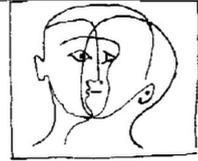


ADHD in età evolutiva ed età adulta: differenze diagnostiche e fattori che concorrono a delineare il profilo del paziente



Riccardo Bertaccini*, Alessandra Capuozzo**

Ricevuto il 26 marzo 2025, accettato il 19 maggio 2025

Sommario

Con una prevalenza di oltre il 5%, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è uno dei disturbi più frequenti nella psichiatria infantile e adolescenziale, inoltre, i dati ci indicano che circa il 2,5% della popolazione adulta presenta un funzionamento neuro-atipico che rientra nell'etichetta diagnostica ADHD (in accordo con il DSM-5). Il presente articolo si pone come obiettivo di delineare le principali caratteristiche del profilo di funzionamento psicologico di soggetti con diagnosi di ADHD sia in età evolutiva che in età adulta. L'intento è anche quello di mettere in evidenza possibili costanti che delineano traiettorie evolutive e continuità nel corso del ciclo di vita, ma anche differenze sia sul piano diagnostico che di espressività fenomenologica di questo quadro clinico che rientra fra i disturbi del neurosviluppo.

In conclusione, il funzionamento ADHD risulta particolarmente complesso, sia perché la diagnosi tutt'oggi si definisce come principalmente clinica e non unicamente definita da dati strumentali, sia perché esiste un'ampia fenomenologia sintomatologica che impone al clinico la capacità di considerare questo funzionamento su un continuum, dove l'intensità dei comportamenti e le manifestazioni possono avere grandi differenze da paziente a paziente e addirittura si possono modificare nell'arco della vita.

Parole chiave: ADHD, traiettorie di sviluppo, comorbidità, diagnosi clinica.

* Psicologo Psicoterapeuta, Dirigente UONPIA Ausl Romagna, Via Cristoforo Colombo, 11 – 47122 Forlì, Docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC; e-mail: dott.ricbertaccini@gmail.com

** Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, socia SITCC, Viale Antonio Gramsci, 13 – 80122 Napoli; e-mail: alessandra.capuozzo@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20372

ADHD in childhood and adulthood: diagnostic differences and factors that contribute to outlining the patient's profile

Abstract

With a prevalence of over 5%, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent disorders in child and adolescent psychiatry. Furthermore, data indicate that approximately 2,5% of the adult population presents a neuro-atypical functioning that falls under the ADHD diagnostic label (following the DSM-5). This article aims to outline the main characteristics of the psychological functioning profile of subjects diagnosed with ADHD, both in developmental age and in adulthood. The aim is also to highlight possible constants that outline developmental trajectories and continuity throughout the life cycle, but also differences both in terms of diagnosis and phenomenological expressiveness of this clinical condition, included into neurodevelopmental disorders.

In conclusion, ADHD functioning is complex, both because the diagnosis is still defined as mainly clinical and not solely defined by instrumental data, and because there is a broad symptomatic phenomenology that requires the clinician to consider this functioning as on a continuum, where the intensity of behaviors and manifestations can have great differences from patient to patient and can even change over the course of a lifetime.

Keywords: ADHD, developmental trajectories, comorbidity, clinical diagnosis.

Introduzione

Il presente articolo si pone come obiettivo principale il cercare di delineare le principali caratteristiche del profilo di funzionamento psicologico di soggetti a cui viene posta diagnosi di ADHD (Deficit dell'Attenzione e Iperattività) sia in età evolutiva che in età adulta. L'intento è anche quello di mettere in evidenza sia possibili costanti che delineano traiettorie evolutive e continuità nel corso del ciclo di vita, ma anche differenze sia sul piano diagnostico che di espressività fenomenologica di questo quadro clinico che rientra oggi fra i disturbi del neurosviluppo.

