

Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-G

Psychopathology of people with intellectual disability: a multicentre study of a new instrument, the SPAID-G

M. Bertelli^{1,3}, D. Scuticchio^{1,3},
A. Ferrandi², C. Ciavatta⁴,
G. La Malfa⁵, F. Mango⁴,
C. Porcelli⁶, S. Monchieri²

¹ CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze;

² IRCCS San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia;

³ Cooperativa Sociale WORK 2000, Arezzo; ⁴ Istituto dei Padri Trinitari, Venosa, Potenza; ⁵ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze; ⁶ Cooperativa RUAH, Triggiano, Bari

Key words

Personality disorders • Borderline personality disorder • Psychodynamic psychotherapy • Dialectical behavior therapy • Interpersonal therapy

Summary

Background

SPAID (Psychiatric Disabled Adult) is the first Italian tool package for psychiatric diagnosis in adult with ID. It includes the "G" form, for General diagnostic orientation, and specific scales for those syndromal groups proposed by nosographic classification systems. SPAID was projected to supply different investigators of ID with a rapid and easy to use tool in daily practice.

Study aims

To estimate psychometric and psychodiagnostic properties of the SPAID-G, to give new data on prevalence rate of psychiatric disorders in an Italian multicentre sample of people with ID living in different settings, and to stimulate scientific interest on problems of mental health in ID.

Methods

Two-hundred-and-forty-five subjects

with ID consecutively referring to participating centres or randomly chosen among those living there, were administered the SPAID-G. A proportion of subjects was also assessed through the use of DASH, PDD-MRS and with the clinical application of DSM-IV-TR criteria.

Results

Correlation between SPAID-G and area scores of other instruments was higher than 60%. Internal consistency and inter-rater reliability proved to be acceptable. Around 40% of the sample showed psychopathological symptoms. Autistic-spectrum disorders, impulse control disorders, mood disorders, and dramatic personality disorder were the diagnoses with most prevalent over-threshold scores in decreasing order (Table I).

Conclusions

SPAID-G seems to be a diagnostically valid instrument, rapid and easy to use in the assessment of psychiatric disorders in Italian people with ID.

Introduzione

Nonostante sia incluso nelle sindromi dei manuali diagnostici psichiatrici, il ritardo mentale, altrove più spesso definito "disabilità intellettiva" (DI), non sembra semplicemente riconducibile ad un disturbo o ad una malattia, né ad una condizione univoca di disabilità. Esso sembra più correttamente definibile come un raggruppamento meta-sindromico che include un'ampia gamma di percorsi evolutivi e quadri esistenziali sostanzialmente diversi per etiologia, disabilità fisica, psicopatologia associata e funzionamento generale.

I criteri che definiscono gli elementi comuni a tutte le forme sindromiche sono un deficit a carico dei processi logico-deduttivi ed una significativa limitazione nel funzionamento adattivo, che, insorgendo prima dei 18 anni, finiscono per condizionare l'intero processo di sviluppo del-

Corrispondenza:

Marco Bertelli, c/o CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), via Del Sansovino 176, 50142 Firenze, Italia • E-mail: mbertelli@crea-amg.org • Segreteria: info@crea-amg.org

l'individuo. Tali criteri rispondono senz'altro ad imprescindibili necessità di codifica e trasmissibilità tra professionisti, ma inevitabilmente impoveriscono e semplificano la complessità delle realtà individuali finendo per perdere validità.

La variabilità nelle stime di prevalenza della DI a livello mondiale, dall'1 al 4%¹⁻⁴, riflette le difficoltà diagnostiche incontrate nella pratica clinica e nella valutazione univoca dei livelli di compromissione cognitiva e funzionale.

Ancora più incerte sono le stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione con DI, dati che sono stati oggetto di attenzione clinica e sociale solo nelle ultime tre decadi⁵.

Un recente studio di Cooper et al.⁶ evidenzia come la comorbidità psichiatrica vari considerevolmente in funzione dei criteri diagnostici utilizzati, passando dal 52,2%, nel caso in cui la diagnosi si basi esclusivamente su giudizi clinici, al 45,1% quando venga fatta sui criteri diagnostici inglesi per i disturbi psichiatrici negli adulti con disabilità dell'apprendimento (DC-LD)⁷, fino ad arrivare all'11,4% nelle indagini che si utilizzino i criteri della revisione della IV edizione del Manuale americano per la statistica e la diagnosi dei disturbi mentali⁸ o addirittura al 10,9% se vengano impiegati i criteri diagnostici per la ricerca della classificazione internazionale dei disturbi mentali e comportamentali (DCR-ICD-10)⁹.

Quelle criteriali sono solo le prime delle molte difficoltà incontrate dal percorso diagnostico psichiatrico nella sua applicazione alla persona con DI. Esistono molti altri problemi legati alla metodologia della valutazione.

L'attendibilità della fonte d'informazione, inclusa la stessa persona con DI, è spesso dubbia. Questi pazienti possono avere scarse abilità d'espressione verbale, tendere all'acquiescenza e, anche per certe peculiarità nella gamma esperienziale, manifestare deviazioni dalla norma rispetto all'attribuzione di significato ai contenuti comunicativi (mascheramento psicosociale)¹⁰. Inoltre, soprattutto nei casi più gravi, alcuni individui possono presentare "distorsione cognitiva"¹¹, ovvero difficoltà nella capacità d'introspezione, di definizione dei propri vissuti e di comunicazione degli stati di disagio o di sofferenza¹².

Le fonti di informazione diverse dalla persona stessa sono in questo ambito limitate, eterogenee e contraddittorie. I familiari sono spesso in difficoltà nel rispondere a domande volte a rilevare la pre-

senza di un ulteriore disturbo del funzionamento mentale e gli operatori di prima linea, sia assistenziali che socio-sanitari, non hanno strumenti per discriminare i comportamenti osservati in base al possibile significato patologico. Anche le cartelle cliniche e le altre documentazioni d'archivio sono spesso lacunose ed inesatte.

