

Agnese Capodieci

# La scala COM-R/Insegnanti: un aggiornamento sui profili e una integrazione per la rilevazione di difficoltà sociali nei bambini con e senza ADHD

(doi: 10.1449/89590)

Psicologia clinica dello sviluppo (ISSN 1824-078X)

Fascicolo 1, aprile 2018

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

## Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

# La scala COM-R/ Insegnanti: un aggiornamento sui profili e una integrazione per la rilevazione di difficoltà sociali nei bambini con e senza ADHD

Agnese Capodieci (Università degli Studi di Padova)

La scala COM/Insegnanti (Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010) si è rivelata uno strumento utile e agile per la rilevazione di problematiche emotivo-comportamentali presentate dagli studenti, soprattutto quelli con profilo di deficit d'attenzione e iperattività (ADHD). La scala non considera però l'aspetto della socializzazione e delle relazioni con i pari che sono risultati essere caratteristiche importanti per uno sviluppo adeguato dei bambini e in particolare di quelli con sintomi o diagnosi di ADHD. La scala COM/Insegnanti, inoltre, è attualmente standardizzata solo per le fasce scolastiche dalla terza alla quinta primaria. Il presente studio propone una nuova versione (COM-R) caratterizzata dalla aggiunta di 4 item relativi agli aspetti sociali e di relazioni con i coetanei e dati di riferimento per alunni dalla prima primaria alla prima secondaria di I grado, basati sulla compilazione del questionario da parte di 58 insegnanti su 1200 alunni. Analisi di coefficiente interna, attendibilità test-retest e capacità discriminativa mostrano una buona affidabilità della nuova sottoscala.

## 1. Introduzione

Il deficit d'attenzione e iperattività (ADHD) è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che mostra come sintomatologia tipica difficoltà di attenzione e concentrazione, iperattività e incapacità di controllare l'impulsività. Questo disturbo interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni

attività quotidiane (Capodiecì e Cornoldi, 2013). Per la valutazione e la diagnosi di questo disturbo si utilizzano in tutto il mondo delle scale osservative (Martino, Grada e Angarano, 2016) che chiedono a genitori, insegnanti e in alcuni casi al bambino stesso di indicare quanto un determinato comportamento sia presente nella quotidianità, valutandone l'intensità su una scala da 0 (mai, raramente) a 3 (sempre, spesso). Le scale per insegnanti utilizzate in Italia sono prevalentemente due: le Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-R; Conners, 2007) e la Scala per l'individuazione del Deficit d'Attenzione e iperattività versione Insegnanti (SDAI) abbinata alla scala COM/Insegnanti (presenti nella BIA Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010). Il questionario CTRS-R unisce la valutazione dei comportamenti di disattenzione e iperattività con l'analisi di altre problematiche spesso associate all'ADHD. Le scale SDAI indagano, invece, in modo specifico i sintomi tipici dell'ADHD attraverso item che riprendono le informazioni presenti nei manuali diagnostici DSM-IV-TR e DSM-5 (American Psychiatric Association, 2000; 2013), mentre le scale COM indagano le problematiche associate. Le scale COM/Insegnanti sono quindi uno strumento osservativo che raccoglie informazioni preliminari su comportamenti e caratteristiche del bambino che si riferiscono a problematiche spesso compresenti nei casi di bambini con ADHD (di cui sono note le frequenti comorbidità). Le scale si sono rivelate uno strumento agile e utile nella pratica scolastica con i bambini con sintomi o diagnosi di ADHD per esaminare aspetti relativi all'apprendimento, comportamenti disadattivi e aspetti emotivi compromessi. Le scale COM/Insegnanti sono composte da 30 item, strutturate in alcuni item basilari e 6 sotto-scale. Troviamo in particolare 5 item di controllo riguardanti gli apprendimenti e il livello socioculturale e 25 item divisi in 6 sotto-scale: presenza di tic vocali o motori (1 item), comportamenti aggressivi con violazioni di regole condivise (4 item), comportamenti oppositivi/provocatori (5 item), difficoltà comunicative e movimenti stereotipati e bizzarri (5 item), tristezza, stanchezza e tendenza all'autosvalutazione (4 item), preoccupazione e ansia (6 item).

Questi item, pur non esaurendo gli ambiti di problematicità dei bambini con ADHD e permettendo solo un'analisi preliminare, ci forniscono degli spunti per approfondire le aree in cui emergono difficoltà. Un ambito significativo ma finora non incluso nella scala COM è quello della socialità e delle relazioni con i coetanei. Dalla letteratura emerge, infatti, che circa 2 bambini con diagnosi di ADHD su 3 presentano anche un altro disturbo o altre problematiche associate e tra queste anche difficoltà sociali e relazionali (Jensen *et al.*, 2001; Capodiecì, Rivetti e Cornoldi, 2016, Antonietti, Gatti e Fabio, 2010).

