

IVPI 3-6

Intervista per la Valutazione Psicopatologica nell'Infanzia

Valentina Viglione, Caterina Fedi, Roberta Marotta, Paola Brovedani,
Maria Pontillo, Paola De Rose, Paola Bergonzini, Stefano Vicari e Gabriele Masi

**TEST E STRUMENTI
DI VALUTAZIONE**

INCLUDE
PIATTAFORMA
PER LO SCORING



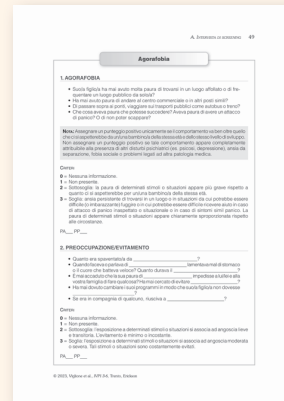
IL TEST

IVPI 3-6

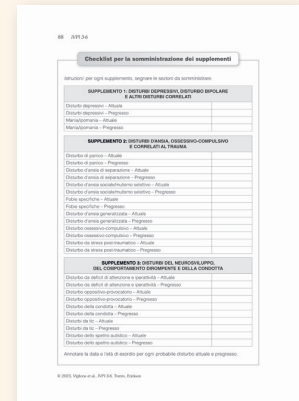
L'Intervista per la Valutazione Psicopatologica nell'Infanzia si ispira alla versione Early Childhood della K-SADS, che si propone come strumento importante e utile ai clinici nell'assessment della psicopatologia in età prescolare. La prevalenza di disturbi mentali in questa fascia d'età è simile a quella identificata per i bambini di età maggiore, con variabili tra il 10% e il 15% della popolazione. Si tratta peraltro spesso di disturbi che tendono a rimanere stabili nel tempo.

L'individuazione di situazioni potenzialmente a rischio nella fascia d'età 3-6 anni può garantire l'avvio di interventi riabilitativi precoci, con conseguenti ripercussioni in termini di efficacia della prevenzione.

La scelta di rivedere e adattare la versione Early Childhood della K-SADS, grazie a un più facile e lineare confronto con analoghi strumenti nelle versioni applicabili a bambini più grandi (ad esempio, la K-SADS-PL), permetterà di effettuare studi follow-up più precisi, descrivendo in modo articolato e puntuale il decorso dei disturbi a esordio precoce e spesso in continuità con le età successive.



Esempio di Intervista di screening.



Checklist per la somministrazione dei supplementi.

GLI AUTORI

VALENTINA VIGLIONE

Neuropsichiatra Infantile

CATERINA FEDI

Neuropsichiatra Infantile

ROBERTA MAROTTA

Neuropsichiatra Infantile

PAOLA BROVEDANI

Psicologa

MARIA PONTILLO

Dirigente Psicologo

PAOLA DE ROSE

Medico specialista in
Neuropsichiatria Infantile

PAOLA BERGONZINI

Psicologa e psicoterapeuta

STEFANO VICARI

Professore Ordinario di
Neuropsichiatria

GABRIELE MASI

Neuropsichiatra Infantile.

Direttore di Unità Complessa

TEST E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

DIREZIONE CESARE CORNOLDI E LUIGI PEDRABISSI

Propone test e strumenti che, accanto alla facilità di somministrazione, presentano un'approfondita elaborazione teorica, rigore nella standardizzazione e nella descrizione delle norme di riferimento e solide proprietà psicometriche. Si rivolge ai professionisti che lavorano in ambito clinico-sanitario, fornendo strumenti in grado di offrire la massima efficacia per la diagnosi e la valutazione a supporto di un successivo intervento.



Include l'abbonamento omaggio alla piattaforma TEO – Test Erickson Online (testonline.erickson.it), un ambiente digitale dedicato che con una procedura guidata supporta l'utente dalla somministrazione delle prove allo scoring e al report finale.

