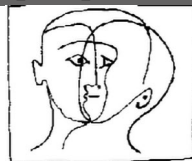


## ***ADHD: un itinerario dall'attaccamento del bambino alla costruzione del significato dell'adulto***



Bruno Intreccialagli\*, Angelo Maria Inverso\*\*

*Ricevuto il 14 marzo 2025, accettato il 16 maggio 2025*

### **Sommario**

L'ADHD rappresenta attualmente un quadro sindromico complesso e articolato, probabilmente multifattoriale sia in termini patogenetici che descrittivi. Lo scopo di questo contributo è quello di considerare, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, il ruolo dell'attaccamento e dell'esperienza traumatica nella genesi della patologia. Un ulteriore obiettivo è quello di individuare il percorso attraverso il quale, da un punto di vista cognitivo, il bambino, poi l'adolescente e infine l'adulto giungono alla costruzione di un significato personale, con l'obiettivo di elaborare strategie di intervento più funzionali. In questo documento saranno presentati alcuni casi clinici con l'obiettivo di esemplificare i contenuti delle riflessioni proposte. La specificità del nostro contributo è costituito dall'elemento prospettico-prognostico. Mettiamo in risalto la rilevanza della storia di vita, in particolare degli attaccamenti traumatici, nella costruzione dell'identità e nello sviluppo psicopatologico. L'invito per i terapeuti è quello che nella strategia di presa in carico non ci si focalizzi esclusivamente sui deficit performativi e di controllo.

*Parole chiave:* ADHD, attaccamento, trauma.

\* Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Il Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via degli Scipioni, 237 – Roma, e-mail: [texalia@tin.it](mailto:texalia@tin.it)

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

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024*  
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20370

***ADHD: a journey from childhood attachment to adult meaning-making***

**Abstract**

ADHD currently represents a complex and articulated syndromic framework, probably multifactorial in a pathogenetic as well as descriptive dimension. The aim of this contribution is to consider, in the light of current scientific knowledge, the role of attachment and traumatic experience in the genesis of pathology. The further purpose is to find the way through which, from a cognitive perspective, the child first, the adolescent then, and finally the adult arrives at the construction of personal meaning, with the aim of more functional intervention strategies. In this paper, some clinical cases will be presented to exemplify the contents of the proposed reflections. The specificity of our contribution lies in its prospective and prognostic elements. We emphasise the relevance of life history, particularly traumatic attachments, in identity construction and psychopathological development. We invite therapists not to focus exclusively on performance and control deficits in their treatment strategies.

*Keywords:* ADHD, Attachment, Trauma.

**Introduzione**

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) si manifesta attraverso tre sintomi primari: disattenzione, impulsività e iperattività (APA, DSM-5-TR). I bambini con ADHD, inoltre, incontrano spesso difficoltà nel funzionamento esecutivo (EF), funzioni cognitive di livello superiore essenziali per un comportamento orientato agli obiettivi, adattivo e flessibile. Le funzioni esecutive coinvolgono tre processi centrali:

1. l'inibizione, ovvero il controllo dell'attenzione e la soppressione delle risposte predominanti;
2. la commutazione, ovvero lo spostamento dell'attenzione da un compito all'altro;
3. la memoria di lavoro, ovvero il mantenimento e l'elaborazione delle informazioni.

I bambini con ADHD tendono a ottenere risultati peggiori nei compiti di EF rispetto ai loro coetanei (Ruiter *et al.*, 2022). L'attenzione rappresenta uno dei sintomi cardine del disturbo e sul suo deficit si è andata caratterizzando l'essenza del disturbo stesso. Questo è avvenuto sotto la spinta di diverse esigenze, ma ha trovato una giustificazione clinica negli studi di psicologi accademici, in particolare Rosco, Dykman e colleghi dell'Università dell'Arkansas, Virginia Douglas e il suo team alla McGill University. Porre

L'accento sul deficit di attenzione etichettava le difficoltà in modo da non implicare apertamente un'eziologia organica, e poteva essere indagata abbastanza agevolmente attraverso strumenti di indagine messi a punto per la ricerca (Taylor, 2011). La stessa linea è stata seguita prima dal sistema DSM che nella versione 11 dell'ICD ha modificato la precedente impostazione, che identificava il disturbo come "Sindrome ipercinetica", denominandolo "Attention deficit hyperactivity disorder" codice 6A.42 (OMS: ICD-11). Questa impostazione si è rivelata povera di risultati, sia perché non sempre i soggetti con diagnosi di ADHD mostrano primariamente un deficit di attenzione, come testimoniato dalla suddivisione in "presentazioni" che prevedono la prevalenza dell'iperattività/impulsività, sia perché mancano in molti soggetti le stigmate neuropsicologiche relative alle funzioni esecutive. Sembra ormai farsi strada la convinzione comune che il costruito ADHD rappresenti il tentativo di porre in una medesima categoria condizioni eterogenee accomunate da un complesso sintomatologico relativamente stabile (Nigg *et al.*, 2020; Sonuga-Barke *et al.*, 2023). Ne consegue che le ipotesi che si proporranno in questo articolo potrebbero essere idonee a chiarire il significato dei sintomi in una sub popolazione di soggetti con diagnosi generale di ADHD, ma non dell'intera platea.

Negli approcci cognitivi alla psicoterapia e nel cognitivismo in generale, la questione rilevante è quella del significato, in particolare per l'IO che si esprime (Bruner, 1990). Questo aspetto decisivo che contrassegna il "cognitivismo" può non essere così chiaro per chi si approccia al soggetto in terza persona e talora per lo stesso soggetto la problematica relativa al significato (nella psicopatologia quello dei sintomi) può non essere l'elemento che spicca in primo piano, perché, ad esempio, il sollievo dalla sofferenza può essere il problema più pressante. La conseguenza operativa di questo slittamento è che l'impegno terapeutico sui sintomi sposta in secondo piano quello della ricerca del significato, modificando l'impostazione e la strategia terapeutica che vira verso approcci più propriamente comportamentali non sempre funzionali. In questo articolo si tratterà il tema dell'ADHD proprio dal punto di vista cognitivista, ossia da una prospettiva attenta al possibile significato dei sintomi che conduce a ipotesi sulla genesi e sui meccanismi di mantenimento degli stessi. Il quesito che ci siamo posti potrebbe essere come costruisce il significato personale il bambino e l'adolescente cui è stato diagnosticato un ADHD? Consapevoli di essere ancora lontani dal trovare una risposta soddisfacente a questo interrogativo verranno presentati casi clinici con l'obiettivo di stimolare interrogativi e formulare ipotesi esplicative.