I sintomi di ADHD, per loro natura, tendono ad impedire un'interazione positiva con i coetanei (Mrug, Hoza, Pelham, Gnagy e Greiner,

2007). In particolare, i bambini con tali sintomi vengono spesso respinti a causa della tendenza ad essere prepotenti, privi di tatto nell'interazione con gli altri, inflessibili, permalosi, e incuranti delle regole nei giochi o nelle attività di gruppo. In particolare, il comportamento in classe dei bambini con sintomi di ADHD associato con il rifiuto da parte dei coetanei include l'essere spesso distratti e non focalizzati sul compito, essere fastidiosi, poco cortesi, e incapaci di autocontrollo (Rich, Loo, Yang, Dang e Smalley, 2009).

Recenti ricerche hanno messo in evidenza come sia importante, soprattutto nel contesto scolastico, indagare gli aspetti sociali e relazionali dei bambini con sintomi o diagnosi di ADHD poiché influiscono, soprattutto a lungo termine, sui comportamenti e gli aspetti emotivi (Mikami *et al.*, 2015). Ad esempio, bambini con ADHD e relazioni difficili con i coetanei nell'infanzia hanno maggiori probabilità di presentare criminalità, depressione e uso di sostanze in adolescenza rispetto a bambini con ADHD ma senza problemi sociali con i coetanei (Greene, Biederman, Faraone, Sienna e Garcia-Jetton, 1997). La letteratura ha mostrato come il bambino con ADHD manifesti difficoltà durante l'interazione con i coetanei e nella costruzione di relazioni sociali con i propri compagni di classe (Soucisse, Maisonneuve e Normand, 2015). A loro volta, i coetanei quando devono scegliere un compagno con cui interagire, passare del tempo, o con cui giocare non scelgono il bambino con ADHD, che risulta essere il meno preferito rispetto al resto dei compagni (Capodiec *et al.*, 2016). Questo accade soprattutto nel caso dei bambini più popolari che evitano di relazionarsi, avvicinarsi e coinvolgere il bambino ADHD, escludendolo in questo modo ancora di più dal gruppo. Si stima approssimativamente che il 50-60% dei bambini, con ADHD, sia maschi che femmine, viva esperienze di rifiuto e esclusione dal gruppo di pari (Barkley, 2014). Le ricerche che indagano i fattori alla base delle difficoltà sociali in bambini con ADHD enfatizzano l'importanza non solo di comportamenti disfunzionali, ma anche una deficitaria capacità di monitorare i propri e gli altrui comportamenti, la difficoltà a cambiare punto di vista e il possesso di abilità sociali e cognitive limitate (Hoza, 2007).

La valutazione degli insegnanti rispetto alla dimensione sociale risulta particolarmente importante sia perché la classe è il luogo primario in cui i bambini imparano a relazionarsi con gli altri sia perché gli insegnanti hanno l'opportunità di osservare quotidianamente le interazioni all'interno del gruppo classe. Le relazioni in aula rappresentano, infatti, il contesto principale in cui i bambini imparano a cooperare, negoziare, risolvere i conflitti e sperimentano le competenze cruciali per un efficace funzionamento sociale (Hoza, 2007). Appare quindi importante che la scala COM, rivelatasi utile nel campo dell'ADHD, includa anche questo

aspetto. Col presente studio si è deciso pertanto di proporre una nuova versione, COM-R/Insegnanti, che prevede l'aggiunta di una scala che indaga gli aspetti relazionali e di socialità e si è colta inoltre l'occasione per effettuare un aggiornamento e ampliamento dei dati normativi. Data l'importanza delle scale di valutazioni a fini diagnostici e di intervento è fondamentale che queste possano essere il più complete e aggiornate possibile. Un problema inerente all'uso della scala COM, che si è cercato di superare, riguarda il fatto che sono disponibili dati normativi solo per poche fasce scolastiche (dalla terza alla quinta primaria). In questo lavoro si sono aggiunti i dati normativi per le prime due classi della scuola primaria e per il primo anno della scuola secondaria di primo grado.

## 2. Modalità di somministrazione e scoring

Il Questionario COM-R/Insegnanti si compone di 34 item (vedi tab. 1): 5 item di controllo che indagano aspetti riguardanti gli apprendimenti e il contesto socioculturale del bambino e 7 sotto-scale. Gli item di controllo e le prime 6 sotto-scale si mantengono invariate dalla versione originale mentre troviamo l'aggiunta di una nuova sotto-scala composta da 4 item, che indaga gli aspetti sociali e relazionali. Gli item aggiunti per la scala di socialità e relazionalità sono:

- item 31: «Non sa gestire le emozioni nei rapporti con i compagni (ad es. si arrabbia facilmente o manifesta esageratamente il suo entusiasmo)»;
- item 32: «Non ha tanti amici (per esempio si trova bene solo con uno, due bambini)»;
- item 33: «Non viene invitato ad andare a casa degli amici»;
- item 34: «Perde le amicizie facilmente».