Manuale +
allegati indivisibili



9 788859 103682 1

www.erickson.it

INDICE

- 7 Premessa
- 11 Intervista per la Valutazione Psicopatologica nell'Infanzia (IVPI 3-6)
- 23 Intervista introduttiva
- 35 Intervista di screening
- 97 Supplementi diagnostici
- 201 Scoring digitale su TEO – Test Erickson Online

Premessa

La nosografia dei disturbi psichiatrici in età prescolare ha ottenuto — diversamente da quanto è accaduto per l'età scolare-adolescenziale — una propria identità solo di recente, anche grazie ai numerosi studi riportati nella letteratura specialistica relativi a quadri psicopatologici, sia esternalizzanti che internalizzanti, in campioni prescolari clinici e di popolazione generale (Egger e Angold, 2006). La prevalenza dei disturbi mentali in età prescolare (2-6 anni) è simile a quella identificata per i bambini di età maggiore, con percentuali variabili tra il 10% e il 15% della popolazione; si tratta, inoltre spesso di disturbi che, al pari di quelli delle età successive, tendono a rimanere stabili nel tempo. Pertanto, l'individuazione di situazioni potenzialmente a rischio può garantire l'avvio di interventi riabilitativi precoci, così importanti in questa fascia di età, data anche l'elevata plasticità cerebrale, con conseguenti ripercussioni in termini di prevenzione (Charach et al., 2017).

Per il raggiungimento di questi obiettivi appare innanzitutto necessario identificare criteri diagnostici validi e adatti alle specificità della presentazione dei disturbi mentali nella prima infanzia, così come è stato necessario farlo per le età successive. In età prescolare, infatti, molti comportamenti all'apparenza peculiari possono essere espressione dello sviluppo tipico del bambino. Perciò appare indispensabile uno specifico assessment psichiatrico che aiuti lo specialista a distinguere sintomi clinicamente significativi da comportamenti «estremi», ma propri dello sviluppo tipico, e che possa indirizzare la diagnosi e la pianificazione di interventi terapeutici precoci.

Middleton, Kelley e Gleason (2017) ritengono fondamentale la diretta osservazione del bambino nelle sue varie attività e all'interno delle sue relazioni privilegiate. Più che in ogni altra fase dell'età evolutiva, in questa fascia di età la valutazione dipende dalle informazioni provenienti dagli adulti e, dal momento che i bambini hanno interazioni diverse con adulti diversi, appare di fondamentale importanza considerare le prospettive di più caregiver. Alla luce di tali specificità dell'assessment psichiatrico di un bambino in età prescolare, un inquadramento diagnostico completo richiede più osservazioni del bambino, possibilmente da parte di diversi operatori sanitari, e più tempo rispetto allo standard per i bambini più grandi.

L'inizio di tale percorso è in genere rappresentato da un'intervista non strutturata con la famiglia, finalizzata a raccogliere dati anamnestici e a osservare le interazioni che possono sin da subito evidenziarsi durante la raccolta stessa. Devono essere previste anche domande specifiche e mirate ad aiutare a comprendere il sintomo del bambino inserito nella sua fase evolutiva e

quindi a distinguere i disturbi clinici dalla variabilità della norma. Informazioni sul funzionamento del bambino si possono già ottenere dall'osservazione della sua reazione al primo incontro con il clinico, ma anche del suo livello di attività, della capacità di aderire alle richieste del clinico o dalla necessità della mediazione del genitore. Anche l'osservazione del gioco può offrire informazioni preziose sul livello di sviluppo cognitivo/emotivo del bambino e sul contenuto dei suoi pensieri. L'assessment deve prevedere anche l'utilizzo di strumenti standardizzati che supportino la valutazione clinica per la completa definizione dell'assetto del funzionamento generale del bambino (cognitivo/linguaggio, attenzione, relazione, autonomia, funzionamento globale e adattamento) e di quello psicopatologico in particolare, con riferimento alla rilevazione di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, non solo in termini di presenza/assenza, ma anche di intensità, frequenza, durata e contesto nel quale si manifestano.

