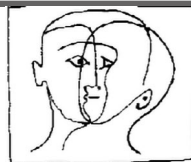


Differenze nei profili dissociativi tra ADHD e Disturbo da Trauma Complesso: uno studio clinico comparativo



Rosario Esposito*, Antonio Onofri**,
Eduardo Schettino***, Gianpaolo Maggi****

Ricevuto il 9 aprile 2025, accettato il 16 maggio 2025

Sommario

Nel corso degli anni, numerosi studi hanno confermato la presenza frequente di sintomi dissociativi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico e nel cosiddetto Disturbo da Trauma Complesso. Parallelamente, è recentemente emerso un crescente interesse nei confronti della presenza di sintomi simil-dissociativi (distraibilità, assorbimento, dimenticanze) anche in disturbi attualmente riconosciuti come neuro-evolutivi, ad esempio l'Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Ne consegue, pertanto, una marcata difficoltà per il clinico nel distinguere tra una dissociazione secondaria al trauma e una dissociazione associata a vulnerabilità congenita. Tale sovrapposizione fenomenica rende necessaria un'analisi comparativa approfondita per i sintomi dissociativi tra disturbi diversi come l'ADHD e i disturbi trauma-correlati.

Il presente studio si propone di confrontare i punteggi del fenomeno dissociativo in due gruppi clinici: individui con diagnosi di ADHD e sintomatologia traumatica e individui con diagnosi di ADHD senza sintomatologia traumatica. Sono stati reclutati 42 soggetti con dia-

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta. Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli. Piazza Quattro Giornate, 64 – 80128 Napoli; e-mail: rosaverde@libero.it.

** Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Training School di Roma, Jesi e Spoleto. Via Francesco de Sanctis, 9 – 00195 Roma; e-mail: dottoronofri@gmail.com.

*** Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli. Via Luca Giordano, 121 – 80128 Napoli; e-mail: eduardoschettino@libero.it.

**** Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta. Piazza Luigi Miraglia, 2 80138; e-mail: gianpaolo.maggi@unicampania.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20373

gnosi di ADHD, così come valutato dal DIVA-5. Ai partecipanti sono state somministrate la Dissociative Experiences Scale-II (DES-II); la Impact of Event Scale-Revised (IES-R); la Adverse Childhood Experience (ACE).

Dai risultati dello studio emerge come la presenza di pensieri intrusivi dovuti a un singolo evento traumatico recente (IES-R) aggravi quelle manifestazioni simil-dissociative nei pazienti ADHD. Invece, quei soggetti ADHD che riportano esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia (ACE) presenterebbero con maggiore frequenza sintomi amnesici, rispetto a coloro che non riportano quei tipi di esperienze sfavorevoli infantili.

Questo studio pilota fornisce alcune indicazioni sulla qualità della dissociazione in pazienti clinici con diversa storia traumatica e con ADHD.

Parole chiave: Dissociazione, ADHD, trauma, disturbi neurosviluppo, diagnosi differenziale.

Differences in Dissociative Profiles Between ADHD and Complex Trauma Disorder: A Comparative Clinical Study

Abstract

Over the years, several studies confirmed the occurrence of dissociative symptoms in trauma-related disorders such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Trauma Stress Disorder (CTSD). At the same time, recent literature focused on dissociative-like manifestations (distractibility, absorption, forgetfulness) in neurodevelopmental disorders, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This results in a marked difficulty for the clinician in distinguishing between a dissociation due to trauma and/or dissociative manifestations associated with an innate vulnerability. This phenomenological overlap requires an in-depth comparative analysis of dissociative symptoms between different disorders, such as ADHD and trauma-related disorders.

The present study aims to compare the scores of the dissociative phenomenon in two clinical groups: individuals diagnosed with ADHD presenting trauma and individuals diagnosed with ADHD without traumatic symptoms. Forty-two subjects diagnosed with ADHD, as assessed by the DIVA-5, were recruited. Participants were administered the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II); the Impact of Event Scale-Revised (IES-R); and the Adverse Childhood Experience (ACE).

We found that the co-occurrence of PTSD symptoms with ADHD aggravated dissociative-like manifestations compared to individuals with only ADHD. Also, ADHD participants who experienced adverse childhood experiences (ACEs) presented more severe dissociative amnesia compared to participants with only ADHD.