## Elena

Viene a visita la minore Elena, 17 anni. Frequenta, anzi dovrebbe frequentare, per la seconda volta il terzo anno del liceo delle scienze umane. La visita avviene a completamento di un colloquio avuto con entrambi i genitori, due settimane prima in cui la coppia genitoriale ha raccontato la difficoltà attuale della figlia e soprattutto la sua storia, segnata sin dal periodo appena successivo alla sua nascita, da un lutto importante (la scomparsa del fratello della madre in un incidente automobilistico e il disagio dovuto al trasferimento del marito per motivi di lavoro). Dal racconto si ipotizza un attaccamento disorganizzato nel rapporto madre-figlia (Liotti, Intreccialagli *et al.*, 1991). I genitori descrivono Elena come una ragazza e prima una bambina sempre irrequieta, eccessivamente vivace, disattenta, incontenibile sin dalla scuola materna. Soltanto l'attività fisica, il nuoto, sembrava placarla, anche se la totale assenza di disciplina non le aveva consentito di ottenere risultati alla portata delle sue potenzialità. Elena poteva nuotare ininterrottamente per ore. Viene ipotizzato un ADHD, mai diagnosticato, rispetto al quale i genitori sembrano improvvisamente illuminarsi.

Al colloquio Elena si guarda inquieta intorno, con uno sguardo che alterna fissità a frequenti movimenti oculari. Quando incontra lo sguardo dei genitori preoccupati per le sue condizioni e per i quattro ricoveri negli ultimi sei mesi a causa di reiterati comportamenti autolesivi, sembra dissociarsi per qualche secondo in una specie di assenza.

Elena è di statura media, modicamente sovrappeso, vestita e truccata con ricercatezza eccentrica, comunque adeguata agli stilemi della moda attuale e compatibili con la sua generazione.

Verosimilmente in assenza di trucco dimostrerebbe meno della sua età anagrafica. Accede al colloquio sufficientemente collaborativa, atteggiamento che permane e non sembra modificarsi all'assenza dei genitori. Comunica ansietà, frustrazione e diffusa percezione di inadeguatezza, aspetti che a suo dire si attenuano con il comportamento autolesivo reiterato. È attualmente seguita dal Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione per l'Età Evolutiva (TSMREE) della sua zona abitativa che ha dato indicazioni per terapia farmacologica e intervento psicoterapico che sta tuttora praticando. Dopo l'ultimo ricovero è stata dimessa con la terapia farmacologica che attualmente assume che consiste in Sali di Litio a rilascio prolungato 124,5 mg, Lurasidone 111 mg, Alprazolam 1 mg tre volte al giorno e Pantoprazolo 40 mg al mattino.

Tale terapia farmacologica insieme all'intervento psicoterapeutico, a detta dei genitori e secondo quanto conferma la paziente non sembra aver modificato ansietà, frustrazione e inadeguatezza nonché il comportamento autolesivo, ma solamente indotto una costante sonnolenza e affaticamento. Tutto questo contribuisce a rendere

impossibile la frequenza scolastica e, più in generale, la gestione della quotidianità, oltre ad aver determinato amenorrea, un considerevole aumento di peso, iperprolattinemia e ipotiroidismo.

Elena riferisce che parte della quota di ansia sembra attenuarsi con l'assunzione di cannabis. È inoltre presente una deflessione dell'umore insieme a un'alterazione del ritmo sonno-veglia insorta all'inizio dell'adolescenza e peggiorata tre anni or sono durante il *lockdown*, periodo durante il quale è iniziato il comportamento autolesivo ispirato dalla frequentazione della rete. Oltre all'assunzione di cannabis, assume saltuariamente alcool, sia in contesti condivisi che solitari. Vengono inoltre riferiti episodi di depersonalizzazione e derealizzazione.

Sulla base degli elementi emersi durante il colloquio, si decide, senza successo, di contattare il TSMREE per valutare congiuntamente l'intervento farmacologico e un eventuale intervento psicoterapeutico più mirato al problema presentato. Migliore esito ha il tentativo di contattare la psicoterapeuta, che appare accogliente e disponibile, pur non essendo stato possibile comprendere il suo obiettivo terapeutico e il tipo di intervento praticato.

Viene deciso di scalare la terapia farmacologica sino a quel punto praticata, sostituirla gradualmente con un antidepressivo ad azione dopaminergica e noradrenergica, l'assunzione di regolatori dell'umore, e fornire indicazioni per un nuovo percorso psicoterapeutico centrato su quello che sembra essere il problema, disregolazione dell'umore in adolescente con verosimile ADHD non diagnosticato.

Nell'arco di qualche mese i risultati, iniziata una nuova psicoterapia, sono sorprendenti, Elena torna a frequentare regolarmente la scuola, seppur inserita in un percorso didattico facilitato, scomparso il comportamento autolesivo, migliorata la quotidianità e il funzionamento emotivo.

## *Laura*

Alcuni anni or sono viene a visita Laura, appena dodicenne, della quale i genitori riferiscono la graduale insorgenza di allucinazioni uditive e comportamenti bizzarri insorti a seguito di una protratta terapia farmacologica con metilfenidato per una diagnosi di ADHD risalente ad alcuni anni prima. La paziente è seguita da un TSMREE di cui i genitori lamentano, nonostante la disponibilità degli operatori, anche una difficoltosa modalità pratica nella gestione degli appuntamenti, ragione per la quale si rivolgono a un professionista privato. Viene decisa la sospensione del metilfenidato e l'assunzione di un basso dosaggio di Risperidone che risolve rapidamente il quadro clinico e che nell'arco di sei settimane viene sospeso. La coppia genitoriale decide di far seguire la figlia da una neuropsichiatra che ha provveduto a contattare.

Rivedo i genitori di Laura dopo cinque anni e mi raccontano di un copioso curriculum di trattamenti e di ricoveri cui è andata incontro la figlia. A volte la possibilità di seguire un paziente nel suo percorso evolutivo configura una grande risorsa della nostra attività professionale, consentendoci osservazioni cliniche che non sempre è possibile effettuare nei servizi territoriali, dove gli operatori sono spesso soggetti a turn-over e altre assegnazioni nella loro attività assistenziale.