Ci è parso quindi estremamente utile ricorrere all'utilizzo di una intervista semistrutturata come la *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Early Childhood Version*, 2012 Working Draft (K-SAD-EC) elaborata da Gaffrey e Luby, fra i maggiori esperti in ambito clinico e di ricerca in riferimento alla psicopatologia dei bambini in età prescolare (Gaffrey et al., 2017). Tale versione segue la struttura della K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997), che è l'intervista psichiatrica per l'età evolutiva maggiormente utilizzata nella ricerca su popolazioni cliniche grazie anche alla sua più recente versione, aggiornata con i criteri del DSM-5 (APA, 2013). Rispetto ad essa, la versione EC presenta in alcune parti delle modifiche, che hanno lo scopo di renderla più adatta per l'esplorazione della psicopatologia nei bambini di età prescolare e in particolare per i bambini tra i 3 e 6 anni d'età. Le revisioni effettuate da Gaffrey e colleghi includono l'aggiunta di alcune domande e la modifica di domande già esistenti o delle soglie cliniche proposte per i sintomi, in modo da adattare l'intervista diagnostica all'espressività sintomatologica propria di tale fascia d'età. Sono state inoltre rimosse le sezioni meno applicabili ai bambini piccoli (es. spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici; disturbi correlati all'uso di sostanze) e introdotte note cliniche con lo scopo di fornire, dove necessario, indicazioni e chiarimenti in merito ai livelli di gravità dei sintomi e al loro inquadramento diagnostico. La versione della K-SADS-EC proposta da Gaffrey e colleghi si sviluppa tuttavia seguendo i criteri diagnostici del DSM-IV e non è disponibile in letteratura la sua validazione.

L'intervista che presentiamo è stata ottenuta grazie all'avvio di una stretta collaborazione tra due centri italiani di neuropsichiatria infantile di terzo livello (l'IRCCS «Fondazione Stella Maris» di Pisa e l'IRCCS «Bambino Gesù» di Roma). L'intervista si ispira alla versione originale, rivista con gli autori. Ciò ha comportato innanzitutto la traduzione e contestualmente l'adattamento ai criteri del DSM-5. La traduzione è stata eseguita da due specialiste in formazione in neuropsichiatria infantile in possesso del First Certificate in English (le dottoresse Caterina Fedi e Roberta Marotta dell'IRCCS «Fondazione Stella Maris»). Il testo così ottenuto è stato revisionato da una psicologa clinica (la dottoressa Paola Brovedani dell'IRCCS «Fondazione Stella Maris»), esperta in lingua inglese, la quale ha confrontato la versione originale con quella tradotta.

Per quanto riguarda il contenuto, il semplice adattamento ai criteri del DSM-5 non avrebbe permesso di considerare alcuni aspetti clinici rilevanti per l'età prescolare (es. espressività di quadri psicopatologici mediante il gioco). Pertanto, attraverso la supervisione da parte di un neuropsichiatra infantile esperto e di rilevanza internazionale dell'IRCCS «Fondazione Stella Maris» di Pisa (il dottor Gabriele Masi) e di una neuropsichiatra infantile esperta nella psicopatologia dell'età prescolare del medesimo istituto (la dottoressa Valentina Viglione) sono state apportate alcune modifiche anche rispetto ai criteri del DSM-5, in modo da rendere lo strumento applicabile all'età evolutiva in alcune diagnosi poco età-specifiche nel DSM (es. «mania», «agorafobia»). È stata inoltre introdotta all'interno dell'intervista diagnostica la diagnosi di «disturbi alimentari», mancante nella versione originale e da noi inserita seguendo i criteri della DC 0-5 (Zero to Three, 2016). La modifica più rilevante è stata effettuata sulla base dei recenti dati della letteratura

in merito ai disturbi del neurosviluppo e alla dimensione «disregolazione emotiva (DE)», considerata spesso una dimensione affettiva che può associarsi ad altri disturbi del neurosviluppo, condizionandone l'evoluzione (Anastopoulos et al., 2011; Holtmann et al., 2011). Individuare questa dimensione in soggetti prescolari e caratterizzarla con sintomi età-specifici rappresenta a nostro avviso un valore aggiunto che completa l'assessment prescolare. Ciò ha comportato: la creazione di nuovi specifici item attraverso un'attenta lettura dei dati di letteratura già esistenti; la modifica della sezione già esistente e relativa al «disturbo oppositivo provocatorio (DOP)»; infine, l'analisi dell'affidabilità delle sezioni relative alle diagnosi di DE e DOP, come da noi create, su un campione di pazienti.