This pilot study provides insights into the quality of dissociation in different clinical populations, revealing different patterns of dissociative manifestations among individuals with ADHD and trauma-related disorders.

Keywords: Dissociation, ADHD, trauma, neurodevelopmental disorders, differential diagnosis.

Introduzione

La Dissociazione è un costrutto clinico complesso, descritto per la prima volta da Pierre Janet come un fallimento dei processi integrativi della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione (Janet, 1907); definizione utilizzata poi dalla stessa American Psychiatric Association (APA, 2013). Essa si manifesta attraverso sintomi quali amnesie, depersonalizzazione e derealizzazione, fughe psicogene e cambi improvvisi di personalità, che possono variare in intensità lungo un continuum che va dai meccanismi dissociativi e simil-dissociativi riscontrabili con frequenza variabile nella popolazione normale (come l'assorbimento mentale), fino alla sintomatologia nucleare tipica dell'ampia categoria diagnostica conosciuta come Disturbi Dissociativi (Bernstein & Putnam, 1986; Steinberg, 1994). Le manifestazioni dissociative sono state storicamente riconosciute come presenti frequentemente in conseguenza a esperienze traumatiche o comunque marcatamente stressanti o avverse, in particolare quando queste si verificano durante l'età infantile (Putnam, 1995; van der Kolk, 1998). Nel corso degli anni, numerosi studi hanno infatti confermato la presenza frequente di sintomi dissociativi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (American Psychiatric Association, 2013), ma tanto più nel cosiddetto Disturbo da Trauma Complesso (CTD), la cui entità nosografica, sebbene non ancora pienamente riconosciuta (non è infatti presente nel DSM-5), è ampiamente descritta e utilizzata in letteratura, oltre che presente nell'ICD-11 (OMS, 2019; Kira *et al.*, 2008), evidenziando come gli stessi sintomi possano costituire, in linea con un approccio psicodinamico, un meccanismo di difesa reattivo volto a proteggere l'individuo dall'invasività del ricordo traumatico (Classen *et al.*, 2006), oppure, riprendendo la visione di Pierre Janet (1907), come l'effetto stesso della disgregazione dei processi psicologici (Ardovini *et al.*, 2022; Ardovini *et al.*, 2024; Liotti & Farina, 2011). All'interno di queste ultime condizioni, la dissociazione viene comunemente intesa come la conseguenza dell'impossibilità di integrare esperienze traumatiche ripetute nel tempo e difficilmente elaborabili.

Parallelamente a questo patrimonio clinico è recentemente emerso un crescente interesse nei confronti della presenza di sintomi simil-dissociativi (distraibilità, assorbimento, dimenticanze) anche in disturbi attualmente riconosciuti e concettualizzati come meramente neuro-evolutivi, ad esempio l'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Sebbene considerati non necessari per la diagnosi di ADHD, alcuni sintomi come l'assorbimento e il daydreaming, una certa disorganizzazione comportamentale che accompagna la distraibilità, fino a un possibile senso di irrealtà, sono stati osservati frequentemente in soggetti con ADHD, suggerendo la possibilità di ipotizza-

re una dimensione simil-dissociativa a matrice neuro-cognitiva (Mette *et al.*, 2021; Sar *et al.*, 2004). Studi genetici recenti confermerebbero una marcata ereditarietà del disturbo, con una sua distinta base neurobiologica (Faraone & Larsson, 2019; Ribasés *et al.*, 2023), alimentando, in questo modo, il dibattito sulla possibile origine “endogena”, perlomeno di alcune delle manifestazioni dissociative riconoscibili clinicamente.

