

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE PER LA DEPRESSIONE POST-PARTUM (Scala di Edimburgo)

La depressione post partum colpisce circa il 10 - 15% delle donne in gravidanza.

Il rischio di depressione è alto nel primo trimestre di gestazione per poi decrescere nel secondo e terzo mese. I disturbi d'ansia che compaiono invece alla 32esima settimana non dovrebbero essere ignorati in quanto rappresentano un potenziale rischio di depressione post-partum.

Sebbene venga ritenuto possibile l'uso di psicofarmaci durante e dopo la gravidanza sotto stretto controllo medico, il fenomeno è preventivabile e dunque il rischio di arrivare ad una terapia farmacologica è basso.

Il test Edinburgh Postnatal Depression Scale (Scala di Edimburgo) di seguito presentato è un test di **autovalutazione**. E' possibile dunque svolgerlo in assenza di un clinico ma **è puramente indicativo e serve a valutare, in maniera preliminare, l'insorgenza di fenomeni di depressione post-partum**. Il test nato per essere somministrato nel periodo post-natale ha dimostrato la sua efficacia anche nella somministrazione durante il periodo di gestazione.

Per una diagnosi accurata, rivolgersi a un clinico.

Leggere e rispondere a ciascuna delle 10 domande.

1. Negli ultimi 7 giorni sono stato capace di sorridere e vedere il lato divertente delle cose

Come sempre	0
Un po' meno del solito	1
Decisamente meno del solito	2
Per niente	3

2. Negli ultimi 7 giorni guardavo alle cose imminenti con gioia

Come sempre	0
Un po' meno del solito	1
Decisamente meno del solito	2
Per niente	3

3. Negli ultimi 7 giorni mi rimproveravo senza motivo quando le cose andavano male

Sì, per la maggior parte delle volte	3
Sì, alcune volte	2
No, non molto spesso	1
No, mai	0

4. Negli ultimi 7 giorni sono stata ansiosa e preoccupata senza una ragione

No, per niente	0
Molto raramente	1
Sì, qualche volta	2
Sì, molto spesso	3

5. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita spaventata o terrorizzata senza una vera ragione

Sì, abbastanza	3
Sì, alcune volte	2
No, non molto spesso	1
No, mai	0

6. Negli ultimi 7 giorni le cose mi sovrastano

Sì, per la maggior parte del tempo non riesco a cavarmela affatto	3
Sì, a volte non riesco a cavarmela come al solito	2
No, la maggior parte delle volte me la cavo abbastanza bene	1
No, me la sono cavata come sempre	0

7. Negli ultimi 7 giorni sono stata così infelice che da non riuscire a dormire

Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, alcune volte	2
No, non per molto	1
No, mai	0

8. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita triste e abbattuta

Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, abbastanza spesso	2
No, non molto spesso	1
No, mai	0

9. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita così triste da mettermi a piangere

Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, abbastanza spesso	2
Soltanto occasionalmente	1
No, mai	0

10. Negli ultimi 7 giorni il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente

Sì, abbastanza spesso	3
Qualche volta	2
Quasi mai	1
Mai	0

Sommate ora i singoli punteggi e **verificate il risultato** come da punteggio più sotto indicato.

COPYRIGHT

I Test sono stati reperiti nel web dove ne esistono numerose versioni senza copyright; si devono quindi intendere Royalties free

Se il punteggio ottenuto è superiore a 12 il rischio di depressione post-partum non deve essere trascurato ed è opportuno consultare uno specialista.

Nome e Cognome
 DATA
 NASC Professione
 Titolo di studio Data

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei si sente adesso, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi *attuali* stati d'animo.

1 = PER NULLA
 2 = UN PO'
 3 = ABBASTANZA
 4 = MOLTISSIMO

Per nulla Un po' Abbastanza Moltissimo

1. Mi sento calmo	1	2	3	4
2. Mi sento sicuro	1	2	3	4
3. Sono teso	1	2	3	4
4. Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5. Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6. Mi sento turbato	1	2	3	4
7. Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8. Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9. Mi sento intimorito	1	2	3	4
10. Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11. Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12. Mi sento nervoso	1	2	3	4
13. Sono agitato	1	2	3	4
14. Mi sento indeciso	1	2	3	4
15. Sono rilassato	1	2	3	4
16. Mi sento contento	1	2	3	4
17. Sono preoccupato	1	2	3	4
18. Mi sento confuso	1	2	3	4
19. Mi sento disteso	1	2	3	4
20. Mi sento bene	1	2	3	4

QUESTIONARIO S.I.A.I.
FORMA Y - 2

ISTRUZIONI: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei *abitualmente* si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei *abitualmente* si sente.

1 = QUASI MAI
2 = QUALCHE VOLTA
3 = SPESSO
4 = QUASI SEMPRE

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
21. Mi sento bene	1	2	3	4
22. Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4
23. Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
24. Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	1	2	3	4
25. Mi sento un fallito	1	2	3	4
26. Mi sento riposato	1	2	3	4
27. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
28. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4
29. Mi preoccupò troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4
30. Sono felice	1	2	3	4
31. Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
32. Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
33. Mi sento sicuro	1	2	3	4
34. Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
35. Mi sento inadeguato	1	2	3	4
36. Sono contento	1	2	3	4
37. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4
38. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa ..	1	2	3	4
39. Sono una persona costante	1	2	3	4
40. Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4

Ecod ----- (3)

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9 (PHQ-9)

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?
(Segni la sua risposta con una "X")

	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Se ha fatto una crocetta su uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?