Un altro problema frequente è costituito dalla sovra-ombatura diagnostica^{13 14} tra DI e disturbi psichiatrici, cioè dalla difficoltà per i clinici di distinguere tra sintomi psichiatrici e alterazioni comportamentali o modalità espressive proprie della DI in generale e di certi fenotipi in particolare. Per di più il diverso funzionamento psichico della persona con DI può determinare modalità di presentazione delle condizioni psichiatriche sostanzialmente diverse dalla moda. Il deficit cognitivo può inibire alcuni sintomi o pattern sintomatologici ed esasperarne altri^{10 11}, rendendo i quadri psicopatologici confusi o sfumati. La sintomatologia può essere caotica, intermittente, fluttuante, atipica, mascherata, mista, scarsamente definita o estremamente rigida.

Strumenti per la diagnosi psichiatrica

Per tutti i motivi suddetti, l'applicazione alle persone con DI delle scale di valutazione sviluppate per la popolazione generale ha manifestato notevoli problemi di validità dei risultati ed è stato necessario creare strumenti specifici. Nelle intenzioni originarie questi strumenti avrebbero permesso non solo di rendere più agevole l'iter psicodiagnostico, ma anche di favorire l'attendibilità delle stime epidemiologiche e di ampliare le conoscenze sui problemi di salute mentale nella DI⁵.

In ordine di comparsa in letteratura il primo di questi strumenti è stato il PIMRA (*Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults*)¹⁵, che in alcuni contesti è considerato a tutt'oggi un test di riferimento. Esso consiste in un'intervista strutturata, disponibile sia in formato *self-report* che etero compilabile, basata sui criteri diagnostici del DSM. Pur mostrando sempre più frequenti difficoltà di concordanza tra valutatori¹⁷⁻¹⁹, il PIMRA si è rivelato molto utile nell'ambito della ricerca, della pianificazione terapeutica e della valutazione di esito dei trattamenti¹⁶.

Un secondo strumento è il DASH (*Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped*), ideato e rivisto (DASH-II) da Matson et al. rispettivamente nel 1991 e nel 1998^{20 21}. In questo caso l'indagine

si basa essenzialmente sul rilevamento di alcuni sintomi chiave, riferibili a differenti raggruppamenti sindromici e definibili per frequenza, durata e gravità.

La più recente PASS-ADD Checklist (*Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities Checklist*)²² è stata sviluppata essenzialmente per fornire a tutti i componenti di uno staff di cura un rapido strumento di *screening* psicopatologico per adulti con DI e per raccogliere informazioni utili ai fini dell'impostazione del piano assistenziale.

Il PIMRA è stato tradotto ed adattato all'italiano da Balboni, Battagliese e Pedrabissi nel 2000²³, la DASH-I da Bertelli et al. nel 2003²⁴, la DASH-II da Guaraldi et al. nel 2002²⁵. L'unico strumento costruito e standardizzato in Italia è la VAP-H²⁶. La sua formulazione iniziale era parte integrante di un pacchetto di valutazione definito "Profilo Funzionale"²⁷ ed utilizzato per la stima di abilità, deficit, comportamenti problematici socio-emozionali e comportamenti disadattivi. Infatti l'impiego della VAP-H è orientato alla raccolta strutturata di informazioni sugli aspetti comportamentali e socio-emozionali che possano contribuire a formulare la diagnosi psichiatrica. Lo strumento è anche utile alla valutazione dell'evoluzione psicopatologica, inclusi il monitoraggio degli interventi terapeutici e la stima della loro efficacia.

L'applicazione clinica e la ricerca hanno evidenziato problemi di affidabilità e di validità per ciascuno degli strumenti elencati. Il PIMRA può produrre falsi negativi rispetto alla presenza di disturbi psichiatrici, a causa della frequente omissione da parte delle persone con DI più grave degli item implicanti alta competenza linguistica o ragionamento astratto²⁸. Per la forma etero-compilabile sono stati rilevati problemi di riproducibilità nel caso in cui le valutazioni vengano condotte da differenti professionalità e/o in assenza di formazione specifica²⁹.

Per quanto riguarda la DASH, la struttura ed il contenuto della scala possono favorire ipotesi diagnostiche inesatte: gli item sono numericamente sbilanciati rispetto alle varie dimensioni psichiche e consistono in descrizioni sintomatologiche e comportamentali non riferibili a raggruppamenti standardizzati.

La PASS-ADD ha mostrato problemi di sensibilità, soprattutto per i disturbi dello spettro schizofrenico, e di riproducibilità tra valutatori. Un altro limite è individuabile nei margini temporali imposti

alla rilevazione della sintomatologia psichiatrica, che impediscono di usufruire di dati retrospettivi rilevanti ai fini dello screening.

Gli strumenti di maggior utilizzo internazionale sono stati confrontati in un recentissimo studio di Myrbakk e von Tetzchner³⁰. Qui, a fronte di un'alta concordanza dei punteggi generali, la sensibilità per i singoli disturbi psichiatrici è risultata piuttosto diversa, indicando che l'utilità degli attuali strumenti di screening nella popolazione con DI riguarda l'indicazione generale di presenza di disturbo psichiatrico e solo marginalmente la specificazione della sua natura.

Gli item della VAP-H si riferiscono ai criteri diagnostici del sistema classificatorio europeo (ICD-10), che, non rappresenta il riferimento prevalente per la ricerca; inoltre l'eccessiva lunghezza della VAP-H potrebbe minacciare la validità e l'attendibilità dei dati ottenuti³¹.

