



## Le scale IPDDAI e IPDDAG per la valutazione del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività nei bambini di scuola materna

*Anna M. Re*  
*Università degli studi di Padova*

## Il DDAI in età prescolare

- I sintomi caratteristici del DDAI compaiono già dai 3 ai 5 anni;
- I principali manuali diagnostici ([DSM-IV](#) e [ICD-10](#)) descrivono questa patologia come un disturbo ad esordio precoce;
- Alcuni autori (Stormont e Zentall, 1999) trovarono che i genitori identificavano comportamenti di iperattività e disattenzione nei loro figli già a 2 anni.

Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione sono presenti prima dei 7 anni di età.



## PERO'...

- La maggior parte dei bambini DDAI viene diagnosticata dopo l'ingresso alla scuola elementare, quando il contesto e le richieste dell'ambiente sono tali da rendere particolarmente evidente il disagio del bambino.
- Allo stesso modo la maggioranza delle ricerche sono state condotte su bambini in età scolare.



C'è un evidente gap nelle conoscenze che si hanno a tutt'oggi sulle caratteristiche del DDAI in età prescolare.

## Vantaggi di una identificazione precoce:

- controllo di alcuni comportamenti problematici sin dal loro nascere;
- predisposizione di un ambiente facilitante;
- maggiore sensibilità allo sviluppo di eventuali patologie associate (DAS, DOP, DC etc.);
- evitamento di situazioni spiacevoli o frustranti per il bambino etc.

## Problemi per la diagnosi del DDAI in età prescolare

- Non c'è una descrizione puntuale dei sintomi caratteristici del disturbo dai 2 ai 5 anni.
- I sintomi essenziali del DDAI (disattenzione, iperattività e impulsività) sono dei comportamenti abbastanza comuni in bambini in età prescolare.
- La grande variabilità comportamentale di bambini così piccoli fa sì che comportamenti sintomatici siano in realtà solo transitori.
- La difficoltà nel distinguere il DDAI da altri problemi, a causa della sua sovrapposizione con altri disturbi a manifestazione prevalentemente comportamentale (Campbell, 1994).

## Alcuni indici importanti

Nonostante le difficoltà nella diagnosi precoce esistono degli indici che possono “predire” quali bambini sono maggiormente a rischio di sviluppare DDAI nel corso dello loro sviluppo (Connor, 2002):

- **La severità:** bambini che manifestano comportamenti di disattenzione, impulsività e disattenzione in maniera molto marcata rispetto ai coetanei.
- **La pervasività:** bambini che manifestano i sintomi in contesti diversi e con diversi caregivers.
- **Le disfunzioni sociali:** bambini che incontrano difficoltà a relazionarsi sia a casa che a scuola che in semplici contesti di gioco.

## Alcuni studi

- In uno studio (Wilens et al., 2002), gli autori hanno preso in esame un pool di 1658 bambini, afferenti al servizio di psichiatria pediatrica dell'ospedale del Massachusetts, dal 1991 al 1999, sono stati individuati ben 200 bambini di età  $\leq 6$  anni (12%) con problemi di tipo psichiatrico e di questi l'86 % era stato diagnosticato come DDAI, con un'età di esordio media di 2,3 anni (SD = 1.4). Seguivano poi i disturbi del comportamento (61 %), disturbi dell'umore (43%) e disturbi d'ansia (28%).

## Alcuni studi

- In un altro studio (Keenan et al., 1997), da un campione di 104 bambini statunitensi, in età prescolare, il 5.7% ha ottenuto una diagnosi di DDAI.
- Da un campione clinico di 79 bambini di età compresa tra i 2 ai 5 anni, il 59.9 % incontrava i criteri per la diagnosi di DDAI (Keenan et al., 2000).
- In Colombia, da un campione di 181 bambini dai 4 ai 5 anni, 33 (18.2%) mostrava i sintomi di DDAI (Pineda, et al. 1999).



Questi studi dimostrano che è possibile identificare bambini DDAI già a partire dai 2 anni, seppur con una certa variabilità nelle percentuali che dipendono principalmente dagli strumenti diagnostici.

Un altro importante problema è la mancanza di strumenti per la diagnosi.



In questa occasione presenterò due questionari per l'identificazione precoce del DDAI

## Perché due questionari ?

- Secondo il DSM-IV, una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (ad esempio, a scuola e in famiglia).

IPDDAI  
Marcotto, Paletenghi e  
Cornoldi (2002)

IPDDAG  
Re, Riello e Cornoldi



## L'IPDDAI e l'IPDDAG

L'IPDDAI e l'IPDDAG sono scale di osservazione per insegnanti e genitori il cui scopo è quello di uno screening per i bambini in età prescolare.