Il nostro secondo obiettivo era quello di valutare l'affidabilità della revisione italiana dell'intervista diagnostica K-SADS-EC nell'identificazione e differenziazione dei quadri psicopatologici in età prescolare. Grazie alla collaborazione con i colleghi neuropsichiatri e psicologici dell'IRCCS «Bambino Gesù» di Roma (il professor Stefano Vicari e le dottoresse Maria Pontillo, Paola De Rose e Paola Bergonzini), l'intervista è stata somministrata dai due gruppi di lavoro in modo da ottenere anche un confronto sul grado di accordo nell'applicabilità dello strumento, sia nella forma (es. item comprensibili, ecc.) che nel contenuto (affidabilità degli item utilizzati per la formulazione delle diagnosi). A tale scopo abbiamo utilizzato l'intervista diagnostica a completamento dell'assessment in un campione di 135 bambini di età prescolare, afferiti presso i suddetti Istituti per problematiche emotive e comportamentali. I punteggi assegnati a ciascuna sezione dell'intervista K-SADS-EC sono stati confrontati con i punteggi emersi nelle sottoscale dei questionari compilati dal genitore (CBCL 1,5-5, SCQ, CRS-R) e con la diagnosi clinica ricevuta dal bambino al termine di una valutazione specialistica multidisciplinare. Dalle analisi condotte si è avuta conferma di una significativa concordanza diagnostica tra i punteggi ottenuti alle singole sezioni dell'intervista K-SADS-EC e la diagnosi clinica ricevuta dal paziente e i punteggi ottenuti alle sottoscale dei questionari.

In conclusione, si può affermare che l'intervista diagnostica IVPI 3-6, che si ispira alla K-SADS-EC, va a colmare un «vuoto» nell'assessment psicopatologico in età prescolare (2-6 anni), ambito che è diventato di interesse solo in anni recenti grazie anche agli avanzamenti delle neuroscienze e dei modelli eziopatogenetici individuati. La IVPI 3-6 si propone come strumento importante e utile ai clinici nell'assessment della psicopatologia di tale fascia d'età. La scelta di utilizzare la versione Early Childhood della K-SADS come intervista diagnostica in età prescolare, grazie a un più facile e lineare confronto con analogo strumento nelle versioni applicabili ai bambini più grandi (es. K-SADS-PL), permetterà di effettuare studi di follow-up più precisi, descrivendo in modo più articolato e puntuale il decorso di disturbi a esordio precoce e spesso in continuità con le età successive.

Intervista per la Valutazione Psicopatologica nell'Infanzia (IVPI 3-6)

Sezioni e modalità di somministrazione dell'intervista IVPI

Intervista introduttiva

L'intervista introduttiva richiede circa 10-15 minuti di tempo per essere completata. In essa vengono raccolte, seguendo una check-list, informazioni in merito alla salute, al funzionamento scolastico e agli hobby del bambino, alle sue relazioni con i pari e con gli altri membri della famiglia; vengono inoltre raccolte informazioni relative ai sintomi attuali e ai trattamenti psicofarmacologici eventualmente effettuati. L'esplorazione di tali aspetti consente di identificare un'eventuale compromissione del funzionamento del bambino. Il completamento di questa sezione della IVPI ha inoltre lo scopo di stabilire un'iniziale relazione con i genitori e con il bambino.

Intervista di screening

Tale intervista, la cui somministrazione richiede circa un'ora di tempo, ha lo scopo di indagare la presenza dei sintomi principali delle categorie diagnostiche previste nella IVPI. Per la valutazione di ogni sintomo sono previste domande specifiche e criteri specifici, che aiutano il clinico nell'assegnazione di un punteggio (0: non si hanno informazioni; 1: non presente; 2: sottosoglia; 3: clinico).