Gli insegnanti sono invitati a compilare il questionario dopo aver osservato con attenzione e per qualche tempo (si consigliano 2 settimane) i bambini nelle diverse situazioni di riferimento e a valutare la frequenza e l'intensità con cui compaiono i comportamenti o abilità descritti negli item attraverso una scala Likert a 4 intervalli:

- 0 = il comportamento/abilità non è mai/per nulla presente;
- 1 = il comportamento/abilità è presente un po'/qualche volta;
- 2 = il comportamento/abilità è presente spesso/abbastanza;
- 3 = il comportamento/abilità è sempre/molto presente.

Per la compilazione l'insegnante può utilizzare un foglio di notazione individuale (vedi allegato) o una scheda collettiva per l'intera classe. Per l'attribuzione del punteggio è sufficiente sommare gli item relativi ad ogni sub-scala considerando singolarmente e a parte dal resto gli item di con-

## La scala COM-R/Insegnanti

TAB. 1. *Suddivisione degli item nelle aree della scala COM-R/Insegnanti*

Sigla	Descrizione	Item
CTR	Item di controllo	1, 2, 3, 4, 5
TIC	Presenza di tic vocali o motori	6
DC	Comportamenti aggressivi con violazione di regole	7, 8, 9, 10
DOP	Comportamenti oppositivi provocatori	11, 12, 13, 14, 15
AUT	Difficoltà comunicative, comportamenti stereotipati	16, 17, 18, 19, 20
DEP	Tristezza, irrequietezza	21, 22, 23, 24
ANS	Preoccupazione, ansietà	25, 26, 27, 28, 29, 30
SOC	Difficoltà sociali e relazionali	31, 32, 33, 34

TAB. 2. *Campione di standardizzazione. Distribuzione secondo sesso e classe frequentata*

Classi	Maschi	Femmine	Totali
1 <sup>a</sup>	34	46	80
2 <sup>a</sup>	86	93	179
3 <sup>a</sup>	73	54	127
4 <sup>a</sup>	195	169	364
5 <sup>a</sup>	192	149	341
1 <sup>a</sup> secondaria di 1° grado	51	58	109

trollo. Si otterranno in questo modo indici relativi a: quadri sindromici di compresenza in base ai punteggi alle sub-scale, informazioni qualitative di carattere generale in base ai punteggi ai 5 item di controllo e un indicatore complessivo di comorbidità sommando i punteggi delle sub-scale.

### 3. Campione di standardizzazione

Gli alunni, valutati da 58 insegnanti con la scala COM-R, sono stati 1200 (vedi tab. 2) e frequentavano, nell'anno scolastico 2015-2016, le classi dalla prima primaria alla prima secondaria di primo grado di scuole nelle province del Veneto. Questa fascia d'età risulta essere la più critica per l'emergere e il manifestarsi delle problematiche indagate dal questionario. Erano inizialmente coinvolti nel campione anche alunni di classe seconda e terza secondaria di primo grado ma a causa dell'esiguo numero di soggetti per queste fasce scolastiche non si è potuto considerarli nello studio. Gli insegnanti interessati dalla valutazione sono stati 58 docenti, prevalentemente di genere femminile e delle diverse province del Veneto, che frequentavano il Master in «Didattica e psicopedagogia per alunni con disturbo da deficit d'attenzione/iperattività (ADHD-DDAI)» organizzato dal Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

#### 4. Informazioni psicometriche

Si presenteranno in questo contesto i punteggi riscontrati per tutte le sottoscale, ma informazioni psicometriche più precise solo sulla nuova scala SOC. Le informazioni psicometriche delle altre 5 sottoscale presenti sono infatti in linea con quanto riportato nella versione precedente e si possono trovare nel manuale della Batteria Italiana per l'ADHD (BIA; Marzocchi et al., 2010).

L'analisi della distribuzione di frequenza, la media e la deviazione standard degli item della scala SOC hanno permesso di verificare che le frequenze fossero distribuite secondo le attese, cioè con punteggio zero (assenza di problemi) per la stragrande maggioranza dei soggetti (circa il 70%) e in ordine decrescente per gli altri valori. La distribuzione della scala SOC risulta pertanto non gaussiana (asimmetria = 2.82, curtosi = 8.75, test di Kolmogorov-Smirnov = .37,  $p < .001$ ). Per questi motivi in tabella 5 sono riportati oltre alle medie anche i valori corrispondenti al 90° e al 95° percentile che ci permettono di individuare, per ogni area, i soggetti a rischio di sviluppare delle problematiche.