Raccontano che cinque anni fa, dopo sei mesi di incontri con la neuropsichiatra che l'aveva seguita in psicoterapia e grazie al quale era seguito un periodo di benessere durato circa due anni, Elena aveva iniziato un periodo di estrema instabilità e disregolazione, assunzione di sostanze, frequentazioni promiscue, comportamenti autolesivi ragione per la quale si erano rivolti di nuovo ai servizi territoriali e subito tre ricoveri. La terapia farmacologica attuale consisteva in Olanzapina e Gabapentin. Al termine del colloquio durante il quale non era emersa alcuna richiesta se non un velato riferimento al fatto che ci sarebbe stato dell'altro di cui avrebbero voluto parlare, viene concordato un nuovo incontro. Durante il quale emerge il segreto. Laura è stata adottata a un anno di vita dopo il doloroso intervento dei servizi sociali che l'avevano allontanata dalla madre biologica, che viveva oltre i confini delle regole sociali. Tale segreto era stato rivelato alla figlia durante il percorso psicoterapeutico con la neuropsichiatra e sembrava essere stato sufficientemente elaborato.

Anche in questo caso chi scrive ha ipotizzato un attaccamento traumatico disorganizzato che potrebbe essere stato l'innescò dell'ADHD della bambina, nonostante l'atteggiamento accudente della coppia adottiva (per una buona rassegna si consulti Barone *et al.*, 2013). Anche in questo caso come in quello di Elena l'intervento farmacologico è consistito nella sospensione del neurolettico e nella somministrazione di un antidepressivo insieme al regolatore dell'umore, e l'inizio di un nuovo percorso psicoterapeutico a orientamento sensomotorio con risultati molto positivi.

## Mattia

Mattia è un ragazzo di 20 anni inviato dalla terapeuta della madre quasi sessantenne, in terapia da sempre per un disturbo del comportamento alimentare, tuttora presente con sporadiche remissioni, sin dall'adolescenza. Frequenta l'ultimo anno di un istituto parificato dopo aver perso due anni in un liceo artistico statale. Il papà di Mattia di ventidue anni più grande della moglie, appartenente a una famiglia molto benestante, è venuto a mancare circa dieci anni prima. La coppia non ha avuto altri figli e la mamma, figlia unica, ha genitori molto anziani. Mattia presenta

notevoli difficoltà di concentrazione e di irrequietezza motoria, cosa che mascherava un profondo stato depressivo e rende problematica la frequentazione scolastica compromettendone gravemente il rendimento. Tali problemi, presenti sin dall'infanzia, non sono mai stati diagnosticati clinicamente, essendo vissuta la famiglia in un contesto di privilegio da un lato e di sconcertante trascuratezza dall'altro. Non viene riferito l'utilizzo di sostanze. Non c'è stata alcuna presa in carico di ordine psicologico nel corso degli anni precedenti. *“Solo la mamma ha diritto ad avere un problema”* dirà con sarcasmo Mattia in un colloquio effettuato insieme alla madre. Durante uno dei primi colloqui avvenuto alla presenza della madre appare evidente l'invischiamento tra le due figure, con Mattia che sembra avere un atteggiamento accudente per poi assentarsi e riorientarsi muovendosi nervosamente sulla sedia e guardando ovunque nella stanza. Non sembra possedere istruzioni per l'uso di una condizione di autonomia e la mamma non sembra in grado né motivata a fornirle. Le uniche figure significative disponibili sembrano essere i genitori di un compagno di scuola frequentato nell'ultimo anno, cosa che suscita la puntuale gelosia della madre. Mattia appare un giovane sensibile, colto, informato, con poche risorse relazionali e una educazione sentimentale incompleta, approssimativa e occasionale vissuta attraverso i social.

La diagnosi di ADHD viene confermata dal BAARS-IV. Viene seguita dall'assunzione di Atomoxetina cosa che facilita nei mesi successivi il completamento delle scuole superiori. Mattia è sempre venuto volentieri in seduta, è probabile che abbia trovato nel terapeuta una figura genitoriale vicaria che è stato molto importante modulare con attenzione. I colloqui hanno riguardato la pianificazione dell'attività quotidiana e le scelte per il futuro, che si è concretizzata nell'iscrizione al DAMS con buoni risultati. Al momento Mattia è seguito in un doppio setting, individuale e di gruppo e continua ad assumere Atomoxetina.

Il caso di Mattia certamente meno drammatico e apparentemente meno problematico nel suo sviluppo solleva una serie di interrogativi. Quale sarebbe stato il suo percorso psicopatologico se fosse cresciuto in un ambiente socialmente più degradato? E cosa sarebbe accaduto al contrario se Mattia si fosse trovato in un ambiente familiare meno benestante ma più attento e validante? E quale è stata la portata patogenetica del disturbo del comportamento alimentare restrittivo della madre presente dalla sua adolescenza e interrotto di fatto solo nel periodo della gravidanza? E la presenza attiva di un padre, seppur anziano, avrebbe consentito a Mattia uno sviluppo funzionale? Ha senso ipotizzare anche in questo caso una disorganizzazione dell'attaccamento? Se sì, che portata potrebbe aver avuto nella problematica dissociativa di Mattia?

## ADHD e relazione di attaccamento-accudimento

La pratica clinica e la ricerca suggeriscono la presenza di fattori non genetici nella storia clinica dei pazienti con diagnosi di ADHD, tuttavia una ricerca Pubmed sull'*ADHD e la relazione con genetica, geni o ereditarietà* effettuata il 3 marzo 2022 ha numerato un totale di 46.994 articoli pubblicati tra il 1990 e il 2022, mentre la ricerca sulle circostanze psicosociali avverse e sulla presenza di stress elevato nelle famiglie in cui questi bambini crescono è scarsa rispetto a quelle che puntano l'obiettivo sulla organicità (Erlandsson *et al.*, 2024).

Nell'interpretare il ruolo degli evidenti fattori di ordine psicosociale nella storia clinica dei soggetti con diagnosi di ADHD predomina la teoria che considera la presenza di questi fattori come una conseguenza di *Deriva sociale* piuttosto che come una *Causalità sociale* – le due ipotesi principali per spiegare la relazione tra disturbo psichiatrico e svantaggio sociale. Questa preferenza per l'ipotesi di una deriva sociale risulta ovvia in quanto conseguente alla concettualizzazione dei sintomi come aspetti di una sindrome genetica. In questo tipo di ragionamento le condizioni sociali diventano, attraverso fattori di mediazione, una variabile dipendente piuttosto che una causa dei sintomi (Draine, 2013). L'ovvia conclusione di questa interpretazione è che lo svantaggio sociale sia esso stesso il risultato di una tara ereditaria.