Nel determinare se il sintomo raggiunga il livello clinico, è importante valutare la gravità, la frequenza e la durata della sintomatologia, così come un'eventuale compromissione del funzionamento. L'esaminatore non deve necessariamente porre le domande in modo rigido, ma può farlo secondo l'ordine che reputa più appropriato alla storia clinica del bambino; non deve inoltre necessariamente porre tutte le domande, ma può anche porre solo quelle che ritiene necessarie per poter assegnare un punteggio appropriato a ciascun item. Devono tuttavia essere completate tutte le sezioni dell'intervista di screening.

L'intervista di screening, così come precisato anche da note riportate all'interno dell'intervista stessa, prevede inoltre che l'assegnazione del punteggio da parte del clinico sia basata sia su quanto riportato dal genitore che sull'osservazione diretta del bambino (es. se in corso di osservazione vengono osservati tic motori, anche qualora il genitore non dovesse

riconoscerne la presenza, questi vengono codificati come presenti). I sintomi elencati in tale sezione vengono codificati contemporaneamente sia come episodi attuali (PA), sia come episodi più gravi presentati in passato (PP). Perché un episodio possa essere considerato pregresso, devono essere trascorsi almeno due mesi senza sintomi associati al disturbo. Tuttavia, trattandosi di un'intervista mirata ad approfondire la psicopatologia in età prescolare, non è sempre possibile identificare episodi pregressi di un disturbo, essendo in molti casi disturbi di recente insorgenza.

Il punteggio finale ottenuto (PA e PP) è rappresentato dalla sommatoria di quanto riferito dal genitore e di quanto osservato direttamente dall'esaminatore nel corso dell'osservazione del/la bambino/a o di quanto riferito dal/la bambino/a stesso/a.

Per l'assegnazione del punteggio allo screening è indicato ricorrere anche all'osservazione diretta del bambino, formulando, laddove sia possibile, alcune domande direttamente al bambino o ricorrendo a un'osservazione di gioco non strutturato. In una osservazione di gioco, infatti, è possibile ottenere numerose informazioni in merito al funzionamento cognitivo, relazionale, emotivo del bambino. In un contesto di assessment come questo può essere utile osservare la qualità e la quantità del gioco simbolico, nonché la coerenza durante le narrazioni del gioco, al fine di evidenziare la qualità emotiva e il coinvolgimento dell'altro nel gioco. È inoltre utile valutare ciò che accade prima dell'avvio del gioco e al momento della chiusura del gioco (gioco ripetitivo, gioco traumatico, ecc.).

Sequenze ripetitive e apparentemente afinalistiche potrebbero essere espressione di un disturbo dello spettro autistico, mentre sequenze ripetitive, ma con una qualità compulsiva/urgente e una mancanza di divertimento potrebbero essere indicative di un funzionamento traumatico. La presenza di sequenze ludiche inerenti tematiche di morte potrebbero essere espressione di una deflessione dell'umore. Una deflessione sul piano umorale potrebbe emergere anche attraverso il sentimento di anedonia, che nel/la bambino/a piccolo/a è spesso evidenziata come incapacità di divertirsi nel gioco (Middleton, Kelley e Gleason, 2017; Gaffrey, Luby e Barch, 2013).

È possibile utilizzare la tabella di scoring allegata all'Intervista di screening per inserire i punteggi dei singoli item individuati nel corso della somministrazione dell'intervista stessa. Un esempio di utilizzazione di tale tabella è offerto in queste pagine introduttive con riferimento al caso esemplificativo (tabella 1).

Checklist per la somministrazione dei supplementi

Al termine della sezione di screening si trova una checklist, il cui scopo è quello di annotarvi quale supplemento possa essere utilizzato per la migliore definizione della diagnosi, sulla base dei punteggi clinici ottenuti alle varie sezioni dello screening.