Si è svolta un'analisi sul campione complessivo per valutare eventuali differenze di genere, età e classe, con il test  $U$  di Mann-Whitney e  $H$  di Kruskal-Wallis riscontrando differenze significative di genere ma non di classe e di età (genere:  $U = 30629$ ,  $p < .001$ ), dovute al fatto che i maschi hanno maggiori difficoltà relazionali rispetto alle femmine.

Si è svolta, poi, un'ulteriore analisi per indagare se la variabile classe/ insegnante influisse sui risultati. Dall'analisi attraverso il test  $H$  di Kruskal-Wallis per  $K$  campioni indipendenti svolto per le insegnanti delle diverse fasce scolastiche emerge che ad eccezione della classe prima vi sono delle differenze significative in base alla classe e al corrispondente insegnante (prima:  $\chi^2 = 5.48$ ,  $p = .065$ ; seconda:  $\chi^2 = 13.24$ ,  $p = .010$ ; terza:  $\chi^2 = 21.43$ ,  $p = .001$ ; quarta:  $\chi^2 = 47.67$ ,  $p < .001$ ; quinta:  $\chi^2 = 22.94$ ,  $p = .042$ ; prima secondaria di primo grado:  $\chi^2 = 7.21$ ,  $p = .007$ ).

Gli item della sottoscala SOC presentano correlazioni (Rho di Spearman) soddisfacenti col totale della sottoscala-scala corrispondente, con valori compresi fra .71 e .81. Lo studio dell'attendibilità della scala SOC rivela una alfa di Cronbach per la scala SOC di .75 ad indicare che sebbene ogni item indaghi degli aspetti specifici questi mostrano degli elementi comuni.

Si è svolta inoltre un'analisi fattoriale confermativa Oblimin che ha permesso di verificare che il fattore SOC si distinguesse dagli altri e che gli item presentassero saturazioni rilevanti (per gli item dal 31 al 34 rispettivamente .48; .80; .79; .75). Inoltre con l'aggiunta degli item sulla

socializzazione si passa dal 64.6% di varianza totale spiegata al 65.7%. L'item 31 è quello che satura meno in quanto indaga anche aspetti emotivi ma non essendoci uno specifico fattore per questi aspetti il fattore socializzazione risulta essere quello che viene saturato meglio dall'item.

Il grado di stabilità nel tempo dei punteggi della sub-scala SOC della COM-R/Insegnanti è stato misurato con il metodo test-retest. In sei classi, per un totale di 121 bambini, la somministrazione è stata ripetuta dopo sei settimane dalla prima compilazione. Il coefficiente di correlazione di Spearman ottenuto è risultato molto soddisfacente:  $r = 0.95$ .

È stata verificata la validità della sub-scala SOC mettendo in relazione i punteggi ottenuti dagli stessi soggetti nel questionario COM-R e nel questionario ICS versione insegnanti. Il questionario ICS (Interpersonal Competence Scale; Cairns, Leung, Ghest e Cairns, 1995) è un metodo per valutare lo sviluppo sociale dei bambini e degli adolescenti attraverso feedback da parte degli adulti. La versione per insegnanti (ICS-T) è composta da 18 item e permette la valutazione di questi tramite una scala a 7 punti. I descrittori descrivono i punti della scala agli estremi e al punto medio. Per evitare distorsioni di risposta, gli estremi sono invertiti in modo che le alternative socialmente desiderabili (quando queste possono essere identificate) si verifichino sia sugli estremi di destra che di sinistra. Gli item sono raggruppati in 5 sottoscale, che valutano aggressività, popolarità, rendimento scolastico, appartenenza sociale, e attrattività (AGG, POP, ACA, AFF, OLY). Il punteggio SC (punteggio riassuntivo della competenza interpersonale) è la media ponderata delle 5 sottoscale con il fattore aggressivo invertito di segno. Questo punteggio varia anch'esso da 1 a 7 con il valore di 7 come massimo di competenze interpersonali.

I due questionari sono stati compilati dai docenti di classe per 196 bambini di seconda, quarta, quinta e applicati a 21 bambini che mostravano sintomi di ADHD e alla scala SDAI presentavano punteggi  $\geq 14$  (cut-off proposto nel manuale BIA, Marzocchi *et al.*, 2010).

Nella tabella 3 sono presentate le correlazioni (Rho di Spearman) tra le sub-scale della COM-R/Insegnanti e le sub-scale del questionario ICS (AGG, POP, ACA, AFF, OLY, SC). Le correlazioni tra la sub-scala SOC e le sottoscale riguardanti la socialità e le relazioni interpersonali (POP, AFF, OLY, SC) del questionario ICS si attestano intorno a .6 indicando dunque che le sotto-scale dei due questionari misurano aspetti in parte sovrapponibili della socialità e delle relazioni interpersonali.