Tenendo pertanto presente l’attuale contesto di conoscenze, ne consegue una marcata difficoltà per il clinico nel poter agevolmente distinguere tra una dissociazione secondaria al trauma e una dissociazione associata a vulnerabilità congenita. Tale sovrapposizione fenomenica rende necessaria un’analisi comparativa approfondita per i sintomi dissociativi tra disturbi diversi come l’ADHD e i disturbi trauma-correlati, soprattutto in relazione alle diverse dimensioni della dissociazione, alla sua fenomenologia psicopatologica e quindi alle sue radici patogenetiche eventualmente differenti. Infatti, mentre nei soggetti con traumi complessi pregressi (soprattutto se avvenuti durante l’età dello sviluppo, prolungati nel tempo e perpetrati dalle stesse figure familiari del bambino) si osservano frequentemente sentimenti di intensa paura non facilmente spiegabile, depersonalizzazione/derealizzazione, amnesie dissociative e fughe, soprattutto in risposta a relazioni interpersonali vissute come riattualizzazioni delle interazioni traumatizzanti passate e quindi aventi l’effetto di trigger riattivanti, nell’ADHD le manifestazioni simil-dissociative sembrano assumere principalmente la forma di assorbimento ideativo e daydreaming con una alterazione dell’attenzione che assume più spesso la forma di un interrotto mind-wandering, ben diverso da quella sensazione di “testa vuota” e “assenza” così spesso riferita dai pazienti traumatizzati e dissociati (Esposito *et al.*, 2025).

Obiettivi

Il presente studio si propone di confrontare i punteggi della Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) e delle sue sottoscale (Amnesia, Depersonalizzazione, Assorbimento) in due gruppi clinici: individui con diagnosi di ADHD e anche con sintomatologia traumatica e individui con diagnosi di ADHD senza sintomatologia traumatica. Lo scopo è quello di evidenziare eventuali differenze dell’esperienza dissociativa nei due tipi di popolazioni. Il fine ultimo è quello di far emergere il contributo dell’esperienza traumatica sulla qualità delle manifestazioni dissociative e di contribuire al poter almeno iniziare a differenziare tra una vera e propria dissociazione post-traumatica e manifestazioni simil-dissociative come quelle dell’ADHD.

Metodo

Partecipanti

I partecipanti sono stati reclutati attraverso l'attività clinica libero-professionale degli autori dello studio, esperti sia di ADHD sia di psicotraumatologia, tramite contatti diretti sia con pazienti già in carico sia con nuovi soggetti presi in carico, in conformità con i principi etici di trasparenza, volontarietà e riservatezza. Tutti i soggetti hanno ricevuto un'adeguata informativa circa gli obiettivi della ricerca e hanno firmato il consenso informato prima di procedere con la partecipazione. La somministrazione del DIVA-5 (Kooij *et al.*, 2019) è avvenuta in presenza, in un setting clinico strutturato, al fine di garantire un'intervista diagnostica approfondita e conforme agli standard clinici internazionali. Successivamente, ciascun partecipante ha ricevuto un link personale tramite Google Moduli per la compilazione autonoma degli strumenti psicometrici autovalutativi (DES-II, IES-R, ACE). Questa modalità ha consentito di rispettare i tempi individuali, offrendo al contempo un'esperienza sicura e accessibile. Tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima e codificata, archiviati in modo sicuro e trattati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (GDPR). Il presente studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici e metodologici che guidano la ricerca online in conformità con gli standard etici delineati nella Dichiarazione di Helsinki del 1964.

Struttura del protocollo

Il protocollo includeva la somministrazione dei seguenti strumenti:

- Il DIVA-5, una Intervista semi-strutturata basata sui criteri DSM-5 per la diagnosi dell'ADHD in età adulta che consente di indagare sia i sintomi attuali che quelli in età evolutiva, favorendo una diagnosi accurata di questo disturbo (Kooij *et al.*, 2019).
- La *Dissociative Experiences Scale-II (DES-II)*, una scala di auto-valutazione composta da 28 item che misura esperienze dissociative nella vita quotidiana, legate a depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia e assorbimento. La dimensione Amnesia riflette la perdita di memoria dissociativa, mentre Depersonalizzazione/Derealizzazione riguarda un senso di distacco da sé stessi, dal proprio corpo o dalla realtà circostante. Infine, Assorbimento implica una profonda immersione nei propri pensie-

ri o esperienze. Ogni item varia tra 0% (“Mai”) e 100% (“Sempre”) e il soggetto deve descrivere con quale frequenza ha vissuto una determinata esperienza. Il punteggio totale del DES-II è rappresentato dalla media di tutti i 28 item, con punteggi più alti associati a tendenze dissociative (Bernstein & Putnam, 1986; Steinberg, 1994).