Supplementi diagnostici

Consentono di esplorare in modo più dettagliato i sintomi clinici di ogni disturbo in modo da supportare il clinico nella definizione della diagnosi, qualora la sola somministrazione dello screening non sia stata dirimente.

Nell'IVPI sono inclusi 3 supplementi:

- Supplemento 1: Disturbi depressivi, disturbo bipolare e altri disturbi correlati;
- Supplemento 2: Disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivo e correlati al trauma;
- Supplemento 3: Disturbi del neurosviluppo, del comportamento e della condotta.

Fanno eccezione a questo la «disregolazione emotiva» e i «disturbi alimentari» per la cui diagnosi si fa riferimento al solo screening.

INTERVISTA DI SCREENING

<i>Disturbi depressivi</i>	p. 39
<i>Mania/ipomania</i>	p. 47
<i>Disturbo di panico</i>	p. 52
<i>Agorafobia</i>	p. 53
<i>Ansia di separazione</i>	p. 55
<i>Disturbo d'ansia sociale/mutismo selettivo</i>	p. 58
<i>Fobie specifiche</i>	p. 60
<i>Disturbo d'ansia generalizzata</i>	p. 62
<i>Disturbo ossessivo-compulsivo</i>	p. 64
<i>Disturbi dell'alimentazione nell'infanzia</i>	p. 66
<i>Disturbo da deficit di attenzione e iperattività</i>	p. 71
<i>Disregolazione emotiva nell'infanzia</i>	p. 74
<i>Disturbo oppositivo provocatorio</i>	p. 76
<i>Disturbo della condotta</i>	p. 78
<i>Disturbo da tic</i>	p. 81
<i>Disturbo dello spettro autistico</i>	p. 83
<i>Disturbo da stress post-traumatico</i>	p. 87
<i>Tabella di scoring dell'Intervista di screening</i>	p. 92
<i>Checklist per la somministrazione dei supplementi</i>	p. 96

Disturbi depressivi

1. UMORE DEPRESSO

Fa riferimento al riscontro, da parte dei genitori, di sentimenti depressivi nel/la bambino/a, quali: sentirsi depresso/a, triste, giù di morale, cupo/a, molto infelice, avvilito/a e vuoto/a, avere sentimenti negativi o essere sul punto di piangere. Non includere elementi ideativi (es. scoraggiamento, pessimismo, senso di inadeguatezza), tentativi di suicidio o habitus depresso.

Alcuni genitori potrebbero negare che loro figlio/a si senta «triste» e riferire unicamente che stia «male»; è pertanto importante indagare nello specifico ogni sentimento disforico. Non codificare qui sentimenti di ansia o tensione.

Dovrebbe essere evidenziato un cambiamento significativo rispetto al comportamento abituale del/la bambino/a. L'irritabilità, in assenza di altri sentimenti disforici persistenti, non dovrebbe essere codificata qui.

Durante l'intervista, la «sensazione istintiva» (percezione empatica) del genitore che il/la figlio/a si senta spesso depresso/a può essere considerata come evidenza dell'umore depresso di quest'ultimo/a, *qualora il genitore non sia a sua volta depresso*.

- Di che umore è abitualmente suo/a figlio/a?
- Suo/a figlio/a si è mai sentito/a più triste, malinconico/a, giù di morale, vuoto/a? È successo «di punto in bianco», al di fuori di eventi negativi?
- Ha notato se piangeva di più o sembrava spesso sul punto di piangere? Quando è accaduto?
- Si sente _____ attualmente?
- Ci sono state altre occasioni in cui si è sentito/a _____?
- Ha avuto altri pensieri tristi?
- Altre persone (es. insegnanti, altre figure adulte) si sono accorte che fosse triste? Di più? Di meno?
- Da cosa se ne sono accorte? Il/la bambino/a sembrava diverso/a dal solito?
- Sembrava sentirsi _____ tutto il tempo?
- Quanto spesso si sentiva in questo modo?

Stimare la durata in giorni a settimana e in ore al giorno: sommare le ore di tutte le descrizioni, se non si verificano contemporaneamente.

