptômes,
- b) les tests de validité de la performance qui mesurent la tendance du patient à simuler/exagérer ses déficits cognitifs dans les tests neuropsychologiques.

Les tests de validité des symptômes actuellement à l'étude sont implémentés dans les questionnaires comportementaux existants ou dans les inventaires de personnalité. Différents indices de validité de symptômes ont été mis au point ces dernières années comme l'*Indice d'Exagération* (IE, Harrison & Armstrong, 2016) ou le *CAARS infrequency index* (CII, Suhr et al., 2011). Par exemple, l'IE atteint respectivement une sensibilité-spécificité de 51 % et 88 % avec un score seuil > 1, de 34 % et 94 % avec un score seuil > 2 et de 24 % et 97 % avec un score seuil > 3. Avec un seuil de minimum 21, le CII atteint une sensibilité modérée de 52 % et une spécificité de 97 % (Cook et al., 2016). Ces résultats indiquent une probabilité d'exagération élevée lorsque le seuil est dépassé mais une sensibilité faible à modérée pour détecter ceux qui simulent ou exagèrent leurs symptômes. Quelques études suggèrent que les indices de validité dérivés des inventaires de personnalité pourraient également présenter une certaine utilité pour identifier l'exagération des symptômes dans le diagnostic du TDAH (Smith et al.,

2017 ; Tucha et al., 2015). Aita et al. (2018) ont par exemple élaboré un algorithme de classification dérivé d'un inventaire de personnalité qui a montré une sensibilité de 85 % et une spécificité de 97 % pour l'identification des sujets qui simulent un TDAH (sur demande) mais la sensibilité est bien moins haute avec des patients réels suspectés de feindre des symptômes de TDAH (Harrison et al., 2022).

Différents tests de validité de performance ont été développés afin de déterminer si la performance du patient reflète bien ses capacités réelles dans la tâche. Sous la forme de tests de mémoire à court/long terme, de tests visuo-perceptifs ou même d'attention, ces outils utilisés pour détecter la simulation ou simplement le manque d'effort dans les tests cognitifs montrent, à l'instar des tests de validité de symptômes, une spécificité élevée (le plus souvent > .90) mais une sensibilité faible à modérée (< .52, Jasinski et al., 2011 ; Williamson et al., 2014) pour détecter les personnes suspectées ou chargées de feindre un TDAH (voir aussi Tucha et al., 2015). Récemment, il a été montré que les erreurs dans un test d'attention sélective et les omissions dans un test de vigilance présentaient respectivement une sensibilité de 65 % et 63 % dans la détection de la simulation induite (tous deux avec une spécificité de 91 %, Becke et al., 2023). Dans d'autres études, un indice de validité intégré à un test de mémoire visuo-spatiale a montré une sensibilité de 60 % et une spécificité de 96 % pour la détection de la simulation (Fuermaier et al., 2017) et celui intégré à un test de figures enchevêtrées a même permis d'atteindre une sensibilité de 88 % et une spécificité de 90 % (Fuermaier et al., 2016).

Ces résultats encourageants ouvrent de nouvelles perspectives dans la détection de la simulation/exagération de symptômes et appuient la recommandation de Marshall et al. (2021) d'inclure au moins quatre tests de validité de symptômes ou de performance dans le bilan diagnostique. Il est à noter que les résultats à ces tests de validités de symptômes et de performance sont indépendants l'un de l'autre (White et al., 2022). Ainsi, une personne pourrait satisfaire aux indicateurs de validité de performance mais rapporter des symptômes manifestement exagérés ou atypiques et inversement.