- La *Impact of Event Scale-Revised (IES-R)* per valutare il livello di disagio percepito in risposta a un evento traumatico specifico così come si manifesta negli ultimi sette giorni. La scala comprende 22 item valutati su una scala Likert a 5 punti da 0 (“Per niente”) a 4 (“Estremamente”), descrivendo manifestazioni che possono verificarsi dopo un evento stressante. Un punteggio ≥ 33 risulta indicativo di una probabile diagnosi di PTSD (Creamer *et al.*, 2003).
- La *Adverse Childhood Experience (ACE)* è stata utilizzata per valutare eventuali esperienze avverse occorse durante l’infanzia. I soggetti devono rispondere “Sì” o “No” a 10 item che valutano due gruppi di esperienze avverse: abusi subiti direttamente (ad esempio abusi fisici, emotivi, sessuali o trascuratezza) e disfunzioni familiari (ad esempio divorzio dei genitori, violenza domestica verso la madre, problemi mentali, abuso di sostanze o incarcerazione di un membro della famiglia) (Felitti *et al.*, 1998).

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi solo soggetti adulti con diagnosi clinica certa di ADHD e consenso informato. Sono stati esclusi dallo studio individui con disturbi psicotici gravi, condizioni neurologiche acute o uso attivo di sostanze.

Classificazione dei gruppi

I partecipanti sono stati suddivisi in diversi sottogruppi in base alla presenza di PTSD o ACEs secondo i seguenti criteri: gli individui che hanno ottenuto un punteggio ≥ 33 sulla scala IES sono stati considerati come aventi un probabile PTSD; diversamente, i partecipanti che hanno riportato un punteggio ≥ 4 al questionario ACE sono stati considerati come aventi un probabile trauma complesso infantile.

Analisi statistica

Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti sono state riassunte utilizzando statistiche descrittive. Successivamente, è stato adottato un approccio parallelo per esplorare come la sintomatologia dissociativa in soggetti con diagnosi di ADHD differisca tra diversi profili di trauma. In primo luogo, il campione è stato suddiviso in base all'occorrenza di PTSD e successivamente in base alla presenza di ACEs per valutare come le dimensioni dissociative differivano tra i diversi profili di trauma. Gli aspetti sociodemografici e psicologici riportati come variabili continue sono stati confrontati utilizzando i test di Mann-Whitney. Il test Chi-quadrato (X^2) è stato utilizzato per valutare le differenze nella distribuzione delle variabili categoriche. Le analisi correlazionali sono state condotte per esplorare l'associazione tra le scale che valutano i sintomi dissociativi, le manifestazioni relative al trauma e i sistemi motivazionali. Il livello di significatività è stato fissato a $\alpha = 0,05$, e tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando SPSS Statistic 26,0.

Risultati

Partecipanti

Sono stati reclutati 42 soggetti (18 donne e 24 uomini) con diagnosi di ADHD. Il campione presentava un'età media di 34,95 (DS = 13,11) anni e 15,71 (DS = 2,83) anni di scolarità.

Confronto ADHD+PTSD vs ADHD

Di questi, 29 partecipanti (69,05%) hanno riportato un punteggio ≥ 33 alla IES-R, indicativo della probabile presenza di PTSD. Sono stati, pertanto, confrontati i gruppi di soggetti con ADHD+PTSD e quelli con ADHD. Il gruppo ADHD+PTSD ha riportato punteggi più elevati alla DES totale e alle sue sottoscale rispetto ai soggetti che presentavano solo ADHD.

Confronto ADHD+ACE vs ADHD

All'interno del nostro campione 10 partecipanti (4,2%) hanno riportato un punteggio ≥ 4 al questionario ACE, indicativo della probabile presen-

za di avversità durante l'infanzia e trauma complesso. Sono stati, pertanto, confrontati i gruppi di soggetti con ADHD+ACE e quelli con ADHD. Il gruppo ADHD+ACE ha riportato punteggi più elevati alla sottoscala Amnesia della DES rispetto ai soggetti che presentavano solo ADHD, mentre non sono emerse differenze significative riguardo il punteggio totale e le altre sottoscale.