Per quanto riguarda altre correlazioni significative tra le diverse sub-scale dei due questionari vediamo che l'aggressività correla, come ci si può attendere, con la dimensione dei tratti del disturbo oppositivo provocatorio. Si trova inoltre una correlazione negativa di media entità tra la sottoscala SC di competenze interpersonali e le scale di DOP, tratti dello



## A. Capodieci

TAB. 3. Correlazioni tra le sub-scale del questionario COM-R/Insegnanti e le sub-scale del questionario ICS versione insegnanti

ICS-INS COM-R	AGG	POP	ACA	AFF	OLY	SC
SOC	.33	-.62	-.28	-.60	-.68	-.59
DC	.47	-.13	-.17	-.28	.09	-.36
DOP	.61	-.18	.01	-.36	.04	-.40
AUT	.33	-.34	-.32	-.24	-.16	-.41
DEP	.33	-.41	-.26	-.30	-.25	-.46
ANS	.19	-.33	-.25	-.22	-.19	-.33

spettro autistico e tratti depressivi. Questi ultimi correlano negativamente anche con aspetti di popolarità.

## 5. Confronto fra bambini con sintomi di ADHD e bambini a sviluppo tipico

Dal campione totale di 1200 alunni, gli insegnanti (tutti frequentanti un master sulla didattica per alunni con ADHD) hanno individuato 149 bambini con sintomi di ADHD, che hanno ottenuto in una o entrambe le sub-scale (disattenzione e iperattività/impulsività) del questionario SDAI un punteggio maggiore del cut-off di 14 (cut-off orientativo per situazioni a rischio; Marzocchi *et al.*, 2010). Oltre al questionario venivano svolti con gli insegnanti dei colloqui informali per verificare che i bambini emersi come a rischio mostrassero effettivamente i sintomi dell'ADHD. Il gruppo di controllo è stato appaiato per età, sesso, classe, livello socioeconomico ma con un punteggio alle sottoscale SDAI minore di 4, corrispondente circa al 20° percentile. In tabella 4 sono presenti i valori agli item, al totale della scala SOC e delle altre scale della COM-R/Insegnanti che contraddistinguono i due gruppi. Come si può vedere tutti i valori sono più elevati per il gruppo con sintomi di ADHD (la differenza è in tutti i casi significativa con  $p < .001$  ad un confronto con il test di Mann-Whitney in quanto i valori non si distribuiscono normalmente), a conferma delle capacità discriminative dello strumento e della sua utilizzabilità in ambito clinico.

TAB. 4. Medie e deviazioni standard agli item e al totale della scala SOC delle COM-R di alunni con e senza caratteristiche di ADHD

	N	Gruppo sintomi ADHD	N	Gruppo di controllo	U (298)
Item 31	149	1.09 (1,12)	149	.15 (0,48)	40116
Item 32	149	.96 (1,04)	149	.24 (0,65)	46786
Item 33	149	.75 (1,10)	149	.12 (0,47)	54165
Item 34	149	.62 (0,94)	149	.05 (0,28)	52781
SOC	149	3.43 (3,17)	149	.57 (1,32)	30629
TIC	149	.61 (1,06)	149	.03 (0,20)	56756
DC	149	2.07 (2,70)	149	.27 (1,02)	39695
DOP	149	3.52 (3,73)	149	.52 (1,55)	31773
AUT	149	2.88 (3,07)	149	.42 (1,13)	32066
DEP	149	2.87 (2,65)	149	.45 (1,05)	30381
ANS	149	3.05 (2,21)	149	.96 (1,87)	42290

## 6. Punteggi indicativi per tutte le sottoscale

Punteggi tipici che possono essere considerati come dati normativi sono presentati con valori di criterio (associati ai percentili 90 e 95) che sono molto semplici e ricordano il carattere indicativo che deve essere dato ai riscontri ottenuti dalla scala COM-R. Nelle tabelle successive si presentano comunque per completezza anche medie e deviazioni standard da noi ottenute e quando possibile i valori riportati da Marzocchi e colleghi nel Manuale BIA (2010) per consentire analisi più fini.

## 7. Discussione e conclusioni

Le scale COM/Insegnanti sono uno strumento utile e agile per l'osservazione e valutazione in classe, da parte degli insegnanti, dei comportamenti problematici e di aspetti emotivi compromessi, in particolare nei bambini con sintomi di ADHD, di cui sono note le numerose comorbilità.