Lorsqu'il y a un bénéfice à la clé, il importe de garder à l'esprit que le diagnostic se heurte à des enjeux contradictoires dont le patient ne mesure pas toujours la portée. À court terme, l'obtention de l'un ou l'autre avantage (aménagement, reconnaissance, etc.) pourrait aisément occulter un enjeu plus fondamental pour le

patient qui est d'avancer dans la compréhension de son propre fonctionnement. L'intégration d'un mauvais diagnostic dans la définition de son identité peut entraîner des conséquences désastreuses pour le patient qui sont, en tout premier lieu, de l'inscrire dans une lecture tronquée de ses difficultés. En effet, un patient qui attribue à tort ses difficultés au TDAH est privé d'adresser les autres causes possibles (mauvaise hygiène de sommeil, abus de substances ou un trouble psycho-affectifs) et risque d'être orienté sur une fausse piste dans sa trajectoire de soin, favorisant ainsi la chronicité des troubles (Weis et al., 2021). En outre, un système qui mènerait à octroyer des aménagements sur base de plaintes auto-rapportées, sans apporter la preuve d'une atteinte fonctionnelle serait, comme le soulignent Harrison et Armstrong (2022), défectueux et inéquitable. Il mènerait à traiter des personnes capables comme étant déficientes, contribuant ainsi à éteindre leurs ressources et à leur donner accès à des aides qui peuvent injustement les privilégier par rapport à leurs pairs.

Conclusion

Les demandes de diagnostic de TDAH à l'âge adulte sont fréquentes et comportent de nombreux défis liés à la sensibilité/spécificité limitée des différentes méthodes, y compris de l'entretien clinique, lui-même soumis à de nombreux biais. Parmi ceux-ci, nous relevons d'une part, le diagnostic différentiel étant donné que les symptômes du TDAH sont non spécifiques, (puisque communément rencontrées dans d'autres pathologies), et d'autre part, la validité des symptômes rapportés, surtout dans le cas où le diagnostic amènerait à certains bénéfices secondaires. Les guides de pratique clinique à usage des professionnels de soins de santé préconisent d'adopter une approche multidisciplinaire, multi-informateurs (patients, parents, proches) et multi-méthodes (entretien, questionnaires, évaluation cognitive ; Royal College of Psychiatrists in Scotland, 2023), afin d'améliorer la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive du diagnostic (Marshall et al., 2021). Ce diagnostic doit être réalisé par un professionnel de soins de santé formé à l'évaluation de ces troubles et capable d'entrer dans une démarche de diagnostic différentiel face aux troubles associés (NICE, 2018). Les tests neuropsychologiques peuvent être utilisés en complément d'un examen approfondi pour affiner le diagnostic. De nombreux efforts restent à faire pour cibler les outils qui peuvent améliorer la sensibilité et la spécificité du diagnostic. En plus de ces recommandations, les pratiques diagnostiques du TDAH devraient systématiquement

intégrer des tests de validité de symptômes et de performance pour accroître la spécificité de l'évaluation. Les cliniciens qui s'appuient sur un principe de validité des symptômes auto-rapportés pour poser un diagnostic ou qui pensent pouvoir détecter les réponses non crédibles sur la seule base d'un entretien, ont une pratique en contradiction avec les données de la recherche (Weis et al., 2021). Dans les prochaines années, les recherches devraient être consacrées à développer des outils présentant une meilleure validité écologique qui pourraient permettre d'évaluer l'impact fonctionnel des troubles cognitifs en situation réelle et de mieux appréhender la sévérité du trouble dans le diagnostic.

RÉFÉRENCES

- Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Mo Med*, 119(5), 467-473.
- Adams, Z. W., Roberts, W. M., Milich, R., & Fillmore, M. T. (2011). Does response variability predict distractibility among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Psychol Assess*, 23(2), 427-436.
- Aita, S. L., Sofko, C. A., Hill, B. D., Musso, M. W., & Boettcher, A. C. (2018). Utility of the Personality Assessment Inventory in detecting feigned Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Feigned Adult ADHD index. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(7), 832-844.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association (2023, 2022). <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd>
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578.
- Barbareis, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637-644.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A., & Brown, T. E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*, 13(11), 977-984.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2011). The Nature of Executive Function (EF) Deficits in Daily Life Activities in Adults with ADHD and Their Relationship to Performance on EF Tests. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 137-158.
- Becke, M., Tucha, L., Butzbach, M., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Tucha, O., & Fuermaier, A. B. M. (2023). Feigning Adult ADHD on a Comprehensive Neuropsychological Test Battery: An Analogue Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5).
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299-304.
- Booksh, R. L., Pella, R. D., Singh, A. N., & Drew Gouvier, W. (2009). Ability of College Students to Simulate ADHD on Objective Measures of Attention. *Journal of Attention Disorders*, 13(4), 325-338.