In sostanziale correzione o attenuazione dell'ipotesi genetica, la ricerca ha dimostrato la presenza di fattori legati alle circostanze di vita dei bambini.

Se guardiamo ai rapporti tra ADHD e disturbi psicopatologici legati all'accudimento, si può rilevare la somiglianza tra i comportamenti socialmente impulsivi associati all'ADHD e il comportamento disinibito presente nel Disturbo disinibito dell'impegno sociale. In effetti, i dati del Bucharest Early Intervention Study hanno trovato un'associazione significativa tra i sintomi dell'ADHD e il disturbo disinibito dell'impegno sociale (Gleason *et al.*, 2011). Gli autori non si sbilanciano nell'interpretazione di queste similarità. L'articolo citato esclude che nell'ADHD sia da riconoscere una popolazione in cui l'origine dei sintomi è di natura traumatica e tra i sintomi vi sarebbe invece solo una similitudine che non sottende alcuna identità di natura. Dall'articolo, però, non risulta chiaro come sia stata effettuata questa esclusione.

Dagli studi sull'attaccamento nell'ADHD si possono evidenziare alcune importanti indicazioni.

Uno studio autorevole dimostra che solo una percentuale inferiore al 10% dei bambini con diagnosi di ADHD ha un attaccamento sicuro (Storebø *et al.*, 2012).

La correlazione tra attaccamento insicuro e ADHD è dimostrata anche in studi più recenti.

Ad esempio, in uno studio di confronto tra un campione di soggetti con diagnosi di ADHD secondo il DSM-IV e soggetti di controllo su tre misure rappresentative che valutano gli *internal working models of attachment* e le caratteristiche del Sé, ha trovato un sostegno consistente all'ipotesi che l'ADHD sia associato all'insicurezza dell'attaccamento. Si è rilevato che il gruppo ADHD ha ottenuto punteggi più bassi in tutte e tre le misure. In particolare si evidenziano le caratteristiche di uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente o disorganizzato (Clarke *et al.*, 2002).

Possiamo citare, ancora, uno studio che valuta le rappresentazioni di attaccamento nei bambini con diagnosi di ADHD rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico. Da questo studio è risultato inequivocabilmente che, dopo aver controllato i confronti multipli, i bambini con ADHD avevano rappresentazioni dell'attaccamento meno sicure e più ambivalenti e disorganizzate rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico. Queste differenze di gruppo erano indipendenti dalla comorbidità con l'ODD e dal livello di istruzione dei genitori (Dekkers *et al.*, 2021).

Riguardo al pattern disorientato-disorganizzato, Franke e colleghi hanno rilevato che «La distribuzione delle rappresentazioni dell'attaccamento nei bambini con ADHD differisce sostanzialmente da quella dei bambini senza ADHD. La bassa frequenza della rappresentazione dell'attaccamento sicuro in questi bambini è altrettanto evidente dell'alta frequenza della rappresentazione disorganizzata». Aggiungono gli autori: «Confrontare le distribuzioni dell'attaccamento in modo descrittivo non può ovviamente implicare alcuna causalità, tuttavia questi risultati evidenziano il ruolo che l'attaccamento disorganizzato potrebbe avere in relazione all'ADHD. Il fatto che questa rappresentazione dell'attaccamento costituisca un terzo del totale delle rappresentazioni dell'attaccamento nel campione di bambini con ADHD deve far supporre che entrambi i costrutti siano in qualche modo interconnessi». Infine annotano che «L'espressione dell'ADHD è più bassa nei bambini con attaccamento sicuro; nei bambini insicuri ed evitanti è leggermente più alta; l'espressione più alta, tuttavia, è nei bambini con attaccamento disorganizzato».

Una limitazione dello studio è costituita dalla presenza nel campione di una prevalenza di presentazione disattenta (Franke *et al.*, 2017).

Una indagine meta-analitica molto recente che riassume i risultati di 26 studi trasversali e longitudinali che valutavano le correlazioni tra gli stili di attaccamento e le caratteristiche dell'ADHD in bambini e adolescenti, rileva nella letteratura una convergenza di risultati.

Scrivono gli autori: «I risultati mostrano che l'attaccamento insicuro ha evidenziato correlazioni significative con i sintomi di disattenzione e iperattività dell'ADHD». L'attaccamento Dismissive/avoidant è stato associato a caratteristiche di disattenzione. L'attaccamento Ambivalent/preoccupied è risultato correlato ai sintomi di iperattività. L'attaccamento Disorganizzato è stato associato a sintomi di disattenzione (Cavicchioli *et al.*, 2022).

In uno studio, specificamente orientato a valutare l'effetto della disorganizzazione dell'attaccamento sui sintomi ADHD, si è dimostrato che la disorganizzazione dell'attaccamento e il funzionamento esecutivo erano indipendentemente correlati ai sintomi dell'ADHD, anche quando si utilizzavano i problemi di condotta come covariante. I risultati hanno mostrato che i deficit di funzionamento esecutivo erano significativamente correlati alla disorganizzazione dell'attaccamento, ma non all'insicurezza dell'attaccamento. Si evidenzia inoltre, che i sintomi dell'ADHD erano principalmente correlati alla disorganizzazione dell'attaccamento e non ai pattern insicuri dell'attaccamento. Ha sciolto anche il dubbio che il funzionamento esecutivo fosse il mediatore tra la disorganizzazione dell'attaccamento e i sintomi dell'ADHD. I risultati delle analisi di regressione mostrano infatti come i deficit di funzionamento esecutivo e la disorganizzazione dell'attaccamento contribuiscono in modo indipendente alla varianza dei sintomi dell'ADHD. Gli autori hanno infine concluso, che la disorganizzazione dell'attaccamento ha un effetto significativo sui sintomi dell'ADHD, indipendentemente dal funzionamento esecutivo e dai problemi di condotta. Per gli autori risultava evidente che l'attaccamento genitore-bambino è un fattore che deve essere considerato con più attenzione e dovrebbe essere incluso negli studi ancora necessari alla comprensione dello sviluppo dell'ADHD (Thorell *et al.*, 2012).

Sappiamo con certezza, infine, che trauma e attaccamento influenzano entrambi lo sviluppo cerebrale, ma come Richard osserva, i fattori psicosociali sono stati trascurati nella costruzione del paradigma dominante dei sintomi dell'ADHD, che è esclusivamente genetico (Richards, 2013).