Correlazioni

Le analisi di correlazione tra i punteggi della DES-II e le scale che valutano la severità del trauma ha rivelato che la IES correlava moderatamente con tutti i punteggi della DES ($0,419 < r < 0,544$) mentre la scala ACE correlava debolmente solo con la scala Amnesia della DES ($r = 0,310$).

Discussione

I risultati attesi rafforzano l'ipotesi che la dissociazione non sia un fenomeno univoco, ma esprima meccanismi distinti in base alla condizione clinica di partenza. Diventa pertanto una necessità del clinico stabilire se gli aspetti dissociativi siano relativi a problemi traumatici oppure a problemi legati al neuro-sviluppo. Questa distinzione appare particolarmente rilevante, considerando che con tutta probabilità le due condizioni necessitano di interventi clinici diversi, di integrazione della coscienza gli uni, di supporto e riabilitazione gli altri.

Dai risultati del nostro studio emerge come la presenza di pensieri intrusivi e ricorrenti dovuti a un singolo evento traumatico recente non elaborato (IES-R) aggravi in ogni caso anche quelle manifestazioni simil-dissociative eventualmente presenti nei pazienti ADHD, non fornendo indicazioni per una loro facile differenziazione. Invece, quei soggetti ADHD che riportano esperienze traumatiche (ACE) vissute durante lo sviluppo, perlopiù in famiglia, sembrano presentare con maggiore frequenza sintomi amnesici rispetto a coloro che non riportano quei tipi di esperienze sfavorevoli infantili.

Il nostro intento è che attraverso lo studio e la progressiva conoscenza di tali differenze nel diverso profilo delle manifestazioni dissociative, si possa arrivare a fornire indicazioni al clinico su quale siano le basi patologiche alla base del disturbo e di conseguenza favorire lo sviluppo di diversi piani di trattamento.

Che l'esperienza traumatica aggravi i quadri psicopatologici è del resto

ampiamente documentato (Magrin *et al.*, 2011; Brasini *et al.*, 2015; Sayed *et al.*, 2015; Schimmenti, 2018; Gradus & Galea, 2023), così come è documentato che soggetti ADHD presentino maggiore probabilità di incontrare durante la loro vita esperienze traumatiche (Ford & Connor, 2009; Szymanski *et al.*, 2011; Brow *et al.*, 2017; Boodoo *et al.*, 2022). Nel nostro studio, il 69,05% riportava di aver vissuto un'esperienza traumatica significativa, misurata attraverso la IES-R, mentre la percentuale di partecipanti che riportavano esperienze avverse nel corso dell'infanzia, valutate attraverso il questionario ACE, risulta decisamente inferiore, al 4,2%. Questa correlazione tra ADHD e esperienza traumatica può essere dovuta probabilmente a tre aspetti principali, ipotesi in linea con la letteratura (per una rassegna generale: Fuller-Thomson *et al.*, 2014; Bali *et al.*, 2023).

Il primo aspetto riguarda il fatto che solitamente questi pazienti hanno un genitore a sua volta con ADHD e quindi impulsivo e magari disregolato, cosa che può favorire un eventuale maltrattamento (Fujiwara *et al.*, 2014; Gul & Gurkan, 2018).

Il secondo è che questi pazienti, a causa delle proprie caratteristiche di funzionamento (disattenzione/distrazione e iperattività/impulsività), vanno più facilmente incontro a vittimizzazione infantile, stigma sociale, fallimenti scolastici, fino a incidenti ed esperienze limite, a rischio traumatico (Boyd *et al.*, 2019; Ouyang *et al.*, 2008).

Un terzo è che questi soggetti potrebbero avere una maggiore vulnerabilità allo stress e alle sue conseguenze (Fuller-Thomson *et al.*, 2014).