ADHD ed età evolutiva

Con una prevalenza di oltre il 5%, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è uno dei disturbi più frequenti nella psichiatria infantile e adolescenziale. Nonostante un'enorme mole di ricerche, circa 20.000 pubblicazioni sono state citate in PubMed negli ultimi 10 anni, la valutazione e il trattamento dell'ADHD continuano a rappresentare una sfida per i clinici. L'ADHD è caratterizzato dall'eterogeneità delle sue forme espres-

sive (sottotipo disattento versus sottotipo iperattivo, forme combinate), da comorbilità frequenti e variabili, da una sovrapposizione con altri disturbi, dalla dipendenza dal contesto dei sintomi. Mentre le basi neurobiologiche e genetiche del disturbo sono indiscutibili, mancano ancora biomarcatori o altri criteri oggettivi che potrebbero portare a identificare una affidabile indagine strumentale per diagnosticare l'ADHD. Infatti, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare dopo anni di intensa ricerca, i criteri ADHD definiti dai sistemi nosologici, come il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (APA, 2013) e l'International Classification of Diseases, edizioni 10 (WOMS, 2004) e 11 (WOMS, 2019) non sono diventati più ristretti e specifici, quanto semmai più ampi, comprendendo fasce di età più ampie, ponendo così maggiore enfasi sulla competenza e l'esperienza del clinico, ridefinendo ancora oggi la diagnosi dell'ADHD come un processo primariamente clinico (Drechsler *et al.*, 2020).

L'ADHD è definito come un disturbo del neurosviluppo e secondo il DSM-5 continua a essere una diagnosi di esclusione e non dovrebbe essere diagnosticato se i sintomi comportamentali possono essere meglio spiegati da altri disturbi mentali (ad esempio, disturbo psicotico, disturbo dell'umore o d'ansia, disturbo della personalità, intossicazione da sostanze o astinenza).

ADHD è caratterizzato da frequente comorbilità e sovrapposizione con altri disturbi neuro-evolutivi e mentali dell'infanzia e dell'adolescenza. Le comorbilità più frequenti sono: i disturbi dell'apprendimento (Du Paul *et al.*, 2013), disturbo dello spettro autistico (Abdallah *et al.*, 2011; Simonoff *et al.*, 2008), Tic/disturbo di Tourette e disturbo ossessivo-compulsivo; depressione e disturbi d'ansia (Angold *et al.*, 1999; Meinzer *et al.*, 2014); disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo della condotta (Barkley, 2005). L'ADHD aumenta il rischio di disturbi da abuso di sostanze e l'uso problematico dei media, spesso anche associato a diverse forme di alimentazione disregolata nei bambini e negli adolescenti. È stata inoltre studiata e documentata la relazione temporale tra le condizioni di iperattività/disattenzione ed esperienze traumatiche infantili (es. abuso) o di altre forme di maltrattamento, ma tale relazione a oggi rimane ancora poco chiara per la mancanza di studi longitudinali rigorosi (Langevin *et al.*, 2023).

Comunque, quando parliamo di ADHD, ci troviamo di fronte ad alcuni *core features* fondamentali (limitato controllo degli impulsi; iperattività motoria; limitato span di attenzione sostenuta). Possiamo inoltre ragionevolmente ritenere che queste difficoltà trovino spiegazione in un *deficit autoregolativo di base*, connesso a un deficit nelle funzioni esecutive.

Rispetto alle citate conoscenze raggiunte, gli aspetti emotivi e il funzionamento relazionale/affettivo correlati a tale area clinica sono rimasti molto

più sullo sfondo. Riferendoci in tal senso alla *Psicopatologia dello Sviluppo* (Sroufe & Rutter, 1984; Rutter, 1995; Cicchetti, 1984; Achenbach, 1990), anche per l'ADHD possiamo sottolineare il concetto di *multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive che lo caratterizzano, ponendo l'attenzione sulla valutazione e comprensione di fattori di rischio, fattori protettivi presenti e sul loro intreccio e bilancio. Più domini di rischio (caratteristiche atipiche del bambino, parenting inefficace, insicurezza dell'attaccamento, avversità familiari e sociali) sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia e maggiore sarà anche la gravità di tale quadro clinico.