Possiamo aggiungere, in conclusione e più in generale, che i modelli di interazione precoce nei bambini a 6 mesi sono un predittore più potente di distraibilità e iperattività rispetto ai fattori biologici o di temperamento (Carlson *et al.*, 1995).

## **Trauma e ADHD**

### *Tatyana*

Questo caso, pur con evidenti analogie rispetto ai precedenti, presenta caratteristiche che richiedono una presentazione più articolata.

Nel 2004, al momento della prima visita Tatyana, detta Taty ha 13 anni, dimostra molto meno della sua età, ha dei lineamenti orientali dissonanti con la sua etnia di appartenenza caucasica. Frequenta per la seconda volta il primo anno della scuola media inferiore. Appare estremamente vivace, in continuo movimento, tocca tutti gli oggetti dello studio, li sposta, rimane seduta per qualche secondo poi si alza; inutilmente la madre, con tono perentorio, cerca di contenerla. Il suo sguardo è costantemente fluttuante, a poco valgono i tentativi di entrare in contatto con lei, sembra dare ascolto unicamente alla sorella coetanea, Irina, pacata, lievemente ipomimica. Entrambe sono state adottate quattro anni prima con una adozione internazionale, non sono biologicamente sorelle, provengono da un paese dell'est europeo.

La coppia genitoriale aveva iniziato la procedura adottiva per una sola bambina sei anni prima, ed era stata loro proposta in affidamento Irina, orfana di entrambi i genitori deceduti in un incidente stradale. Al momento della adozione era stata, con una forzatura nella procedura a volte frequente nel mondo adottivo, proposta anche Taty, in quanto le due bambine apparivano molto legate tra loro, praticamente inseparabili, Irina appariva premurosa e accudente nei confronti di Tatyana, molto vivace e irrequieta.

I primi anni in Italia delle due bambine si era svolta con le prevedibili difficoltà di inserimento in un nuovo ambiente comunque accogliente, l'apprendimento della lingua e la frequentazione della scuola elementare in un istituto religioso non sembravano aver rappresentato un problema. Irina era sempre disponibile nei confronti della sorella, costantemente ipercinetica e con notevoli difficoltà sul piano dello studio, sostenuta, forse più che dai genitori e dagli insegnanti, proprio da Irina che svolgeva un ruolo di mediazione insostituibile con la coppia genitoriale, la madre in particolare e con il resto del mondo. Taty, per la quale era stata proposta una diagnosi di ADHD, presenta comportamenti inspiegabili, ad esempio in auto con i genitori, quando ci si fermava a una stazione di servizio per rifornirsi di carburante, poteva spalancare la portiera e mettersi a correre all'impazzata.

Con l'ingresso di entrambe nella scuola media inferiore si erano amplificate le difficoltà di apprendimento di Taty, la quale nel frattempo aveva avuto la prima mestruazione. Il corpo docente aveva consigliato la ripetizione dell'anno, di fatto realizzando una parziale separazione tra le due bam-

bine e alimentato l'irrequietezza e la problematicità di Taty per la quale i genitori, dietro anche le pressioni degli insegnanti, decisero di chiedere una consulenza.

Quasi dieci anni prima, da poco superata la quarantina, il papà adottivo delle due bambine aveva effettuato un soddisfacente percorso psicoterapeutico per un disturbo depressivo in comorbidità con un disturbo di personalità di cluster C, orientato in senso evitante/ossessivo dopo l'ennesimo fallimento di una relazione affettiva. Durante la psicoterapia, aveva iniziato una relazione con una collega di lavoro coetanea a suo dire molto vivace e spigliata, poco propensa a una maternità che poi sarebbe diventata la sua compagna di vita e avviato un inatteso percorso di genitorialità sfociato nel progetto dell'adozione. Sulla base del buon ricordo del trascorso psicoterapeutico e delle tematiche affrontate, chiese una consulenza per Taty che di fatto assunse connotazioni di una seduta familiare. Nei colloqui successivi venne proposta una psicoterapia da effettuare con una terapeuta formata in ambito sistemico e con una competenza nell'area ADHD, in accordo con quanto ipotizzato subito dopo l'adozione.

### *La psicoterapia di Taty*

Il percorso psicoterapeutico iniziò con difficoltà, Taty appariva sempre poco gestibile, la frequenza scolastica era molto discontinua, finalizzata essenzialmente a incongrui approcci seduttivi con ragazzi degli anni superiori. La disregolazione emotiva e fisica si faceva sempre più preoccupante, anche in ambito familiare. La perdita del contatto costante con Irina, che frequentava una classe superiore, sembrava avere reso più complicato anche il rapporto con la madre adottiva, con emersione di aspetti sempre più conflittuali. La collega mi contattò per una supervisione, durante la quale emerse la possibilità che la ragazza fosse affetta da un disturbo post traumatico complesso in accordo con l'interesse che in quel periodo si stava sviluppando in ambito cognitivo-evoluzionista per questa patologia, grazie al contributo di Giovanni Liotti. La collega parlava di confusa riemersione di frammenti disorganizzati, non coesi nella narrazione di Taty, dei quali vennero informati i genitori in un intento di condivisione e in una prospettiva di integrazione. La crescente preoccupazione destata dal comportamento della ragazza motivò la coppia genitoriale a contattare nuovamente attraverso il canale dell'adozione internazionale l'istituto nel quale era stata ospitata. Forzando con insistenza la reticenza a fornire indicazioni sugli anni di vita precedenti l'adozione, emerse una dolorosa seppur prevedibile storia di traumi e di abusi. Taty era arrivata

in istituto dopo l'arresto della madre e della nonna materna finite in carcere per l'omicidio del padre, verosimilmente non biologico, etilista, che abusava di lei e maltrattava le due donne in un contesto familiare e sociale fortemente degradato. L'omicidio era avvenuto in casa, alla presenza della bambina. Le due donne dopo aver narcotizzato e immobilizzato l'uomo, lo avevano cosperso di benzina. Nell'incendio dell'abitazione che ne era seguito, a stento nonna madre e bambina avevano trovato salvezza nella fuga.