Il progetto SPAID (Strumento Psichiatrico per l'Adulto Intellettivamente Disabile) e lo SPAID-G

Il progetto SPAID è nato in risposta all'esigenza scientifica di conoscere più approfonditamente il problema della comorbidità psichiatrica nella DI, soprattutto in termini di caratteristiche cliniche e di epidemiologia, e di fornire alle varie professionalità operanti nel settore uno strumento per la valutazione psicopatologica che affiancasse alle indispensabili caratteristiche di sensibilità e validità, anche quelle di indipendenza dal tipo di compilatore e di rapidità, sia di somministrazione che di calcolo dei risultati, e che riducesse al minimo il tempo di addestramento all'utilizzo.

Per superare i limiti delle altre checklist rispetto alla capacità di specificazione dei singoli disturbi, lo SPAID non è un singolo strumento ma un pacchetto di strumenti. Esso comprende una versione Generale (SPAID-G), da utilizzare per l'individuazione preliminare delle aree diagnostiche a maggior rilevanza psicopatologica, e moduli area-specifici, che aiutano ad operare una diagnosi differenziale tra i disturbi appartenenti ad uno stesso gruppo e di giungere ad un preciso inquadramento diagnostico. Mentre la forma G non riconosce alcun limite cronologico nella rilevazione della sintomatologia, molti degli item dei moduli area-specifici fanno preciso riferimento ai criteri cronologici delle sindromi codificate nel DSM.

Tutti gli strumenti che costituiscono il sistema SPAID, fino ad oggi SPAID-G, SPAID-DPS per i disturbi pervasivi dello sviluppo, SPAID-P per i disturbi psicotici e SPAID-U per i disturbi dell'umore, sono stati costruiti pensando alla possibilità di identificare i sintomi psichiatrici a partire dall'unica modalità d'indagine applicabile a tutti i casi di DI, ovvero l'osservazione dei comportamenti. La presenza di un disturbo del linguaggio non deve precludere al paziente di esprimere sul piano non verbale la sua condizione di sofferenza ed al clinico di fare inferenze sulla base dell'osservazione di comportamenti e atteggiamenti.

I 52 item che compongono Lo SPAID-G definiscono indicatori comportamentali di tutti i sintomi che compaiono, con diversa aggregazione, nelle varie categorie diagnostiche del DSM-IV TR. Ad esempio "indirizzare lo sguardo verso zone dove non ci sono oggetti da vedere e/o il fissare ripetutamente lo sguardo" definisce gli indicatori osservazionali/comportamentali del sintomo allucinazione visiva.

Nella fase di calcolo del numero di indicatori comportamentali presenti, lo strumento fa riferimento ai seguenti raggruppamenti meta-sindromici DSM-IV TR: disturbo del comportamento alimentare, disturbi psicotici, disturbi depressivi, disturbi maniacali, disturbi d'ansia, effetti collaterali da farmaci, delirium, demenza, disturbi correlati a sostanze, disturbi di personalità cluster a (strano), disturbi di personalità cluster b (drammatico), disturbi di personalità cluster c (ansioso), disturbi del controllo degli impulsi, disturbi dell'identità, simulazione, disturbi sessuali.

Per ogni item l'attribuzione del punteggio è dicotomica, zero o uno, in base alla presenza o assenza del comportamento descritto. Il punteggio di un sintomo può contribuire al punteggio di diversi raggruppamenti, allo stesso modo in cui alcuni sintomi sono trasversalmente presenti in più condizioni psichiatriche. Il punteggio di un raggruppamento diviene meritevole di attenzione, e indica l'utilizzo del relativo SPAID area-specifico, quando più della metà degli item da cui è composto ha ricevuto punteggio 1.

Materiali e metodi

245 soggetti adulti con DI sono stati campionati per questo studio attraverso procedure randomizzate o consecutive in residenze sanitarie per disa-

bili intellettivi convenzionate con il SSN, istituti di cura privati, cliniche psichiatriche ambulatoriali. Per ridurre i limiti delle nostre precedenti ricerche³² è stato incrementato il numero dei soggetti che vivono in case-alloggio della comunità o presso la famiglia di appartenenza.

L'intero campione è stato sottoposto alla valutazione psicopatologica attraverso l'impiego della scala per l'orientamento d'area psicodiagnostica, SPAID-G. I questionari sono stati somministrati da 20 psichiatri, 50 psicologi e 20 infermieri, 43 maschi e 47 femmine, ad informatori aventi rapporti di stretta vicinanza (educatori, operatori socio-assistenziali, familiari, psicologi e medici) con i soggetti valutandi. In molti casi la valutazione SPAID-G è stata effettuata direttamente dallo psichiatra, senza il coinvolgimento di terzi.

Parte del campione è stata valutata anche attraverso gli adattamenti italiani della DASH-II di Matson (76 soggetti) e della PDD-MRS (*Pervasive Developmental Disorder – Mental Retardation Scale*) di Krajer (29 soggetti). Per 18 soggetti è stato inoltre possibile disporre di diagnosi fatte da clinici esperti in base ai criteri DSM-IV.

Lo studio della concordanza tra valutatori è stato effettuato attraverso una sessione speciale di utilizzo dello strumento, in cui 9 valutatori (psichiatri, psicologi ed infermieri) hanno attribuito punteggi, indipendentemente l'uno dall'altro, su un caso clinico descritto da un educatore, inconsapevole della finalità della sua presentazione.

