

# RILEVANZA DELLE FONTI DI INFORMAZIONE AL FINE DELLA DIAGNOSI DI ADHD/ADD: UN CONTRIBUTO

C. Mogentale, C. Chiesa, V. Facco, S. Poli, S. Dal Ben, M. Bontorin, V. Tassarollo  
 "Centro di Psicologia, Neuropsicologia, Psicoterapia", Bassano del Grappa (VI)

## INTRODUZIONE

Le linee guida per porre diagnosi di ADHD/ADD richiedono come supporto alla diagnosi stessa un confronto tra quanto rilevato da più fonti di informazione, quali genitori, insegnanti e valutazione del bambino. Da più fonti viene riportato come non esistano test diagnostici specifici per l'ADHD/ADD (Cantwell, 1996; Swanson et al., 1998). Pertanto non è chiaro l'apporto che i singoli dati hanno nella formulazione della diagnosi differenziale, con un non sostanziale accordo tra i ricercatori nella definizione di un profilo psicologico-comportamentale caratteristico dell'ADHD (Douglas, 1988; Zuddas et al., 1999; Prior, 1991).

## SCOPO DEL PRESENTE LAVORO:

Offrire un contributo alla discussione critica sulla concordanza/ discordanza di rilevazioni cliniche psicologiche, neuropsicologiche, comportamentali, in confronto con rilevazioni effettuate da genitori e da insegnanti in un gruppo di bambini con ADHD/ADD.

## METODO:

### PARTECIPANTI

Hanno partecipato allo studio 44 soggetti, di cui 34 maschi e 10 femmine tra i 6 e i 15 anni (M=9,6, d.s.=2,2) con profilo diagnostico di ADHD/ADD (26 ADHD e 18 ADD) classificati usando una stima globale degli esiti della valutazione neuropsicologica, del colloquio, dell'anamnesi, dei questionari, delle pagelle.

### STRUMENTI:

Sono stati confrontati i dati emersi da una valutazione neuropsicologica delle principali funzioni cognitive, da questionari (SDAG, SDAI, SDAB, CBCL/6-18, TAD, Scala Disturbi del Sonno), e da prestazioni scolastiche rilevate dagli insegnanti nelle più importanti materie e nell'impegno, partecipazione, interesse, relazioni con coetanei/adulti.

### RISULTATI:

#### TEST NEUROPSICOLOGICI:

	N Validi	Media	Dev.Std.
Raven z	44	-0,18	1,01
Matrici attentive z	44	-1,67	1,39
Toulouse z	44	-1,15	1,46
Labirinti WISC-R z	43	0,61	1,01
Torre di Londra z	41	-3,13	2,37
Memoria cifre wisc-r z	43	-0,53	0,97
Tema-rsp z	42	-0,84	1,21
Tema rspdifferito z	42	-0,09	0,60

L'apporto significativo sembra essere fornito solamente dal test della Torre di Londra. Nessuno strumento differenzia tra ADD e ADHD.

#### CONCORDANZA SDAG E SDAI:

	SDAGdis	SDAGip	SDABdis	SDABip	SDAldis
SDAGip	<b>,5982</b> p=,040				
SDABdis	<b>,6673</b> p=,018	,4264 p=,167			
SDABip	,3590 p=,252	<b>,6672</b> p=,018	,4256 p=,168		
SDAldis	,5650 p=,056	<b>,6098</b> p=,035	<b>,6049</b> p=,037	,5038 p=,095	
SDAip	,4426 p=,150	<b>,6695</b> p=,017	<b>,6888</b> p=,013	<b>,7832</b> p=,003	<b>,6900</b> p=,013

	SDAG DIS	SDAG IP	SDAB DIS	SDAB IP
SDAI DIS	50		53,85	
SDAI IP		58,82		53,85
SDAB DIS	48,28			
SDAB IP		55,17		

#### CONCORDANZA SDAG/SDAI E CBCL

##### CBCL SOTTOSCALA "PROBLEMI DI ATTENZIONE"

Suddividendo il campione in base alla CBCL sottoscala "problemi di attenzione" in 2 gruppi (borderline+clinico vs. norma) si ottengono i seguenti risultati:

- Punteggi statisticamente differenti allo SDAG sottoscala iperattività F(1, 38)=7,48, p<0,01.