La valutazione delle fluttuazioni nell'arco della giornata può secondariamente chiarire la durata giornaliera dell'umore depresso:

- L'umore depresso andava e veniva?
- Con che frequenza? Ogni giorno?
- Quanto durava?
- A cosa pensa che fosse dovuto?

Valutare la relazione tra l'umore depresso e la separazione dal caregiver:

- Il/la bambino/a si sentiva triste quando lei o un altro caregiver eravate lontani?

Se la separazione dal caregiver viene riportata come causa, domandare:

- Si sentiva _____ quando era con lei (caregiver)?
- Si sentiva un po' meglio quando era con lei o la difficoltà si risolveva completamente?

Nota: Quando un genitore riferisce brevi e frequenti periodi di tristezza nel corso della giornata, è probabile che il/la bambino/a sia sempre triste e che il genitore riferisca unicamente le esacerbazioni del sintomo. In tal caso, l'umore depresso dovrebbe ricevere un punteggio di 3. Pertanto è sempre essenziale domandare come si senta il/la bambino/a negli altri momenti, così da chiarire se sia adeguato attribuire un punteggio di 3:

- Oltre a quei momenti in cui suo/a figlio/a si sentiva (____), per il resto del tempo lo/a vedeva felice o lo/a trovava più triste rispetto ai suoi amici o agli altri bambini?

CRITERI

0 = Nessuna informazione.

1 = Non presente: per niente o meno di una volta a settimana.

2 = Sottosoglia: umore depresso almeno 1-3 giorni a settimana, per gran parte del giorno (≥ 2 ore).

3 = Soglia: umore depresso, quasi ogni giorno (4-7 giorni a settimana), per la maggior parte del giorno (≥ 4 ore o più della metà del tempo di veglia).

LEGENDA

PA: punteggio riportato dal genitore e/o dal/la bambino/a relativo al presente

PP: punteggio riportato dal genitore e/o dal/la bambino/a relativo al passato

PA__ PP__

a) *Perdita di speranza, senso di impotenza, scoraggiamento, pessimismo*

Visione negativa del futuro, della vita e dei problemi attuali. Questo item fa riferimento agli aspetti ideativi e non ai sentimenti.

- Suo/a figlio/a come pensa che andranno le cose in futuro?
- Parla mai in modo da farle pensare che si senta senza speranze o scoraggiato/a rispetto al futuro?
- Ad esempio, fa affermazioni quali «non riuscirò mai a...» o «non imparerò mai a...»?
- Quanto spesso? Mi racconti.
- Cosa pensa che gli accadrà?
- Pensa mai che le cose potranno andare meglio? Anche meglio di così?
- Cosa vorrebbe fare o chi vorrebbe diventare da grande?
- Si sente mai come se gli/le stesse per accadere qualcosa di negativo/brutto?
- Pensa mai che il mondo stia per finire?
- Quanto spesso si sente in questo modo? Come fa lei (genitore) a saperlo?

CRITERI

0 = Nessuna informazione.

1 = Non è affatto scoraggiato/a rispetto al futuro.

2 = Sottosoglia: alcune volte (2-3 giorni/settimana) è pessimista rispetto al futuro. Cupa infuturazione.

3 = Soglia: quasi tutti i giorni (4-7 giorni a settimana) è molto pessimista. Cupa infuturazione.