Le analisi statistiche sono state eseguite secondo le seguenti modalità: per le variabili socio-demografiche, calcolo delle medie e delle deviazioni standard; per i punteggi SPAID-G, calcolo delle medie e delle deviazioni standard; per le prevalenze dei punteggi SPAID-G d'interesse (> 0,5), somma in numeri interi e percentuali; per la stima della coerenza interna, calcolo dell'alfa di Cronbach e del KR-21 (Kuder e Richardson); per la stima dell'affidabilità tra valutatori, calcolo del coefficiente K di Cohen; per l'influenza delle variabili di *background* sui punteggi SPAID-G attribuiti, esecuzione del test T di Student per il sesso e la professione, calcolo del coefficiente di correlazione r di Spearman per l'età; per la stima della validità concorrente, fra diagnosi PDD-MRS e SPAID-G, calcolo dei coefficienti di correlazione r di Pearson e r di Spearman; per la valutazione della validità dello SPAID-G, ratio fra numero delle diagnosi concordanti (fra cartelle cliniche

e SPAID-G) e il numero complessivo di diagnosi cliniche disponibili, ratio fra numero delle diagnosi concordanti (fra diagnosi DASH e SPAID-G) e il numero complessivo di diagnosi DASH disponibili, ratio fra numero delle diagnosi concordanti (fra diagnosi PDD-MRS e SPAID-G) e il numero complessivo di diagnosi PDD-MRS.

Per individuare funzioni lineari capaci di discriminare nel modo più efficiente possibile gli item dello strumento rispetto ai loro attributi, incluse le possibili differenze di punteggio tra i 4 valutatori più frequenti nello studio, è stata condotta un'analisi discriminante. Per ogni funzione lineare discriminante è stato calcolato un *eigenvalue*, al quale corrisponde una certa percentuale di varianza spiegata, ed un test di Wilks, che ne esprime la significatività. Per la creazione, per l'aggiornamento del database e per l'elaborazione statistica è stato impiegato il pacchetto statistico SPSS 12.0 per Windows. Per il calcolo rapido dei punteggi SPAID-G è stato utilizzato un software originale, nelle due versioni disponibili per ambienti DOS e Windows.

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Il campione è composto da 245 soggetti, 129 di sesso maschile (52,7% del campione) e 105 di sesso femminile (42,9%). I dati sul sesso di 11 soggetti (4,4%) non sono pervenuti. La sex ratio M/F è risultata di 1,22.

L'età è risultata compresa tra i 16 ed i 90 anni, con una media di 48,92.

Il grado di DI è risultato così distribuito: lieve per 35 soggetti (14,3%), moderato per 80 (32,7%), grave per 67 (27,3%) gravissimo per 27 (11,0%). Per il resto del campione (36 soggetti, pari al 14,7%) non sono state formulate specificazioni di livello di gravità. Il 70,5% del campione vive in residenze sanitario assistenziali, il 29,5% in famiglia. Di quest'ultimo gruppo, il 74,6% (22% dell'intero campione) frequenta centri diurni.

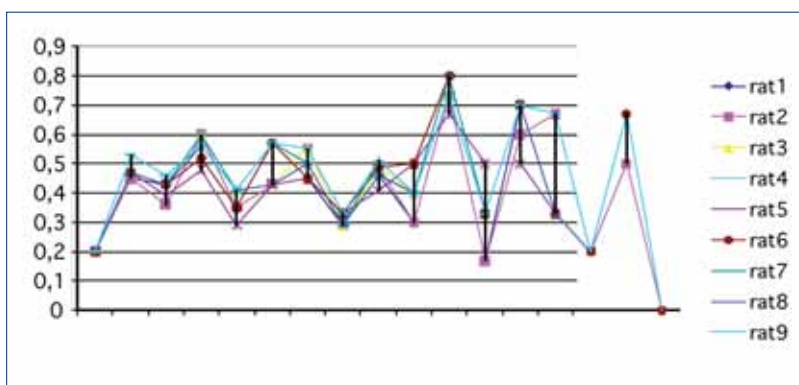


FIGURA 1. Concordanza tra valutatori-dettaglio dei punteggi d'area. *Interrater agreement: details of area-specific scores.*

Caratteristiche psicometriche dello SPAID-G

L'affidabilità è stata considerata sia come coerenza interna, sia come riproducibilità tra valutatori. Nel primo caso il livello di omogeneità degli item è stato quantificato attraverso il calcolo dell' α di Cronbach, il cui valore è risultato pari allo 0,81; il valore ottenuto mediante la formula di Kuder e Richardson è di 0,97.

Il confronto tra i punteggi di raggruppamento espressi dai diversi valutatori durante la sessione speciale per lo studio della concordanza tra valutatori, è riportato in Figura 1. La sovrapposizione quasi totale delle 9 linee, una per ogni valutatore, indica una consistente concordanza nei punteggi grezzi dei diversi raggruppamenti psicodiagnostici dello SPAID-G, a sua volta indicativa di un'altrettanto grande uniformità di attribuzione di punteggio ai singoli item.

L'affidabilità tra valutatori, stimata attraverso il calcolo del coefficiente K di Cohen, è risultata pari a 0,76, confermando una varianza d'errore legata ai criteri di attribuzione dei punteggi ed alla soggettività dei compilatori complessivamente non significativa. Valori discrepanti sono stati riscontrati solo rispetto ad uno dei valutatori. Tali discrepanze sono sempre state contenute, tanto da non incidere sulla polarità dell'orientamento diagnostico. Gli item nei quali è stata registrata la maggiore discordanza nelle valutazioni sono risultati i numeri 11, 21, 48 e 51. I fattori di discordanza sono risultati pari a 0,44 (4 su 9) per l'item 11 e 0,33 (3 su 9) per gli altri tre item.

Un'ulteriore verifica statistica ha riguardato il fatto che il sesso, la professione e l'età dei valutatori

non rappresentassero una variabile condizionante l'attribuzione di punteggio.

All'analisi discriminante per tre funzioni di gruppi centroidi sono stati calcolati altrettanti *eigenvalues*: 3,140, 2,057 e 1,752, corrispondenti rispettivamente alle seguenti percentuali di varianza spiegata: 45,2, 29,6 e 25,2. Le prime due funzioni discriminanti sono risultate in grado di spiegare una percentuale adeguata di varianza, superiore al 70%. Il test di Wilks ha mostrato che le prime due funzioni lineari discriminanti sono significative ($p < 0,001$) e spiegano bene le differenze tra gli item. Le valutazioni sono risultate dunque raggruppabili secondo due funzioni canoniche discriminanti principali.