Lo svelamento fornì a tutti, genitori e terapeuti, una chiave di lettura delle problematiche osservate in Taty e con molta pazienza consentì alla terapeuta di ricucire in un continuum narrativo frammenti nell'identità e nella memoria della giovane paziente, ma ancora di più suscitò nella madre adottiva, seppur per un periodo temporaneo, un atteggiamento fortemente accudente ed empatico, visto che anche lei non aveva conosciuto il padre biologico e aveva memoria di essere stata infastidita durante l'adolescenza dal compagno della madre. Irina non parve particolarmente turbata dal progressivo svelamento, per lei che aveva verosimilmente avuto una coppia genitoriale normale che la vita le aveva portato via, esistere era una continua battaglia dove puoi contare esclusivamente su te stessa, fermo restando di potersi concedere un po' di cura dell'altro, ma solo nel tentativo di raccogliere briciole di gratitudine e di affetto. Visite mediche accurate stabilirono una mancata corrispondenza tra età anagrafica ed età biologica, verosimilmente Taty aveva due anni più di quello che i documenti indicavano.

La psicoterapia con la terapeuta continuò per alcuni anni, accompagnò Taty alle superiori, consentì una accettabile normalizzazione familiare e si concluse dopo aver raggiunto una insperata stabilità. Chi scrive continuò a collaborare con la collega e a incontrare la coppia nella finalità di un sostegno genitoriale. Fino a una nuova tragedia. Dopo aver, seppur con difficoltà, ottenuto il diploma in un istituto professionale, all'età anagrafica di ventidue anni Taty perde la sorella che nel giro di pochi mesi viene a mancare per una leucemia mieloide fulminante (Chernobyl?). È un lutto che lascia la famiglia attonita e che Taty vive con un senso di ingiustizia insanabile che la porta, ormai adulta, a una condotta nuovamente instabile. Diversa rispetto a quella di quasi dieci anni prima, con una componente di rabbia auto ed eterodiretta soprattutto in condizione di prossimità affettiva. Madre e figlia non riuscivano ad affrontare l'esperienza dolorosa ed elaborarla in modo condiviso. L'instabilità di Taty e la difficoltà della madre adottiva di pensare alla mente dell'altro non consentiva il processo di elaborazione del lutto, che risultava essere un nuovo trigger traumatico che produsse aspetti dissociativi. Taty iniziò ad assumere alcool e sostanze che si procurava con comportamenti oltre i margini della legalità e che mettevano a rischio la sua incolumità in un inten-

to francamente distruttivo che paradossalmente sembravano restituire continuità alla sua narrazione. I genitori contattarono di nuovo lo staff terapeutico e Taty accettò prima la consulenza del SERD, poi un ricovero in casa di cura, e infine il soggiorno in comunità terapeutica nella quale portò a conclusione un programma di riabilitazione durato due anni. Terminato il quale, seppur con fatica, riuscì a inserirsi nuovamente nel tessuto sociale, trovando occupazione come parrucchiera, come commessa di supermercato e iniziando un percorso formativo (poi interrotto) in ambito infermieristico, continuando comunque a vivere una esistenza in parte disregolata seppure meno a rischio della precedente.

Taty è ormai vicina alla trentina, probabilmente l'ha superata, i genitori adottivi sembrano volersi disimpegnare nei suoi confronti, hanno raggiunto l'età della pensione e ritengono di aver fatto abbastanza per la figlia, che riprende il percorso terapeutico con la terapeuta che l'aveva iniziata a seguire quasi vent'anni prima e con lo psichiatra che la affianca con un intervento farmacologico. Si svincola dal nucleo familiare adottivo, vive con due amiche in un quartiere popolare distante anche geograficamente da quello dei genitori, lavora in un supermercato. La terapia è tuttora in corso.

### *Maltrattamento, trauma, disorganizzazione e ADHD*

L'associazione tra ADHD e maltrattamento è documentata da moltissimi anni (Van der Kolk *et al.*, 1987). Numerose ricerche ne evidenziano la rilevanza, Pliszka e colleghi (Pliszka *et al.*, 2007) e Cohen (Cohen *et al.*, 2010) si soffermano sui parametri per l'assessment nel riconoscere e trattare l'ADHD, quando sia presente una coesistenza di disturbo post-traumatico da stress, mentre Szymanski e colleghi sottolineano la necessità di discernere attraverso una prospettiva clinica le componenti sostanziali delle diverse condizioni (Szymanski *et al.*, 2011). Ultimamente la correlazione è confermata in una review molto ampia e particolareggiata (Craig *et al.*, 2022).

In quest'ultima revisione si evidenzia che «I tassi di comorbidità tra ADHD e maltrattamento sono risultati simili in questi campioni internazionali, evidenziando l'associazione coerente tra ADHD e maltrattamento in tutte le culture. Inoltre, i tassi di comorbidità concomitante erano coerenti dall'infanzia all'adolescenza, dimostrando la solida relazione tra ADHD e maltrattamento nel corso dello sviluppo».

Gli autori annotano nelle implicazioni cliniche che «I nostri risultati evidenziano le raccomandazioni di precedenti revisioni cliniche secondo cui la valutazione dell'ADHD richiede la valutazione del maltrattamento da parte

di più informatori. Va notato che questo non è attualmente raccomandato come parte dei parametri di pratica AACAP per l'ADHD». E, successivamente «La ricerca degli ultimi 10 anni ha replicato i risultati precedenti, mostrando un'associazione tra ADHD e maltrattamento. Questa associazione, tuttavia, non affronta le sfumature del trattamento clinico necessario per sostenere i bambini con ADHD in comorbidità e maltrattamento. Nel contesto del maltrattamento, i sintomi dell'ADHD devono essere trattati insieme al trauma. Allo stesso modo, nel contesto dei bambini con ADHD, una storia di maltrattamento deve essere trattata insieme all'ADHD. I trattamenti basati sull'evidenza per l'esposizione al maltrattamento si concentrano sull'intervento psicosociale per costruire o riparare la relazione genitore-bambino. Per contro, il trattamento dei bambini in età scolare con ADHD suggerisce l'intervento farmacologico e il supporto ai genitori (ad esempio, psicoeducazione, training di gestione dei genitori) come intervento di prima linea. Dal punto di vista farmacologico, non sappiamo se i bambini che sono stati maltrattati e soddisfano i criteri diagnostici per l'ADHD abbiano lo stesso profilo o la stessa risposta agli stimolanti. Dal punto di vista terapeutico, non sappiamo se gli interventi per il trattamento dei sintomi associati al maltrattamento siano in grado di attenuare la gravità dei sintomi ADHD co-occorrenti. Nei bambini con ADHD e una storia di maltrattamento, può essere importante considerare sia l'ADHD che il maltrattamento nella pianificazione del trattamento. Diversi studi della nostra revisione hanno esaminato i correlati clinici, in particolare l'aggressività, come esiti dell'ADHD e del maltrattamento. È interessante notare che i risultati suggeriscono un effetto additivo dell'ADHD e del maltrattamento sull'aggressività, sugli arresti e sulle tentazioni di suicidio. Questi legami rafforzano la necessità di future ricerche su interventi specifici per l'ADHD nel contesto del maltrattamento» (Craig *et al.*, 2022).