In generale, un'adeguata e armonica regolazione emotiva correla positivamente con la capacità di sviluppare e utilizzare le competenze integrative e metacognitive, proprio quelle competenze che sono così importanti nella strutturazione e implementazione delle funzioni esecutive di controllo e di monitoraggio dei propri processi interni e della propria performance. L'attaccamento insicuro, inibendo lo sviluppo della corteccia orbitofrontale, può risultare in cronica labilità emozionale, impulsività e comportamenti intensi e imprevedibili. In questa prospettiva, un interessante filone di studi e di ricerca, ha evidenziato l'influenza delle esperienze affettive primarie sullo sviluppo delle aree cerebrali deputate all'autoregolazione (Panzer & Viljoen, 2005; Ladnier & Massanari, 2000; Halasz, 2001; Halasz & Vance, 2002, Crittenden & Kulbotten, 2007).

Anche per l'ADHD possiamo ipotizzare una simile interazione. Quando il deficit autoregolativo di base innato va a incontrarsi con quote di sensibilità e responsività sufficientemente ampie, le mancanze o gli eccessi di segnalazione del bambino avranno buona possibilità di essere compensati o contenuti dal genitore, con una graduale tendenza alla attenuazione del quadro comportamentale e attentivo del bambino (Warren, 2003). D'altra parte, in quelle situazioni relazionali in cui lo stile del caregiver risulta più caratterizzato da imprevedibilità e alta emotività espressa o da bassa responsività affettiva, spesso emerge come il comportamento problematico del bambino assuma una significativa funzione interpersonale di gestione della relazione e quindi vada incontro a possibili acutizzazioni, amplificazioni e rigidi meccanismi di mantenimento.

Nel lavoro terapeutico individuale con il bambino, quando previsto dal setting clinico impostato, l'attenzione anche a questi processi regolativi di base e mediati dal contesto affettivo ed educativo, si colloca come integrativo ai previsti e utilissimi interventi basati sul potenziamento attentivo, sulla gestione psicoeducativa delle problematiche comportamentali e sul training auto regolativo (Bertaccini *et al.*, 2018).

Quando ci troviamo di fronte a questa complessità, necessariamente non possiamo ridurre il nostro processo di valutazione e comprensione unicamente ad aspetti neuropsicologici e comportamentali, ma ponendo l'accento sul ruolo del contesto affettivo di sviluppo come fattore di rischio o di protezione, un'attenta analisi e comprensione del funzionamento del contesto relazionale presente attorno al bambino si pone come una condizione fondamentale per costruire un intervento clinico strategicamente orientato, non meramente manualizzato ma altamente personalizzato e guidato da un'attenta formulazione del caso in senso esplicativo funzionale e non unicamente nosografico/categoriale.

ADHD ed età adulta

Ad oggi, i dati ci indicano che circa il 2,5% della popolazione adulta presenta un funzionamento neuro-atipico che rientra nell'etichetta diagnostica ADHD (DSM-5); una mancata diagnosi porta a un peggioramento della qualità della vita e maggiore difficoltà durante il trattamento psicoterapeutico; inoltre, una mancata diagnosi può portare il clinico a un'errata o incompleta diagnosi, influenzando anche il trattamento. Una delle differenze principali tra il paziente adulto e il bambino è legata ai comportamenti compensatori (Canela *et al.*, 2017), infatti i pazienti adulti riportano l'utilizzo di diverse strategie compensatorie suddivisibili in cinque categorie (organizzative, motorie sociali, attentive e con uso di sostanze); questi comportamenti vengono sviluppati perché in età infantile il paziente ADHD si sarà purtroppo ritrovato a dover affrontare esperienze negative o in generale difficoltà di adattamento, quindi per prove ed errori avrà imparato a mettere in atto comportamenti compensativi tali da mascherare il funzionamento atipico. Durante la diagnosi è necessario tenere in considerazione questo aspetto perché sia il paziente che i familiari/persona vicine all'interessato potrebbero non individuare alcuni comportamenti come manifestazioni ADHD e quindi potrebbero non riportarli durante il percorso diagnostico. Inoltre, talvolta le manifestazioni ADHD vengono vissute come utili per svolgere alcune attività, come la situazione di iperfocalizzazione o l'eccesso di energie