La validità dello strumento è stata valutata sulla base della concordanza fra gli orientamenti diagnostici SPAID-G e le diagnosi ottenute con la PDD-MRS, con la DASH e con l'applicazione dei criteri DSM-IV TR operata dai clinici.

Confronti tra orientamenti diagnostici dello SPAID-G e valutazioni PDD-MRS relativamente a 76 soggetti hanno indicato concordanza di risultati nel 77,6% (59 soggetti) dei casi (ratio = $59/76 = 0,776$), valore che tende a salire se si considerano i punteggi grezzi, indipendenti dal valore di *cut-off*, della PDD-MRS e dell'area autismo dello SPAID-G. I valori del coefficiente di correlazione r di Spearman e di quello r di Pearson sono risultati rispettivamente di 0,44 e di 0,48 con una $p < 0,001$.

Per la verifica della corrispondenza tra orientamenti diagnostici SPAID-G e DASH è stato condotto il calcolo della percentuale. Su 76 confronti possibili, 44 (57,89%) hanno mostrato concordanza. La possibilità di comparare i risultati ottenuti mediante lo SPAID-G con le diagnosi fatte in base ai criteri del DSM-IV si è presentata solo per 18 soggetti. Nel 77,7% (14 soggetti) dei casi le valutazioni sono risultate concordanti.

TABELLA I.

Prevalenza dei punteggi d'interesse dei raggruppamenti d'orientamento diagnostico. *Distribution of DSM-IV diagnoses in an Italian sample with intellectual impairment.*

ASSE I – Disturbi clinici	Numero	Percentuale
Disturbi dell'alimentazione	7	2,85%
Disturbi psicotici	23	9,38%
Depressione	15	6,12%
Mania	30	12,24%
Disturbi d'ansia	23	9,38%
Disturbi correlati a sostanze	25	10,20%
Disturbi del controllo degli impulsi	52	21,22%
Autismo	90	36,73%
Disturbo dell'identità	9	3,67%
Simulazione	20	8,16%
Disturbi sessuali	22	8,97%
Delirium	32	13,06%
Demenza	32	13,06%
ASSE II – Disturbi di personalità		
Cluster A	32	13,06%
Cluster B	46	18,77%
Cluster C	30	12,24%
ASSE III – Condizioni mediche generali		
Effetti collaterali da farmaci	24	9,79%

Prevalenza dei raggruppamenti di orientamento diagnostico

L'applicazione dello SPAID-G sul campione di 245 soggetti ha rilevato un totale di 512 punteggi d'interesse in riferimento a tutti i raggruppamenti d'orientamento diagnostico previsti dallo strumento, con una media di 2,09 punteggi d'interesse a soggetto. I soggetti risultati positivi allo screening sono 145 (59,2%), di cui 60 (25,5%) hanno fatto rilevare 1 punteggio d'interesse, 24 (9,8%) 2, 16 (6,5%) 3, 13 (5,3%) 4 e 32 (12,8%) 5 o più. Soltanto 100 (40,8%) sono stati i soggetti risultati negativi allo screening.

Il numero e la percentuale dei casi del campione studiato che hanno ricevuto punteggi d'interesse per i singoli raggruppamenti diagnostici sono riportati nella Tabella I. La Tabella suddivide i raggruppamenti diagnostici nei tre assi principali del DSM-IV TR.

La prevalenza (in numero) dei punteggi d'interesse per i diversi raggruppamenti diagnostici nei 4 sottogruppi di gravità di ritardo mentale è riportata in Tabella II.

Il sesso dei soggetti è risultato influenzare significativamente i valori medi sia rispetto al punteggio SPAID-G totale, sia per quasi tutte le aree diagnostiche. Le uniche dimensioni patologiche in cui non sono state registrate differenze significative di punteggio dovute al sesso sono: cluster C di personalità, autismo, disturbi sessuali.

Anche l'età dei soggetti sembra essere una variabile importante nel determinare la presenza ed il tipo di disturbo. Il calcolo del coefficiente di Spearman ha rilevato variazioni significative nei punteggi di quasi tutte le aree diagnostiche, tranne che per DCA, effetti collaterali da farmaci, demenza, disturbo di personalità cluster A e C, autismo, disturbi sessuali.

TABELLA II.

Prevalenza dei punteggi d'interesse dei raggruppamenti d'orientamento diagnostico per livello di ritardo mentale. *Distribution of DSM-IV diagnoses in an Italian sample with intellectual impairment according to the degree of impairment.*

Raggruppamento diagnostico	RM			
	Lieve	Moder.	Grave	Grav.mo
ASSE I – Disturbi clinici				
Disturbi dell'alimentazione	2	3	2	0
Disturbi psicotici	6	10	4	2
Depressione	5	6	3	1
Mania	6	13	9	1
Disturbi d'ansia	5	9	7	2
Disturbi correlati a sostanze	7	9	6	2
Disturbi del controllo degli impulsi	13	20	15	3
Autismo	14	19	32	13
Disturbo dell'identità	4	2	1	1
Simulazione	7	8	4	1
Disturbi sessuali	2	4	4	7
Delirium	11	11	7	2
Demenza	11	12	6	2
ASSE II – Disturbi di personalità				
Cluster A	11	8	10	2
Cluster B	8	19	13	4
Cluster C	6	8	12	3
ASSE III – Condizioni mediche generali				
Effetti collaterali da farmaci	7	6	8	2

Discussione

Nel presente studio la revisione dei contributi teorici e sperimentali relativi all'argomento trattato è stata condotta con la massima attenzione; è possibile tuttavia che i dati di letteratura risultino non completamente esaustivi.