- Brown, T. E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments*. Routledge.
- Brown, T. E. (2019). *Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte. Le guide d'une approche contemporaine du TDAH*. Elsevier-Masson.
- Brown, T. E. (2020). *BROWN EFA - Échelles Brown - Attention/Fonctions exécutives*. Pearson
- CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance (2020). *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH CADDRA*. <https://adhdlearn.caddra.ca/purchase-guidelines/>
- CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance (s.d.). *L'évaluation des adultes*. Canadian ADHD Resource Alliance. <https://www.caddra.ca/fr/public/adultes/l-evaluation/>
- Conners, C. (2014). *The Conners Continuous Performance Test-3rd Edition (Conners CPT-3)*. Multi-Health Systems Inc.
- Cook, C. M., Bolinger, E., & Suhr, J. (2016). Further Validation of the Conner's Adult Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale Infrequency Index (CI) for Detection of Non-Credible Report of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Arch Clin Neuropsychol*, 31(4), 358-364.
- Dandachi-Fitzgerald, B., Merkelbach, H., & Ponds, R. W. H. M. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(3), 257-264.
- Du Rietz, E., Cheung, C. H., McLoughlin, G., Brandeis, D., Banaschewski, T., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2016). Self-report of ADHD shows limited agreement with objective markers of persistence and remittance. *J Psychiatr Res*, 82, 91-99.
- Edebol, H., Helldin, L., & Norlander, T. (2012). Objective Measures of Behavior Manifestations in Adult ADHD and Differentiation from Participants with Bipolar II Disorder, Borderline Personality Disorder, Participants with Disconfirmed ADHD as Well as Normative Participants. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 134-143.
- Edebol, H., Helldin, L., & Norlander, T. (2013). Measuring adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder using the Quantified Behavior Test Plus. *Psych Journal*, 2(1), 48-62.
- Frazier, T. W., & Youngstrom, E. A. (2006). Evidence-based assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder: using multiple sources of information. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(5), 614-620.
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, O., Koerts, J., Grabski, M., Lange, K. W., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, L. (2016). The Development of an Embedded Figures Test for the Detection of Feigned Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood. *PLoS ONE*, 11(10), e0164297.
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, O., Koerts, J., Lange, K. W., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, L. (2017). Noncredible Cognitive Performance at Clinical Evaluation of Adult ADHD: An Embedded Validity Indicator in a Visuospatial Working Memory Test. *Psychological Assessment*, 29, 1466-1479.
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, O., Koerts, J., Tucha, L., Thome, J., & Faltraco, F. (2021). Feigning ADHD and stimulant misuse among Dutch university students. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1079-1084.
- Harrison, A. G., & Armstrong, I. T. (2016). Development of a symptom validity index to assist in identifying ADHD symptom exaggeration or feigning. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(2), 265-283.
- Harrison, A. G., Edwards, M. J., & Parker, K. C. H. (2007). Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(5), 577-588.
- Harrison, A. G., Harrison, K. A., & Armstrong, I. T. (2022). Discriminating malingering attention Deficit Hyperactivity Disorder from genuine symptom reporting using novel Personality Assessment Inventory validity measures. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(1), 10-22.
- Hauk, L. (2013). AAP releases guideline on diagnosis, evaluation, and treatment of ADHD. *Am Fam Physician*, 87(1), 61-62.
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Perez Algorta, G., Howard, A. L., Hoza, B., Etcovitch, J., Houssais, S., Lakes, K. D., & Nichols, J. Q. (2016). Functional Adult Outcomes 16 Years After Childhood Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(11), 945-952.e942.