Circa il 10% della popolazione adulta ADHD non viene diagnosticato (Asherson *et al.*, 2016), questo può portare a maggiori probabilità di effettuare una diagnosi non corretta; inoltre, i disturbi depressivi, ansiosi e bipolari hanno maggiori probabilità di trovarsi in comorbidità con un funzionamento ADHD, ma è anche possibile che alcune manifestazioni del funzionamento atipico possano essere confuse per sintomi di altre psicopatologie

avendo quindi grandi conseguenze nel trattamento (Asherson *et al.*, 2016). Sintomi come umore instabile, impazienza, irritabilità, poca concentrazione, disturbi del sonno, bassa autostima e relazioni sociali povere sono comportamenti presenti sia nei disturbi depressivi che nell'ADHD, così come disturbi del sonno, labilità emotiva, irrequietezza, incessante attività mentale non focalizzata, distraibilità possono portare verso una diagnosi di un disturbo bipolare, quando, d'altra parte, questi possono essere anche manifestazioni ADHD (Asherson *et al.*, 2016). In questo caso, ciò che il clinico deve considerare è come mai questi comportamenti sono presenti e se rientrano all'interno di un quadro compatibile con l'ADHD; ad esempio, se consideriamo l'irrequietezza, il paziente ADHD potrebbe riferire la necessità di “fare cose” o di muoversi senza che vi sia un motivo specifico o senza la presenza di una situazione pregressa che possa aver portato a sensazione di irrequietezza.

Il funzionamento ADHD porta con sé una serie di manifestazioni, quali la disregolazione emotiva, la difficoltà nelle comprensioni delle regole sociali e mind wandering (Kis *et al.*, 2017; Tatar & Cansız, 2022; Ugurpala *et al.*, 2023), oltre alle manifestazioni considerate primarie per effettuare la diagnosi secondo il DSM-5. Empiricamente vediamo che queste manifestazioni potrebbero alterare test per la valutazione di comorbidità, come sintomatologia ansiosa/depressiva e/o disturbi di personalità; ma durante il trattamento psicoterapeutico si osserva che lavorando su aspetti psicoeducativi e di gestione del proprio funzionamento, sintomi associabili ad altre comorbidità tendono a svanire velocemente, ipotizzando che le manifestazioni ADHD abbiano esasperato un quadro clinico meno compromesso, a meno che non vi sia un'effettiva comorbidità; in tal caso il caso risulta essere più complesso e con maggiori resistenze al trattamento.

È comunque da tenere in considerazione che vi è una maggiore probabilità di diagnosticare il funzionamento ADHD in comorbidità con altre psicopatologie rispetto alla popolazione generale (Sobanski, 2006; 2007; Choi, *et al.*, 2022), con percentuali che vanno dal 8,6 al 55% di diagnosticare disturbi dell'umore nell'ADHD contro 1,2-12,5% nella popolazione generale, oppure oscillazioni tra 3,9 e 84% di probabilità di diagnosticare un disturbo ansioso nel paziente ADHD contro 0,5-9,5% nella popolazione generale. Così come percentuali molto alte vengono evidenziate nella comorbidità con i disturbi di personalità rispetto alla popolazione generale (ADHD: 18-23% Antisociale; 59,5% Bordeline; 10,6% Cluster B, senza DBP; 10,5% Cluster A/C; popolazione generale: 2-2,5% Antisociale; 6,5% disturbi di personalità non specificati).

Durante la valutazione del paziente ADHD è molto utile osservare come il paziente si muove e si comporta durante gli incontri con il clinico, ad

esempio la continua necessità di muoversi o di non riuscire a rispettare i tempi all'interno di una comunicazione (Jeavson *et al.*, 2018).