Lo studio presenta alcuni limiti che potrebbero essere superati nelle ricerche future.

Il campione attuale è molto più rappresentativo della popolazione generale con DI di quello delle indagini precedenti. È infatti più numeroso, fa riferimento a bacini di raccolta distribuiti in diverse regioni d'Italia, presenta una proporzione maggiore di soggetti non istituzionalizzati, un miglior rapporto maschi/femmine ed un maggiore controllo della validità degli inquadramenti clinici. Nonostante ciò, mantiene una maggioranza di soggetti istituzionalizzati, un'età media elevata, una non trascurabile disomogeneità tra le diverse fasce d'età e soprattutto un'alta prevalenza di DI di livello medio-grave.

Un limite alla possibilità di operare ulteriori ed interessanti confronti è stato costituito dalle scarse informazioni sulle condizioni cliniche e sulle diagnosi psichiatriche dei soggetti valutati.

Affidabilità dello strumento

Per gli item dello SPAID-G il valore dell' α di Cronbach, ottenuto dall'analisi dei risultati del presente studio, è pari a 0,81 e corrisponde ad un livello ottimale di affidabilità. L'affidabilità costituisce un prerequisito fondamentale perché uno strumento possa essere considerato valido e attendibile.

Alcuni autori^{33 34} sostengono che una coerenza interna troppo elevata sia concettualmente antitetica alla validità di uno strumento che si proponga di valutare dimensioni di una certa ampiezza. Nel caso dello SPAID-G il costrutto valutato, che corrisponde all'intera gamma delle presentazioni della patologia psichiatrica, è effettivamente molto vasto e l'alta omogeneità degli item diminuirebbe, secondo questa interpretazione, la loro sensibilità all'individuazione di raggruppamenti diagnostici diversi e renderebbe lo strumento poco valido rispetto ai presupposti teorici³⁵.

Un'attenta considerazione delle caratteristiche dello SPAID-G permette di capire come in realtà questa teoria sia applicabile allo SPAID-G solo parzialmente. Infatti lo strumento indaga la presenza di indicatori di disturbo psichico, mante-

nendo un certo valore di trasversalità rispetto alle singole diagnosi e rimandando alle versioni area-specifiche l'individuazione di criteri più specifici, come quelli cronologici. Solo pochi item dello SPAID-G contribuiscono ad incrementare il punteggio di una singola categoria diagnostica, tutti gli altri, corrispondendo a sintomi comuni a più disturbi psichiatrici, convergono sul punteggio di orientamenti differenti.

Nessuno strumento psicometrico finora creato possiede item che correlino perfettamente con il punteggio del criterio di valutazione senza essere tendenzialmente omogenei tra loro³⁶. Anche la PAS-ADD, strumento simile allo SPAID-G nella formulazione e negli scopi, la cui utilità nel processo diagnostico psichiatrico per persone con DI è stata ampiamente riconosciuta, presenta un α di 0,87²².

Per esiguità dei casi sottoposti a più valutazioni contigue, lo studio non ha incluso la verifica della validità test-retest.

Validità dello strumento

Il giudizio dei valutatori in merito alla chiarezza della formulazione degli item dello SPAID-G è risultato complessivamente buono e concorde.

Dalle stime di concordanza ottenute confrontando le diagnosi fatte con altri strumenti simili e quelle operate in base ai criteri DSM non v'è dubbio che il contenuto degli item rifletta il costrutto che lo SPAID-G si propone di misurare.

La significatività statistica della concordanza tra strumenti è risultata meno forte per la DASH che per gli altri comparatori. Ciò potrebbe già trovare spiegazione nelle differenze inerenti le variabili di background e la sensibilità diagnostica dei compilatori, ma un ulteriore fattore causale di grande importanza è rappresentato dal fatto che il confronto riguarda solo la positività ai raggruppamenti diagnostici e non i loro punteggi grezzi. Infatti nel confronto con la PDD-MRS, dove l'analisi ha considerato tutti i punteggi, le valutazioni sono risultate sovrapponibili in una percentuale molto elevata di casi.

Lo SPAID-G si è rivelato uno strumento utilizzabile da diverse figure professionali anche in assenza di training, d'immediata comprensione e di rapida compilazione (30 minuti circa). Tali caratteristiche sono probabilmente attribuibili al numero relativamente contenuto degli item ed alla loro formulazione sufficientemente chiara. I valutatori

ed i fornitori d'informazioni hanno espresso una buona concordanza fra la forma espressiva delle domande e i contenuti ricercati, hanno anche affermato di aver mantenuto durante la compilazione dello strumento buoni livelli di attenzione e motivazione. Inoltre lo SPAID-G, proponendosi in questa versione come strumento di valutazione preliminare di area psicopatologica, considera l'intera anamnesi psichiatrica del paziente, senza fare alcun riferimento ad un limite cronologico. Altri strumenti simili pongono invece rigidi margini temporali nella rilevazione di comportamenti ed atteggiamenti, escludendo così a priori la possibilità di valutare in maniera esaustiva la realtà psicopatologica vissuta dal paziente nell'intero arco di vita e la vulnerabilità psichica che potrebbe esservi legata.

Ciò che incrementa ulteriormente l'utilità dello SPAID-G è l'aderenza dei suoi orientamenti diagnostici alle categorie dei disturbi psichiatrici considerate dal DSM, il sistema di classificazione internazionale attualmente più utilizzato nel mondo. Al di là delle critiche rivolte alla sua potenziale funzione emarginante, intrinseca al processo di etichettamento diagnostico ed alle dubbie ateoreticità e oggettività dei suoi criteri ³⁶, questo manuale ha di fatto favorito la riproducibilità e la comunicabilità delle diagnosi attraverso un linguaggio universalmente condiviso. Similmente una prerogativa dello SPAID-G consiste nella possibilità di replicare i risultati ottenuti con applicazioni successive e di trasmettere informazioni con implicazioni cliniche tra professionisti del settore.