Dalla letteratura recente emerge come le relazioni positive con i pari siano di fondamentale importanza per una prognosi favorevole nei bambini con sintomi o diagnosi di ADHD e dovrebbero quindi essere oggetto di attenzione. Per queste ragioni, in questo studio si è proposta una nuova versione delle scale osservative COM per Insegnanti, COM-R/Insegnanti, in cui si è inserita una nuova sotto scala che indaga gli aspetti relazionali e di socialità dei bambini con e senza sintomi di ADHD. La dimensione sociale è rilevante nell'ambiente scolastico così come in quello clinico poiché la capacità di creare e mantenere relazioni positive con il gruppo dei pari non è solo un indicatore delle capacità relazionali della

## A. Capodieci

TAB. 5. Scala COM-R/Insegnanti: Punteggi medi e deviazioni standard riportate nel Manuale BIA e dati ottenuti dalla presente somministrazione: medie, deviazioni standard, percentili delle sub-scale per i soggetti dalla classe 1<sup>a</sup> primaria alla 1<sup>a</sup> secondaria di 1<sup>o</sup> grado

1 <sup>a</sup> primaria	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	80	/	.75	1.60	4	5
DOP	80	/	1.15	2.46	5	8
AUT	80	/	.83	2.08	2	6
DEP	80	/	.83	1.67	3	5
ANS	80	/	.78	1.41	3	4
SOC	80	/	1.13	2.20	4	7
Indicatore comorbidità	80	/	<b>5.48</b>	<b>8.81</b>	<b>19</b>	<b>25</b>
2 <sup>a</sup> primaria	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	179	/	.36	1.42	1	2
DOP	179	/	.86	2.45	2	6
AUT	179	/	.52	1.79	1	2
DEP	179	/	.51	1.46	1	3
ANS	179	/	.77	2.15	2	4
SOC	179	/	.58	1.34	2	4
Indicatore comorbidità	179	/	<b>3.60</b>	<b>8.35</b>	<b>9</b>	<b>18</b>
3 <sup>a</sup> primaria	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	127	.46 (1,43)	.25	.81	1	2
DOP	127	.87 (2,34)	.68	1.58	3	5
AUT	127	.98 (1,93)	.58	1.42	2	5
DEP	127	.76 (2,18)	.51	1.24	2	4
ANS	127	1 (1,89)	1.42	2.49	4	8
SOC	127	/	.80	1.56	2	5
Indicatore comorbidità	127	<b>4.17 (7,68)</b>	<b>4.24</b>	<b>6.43</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
4 <sup>a</sup> primaria	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	364	.51 (1,35)	.80	1.94	3	5
DOP	364	.92 (2,37)	1.17	2.51	5	7
AUT	364	1.04 (2,26)	.90	1.99	3	5
DEP	364	.82 (1,73)	.83	1.75	3	5
ANS	364	1.27 (2,33)	1.66	2.63	6	8
SOC	364	/	1.11	2.18	4	6
Indicatore comorbidità	364	<b>4.69 (8,42)</b>	<b>6.46</b>	<b>9.56</b>	<b>20</b>	<b>28</b>
5 <sup>a</sup> primaria	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	341	.54 (1,33)	.38	.26	1	3
DOP	341	1.23 (2,94)	.88	.54	3	6
AUT	341	1.04 (1,83)	.63	1.51	2	3
DEP	341	.72 (1,52)	1.01	.90	4	5
ANS	341	1.36 (2,59)	1.16	1.45	4	5
SOC	341	/	1.00	1.22	3	6
Indicatore comorbidità	341	<b>4.97 (7,61)</b>	<b>5.04</b>	<b>7.67</b>	<b>16</b>	<b>21</b>

TAB. 5. (segue)

1 <sup>a</sup> secondaria di 1° grado	N	M (DS) Manuale	Media	DS	90° percentile	95° percentile
DC	109	/	.07	.26	0	1
DOP	109	/	.14	.54	0	1
AUT	109	/	.93	1.51	4	4,5
DEP	109	/	.32	.90	1	3
ANS	109	/	.75	1.45	3	4
SOC	109	/	.62	1.22	2	3
Indicatore comorbidità	109	/	<b>2.83</b>	<b>4.55</b>	<b>10</b>	<b>11,5</b>

Nota: Se l'insegnante non risponde a tutti gli item della scala SOC seguire la seguente procedura: fare la media degli item di cui si hanno le risposte e moltiplicarli per il numero di item. Esempio: item 31 = 1, item 32 = 2, item 33 non risposto, item 34 = 1. In questo caso il totale alla scala SOC sarà dato dalla media degli item di cui si hanno le risposte ( $1 + 2 + 1/3 = 1,33$ ) moltiplicato per 4 (5,33).