Infine, rispetto ai test e interviste da utilizzare durante la diagnosi nel paziente ADHD adulto, gli strumenti maggiormente utilizzati possono essere suddivisi in interviste, test cognitivi e test per evidenziare possibili comorbidità. Rispetto ai test cognitivi, c'è da fare una considerazione. La diagnosi ADHD è clinica, questo perché non sempre i test cognitivi riescono a individuare la difficoltà regolatoria dei sistemi dopaminergici e noradrenergici, infatti è fondamentale sapere che nell'ADHD, nonostante il termine indichi un deficit (Deficit dell'Attenzione e Iperattività), non c'è un deficit ma solo una difficoltà nella regolazione dell'attenzione e iperattività, mentre i test cognitivi sono stati ideati per evidenziare un deficit dell'area testata (Pettersson *et al.*, 2018). Infatti, è possibile riscontrare un'imprevedibile performance da parte del paziente, a differenza se il paziente è abbastanza motivato nell'effettuare i test oppure se vi è un timore della performance tale da inficiare il risultato.

Invece, attraverso interviste come l'Intervista Diagnostica per l'ADHD negli Adulti (DIVA) o il Barkley Adult ADHD Rating Scale IV (BAARS IV) è possibile evidenziare se il paziente ha mostrato in età infantile manifestazioni riconducibili all'ADHD e se tali manifestazioni sono ancora presenti.

Conclusioni

In conclusione, nel presente articolo abbiamo provato a descrivere quelle che sono le maggiori caratteristiche da tenere in considerazione durante la diagnosi e il trattamento del paziente ADHD, partendo dall'età infantile fino alla fase adulta, come ad esempio considerare nel bambino caratteristiche atipiche, parenting inefficace, insicurezza dell'attaccamento, che sono aspetti che possono portare a una maggiore resistenza nel trattamento. Inoltre, abbiamo cercato di sottolineare gli aspetti a cui fare maggiormente attenzione durante la diagnosi, come le difficoltà nel fare affidamento ai test cognitivi nell'adulto, e le differenze tra età infantile e adulta, come le compensazioni nel paziente adulto.

Il funzionamento ADHD è particolarmente complesso, sia perché la diagnosi essendo clinica richiede di affidarsi maggiormente al parere clinico che ai cut-off e sia perché durante il trattamento è necessario che il clinico sia esperto o specializzato in questa tematica a causa di tutte le caratteristiche e comportamenti che potrebbero essere mal interpretati, inducendo in un trattamento inefficace; inoltre un punto di enorme complessità è di non ve-

dere questo funzionamento in modo dicotomico, ma su un continuum, dove l'intensità dei comportamenti e le manifestazioni possono avere grandi differenze da paziente a paziente e addirittura si possono modificare nell'arco della vita.

Bibliografia

- Abdallah M.W., Greaves-Lord K., Grove J., Nørgaard-Pedersen A., Hougaard D.M. & Mortensen E.L. (2011). Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorders: findings from a Danish Historic Birth Cohort. *European child & adolescent psychiatry*, 20(11-12): 599-601. DOI: 10.1007/s00787-011-0220-2.
- Achenbach T.M. (1990). What is “developmental” about developmental psychopathology? In: J.E. Rolf A.S. Masten D. Cicchetti K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 29-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5™*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold A., Costello E.J. & Erkanli A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(1): 57-87.
- Asherson P., Buitelaar J., Faraone S.V. & Rohde L.A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet. Psychiatry*, 3(6): 568-578. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30032-3.
- Barkley R.A. (1999). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley R.A. (2011). *Barkley adult ADHD rating scale-iv (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press.
- Bertaccini R., Berti B.R. & Cuoghi G. (2018). Regolazione emotiva e implicazioni relazionali nell'ADHD: genitori, bambini, insegnanti. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 13(2): 153-172.
- Canela C., Buadze A., Dube A., Eich D. & Liebrezn M. (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study. *PLoS One*, 12(9): e0184964. DOI: 10.1371/journal.pone.0184964.
- Choi W.S., Woo Y.S., Wang S.M., Lim H.K. & Bahk W.M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PLoS One*, 17(11): e0277175. DOI: 10.1371/journal.pone.0277175.
- Cicchetti D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1): 1-7.
- Crittenden P.M. & Kulbotten G.R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10): 1220-1229.
- Drechsler R., Brem S., Brandeis D., Grünblatt E., Berger G. & Walitza S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5): 315-335. DOI: 10.1055/s-0040-1701658.
- DuPaul G.J., Gormley M.J. & Laracy S.D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1): 43-51. DOI: 10.1177/0022219412464351.