Prevalenza degli orientamenti diagnostici

La prevalenza dei disturbi psichiatrici rilevata nel campione di questo studio è leggermente superiore alla maggior parte di quelle riportate in letteratura, anche se la differenza si riduce sensibilmente, fino a scomparire, quando si faccia riferimento a dati derivanti da campioni con maggiore compromissione di funzionamento o si utilizzino metodiche più sensibili alle dimensioni meta-sindromiche che alle diagnosi categoriali.

In una recente indagine epidemiologica Cooper et al. ⁶ hanno valutato la prevalenza di diagnosi psichiatriche in un campione di 1023 soggetti con DI attraverso 4 differenti modalità: valutazioni cliniche, applicazione dei DC-LD (*Criteri Diagnostici per i disturbi psichiatrici da utilizzare con gli adulti con le disabilità di apprendimento/Ritardo men-*

tale) ⁷, applicazione dei DCR dell'ICD-10 (*Criteri diagnostici per la ricerca della classificazione Internazionale delle Malattie*, 10^a revisione; WHO, 2001) e applicazione dei criteri DSM-IV TR (*Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali – Text Revision*) ⁸. La prevalenza più vicina a quella degli orientamenti diagnostici SPAID-G risulta quella derivata dalle valutazioni cliniche. Per questo confronto emerge una buona concordanza rispetto alla prevalenza dei disturbi depressivi e dei disturbi del controllo degli impulsi/problemi comportamentali. Una corrispondenza minore si registra rispetto ai disturbi psicotici, ai disturbi d'ansia, agli stati maniacali ed ai disturbi dello spettro autistico. In tutti questi casi infatti lo studio condotto con lo SPAID-G rileva una maggior tasso di prevalenza. I tassi dell'ultimo studio della Cooper ⁶ sono i più alti fra quelli delle principali indagini degli ultimi 30 anni ³⁷⁻³⁹, eccezion fatta per i disturbi d'ambito psicotico ³⁷, organici ^{38 39} e d'ansia ^{39 40}, risultati più alti in passato.

La letteratura indica che l'utilizzo di strumenti di *screening* si associa quasi regolarmente a tassi di prevalenza alti ^{22 41 42}. La superiorità di questi tassi rispetto a quelli delle indagini basate su valutazioni eseguite direttamente da clinici è stata evidenziata in una valida comparazione eseguita da Deb et al. ⁴³. Ci sono molti altri fattori che meritano di essere discussi per spiegare l'alta prevalenza di soggetti positivi del presente studio.

Il più importante è che lo SPAID-G non rileva diagnosi, ma soltanto aggregati di sintomi con valore di orientamento diagnostico. Come già detto, esso rappresenta uno strumento di *screening* preliminare all'applicazione di altri strumenti SPAID, che produrranno punteggi specifici per i diversi raggruppamenti diagnostici.

Un altro fattore è la maggiore complessità dello stato medio di salute e di funzionamento del nostro campione rispetto a quello di altri studi. La maggior parte dei soggetti del presente lavoro vive in residenze per disabili e necessità di alto supporto per l'espletamento delle quotidiane attività della vita.

Quando rapportati a campioni simili sui quali siano stati applicati strumenti dimensionali, i nostri dati di prevalenza divengono quasi perfettamente allineati. Ad esempio i disturbi pervasivi dello sviluppo compaiono nel nostro campione con una frequenza molto più alta dello studio di Cooper et al. ⁶, ma sovrapponibile a quella degli studi di

Kraijer⁴⁴, che utilizza uno strumento sensibile anche a raggruppamenti sintomatologici non diagnostici e fornisce stime di prevalenza per ogni singola fascia di gravità e livello di residenzialità.

In questo studio i soggetti di sesso maschile hanno riportato il tasso più alto di raggruppamenti diagnostici con punteggi d'interesse, anche in quelle aree della patologia psichiatrica, come i disturbi depressivi e d'ansia, dove il genere femminile presenta abitualmente, nella popolazione generale, prevalenze maggiori. Questo reperto non è così strano come si potrebbe pensare. La maggior parte degli studi non ha trovato alcuna corrispondenza tra il sesso e le medie di prevalenza dei vari disturbi e la relazione tra genere e problemi di salute mentale negli adulti con DI è ancora tutta da chiarire.

Conclusioni

Lo SPAID-G sembra possedere buone caratteristiche psicometriche e sembra essere uno strumento di *screening* valido, attendibile, di facile e rapido impiego da parte di professionalità diverse, anche in assenza di *training* specifico.

Il presente studio sembra confermare l'ipotesi di poter procedere nella valutazione strumentale della presenza di raggruppamenti di sintomi psichiatrici anche nelle persone con DI in cui le capacità di comunicazione siano completamente mancanti, basandosi unicamente sull'osservazione sistematica dei repertori comportamentali, delle azioni e reazioni ricorrenti.

I risultati indicano inoltre un'altissima prevalenza di problemi di salute mentale nelle persone adulte con DI, confermando quella rilevata da studi simili condotti in altre nazioni d'Europa e degli Stati Uniti d'America.