Non abbiamo, almeno in base allo stato attuale dell'arte, indicazioni chiare che ci guidino a capire con certezza se le difficoltà dissociative possono essere più relative a traumi (IES-R) oppure a un neuro-sviluppo atipico, se non nella gravità della dissociazione. Ora alcune iniziali indicazioni sembrerebbero riceverle dalle risposte al questionario ACE riguardante le Esperienze Sfavorevoli Infantili. Quando infatti siano presenti e ricorrenti significative difficoltà di memoria, questo potrebbe deporre con frequenza maggiore per la presenza di un possibile trauma complesso, o comunque suggerire di indagare particolarmente questo aspetto di fondamentale importanza clinica. In tal caso, quindi, ci si potrebbe avvalere maggiormente di interventi psicoterapeutici volti alla elaborazione dei traumi pregressi e all'integrazione dei processi della coscienza (Janet, 1907; van der Kolk, 1998; Ardovini *et al.*, 2022; Ardovini *et al.*, 2024; Liotti & Farina, 2011), rispetto a quelli meramente educazionali e riabilitativi (Chacko *et al.*, 2014).

La distinzione di cui sopra potrebbe comportare importanti implicazioni diagnostiche e terapeutiche, poiché consente al clinico di differenziare ulteriormente tra sintomi trauma-based e vulnerabilità di tipo neuro-evolutivo.

Questo studio, quindi, sembra fornire prime utili indicazioni in tal senso, ma presenta anche evidenti limiti. Innanzitutto, il numero di partecipanti che benché siano tutti diagnosticati ADHD con lo strumento DIVA, il quale richiede più di un'ora tra somministrazione e scoring, è ancora molto esiguo. Questo non consente una facile generalizzazione dei risultati. Inoltre, molti partecipanti seguivano una psicoterapia in corso e questo può aver facilitato la focalizzazione su memorie traumatiche. Infine, i somministratori del DIVA, per la diagnosi di ADHD, erano anche i clinici dei partecipanti ed erano quindi a conoscenza degli obiettivi di ricerca. Questo se da un lato ha rappresentato un indicatore di coerenza della procedura dall'altro ha potuto inficiare i risultati. Nonostante i suddetti limiti, questi dati preliminari possono essere un passo verso una maggiore comprensione dei diversi fenomeni dissociativi in relazione alle varie concause che li possono determinare.

Conclusioni

Lo studio si propone come contributo preliminare, ma innovativo, alla comprensione dei profili dissociativi in ADHD e Disturbi Trauma-Correlati. I risultati attesi suggeriscono che i fenomeni dissociativi possono essere modulati da percorsi eziologici diversi e che i sottotipi possono rappresentare indicatori transdiagnostici utili per l'orientamento clinico.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ardevini C., La Rosa C. & Onofri A. (2022). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*, vol. 1. Roma: ApertaMenteWeb.
- Ardevini C., La Rosa C. & Onofri A. (2024). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*, vol. 2. Roma: ApertaMenteWeb.
- Bali P., Sonuga-Barke E., Mohr-Jensen C., Demontis D. & Minnis H. (2023). Is there evidence of a causal link between childhood maltreatment and attention deficit/hyperactivity disorder? A systematic review of prospective longitudinal studies using the Bradford-Hill criteria. *Journal of child psychology and psychiatry advances*, 3(4): e12169. DOI: 10.1002/jcv2.12169.
- Bernstein E.M. & Putnam F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12): 727-735. DOI: 10.1097/00005053-198612000-00004.
- Boodoo R., Lagman J.G., Jairath B. & Baweja R. (2022). A review of ADHD and childhood trauma: treatment challenges and clinical guidance. *Current Developmental Disorders Reports*, 9(4): 137-145. DOI: 10.1007/s40474-022-00256-2.