persona, ma è anche un predittore del futuro adattamento nella vita (Diamantopoulou, Henricsson e Rydell, 2005; Greene et al., 1997). Le richieste da parte dell'ambiente, per poter creare e mantenere delle relazioni interpersonali positive, aumentano con l'aumentare dell'età, sono infatti necessarie sempre maggiori abilità sociali, di comunicazione e autocontrollo. I risvolti applicativi e i benefici che possono essere apportati attraverso la valutazione della dimensione sociale sono dunque molteplici. In primo luogo la valutazione della relazione con i pari ci permette in generale di comprendere i vissuti emotivi del bambino sia all'interno della classe che in altri ambienti extrascolastici. Nel caso il bambino manifesti anche sintomi di ADHD, un punteggio elevato nell'area dei problemi relazionali ci porterà ad impostare l'intervento in modo differente, agendo anche sulle difficoltà con i pari e coinvolgendo la scuola anche per questo aspetto. Nel caso il bambino mostri punteggi elevati anche in altre aree della scala COM-R (es. tratti di disturbi internalizzanti, scala DEP e ANS o disturbi comportamentali, scala DC e DOP) sarà importante avere delle indicazioni riguardo alla dimensione della socialità poiché ci permette di capire se quest'area possa essere un fattore protettivo o se viceversa possa essere una dei fattori scatenanti o di mantenimento delle altre problematiche.

Nel contesto di questa ricerca si è inoltre proposto l'aggiornamento dei dati normativi per le classi dalla terza alla quinta primaria e una aggiunta delle norme di riferimento per la classi prima e seconda primaria e per la classe prima della scuola secondaria di primo grado.

Dalla ricerca emerge come i 4 item aggiuntivi della nuova sottoscala SOC abbiano delle buone proprietà psicometriche (correlazione item-sotto scala, stabilità nel tempo, validità) e discriminino il gruppo di bambini

emersi con sintomi ADHD rispetto ad un campione appaiato di bambini a sviluppo tipico. I dati normativi aggiornati, per le classi dalla terza alla quinta primaria, sono in linea con quanto riportato nel manuale BIA (Marzocchi et al., 2010).

Il Questionario COM rappresenta uno strumento agile, ma ovviamente solo di carattere indicativo, vista la sua semplicità e le numerose variabili che intervengono sui punteggi che si ottengono. Per esempio la nostra ricerca ha mostrato che i punteggi divergono a seconda dell'insegnante valutatore. Bisogna tenere presente, però, che la variabile insegnante è in stretta relazione con il tipo di classe e quest'ultima variabile non è discriminabile né controllabile. La competenza sociale del singolo bambino è infatti legata al clima di classe e quindi punteggi più elevati in alcuni contesti potrebbero essere dati dal clima instauratosi in quella classe (fatto che sembra confermato dall'assenza di differenza per le classi prime). Gli insegnanti coinvolti nello studio erano tutti formati sulla didattica e l'osservazione in classe del bambino con sintomi di ADHD e dunque si ritengono le valutazioni da loro fornite sufficientemente affidabili. Il problema dell'insegnante come valutatore è però intrinsecamente presente nell'utilizzo di questionari osservativi che analizzano i comportamenti in classe e non è stato sufficientemente esplorato nemmeno per le altre «teaching scales» che sono in circolazione.

La presente ricerca mostra, comunque, dei limiti che dovranno essere superati da future indagini e, in particolare, un numero non sufficientemente ampio di soggetti specialmente per alcune fasce scolastiche. Sarebbe interessante, inoltre, poter aggiornare con la nuova scala SOC anche il questionario COM nella sua versione per i genitori, così da avere un confronto tra i due punti di vista e una maggior sicurezza che le debolezze relazionali non siano legate solo all'ambito scolastico (es. sono la conseguenza di difficoltà accademiche che possono rendere più debole la popolarità tra i compagni) ma siano pervasive e presenti in tutti i contesti di vita del bambino (Thapa, Cohen, Guffey e Higgins-D'Alessandro, 2013).

## 8. Appendice

Scala COM-R/Insegnanti: scheda per la valutazione individuale

	Mai, per nulla volta,	Qualche volta, un po'	Spesso, Abbastanza	Sempre, Molto	Note
1	0	1	2	3	
2	0	1	2	3	Controllo totale _____
3	0	1	2	3	
4	0	1	2	3	
5	0	1	2	3	
6	0	1	2	3	TIC _____
7	0	1	2	3	DC totale _____
8	0	1	2	3	
9	0	1	2	3	
10	0	1	2	3	
11	0	1	2	3	DOP totale _____
12	0	1	2	3	
13	0	1	2	3	
14	0	1	2	3	
15	0	1	2	3	
16	0	1	2	3	AUT totale _____
17	0	1	2	3	
18	0	1	2	3	
19	0	1	2	3	
20	0	1	2	3	