I motivi di tale associazione possono essere molteplici e la relazione tra le due condizioni probabilmente rinvia a ipotesi di dinamiche comprensibili e spiegabili nel quadro di teorie della complessità sulle quali questo lavoro non ha lo spazio per soffermarsi.

Tra le possibili spiegazioni di tale co-occorrenza segnaliamo, da un lato come il maltrattamento sia spesso associato a deficit neuropsicologici nella regolazione delle emozioni e nel funzionamento esecutivo, che sono correlati o sovrapposti del tutto ai sintomi dell'ADHD. Numerosi sono gli studi che confermano tale co-occorrenza con diagnosi legate al maltrattamento, come il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo reattivo dell'attaccamento (Minnis *et al.*, 2009; Dahmen *et al.*, 2012; Weiss *et al.*, 2019). Esistono, in secondo luogo, evidenze che suggeriscono che l'esposizione al maltrattamento,

e i conseguenti sintomi di PTSD, possano esacerbare i sintomi dell'ADHD (Weinstein *et al.*, 2000). Infine, i sintomi dell'ADHD comportano spesso problemi interpersonali e di regolazione che mettono i bambini con ADHD a rischio di genitorialità severa o di maltrattamento (Ford *et al.*, 2002).

Tra l'altro i genitori con ADHD possono non possedere le capacità di co-regolazione necessarie per essere genitori di un bambino con ADHD e quindi avere una maggiore tendenza a reagire ai propri figli in modo disregolato e impulsivo (Williamson *et al.*, 2017).

### **Alcune considerazioni sul processo psicopatologico di Taty e un'ipotesi "generalizzante"**

È verosimile che al momento della prima osservazione Taty presentasse un ADHD, indipendentemente dal fatto che la sua età anagrafica non coincidesse con quella biologica, cosa che per altro a distanza di anni fornisce una comprensibile lettura di alcuni comportamenti adolescenziali disregolati erroneamente attribuibili a un periodo di sviluppo infantile. È altresì ipotizzabile che abbia avuto una storia di attaccamento traumatico, sul quale le esperienze di vita successive avranno contribuito a ostacolare una continuità narrativa e una costruzione dell'identità.

In accordo con quanto proposto da Liotti riteniamo che la disorganizzazione dell'attaccamento, lungi dall'essere una patologia in sé, renda più complessa e difficoltosa la sintesi identitaria che si costruisce nel corso dello sviluppo, indipendentemente da altri eventi di vita, che nel caso di Taty avevano assunto aspetti drammatici. Verosimilmente nel periodo infantile le dolorose esperienze traumatiche subite, hanno configurato un PTSD complesso.

Successivamente, alla soglia dell'età adulta è ipotizzabile per Taty un disturbo borderline di personalità, la costruzione del quale, indipendentemente dalle esperienze infantili traumatiche, è anche la probabile conseguenza di una adolescenza disregolata e di una disfunzionale interazione sistemica. La scomparsa della sorella ha sicuramente rappresentato la perdita di una fondamentale risorsa relazionale, forse la più importante, e ha reso più evidenti i limiti della coppia genitoriale adottiva. Rimanendo sul tema dell'adozione, al di là della generosità del gesto che in genere comporta, ci sembra utile soffermarci sulla importanza dell'adeguatezza delle coppie genitoriali adottive, che presentano spesso sospesi e irrisolti esistenziali importanti che non facilitano il processo adottivo.

Citando Bowlby, requisito imprescindibile della relazione madre-bambino è la capacità da parte della madre di realizzare l'atto di passaggio dal

“parte di sé” al “altro da sé” e consentire al bambino di percepirsi prima e pensarsi poi come un individuo. Non è infrequente che la madre adottiva presenti delle modalità di funzionamento più orientate in senso autoriferito e normativo.

Riteniamo pertanto doveroso un accompagnamento nel percorso adottivo della coppia genitoriale, spesso provata da esperienze personali dolorose, specie in quelle condizioni in cui la trasmissione transgenerazionale non sembra fornire soddisfacenti istruzioni per l'uso.

Presentate queste situazioni cliniche, riteniamo indispensabili alcune considerazioni.

La prima. Il disturbo ADHD soprattutto in passato non è sempre stato diagnosticato. Viene da chiedersi quanti adulti con tratti border e disturbo del controllo degli impulsi non siano stati bambini e adolescenti con ADHD.

La seconda. La relazione di attaccamento è un potente organizzatore relazionale nonché spaziale. Nei primi mesi di vita il bambino delimita in modo congiunto alla madre il proprio spazio personale e l'incontro reiterato dei loro sguardi configura i prodromi dell'attentività e dell'esplorazione. Lo sguardo vuoto della mamma unresolved ostacola questo processo e innesca una vulnerabilità che il bambino, l'adolescente e persino l'adulto porta costantemente con sé.

La terza. In accordo con Bliss, che ipotizzava alcuni decenni or sono che i disturbi dissociativi dell'identità fossero prevalentemente appannaggio femminile, solo perché gli individui di sesso maschile presentavano una spiccata propensione ad agire d'impulso e in quanto tali andavano ricercati nella popolazione carceraria. Viene da chiedersi quanto i soggetti maschili con ADHD non compongano una popolazione più numerosa che non sempre giunge all'osservazione e quindi riconosciuta e curata, e come tutto questo debba tener conto del contesto sociale di appartenenza.

Ulteriori considerazioni in merito alle storie di attaccamento presentate.

Il bambino con una disorganizzazione dell'attaccamento presenta una strutturale difficoltà a definire il suo spazio personale cosa che nel corso dello sviluppo può, passando per un ADHD, approdare a patologie dello spettro impulsivo nell'adulto.