- DuPaul G.J., Gormley M.J. & Laracy S.D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1): 43-51. DOI: 10.1177/0022219412464351.
- Halasz G. (2002). Smartening Up or Dumbing Down? A Look behind the Symptoms, at Overprescribing and Reconceptualising ADHD. In: Halasz G. (ed.), *Cries Unheard: A New Look at Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (I ed., pp. 75-91). Common Ground Publishing.
- Halasz G. & Vance A.L. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. *The Medical journal of Australia*, 177(10): 554-557. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2002.tb04952.x.
- Jeavoson A., Boshop T., French B. & Bastable S. (2018). *The Adult ADHD treatment handbook*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Kis B., Guberina N., Kraemer M., Niklewski F., Dziobek I., Wiltfang J. & Abdel-Hamid M. (2017). Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(6): 506-514. DOI: 10.1111/acps.12719.
- Ladnier R.D. & Massanari A.E. (2000). Treating ADHD as attachment deficit hyperactivity disorder. In: Levy T.M. (ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp. 27-65). Academic Press.
- Langevin R., Marshall C., Wallace A., Gagné M.-E., Kingsland E. & Temcheff C. (2023). Disentangling the associations between attention deficit hyperactivity disorder and child sexual abuse: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2): 369-389. DOI: 10.1177/15248380211030234.
- Meinzer M.C., Pettit J.W. & Viswesvaran C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 34(8): 595-607. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.10.002.
- Panzer A. & Viljoen M. (2005). Supportive neurodevelopmental evidence for ADHD as a developmental disorder. *Medical hypotheses*, 64(4): 755-758. DOI: 10.1016/j.mehy.2003.12.060.
- 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. *Journal of Attention Disorders*, 22(11): 1019-1031. DOI: 10.1177/1087054715618788.
- Ramos-Quiroga J.A., Nasillo V., Richarte V., Corrales M., Palma F., Ibáñez P., ... & Kooij J.S. (2019). Criteria and concurrent validity of DIVA 2.0: a semi-structured diagnostic interview for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(10): 1126-1135. DOI: 10.1177/1087054716646451.
- Rutter M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 36(4): 549-571. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb02314.x.
- Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T. & Baird G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8): 921-929. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179964f.
- Sobanski E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256 Suppl 1: i26-i31. DOI: 10.1007/s00406-006-1004-4.
- Sobanski E., Brüggemann D., Alm B., Kern S., Deschner M., Schubert T., Philipsen A. &

- Rietschel M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(7): 371-377. DOI: 10.1007/s00406-007-0712-8.
- Sroufe L.A. & Rutter M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1): 17-29.
- Tatar Z.B. & Cansız A. (2022). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied neuropsychology. Adult*, 29(2): 244-251. DOI: 10.1080/23279095.2020.1736074.
- Uğurpala C., Tükel R., Ziyilan E. Ç., Ertekin E. & Berberoğlu E. (2023). Social Cognition and Functioning in Patients With Social Anxiety Disorder and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 211(11): 828-834. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001696.
- Warren M. (2003). *Parent-child interactions with ADHD children: Parental empathy as a predictor of child adjustment.*, dissertation prepared for the Degree of Doctor of Philosophy. Denton: University of North Texas.
- World Health Organization (2004). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (X ed., vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Disponibile su: icd.who.int/browse11/l-m/en (ultimo accesso: 18/05/2019).