Le due scale sono composte da 18 item, di cui 7 per la disattenzione, 7 per l'iperattività e 4 per i fattori di rischio.

- L'osservatore deve segnare su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3) la frequenza di ogni comportamento descritto nei diversi item.
- Tutti gli item esprimono comportamenti sintomatici, per cui a punteggi alti corrisponde una maggiore problematicità.

# IPDDAI

Marcotto, Paltenghi e Cornoldi, 2002

## Analisi sull'IPDDAI

- I questionari sono stati distribuiti durante la primavera del 2002 e l'autunno del 2004 a diverse insegnanti di scuola materna.
- Sono stati in questo modo raccolti dati su 374 bambini dell'ultimo anno della materna (età media = 64.97 mesi, DS = 4.61).
- I questionari sono stati distribuiti nelle province di Padova, Udine e Bergamo, grazie alla collaborazione delle dott.sse Zen, Collini e Pellaia.

## Statistiche descrittive IPDDAI

	IPDDAI totale	IPDDAI Disattenzione	IPDDAI Iperattività
M	9,81	5,25	4,55
DS	8,34	4,48	4,58
MODA	5	1	0
10° percentile	1	0	0
25° percentile	3	1	1
50° percentile	7	4	3
75° percentile	15	8	7
90° percentile	22	12	12
Ind.asimmetria	1.03 (.126)	.91 (.12)	1.08 (.103)

## IPDDAI fattoriale

N = 104

ITEM	COMPONENTE		ITEM	COMPONENTE	
	1 (D)	2 (I)		1 (D)	2 (I)
1	.768		8		.729
2	.793		9		.818
3	.621	.580	10		.844
4	.797		11		.577
5	.837		12		.802
6		.610	13		.759
7		.655	14	.597	.633

Metodo estrazione: analisi delle componenti principali  
Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser

Varianza spiegata dal fattore 1 = 36,96%  
Varianza spiegata dal fattore 2 = 31,89 %

Item 3: Se sente un rumore abbandona subito lo svolgimento del compito per vedere cosa succede.

Item 14: Passa da un gioco all'altro, o da un'attività ad un'altra, anziché concentrarsi bene su un compito alla volta.



### Soggetti e metodo

- Costruzione di un questionario di 24 item 12 di disattenzione e 12 di iperattività.
- Soggetti: 230 → 163 bambini dell'ultimo anno della scuola materna (età media = 5 anni e 2 mesi, DS = 3,33) 82 maschi e 81 femmine.
- I questionari sono stati consegnati ai genitori e recuperati dopo circa 15 giorni, nell'autunno del 2004, grazie alla collaborazione della dot.ssa Riello.

### Item originali IPDDAG

Fonte	Item		Tot item
	Disattenzione	Iperattività	
DSM- IV	14, 16, 17	1, 2,	5
IPDDAI	20, 21, 22	6, 7, 9, 23	7
SDAG	12, 13	4, 5, 11	5
Nuovi	3, 18, 24, 15	8, 10, 19,	7
<b>Totali</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

- ### Esempi di item IPDDAG\_24
- 4) Quando è a tavola gioca sempre con le posate o con il cibo.
  - 6) Quando è seduto si agita spesso con le mani e i piedi o si dimena sulla sedia.
  - 7) E' sempre in movimento, corre e si arrampica dappertutto.
  - 13) Incontra difficoltà a mantenere la concentrazione su una determinata attività, anche se si tratta di un gioco.
  - 16) Se sente un rumore si distrae facilmente.
  - 17) Evita di intraprendere attività o giochi che richiedono impegno e concentrazione.

### Analisi Fattoriale dell'IPDDAG 24 item

ITEM	COMPONENTE		ITEM	COMPONENTE		ITEM	COMPONENTE	
	1 (D)	2 (I)		1 (D)	2 (I)		1 (D)	2 (I)
1		.480	9		.520	17		.800
2	.510	.394	10		.507	18		.723
3	.608		11		.481	19		.535
4		.535	12	.499	.457	20		.641
5		.45	13	.612		21		.687
6		.572	14		.392	22		.720
7		.669	15	.366	.545	23		.439
8	-	-	16	.443		24		.513

Metodo estrazione: analisi delle componenti principali  
 Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser  
 Varianza spiegata = 36%  
 D = disattenzione, I = Iperattività