## **Conclusioni**

Verosimilmente durante il periodo infantile i pazienti dei quali abbiamo parlato non presentavano grandi differenze sul piano descrittivo, a conferma del fatto che la diagnosi di ADHD è una categoria nosografica completa nei

suoi criteri. Tuttavia, come detto in precedenza, è anche una categoria eterogenea e questa eterogeneità rinvia a eziologie e processi psicopatologici differenziati. Questa multiformità ha la massima importanza sotto il profilo prognostico. Lo si può scorgere clinicamente dallo sviluppo del quadro sintomatico negli anni successivi. È necessario per questa ragione che le ipotesi patogenetiche divengano molto più accurate, affinché siano in grado di indirizzare l'intervento terapeutico in modo preciso e funzionale. La disorganizzazione dell'attaccamento di Elena è verosimilmente riconducibile al lutto della madre subito dopo la nascita. Anche per Laura è ipotizzabile una disorganizzazione dell'attaccamento con la madre biologica, mentre per Mattia la relazione d'attaccamento con la figura materna sembra più caratterizzata da una impossibilità da parte di quest'ultima di cogliere l'altro, vivendo da sempre in una polarizzazione autoriferita. Nel caso di Taty, non ci sentiamo di escludere un attaccamento organizzato, forse addirittura sicuro con la madre biologica, cui è seguita una serie di avvenimenti traumatici che l'hanno destrutturata. È possibile che peraltro la madre adottiva abbia presentato caratteristiche di accudimento con modalità *unresolved*. È nostra opinione che i casi clinici presentati, insieme alle ipotesi patogenetiche desunte dalla revisione della letteratura possano contribuire a orientare il clinico in una direzione di maggiore efficacia nell'approccio di questa patologia.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Barone L. & Lionetti F. (2013). Quando l'attaccamento si disorganizza. Indicatori e fattori di rischio dell'esperienza traumatica nel ciclo di vita, *Psicologia Clinica dello sviluppo*, XVII, 1. DOI: 10.1449/73824.
- Bruner J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press (trad. it.: *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Cavicchioli M., Stefanazzi C., Tobia V. & Ogliari A. (2022). The role of attachment styles in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review from the perspective of a transactional development model. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(3): 436-464. DOI: 10.1080/17405629.2022.2069095.
- Clarke L., Ungerer J., Chahoud K., Johnson S. & Stiefel I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2): 179-198. DOI: 10.1177/1359104502007002006).
- Cohen J.A., Bukstein O., Walter H., Benson S.R., Chrisman A., Farchione T.R. et al. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4): 414-30. DOI: 10.1016/j.jaac.2009.12.020.

- Craig S.G., Bondi B.C., O'Donnell K.A. *et al.* (2020). ADHD and Exposure to Maltreatment in Children and Youth: a Systematic Review of the Past 10 Years. *Current Psychiatry Reports*, 22: 79. DOI: 10.1007/s11920-020-01193-w.
- Dahmen B., Pütz V., Herpertz-Dahlmann B. & Konrad K. (2012). Early pathogenic care and the development of ADHD-like symptoms. *Journal of Neural Transmission*, 119(9): 1023-1036. DOI: 10.1007/s00702-012-0809-8.11.
- Dekkers T.J., Hornstra R., van den Hoofdakker B.J., de Jong S.R.C., Schaaf J.V., Bosmans G. & van der Oord S. (2021). Attachment Representations in Children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Brain Sciences*, 11(11): 1516. DOI: 10.3390/brainsci11111516.
- Draine J. (2013). Mental Health, Mental Illnesses, Poverty, Justice, and Social Justice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(2): 87-90. DOI: 10.1080/15487768.2013.789684.
- Erlandsson S.I., Hornborg C., Sorbring E. & Dauman N. (2023). Is ADHD a way of conceptualizing long-term emotional stress and social disadvantage? *Frontiers in Public Health*, 3(10): 966900. DOI: 10.3389/fpubh.2022.966900.
- Ford J.D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1): 25-58. DOI: 10.1300/J146v06n01\_03.
- Franke S., Kissgen R., Krischer M. & Sevecke K. (2017). Attachment in Children with ADHD. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7: 497-510. DOI: 10.4236/jbbs.2017.711035.
- Gleason M.M., Fox N.A., Drury S., Smyke A., Egger H.L., Nelson C.A. *et al.* (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50: 216.e-231.e. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.12.012.
- Liotti G., Intreccialagli B. & Cecere F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26: 283-91.
- Minnis H., Green J., O'Connor T.G., Liew A., Glaser D., Taylor E. *et al.* (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8): 931-42. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x.
- Nigg J.T., Karalunas S.L., Feczko E. & Fair D.A. (2020). Toward a Revised Nosology for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Heterogeneity. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(8): 726-737. DOI: 10.1016/j.bpsc.2020.02.005.
- Pliszka S. & Issues, AWGoQ. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7): 894-921. DOI: 10.1097/chi.0b013e318054e724.
- Richards L.M. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4): 483-503. DOI: 10.1177/1359104512458228.
- Ruiter M., Görlich E., Loyens S., Wong J. & Paas F. (2022). Effects of Desk-Bike Cycling on Phonological Working Memory Performance in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Education*, 7, 841576. DOI: 10.3389/educ.2022.841576.
- Sonuga-Barke E.J.S., Becker S.P., Bölte S., Castellanos F.X., Franke B., Newcorn J.H., Nigg J.T., Rohde L.A. & Simonoff E. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(4): 506-532. DOI: 10.1111/jcpp.13696.

- Storebø O.J., Gluud C., Winke P. & Simonsen E. (2012). Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD – the randomised SOSTRA trial. *PLoS One*, 7(6): e37280. DOI: 10.1371/journal.pone.0037280.
- Szymanski K., Sapanski L. & Conway F. (2011). Trauma and ADHD association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1): 51-9. DOI: 10.1080/15289168.2011.575704.
- Taylor E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 3(2): 69-75. DOI: 10.1007/s12402-010-0051-x.
- Thorell L.B., Rydell A.M. & Bohlin G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5): 517-532. DOI: 10.1080/14616734.2012.706396.
- Van der Kolk B.A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13(2): 203-213. DOI: 10.1016/0165-0327(87)90024-3.
- Weinstein D., Staffelsbach D. & Biaggio M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3): 359-378. DOI: 10.1016/s0272-7358(98)00107-x.
- Weiss M.D., McBride N.M., Brandt T., Esmailpour D. & Jensen P. (2019). Symptom profiles specific to trauma in a child inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(8): 818-820 DOI: 10.1016/j.jaac.2019.03.024.
- Williamson D., Johnston C., Noyes A., Stewart K. & Weiss M.D. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3): 485-500. DOI: 10.1007/s10802-016-0235-8.
- World Health Organization (2022). *International classification of diseases*, XI revision. Geneva: World Health Organization.