Bibliografia

- 1 Silka R, Houser MJ. *Psychiatric assessment of the person with Mental Retardation*. Psychiatr Ann 1997;27:3.
- 2 Van Schrojenstein Lantman-De Valk HM, Metsemakers JF, Haveman MJ e Crebolder HF. *Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study*. Family Practice 2000;17:405-7.
- 3 Durkin M. *The epidemiology of developmental disabilities in low-income countries*. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002;8:206-11.
- 4 Leonard H, Petterson B, Bower C, Sanders R. *Prevalence of intellectual disability in Western Australia*. Paediatr Perinat Epidemiol 2003;17:58-67.
- 5 Day K, Dosen A. *Recent developments in mental health and mental retardation*. In: Christodoulou GN, editor. *Advances in psychiatry*. Beta Medical Publishers 2002, pp. 91-7.
- 6 Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. *Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors*. Br J Psychiatry 2007;190:27-35.
- 7 Royal College of Psychiatrists. *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD)*. Gaskell: Londra 2001.
- 8 American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, London: American Psychiatric Association 2000.
- 9 World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders – Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO 1993.
- 10 Sovner R, Des Noyers Hurley A. *Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded people*. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews 1986;5:45-8.
- 11 Sovner R. *Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded people*. Psychopharmacol Bull 1986;22:1055-9.
- 12 Cooper SA, Melville CA, Einfeld SL. *Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD)*. J Intellect Disabil Res 2003;47:3-15.
- 13 Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. *Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing*. Am J Ment Defic 1982;86:567-74.
- 14 Reiss S, Szyszko J. *Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded people*. Am J Ment Defic 1983;8:396-402.
- 15 Matson JL. *The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA)*. Worthington, Ohio: International Diagnostic Systems 1988.
- 16 Swiezy NB, Matson JL, Kirkpatrick-Sanchez S, Williams DE. *A criterion validity study of the schizophrenia subscale of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA)*. Res Dev Disabil 1995;16:75-80.
- 17 Sturmey P, Ley T. *The psychopathology instrument for mentally retarded adults: internal consistencies and relationship to behaviour problems*. Br J Psychiatry 1990;156:428-30.
- 18 Linaker OM. *DSM-III diagnoses compared with factor structure of the Psychopathology Instrument*

- for Mentally Retarded Adults (PIMRA), in an institutionalised, mostly severely retarded population. *Res Dev Disabil* 1991;12:143-53.
- ¹⁹ Minner A, Savelsberg PM, Hoogduin K. A Dutch version of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA). *Res Dev Disabil* 1994;15:264-78.
- ²⁰ Matson JL, Kazdin AE, Senatore R. Psychometric properties of the psychopathology instrument for mentally retarded adults. *Appl Res Ment Retard* 1991;5:81-90.
- ²¹ Matson JL, Bamburg, J. Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Res Dev Disabil* 1998;20:89-95.
- ²² Moss SC, Prosser H, Costello H, Simpson N, Patel P, Rowe S, et al. Reliability and validity of the PAS-ADD checklist for detecting disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1998;42:173-83.
- ²³ Balboni G, Battagliese G, Pedrabissi L. The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults: factor structure and comparisons between subjects with or without dual diagnosis. *Res Dev Disabil* 2000;21:311-21.
- ²⁴ Bertelli M. Versione italiana delle linee guida pratiche per la valutazione e la diagnosi dei problemi di salute mentale negli adulti con disabilità intellettiva. In: Atti del IV Congresso Europeo EAMH-MR, III Congresso Nazionale SIRM, I Congresso internazionale ISEI 2003, pp. 42-3.
- ²⁵ Guaraldi GP, Ruggerini C, Neviani V, Vicini S. La Scala DASH-II (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped) per la valutazione dei disturbi mentali nei ritardati mentali gravi. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2002;21:39-45.
- ²⁶ Pilone M, Muzio C, Levrero A. VAP-H. Valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap. Trento: Erickson 2000.
- ²⁷ Pilone M. La diagnosi comportamentale nell'handicap psichico. Genova: A.N.F.F.A.S. 1992.
- ²⁸ La Malfa GP, Notarelli A, Hardoy MC, Bertelli M, Cabras P. Psychopathology and Mental Retardation: An Italian Epidemiological Study Using the PIMRA. *Res Dev Disabil* 1997;3:179-84.
- ²⁹ Havercamp SM, Reiss S. Composite versus multiple-rating scale in the assessment of psychopathology in people with Mental Retardation. *J Intellect Disabil Res* 1996;40:176-79.
- ³⁰ Myrbakk E, von Tetzchner S. Screening individuals with intellectual disability for psychiatric disorders: comparison of four measures. *Am J Ment Retard* 2008;113:54-70.
- ³¹ Zammuner VL. Tecniche dell'intervista e del questionario. Bologna: Il Mulino 1998.
- ³² Scuticchio D. La diagnosi psichiatrica nella disabilità intellettiva attraverso la validazione dello SPAID. Tesi di laurea. Università di Firenze 2004.
- ³³ Cattell RB, Kline P. *The Scientific basis of personality and motivation*. London: Academic Press 1977.
- ³⁴ Pedrabissi L, Santiniello M. *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino 1997.
- ³⁵ Cattell RB. *Personality and Mood by Questionnaire*. San Francisco: Jossey-Bass 1973.
- ³⁶ Kline P. *Manuale di psicometria. Come costruire, valutare e applicare un test psicologico*. Roma: Astrolabio 1996.
- ³⁷ Corbett JA. Psychiatric morbidity and mental retardation. In: James FE, Snaith RP, editors. *Psychiatric Illness and mental handicap*. London: Gaskell 1979, pp. 11-25.
- ³⁸ Lund J. The prevalence of psychiatric disorders in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985;72:563-70.
- ³⁹ Cooper SA, Bailey NM. Psychiatric disorders amongst adults with learning disabilities: prevalence and relationship to ability level. *Ir J Psychol Med* 2001;18:45-53.
- ⁴⁰ Smiley E. Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:214-22.
- ⁴¹ Iverson JC, Fox RA. Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Res Dev Disabil* 1989;10:77-83.
- ⁴² Reiss, S. Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Ment Defic* 1990;94:578-85.
- ⁴³ Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res* 2001;45:495-505.
- ⁴⁴ Kraijer, D. *Autism and autistic-like conditions in mental retardation*. Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger 1997.