- Hinshaw, S., & Scheffler, R. (2014). *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance* (Vol. 40). Oxford University Press.
- Hirsch, O., & Christiansen, H. (2017). Factorial Structure and Validity of the Quantified Behavior Test Plus (Qb+©). *Assessment*, 24(8), 1037-1049.
- Hirsch, O., & Christiansen, H. (2018). Faking ADHD? Symptom Validity Testing and Its Relation to Self-Reported, Observer-Reported Symptoms, and Neuropsychological Measures of Attention in Adults With ADHD. *J Atten Disord*, 22(3), 269-280.
- Hirsch, O., Fuermaier, A. B. M., Tucha, O., Albrecht, B., Chavanon, M.-L., & Christiansen, H. (2022). Symptom and performance validity in samples of adults at clinical evaluation of ADHD: a replication study using machine learning algorithms. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 44(3), 171-184.
- Hong, M., Kooij, J. S., Kim, B., Joung, Y.-S., Yoo, H. K., Kim, E.-J., Lee, S. I., Bhang, S.-Y., Lee, S. Y., Han, D. H., Lee, Y. S., & Bahn, G. H. (2020). Validity of the Korean Version of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2371-2376.
- Honkasilta, J., & Koutsoklenis, A. (2022). The (Un)real Existence of ADHD—Criteria, Functions, and Forms of the Diagnostic Entity [Original Research]. *Frontiers in Sociology*, 7.
- Jachimowicz, G., & Geiselman, R. E. (2004). Comparison of Ease of Falsification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis Using Standard Behavioral Rating Scales. *Cognitive Science Online*, 2, 6-20.
- Jasinski, L. J., Harp, J. P., Berry, D. T. R., Shandera-Ochsner, A. L., Mason, L. H., & Ranssen, J. D. (2011). Using Symptom Validity Tests to Detect Malingered ADHD in College Students. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(8), 1415-1428.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., Howes, M. J., Jin, R., Kessler, R. C., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256.
- 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., & Zaslavsky, 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), 716-723.
- Kooij, J. J. S., Francken, M. H., & Bron, T. I. (2019). *Diagnostic interview for ADHD in adults (DIVA-5)* (3rd ed.). DIVA Foundation.
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... & Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67.
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., Van Den Bree, M., Harold, G., Owen, M. J., O'Donovan, M. C., & Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 235-240.
- Leark, R., Greenberg, L., Kindschi, C., Dupuy, T., & Hughes, S. (2020). *TOVA- Test of variables of attention continuous performance test*. The TOVA Company.
- Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., Coddling, R. S., & Gordon, M. (2007). Symptoms of ADHD and Academic Concerns in College Students With and Without ADHD Diagnoses. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 156-161.
- London, A. S., & Landes, S. D. (2021). Cohort Change in the Prevalence of ADHD Among U.S. Adults: Evidence of a Gender-Specific Historical Period Effect. *J Atten Disord*, 25(6), 771-782.
- Lovejoy, D. W., Ball, J. D., Keats, M., Stutts, M. L., Spain, E. H., Janda, L., & Janusz, J. (1999). Neuropsychological performance of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Diagnostic classification estimates for measures of frontal lobe/executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(3), 222-233.
- Manor, I., Vurembardt, N., Rozen, S., Gehav, D., Weizman, A., & Zalsman, G. (2012). Low self-awareness of ADHD in adults using a self-report screening questionnaire. *European Psychiatry*, 27(5), 314-320.
- Marshall, P., Hoelzle, J., & Nikolas, M. (2021). Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in young adults: A qualitative review of the utility of assessment measures and recommendations for improving the diagnostic process. *Clin Neuropsychol*, 35(1), 165-198.
- Marshall, P. S., Hoelzle, J. B., Heyerdahl, D., & Nelson, N. W. (2016). The impact of failing to identify suspect effort in patients undergoing adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) assessment. *Psychological Assessment*, 28(10), 1290-1302.

- McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 161(11), 1948-1956.
- Mörstedt, B., Corbisiero, S., Bitto, H., & Stieglitz, R.-D. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood: Concordance and Differences between Self- and Informant Perspectives on Symptoms and Functional Impairment. *PLoS ONE*, 10(11), e0141342.
- Nelson, J. M., & Lovett, B. J. (2019). Assessing ADHD in college students: Integrating multiple evidence sources with symptom and performance validity data. *Psychol Assess*, 31(6), 793-804.
- NICE, N. I. f. H. a. C. E. (2018, 13 september 1019). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>
- Nikolas, M., Marshall, P., & Hoelzle, J. (2019). The Role of Neurocognitive Tests in the Assessment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychological Assessment*, 31.
- Pettersson, R., Söderström, S., & Nilsson, K. W. (2018). Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *J Atten Disord*, 22(11), 1019-1031.
- Rabiner, D. L. (2013). Stimulant Prescription Cautions: Addressing Misuse, Diversion and Malingering. *Current Psychiatry Reports*, 15(7).
- Royal College of Psychiatrists in Scotland (2023). *College Report CR235-ADHD in adults: good practice guidelines*.
- Schwarz, A. (2013). *The selling of attention deficit disorder*. <https://www.nytimes.com/2013/12/15/health/the-selling-of-attention-deficit-disorder.html>
- Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1157-1165.
- Smith, S. T., Cox, J., Mowle, E. N., & Edens, J. F. (2017). Intentional inattention: Detecting feigned attention-deficit/hyperactivity disorder on the Personality Assessment Inventory. *Psychological Assessment*, 29(12), 1447-1457.
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, 11, 04009.
- Suhr, J., & Wei, C. (2013). Symptoms as an Excuse: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Reporting as an Excuse for Cognitive Test Performance in the Context of Evaluative Threat. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(7), 753-769.
- Suhr, J. A., Buelow, M., & Riddle, T. (2011). Development of an Infrequency Index for the CAARS. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(2), 160-170.
- Tucha, L., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., Groen, Y., & Thome, J. (2015). Detection of feigned attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Neural Transmission*, 122(S1), 123-134.
- Ustun, B., Adler, L. A., Rudin, C., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Berglund, P., Gruber, M. J., & Kessler, R. C. (2017). The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 520-526.
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150(6), 885-890.
- Weis, R., Hombosky, M. L., Schafer, K. K., Shulman, D., & Tull, J. K. (2021). Accommodation decision-making for postsecondary students with ADHD: Implications for neuropsychologists. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 43(4), 370-383.
- Weiss, M. D. (2000). *Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) self-report*. University of British Columbia.
- Weyandt, L., & DuPaul, G. (2013). *College Students with ADHD*. Springer.
- White, D. J., Ovsiew, G. P., Rhoads, T., Resch, Z. J., Lee, M., Oh, A. J., & Soble, J. R. (2022). The Divergent Roles of Symptom and Performance Validity in the Assessment of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(1), 101-108.
- Williamson, K. D., Combs, H. L., Berry, D. T., Harp, J. P., Mason, L. H., & Edmundson, M. (2014). Discriminating among ADHD alone, ADHD with a comorbid psychological disorder, and feigned ADHD in a college sample. *Clin Neuropsychol*, 28(7), 1182-1196.
- Yager, J., Kay, J., & Kelsay, K. (2021). Clinicians' Cognitive and Affective Biases and the Practice of Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 74(3), 119-126.
- Yager, J., Ritvo, A. D., & MacPhee, E. R. (2022). Psychiatrists' Cognitive and Affective Biases and the Practice of Psychopharmacology: Why Do Psychiatrists Differ From One Another in How They View and Prescribe Certain Medication Classes? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(10).
- Zimmerman, M., Gorlin, E., Dalrymple, K., & Chelminski, I. (2017). A clinically useful screen for attention-deficit/hyperactivity disorder in adult psychiatric outpatients. *Ann Clin Psychiatry*, 29(3), 160-166.