### Correlazione tra Item e tot dell'IPDDAG 24 (N = 163)

Item	Tot IPDDAG 24	Item	Tot IPDDAG 24	Item	Tot IPDDAG 24
1	.389**	9	.396**	17	.653**
2	.622**	10	.377**	18	.493**
3	.565**	11	.331**	19	.435**
4	.587**	12	.648**	20	.621**
5	.452**	13	.625**	21	.501**
6	.542**	14	.416**	22	.607**
7	.517**	15	.629**	23	.534**
8	.259**	16	.487**	24	.567**

\*\* = p < 0.01; \* = p < 0.05

## Scelta degli item per l' IPDDAG

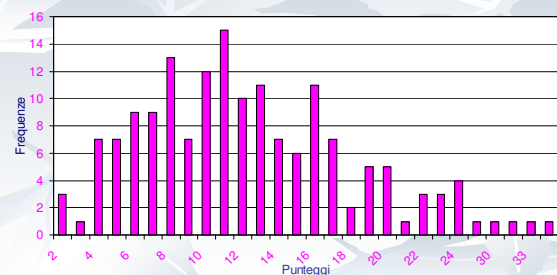
- Saturazione all'analisi fattoriale in uno dei due fattori > 0.45.
- coefficienti di Correlazione di Pearson r tra ciascun item del Questionario Osservativo iniziale con il punteggio totale del Questionario stesso  $\geq 0.4$  e significative;
- si è anche tenuto conto delle correlazione con l'IPDDAI.

## IPDDAG

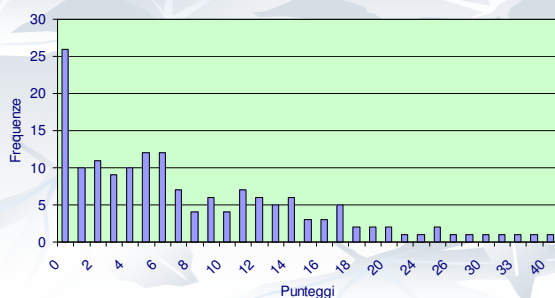
- Sono stati eliminati i seguenti item: 1, 3, 8, 10, 11, 12, 14, 21, 23 e 24.
- Il questionario risulta pertanto essere composto da 14 item, di cui 7 per la dimensione della disattenzione e 7 per la dimensione dell'iperattività.
- $\alpha$  di Cronbach = .84 per l'IPDDAG totale [ $\alpha$  = .81 per la dimensione Disattenzione e  $\alpha$  = .75 per la dimensione Iperattività] .