## A. Capodieci

Scala COM-R/Insegnanti: scheda per la valutazione individuale

	Mai, per nulla volta,	Qualche un po'Abbastanza	Spesso,	Sempre, Molto	Note
21 Appare lamentoso e irritabile per la maggior parte del giorno	0	1	2	3	
22 Presenta scarso interesse o piacere per tutte le attività che gli sono proposte	0	1	2	3	DEP totale
23 Mostra un'accentuata affaticabilità o mancanza di energia	0	1	2	3	_____
24 Rimugina, esprime anche indirettamente idee su di sé autosvalutative e sensi di colpa	0	1	2	3	
25 È preoccupato senza motivo specifico	0	1	2	3	
26 Rifiuta di svolgere compiti che lo portino a contatti con adulti che non conosce	0	1	2	3	
27 Quando è interrogato presenta evidenti segnali di disagio (tremori, sudori, ecc.) ed impaccio	0	1	2	3	ANS totale
28 Ha difficoltà ad affrontare situazioni nuove	0	1	2	3	_____
29 Si preoccupa se si sente osservato	0	1	2	3	
30 Accusa malesseri (mal di testa, mal di pancia, ecc.)	0	1	2	3	
31 Non sa gestire le emozioni nei rapporti con i compagni (ad es. si arrabbia facilmente o manifesta esageratamente il suo entusiasmo)	0	1	2	3	SOC totale
32 Non ha tanti amici (e.g. si trova bene solo con uno, due bambini)	0	1	2	3	_____
33 Non viene invitato ad andare a casa degli amici	0	1	2	3	
34 Perde le amicizie facilmente	0	1	2	3	

## 9. Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antonietti, A., Gatti, E., Fabio, R.A. (2010). Le dinamiche emotivo-relazionali in pre-adolescenti con disturbi dell'attenzione. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 14, 359-378.
- Barkley, R.A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

- Cairns, R.B., Leung, M.C., Gest, S.D., Cairns, B.D. (1995). A brief method for assessing social development: Structure, reliability, stability, and developmental validity of the Interpersonal Competence Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 725-736.
- Capodieci, A., Cornoldi, C. (2013). *Bambini disattenti e iperattivi. Strategie di intervento a scuola*. Firenze: Giunti O.S.
- Capodieci, A., Rivetti, T., Cornoldi, C. (2016). A Cooperative Learning Classroom Intervention for Increasing Peer's Acceptance of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, doi: 1087054716666952.
- Conners C.K. (2007). *Conners' Rating Scale-Revised*, ed. it. a cura di M. Nobile, B. Alberti, A. Zuddas. Firenze: Giunti O.S.
- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., Rydell, A.M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 388-398.
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Sienna, M., Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 758.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 655-663.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B. et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.
- Martino, S., Grada, C., Angarano, A. (2016). L'utilizzo di scale osservative del comportamento in bambini con ADHD. Indicazioni per una lettura efficace del profilo psicodiagnostico. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 20(1), 139-144.
- Marzocchi, G.M., Re, A.M., Cornoldi, C. (2010). *BIA: Batteria Italiana per l'ADHD (BIA: Italian Battery for ADHD)*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Mikami, A.Y., Hoza, B., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Hechtman, L., Pelham, W.E. (2015). Cross-Setting Correspondence in Sociometric Nominations Among Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(1), 52-64.
- Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greiner, A.R. (2007). Behavior and Peer Status in Children With ADHD Continuity and Change. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 359-371.
- Rich, E.C., Loo, S.K., Yang, M., Dang, J., Smalley, S.L. (2009). Social functioning difficulties in ADHD: Association with PDD risk. *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(3), 329-344.
- Soucisse, M.M., Maisonneuve, M.F., Normand, S. (2015). Friendship Problems in Children with ADHD: What Do We Know and What Can We Do? *Perspectives on Language and Literacy*, 41(1), 27.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A review of school climate research. *Review of Educational Research*, 83(3), 357-385.

[Ricevuto il 4 ottobre 2016]  
[Accettato il 23 gennaio 2017]



### **COM-R Scale for Teachers: An update on the profiles and an integration for the detection of social difficulties in children with and without ADHD**

**Summary.** COM Scale/Teachers (Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010) has been appreciated for its simplicity and utility in detecting children's behavioral and emotional problems, especially in the case of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). Two problems with the Scale are that: it does not consider the social aspect and relation with peers even if these are important aspects for an adequate development of children and in particular for students with symptoms or diagnosis of ADHD and it has been standardized for a limited range of ages, from third to fifth grade. The present study proposes a new version, COM-R, including a new scale on social aspects and new indicative normative data obtained on the basis of ratings given by 58 teachers to 1,200 students. The new scale presents good psychometric properties and well discriminates between children with and without ADHD characteristics.

**Keywords:** ADHD, scale, teachers, social difficulties, comorbidities.

*Per corrispondenza: Agnese Capodieci, Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, Via Venezia, 12, 35131 Padova. Email: agnese.capodieci@phd.unipd.it*