- Punteggi non statisticamente differenti allo SDAG (F(1, 38)=3,61, n.s.) allo SDAI (F(1, 15)=1,89, n.s.) sottoscale disattenzione e allo SDAI (F(1, 15)=0,42, n.s.) sottoscala iperattività.

La CBCL sottoscala "problemi di attenzione" sembra riflettere maggiormente parametri comportamentali legati all'iperattività piuttosto che alla disattenzione.

##### CBCL SOTTOSCALA "ESTERNALIZZAZIONE" (PROBLEMI DI ATTENZIONE COMPORTEMENTO DELINQUENZIALE, COMPORTEMENTO AGGRESSIVO)

Suddividendo il campione in base alla CBCL sottoscala "esternalizzazione" in 2 gruppi (borderline+clinico vs. norma) si ottengono i seguenti risultati:

- Punteggi statisticamente differenti allo SDAG sottoscala iperattività (F(1, 38)=17,11, p<0,001) e sottoscala disattenzione (F(1, 38)=7,27, p<0,02) e allo SDAI sottoscala iperattività (F(1, 15)=8,57, p<0,02).

- Punteggi non statisticamente differenti allo SDAI sottoscala disattenzione (F(1, 15)=1,52, n.s.).

La CBCL sottoscala esternalizzazione concorda con la valutazione della componente iperattività/disattenzione nelle valutazioni dei genitori e la sola iperattività negli insegnanti.

#### VOTI

	italiano	matematica	storia	geografia	scienze	lingua straniera	ed. artistica	ed. musicale	ed. motoria
SDAI dis	-,15 n.s.	-,63 n.s.	-,44 n.s.	-,29 n.s.	,08 n.s.	-,49 n.s.	-,14 n.s.	-,72 P<,05	-,71 P<,05
SDAI ip	-,15 n.s.	-,60 n.s.	-,17 n.s.	-,16 n.s.	,15 n.s.	-,30 n.s.	-,18 n.s.	-,41 n.s.	-,47 n.s.

interesse (dati non riportati in tabella).

#### DISTURBI DEL SONNO:

Il punteggio totale del questionario sui disturbi del sonno correla significativamente soltanto con il punteggio SDAG iperattività (r= 0.53, p<0.05).

#### DISCUSSIONE:

• La correlazione tra i questionari somministrati ai genitori e agli insegnanti evidenzia come siano concordi nel rilevare la presenza dei sintomi ma non la gravità degli stessi.

• Dal campione esaminato non risulta significativo l'apporto diagnostico differenziale delle variabili neuropsicologiche a differenza di quelle comportamentali.

• CBCL sottoscala "esternalizzazione" sembra la più concordante con le rilevazioni dei questionari SDAI/SDAG nel definire il profilo ADHD ma non il profilo ADD. CBCL sottoscala "problemi di attenzione" non sembra sensibile alla rilevazione delle componenti attentive.

Sembra pertanto carente la rilevazione del profilo ADD.

• Solo la concordanza tra CBCL "esternalizzazione" e scale SDAI/SDAG sembra fornire un supporto significativo ad una migliore definizione del profilo diagnostico di ADHD.

• Critico permane il dato di una apparente non ricaduta nell'ambito scolastico dell'ADD/ADHD, criterio necessario per porre diagnosi in base ai criteri DSM-IV.

• Pertanto è necessaria particolare cautela per il clinico nella attribuzione di un diverso "peso soggettivo" alla rilevanza delle diverse fonti di informazione di cui usufruisce, con necessità di interpretare non solo la concordanza delle stesse ma ancor più la loro discordanza al fine di intraprendere una corretta presa in carico del disturbo.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 978-987.
- Douglas, V.I. (1988). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. In L. Bloomingdale J. Sergeant (Eds). *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, and intervention*, pp. 65-81. Elmsford, NY : Pergamon.
- Prior, M. (1991). L'iperattività. In Cornoldi C. (ed), *I disturbi dell'apprendimento: Aspetti psicologici e neuropsicologici*, 61-89. Bologna: Il Mulino.
- Swanson, J.M., Sergeant, J.A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E.J., Jensen, P.S., & Cantwell, D.P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 351: 429-433.
- Zuddas, A., Ancillella, B., DeMuro, S., Marongiu, A., & Cianchetti, C. (1999). Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo ed iperattività: uno studio pilota. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 66: 735-746.