## Le due scale a confronto

### Distribuzioni dei punteggi della scala IPDDAG (N = 163)



### Distribuzioni dei punteggi della scala IPDDAI (N = 163)



## Le due scale a confronto

IPDDAI

IPDDAG

Tot

M = 7.94 DS = 7.9

Disattenzione

M = 3.91 DS = 4.44

Iperattività

M = 3.14 DS = 3.9

Tot

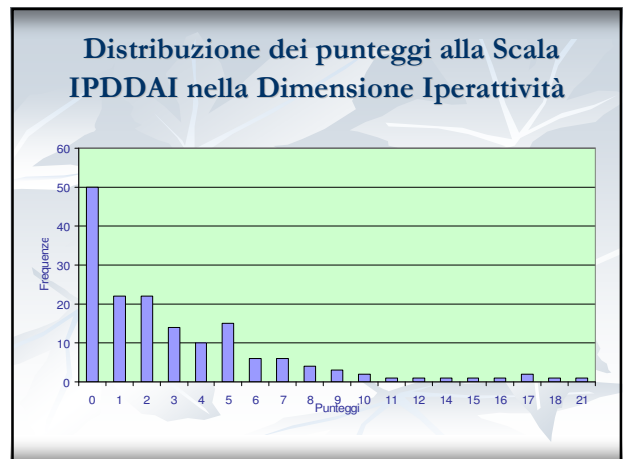
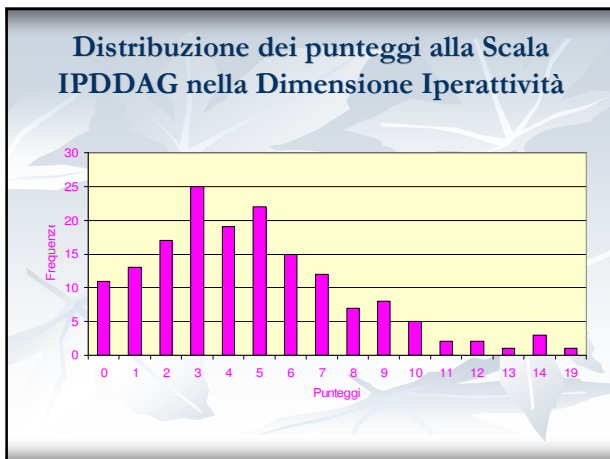
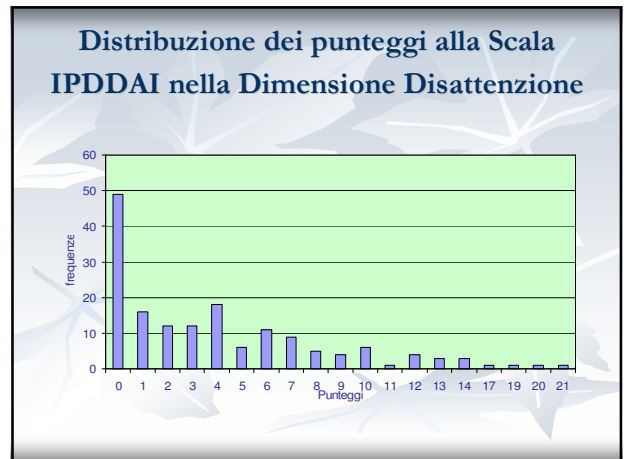
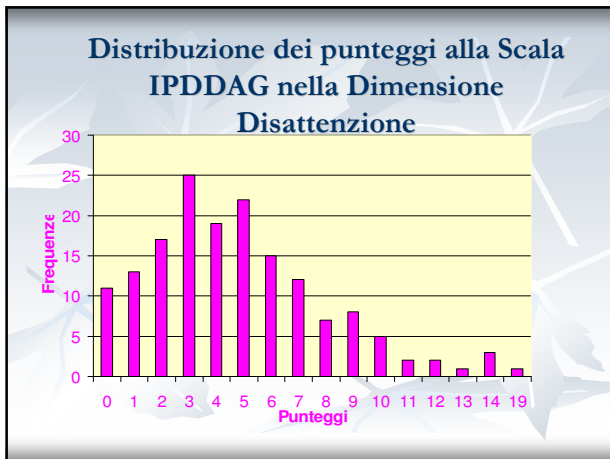
M = 12.44 DS = 6.24

Disattenzione

M = 4.79 DS = 3.33

Iperattività

M = 7.64 DS = 3.8



### Genitori vs insegnanti

- Vi è da parte dei genitori una tendenza a “vedere” più comportamenti sintomatici di quanto non facciano gli insegnanti.
- Questo dato trova conferma in uno studio che ha confrontato le valutazioni di genitori ed insegnanti in 414 bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni (Phillips, et al., 2002). Anche in questo caso i genitori tendevano ad assegnare più comportamenti sintomatici ai figli rispetto a quanto facevano gli insegnanti.

### Correlazioni tra totali e parziali dell'IPDDAI e dell'IPDDAG

	IPDDAI Disattenzione	IPDDAI Iperattività	IPDDAI Totale
IPDDAG Disattenzione	.324**	.147	.291**
IPDDAG Iperattività	.126	.188*	.186**
IPDDAG Totale	.251**	.194*	.270**

## Correlazione tra le due scale

- Non vi è una importante correlazione tra genitori e insegnanti. Vi è una correlazione leggermente maggiore per la disattenzione ( $r = .32$ ) che per l'iperattività ( $r = .18$ ).
- Un dato simile è stato riscontrato anche con bambini in età scolare. Gugliada et al. (2002) infatti hanno riscontrato  $r = .5$  per la disattenzione e  $r = .36$  per l'impulsività.

## Conclusioni

- Con il presente lavoro abbiamo voluto presentare due scale per l'identificazione precoce del DDAI.
- Nel caso dell'IPDDAI abbiamo mostrato dei dati di riferimento.
- Nel caso dell'IPDDAG mancano ancora dei dati normativi ma...ci stiamo lavorando.
- Infine abbiamo potuto constatare quanto sia importante poter incrociare le osservazioni di genitori e insegnanti poiché essi costituiscono dei punti di vista molto rilevanti ma abbastanza differenti!



Grazie per l'attenzione!

## Bibliografia

- Connor, D. F. (2002). Preschool ADHD: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23 (1S), S1-S9.
- Timothy, E. W., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, B.A., Prince, J., Spencer, T.J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers, 23 (1S), S31-S35.
- Keenan, K., Shaw, D.S., Walsh, B. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of American Academy Children and Adolescent Psychiatry*, 36, 620-627.
- Keenan, K., Wakschlag, L.S. (2000). More than terrible two: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- D., Ardila, A., Rosselli, M. (1999). Prevalence of ADHD symptoms in 4-to 7-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 455-462.