PA__ PP__

Tabella di scoring dell'Intervista di screening

DISTURBI DEPRESSIVI						PA	PP
1	Umore depresso	0	1	2	3		
1a	Perdita di speranza, senso di impotenza, scoraggiamento, pessimismo	0	1	2	3		
2	Irritabilità e rabbia	0	1	2	3		
3	Anedonia, mancanza di interesse, apatia, scarsa motivazione o noia						
3a	Noia	0	1	2	3		
3b	Anedonia	0	1	2	3		
3c	Apatia	0	1	2	3		
4	Suicidio						
4a	Pensieri di morte ricorrenti	0	1	2	3		
4b	Ideazione suicidaria	0	1	2	3		
4c	Atti suicidari/intento suicidario	0	1	2	3		
4d	Tematiche di morte nel gioco	0	1	2	3		
4e	Atto di autolesionismo, non suicidario	0	1	2	3		
<p><i>Se si ottiene un punteggio di almeno 2 in uno qualunque dei precedenti item, è possibile completare la sezione dei disturbi depressivi/distimia del supplemento dei disturbi depressivi, disturbo bipolare e altri disturbi correlati.</i></p>							
MANIA/IPOMANIA						PA	PP
1	Umore elevato, espanso o euforico	0	1	2	3		
2	Irritabilità/rabbia esplosiva	0	1	2	3		
3	Aumento dell'energia o delle attività	0	1	2	3		
4	Ridotta necessità di sonno	0	1	2	3		
5	Ipersessualità	0	1	2	3		
<p><i>Se si ottiene un punteggio di almeno 2 agli item 1 o 2, è possibile completare la sezione mania/ipomania del supplemento dei disturbi depressivi, disturbo bipolare e altri disturbi correlati.</i></p>							
DISTURBO DI PANICO						PA	PP
1	Attacchi di panico	0	1	2	3		
<p><i>Se si ottiene un punteggio di almeno 2 all'item attacchi di panico, è possibile completare la sezione del disturbo di panico del supplemento dei disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivo e correlati al trauma.</i></p>							
AGORAFOBIA						PA	PP
1	Agorafobia	0	1	2	3		
2	Preoccupazione/evitamento	0	1	2	3		
<p><i>Se si ottiene un punteggio di almeno 2 in uno qualunque dei precedenti item, è possibile completare la sezione del disturbo di panico del supplemento dei disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivo e correlati al trauma e specificare se il panico sia associato ad agorafobia.</i></p>							
ANSIA DI SEPARAZIONE						PA	PP
1	Paura di eventi catastrofici che potrebbero causare la separazione	0	1	2	3		
2	Paura che accadano eventi negativi alle figure di attaccamento	0	1	2	3		
3	Rifiuto/avversione per la scuola (scuola/asilo)	0	1	2	3		

Checklist per la somministrazione dei supplementi

Istruzioni: per ogni supplemento, segnare le sezioni da somministrare.

SUPPLEMENTO 1: DISTURBI DEPRESSIVI, DISTURBO BIPOLARE E ALTRI DISTURBI CORRELATI	
Disturbi depressivi – Attuale	
Disturbi depressivi – Pregresso	
Mania/ipomania – Attuale	
Mania/ipomania – Pregresso	

SUPPLEMENTO 2: DISTURBI D'ANSIA, OSSESSIVO-COMPULSIVO E CORRELATI AL TRAUMA	
Disturbo di panico – Attuale	
Disturbo di panico – Pregresso	
Disturbo d'ansia di separazione – Attuale	
Disturbo d'ansia di separazione – Pregresso	
Disturbo d'ansia sociale/mutismo selettivo – Attuale	
Disturbo d'ansia sociale/mutismo selettivo – Pregresso	
Fobie specifiche – Attuale	
Fobie specifiche – Pregresso	
Disturbo d'ansia generalizzata – Attuale	
Disturbo d'ansia generalizzata – Pregresso	
Disturbo ossessivo-compulsivo – Attuale	
Disturbo ossessivo-compulsivo – Pregresso	
Disturbo da stress post-traumatico – Attuale	
Disturbo da stress post-traumatico – Pregresso	

SUPPLEMENTO 3: DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO, DEL COMPORTAMENTO DIROMPENTE E DELLA CONDOTTA	
Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Attuale	
Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Pregresso	
Disturbo oppositivo-provocatorio – Attuale	
Disturbo oppositivo-provocatorio – Pregresso	
Disturbo della condotta – Attuale	
Disturbo della condotta – Pregresso	
Disturbi da tic – Attuale	
Disturbi da tic – Pregresso	
Disturbo dello spettro autistico – Attuale	
Disturbo dello spettro autistico – Pregresso	

Annotare la data e l'età di esordio per ogni probabile disturbo attuale e pregresso.