- Boyd M., Kisely S., Najman J. & Mills R. (2019). Child maltreatment and attentional problems: A longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 98: 104170. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104170.
- Brasini M. et al. (2015). *The Dissociative Dimension in Psychopathology: Generalised and Specific Role of Dissociative Symptoms*, Conference: Rome Workshop on Experimental Psychopathology, Roma.
- Brown N.M., Brown S.N., Briggs R.D., Germán M., Belamarich P.F. & Oyeku S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 17(4): 349-355. DOI: 10.1016/j.acap.2016.08.013.
- Chacko A., Kofler M. & Jarrett M. (2014). Improving outcomes for youth with ADHD: A conceptual framework for combined neurocognitive and skill-based treatment approaches. *Clinical child and family psychology review*, 17(4): 368-384. DOI: 10.1007/s10567-014-0171-5.
- Classen C., Koopman C., Nevill-Manning K. & Spiegel D. (2006). A comparison of methods for assessing dissociation among psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 18(3): 328-335.
- Creamer M., Bell R. & Failla S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12): 1489-1496. DOI: 10.1016/j.brat.2003.07.010.
- Esposito R., Schettino E.M., Buonincontri V., Vitale C., Santangelo G. & Maggi G. (2025). Exploring Differential Patterns of Dissociation: Severity and Dimensions Across Diverse Trauma Experiences and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Behavioral Sciences*, 15(7), 850. DOI: 10.3390/bs15070850.
- Faraone S.V. & Larsson H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4): 562-575. DOI: 10.1038/s41380-018-0070-0.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V. & Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4): 245-258. DOI: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Ford J.D. & Connor D.F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports*, 1(2): 60-66. DOI: 10.1007/s12618-009-0009-0.
- Fujiwara T., Kasahara M., Tsujii H. & Okuyama M. (2014). Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: A prospective study in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 38(8): 1283-1289. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.04.007.
- Fuller-Thomson E., Mehta R. & Valeo A. (2014). Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(2): 188-198. DOI: 10.1080/10926771.2014.873510.
- Gradus J.L. & Galea S. (2023). Moving from traumatic events to traumatic experiences in the study of traumatic psychopathology. *American journal of epidemiology*, 192(10): 1609-1612. DOI: 10.1093/aje/kwad126.
- Gul H. & Gurkan C.K. (2016). Child Maltreatment and Associated Parental Factors Among Children With ADHD: A Comparative Study. *Journal of Attention Disorders*. 22(13): 1278-1288. DOI: 10.1177/1087054716658123.
- Janet P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria: Fifteen Lectures Given in the Medical School of Harvard University*. New York: Macmillan.
- Kira I.A., Lewandowski L., Templin T., Ramaswamy V., Ozkan B. & Mohanesh J. (2008).

- Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-based taxonomy of traumas. *Traumatology*, 14(2): 62-87. DOI: 10.1177/1534765608319324.
- Kooij J. & Francken M. (2010) *Diagnostic interview for ADHD in adults (DIVA 2.0)*, Tech. Rep.
- Kooij J.J.S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balazs J., ... & Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56(1): 14-34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi Traumatici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Magrin C., Mansutti F., Prunetti E., Donisi V., Bateni M. & Liotti G. (2011). Sintomi e processi dissociativi nei disturbi psicopatologici: un indice di severità? *Cognitivismo clinico*, 8(1): 18-26.
- Mette C., Schäfer I. & Niedtfeld I. (2021). Dissociation in patients with ADHD and borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(4): 657-669.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Classificazione internazionale delle malattie per la statistica di mortalità e morbosità (ICD 11^a revisione)*.
- Ouyang L., Fang X., Mercy J., Perou R. & Grosse S.D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6): 851-856. DOI: 10.1016/j.jpeds.2008.06.002.
- Putnam F.W. (1995). Dissociation as a response to extreme trauma. In: van der Kolk B.A., McFarlane A.C. & Weisaeth L. (eds.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 199-215). New York: Guilford Press.
- Ribasés M., Mitjans M., Hartman C.A., Soler Artigas M., Demontis D., Larsson H., Ramos-Quiroga J.A., Kuntsi J., Faraone S.V., Børglum A.D., Reif A., Franke B. & Cormand B. (2023). Genetic architecture of ADHD and overlap with other psychiatric disorders and cognition-related phenotypes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153: 105313. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105313.
- Sar V., Akyüz G. & Dogan O. (2004). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 126(2): 169-176. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.01.005.
- Sayed S., Iacoviello B.M. & Charney D.S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current psychiatry reports*, 17(8): 612. DOI: 10.1007/s11920-015-0612-y.
- Schimmenti A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5): 552-571. DOI: 10.1080/15299732.2017.1402400.
- Steinberg M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- 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): 51-59. DOI: 10.1080/15289168.2011.575704.
- van der Kolk B.A. (1998). Trauma and memory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1): S52-S64.