Per niente difficile	Abbastanza difficile	Molto difficile	Estremamente difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colleghi, con un finanziamento da parte della Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, traduzione, visualizzazione o distribuzione.

Organizzazione Mondiale della Sanità
Divisione di Salute Mentale
Ginevra



WHOQOL-Breve

*(World Health Organization Quality Of Life -
Versione Breve)*

Versione italiana FINALE a cura del
Centro Collaborativo Italiano
Marzo 2000

Informazioni personali

Prima di iniziare la compilazione di questo questionario, La preghiamo di rispondere ad alcune domande generali, facendo un segno sulla risposta corretta o scrivendo nello spazio apposito.

A. Sesso

1. maschio |___|
 2. femmina

B. Età (in anni)

|___| |___|

C. Scolarità

1. nessun titolo di studio |___|
 2. scuola elementare
 3. scuola media inferiore
 4. scuola media superiore
 5. laurea - diploma para-universitario
 6. specializzazione post-laurea

D. Stato civile

1. celibe/nubile |___|
 2. coniugato/a
 3. convivente
 4. separato/a
 5. divorziato/a
 6. vedovo/a

E. Situazione abitativa

1. vive solo |___|
 2. vive con altri

F. Condizione lavorativa

1. Ha un lavoro retribuito |___|
 2. Non ha un lavoro retribuito |___|
 1. Casalinga |___|
 2. Pensionato |___|
 3. Studente |___|
 4. Disoccupato |___|
 5. In cerca di prima occupazione |___|
 6. Altra condizione non lavorativa |___|

G. Attualmente Lei soffre di qualche malattia o disturbo?

1. No |___|
 2. Sì (ma lieve o di breve durata; esempio, raffreddore
 o mal di schiena leggero) |___|
 3. Sì, di una certa gravità |___|

Secondo Lei c'è qualcosa che non va nel Suo stato di salute? Di cosa si tratta?

Problemi di _____

Malattie: _____

COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA FISICO?

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO?

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

Istruzioni

Questo questionario riguarda quello che Lei pensa della qualità della Sua vita, della Sua salute, e di altri aspetti della Sua vita. **Per favore, risponda a tutte le domande:** se è incerto sulla risposta da fornire ad una domanda, scelga, per favore, quella che corrisponde di più alla sua opinione; spesso si tratterà della risposta che Le è venuta in mente per prima.

Per favore, nel rispondere tenga conto delle sue abitudini di vita, delle Sue speranze, dei Suoi gusti e delle Sue preoccupazioni e pensi a quello che Le è successo **negli ultimi 15 giorni**.

Ad esempio, alla seguente domanda:

Ottiene dagli altri l'aiuto di cui ha bisogno ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

Lei deve fare un segno sul numero che meglio esprime in che misura Lei ha ricevuto l'aiuto di cui ha bisogno **negli ultimi 15 giorni**. Quindi, Lei deve fare un segno sul numero 4 se ha ricevuto 'Molto' aiuto dagli altri, o sul numero 1 se non ha ricevuto 'Per niente' l'aiuto di aveva bisogno. Legga attentamente ogni domanda, rifletta sui Suoi stati d'animo e, come Le abbiamo già suggerito, faccia un segno sulla risposta che meglio corrisponde alla sua opinione o ai suoi sentimenti.

1 (G1) Come valuta la qualità della Sua vita ?

1 *Molto cattiva* 2 *Cattiva* 3 *Nè cattiva, nè buona* 4 *Buona* 5 *Molto buona*

2 (G4) E' soddisfatto/a della Sua salute ?

1 *Molto insoddisfatto/a* 2 *Insoddisfatto/a* 3 *Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a* 4 *Soddisfatto/a* 5 *Molto soddisfatto/a*

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato determinate cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

3 (F1.4) In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare ?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

4 (F11.3) Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni ?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

5 (F4.1) Quanto si gode la vita?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

6 (F24.2) In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

7 (F5.3) Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

8 (F16.1) Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni ?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

9 (F22.1) L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?

1 *Per niente* 2 *Poco* 3 *Abbastanza* 4 *Molto* 5 *Moltissimo*

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato o è stato capace di fare certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

10 (F2.1) Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 completamente

11 (F7.1) Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

12 (F18.1) Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

13 (F20.1) Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

14 (F21.1) Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

15 (F9.1) In che misura riesce a muoversi ?

1 Molto poco 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto quanto si è sentito **bene o soddisfatto** relativamente a vari aspetti della Sua vita negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

16 (F3.3) E' soddisfatto/a di come dorme ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

17 (F10.3) E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

18 (F12.4) E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

19 (F6.3) E' soddisfatto/a di Sé stesso ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

20 (F13.3) E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

21 (F15.3) E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

22 (F14.4) E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

23 (F17.3) E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

24 (F19.3) E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

25 (F23.3) E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

La domanda che segue si riferisce a **quanto spesso** Lei ha provato o sperimentato certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

26 (F8.1) Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione ?
1 *Mai* 2 *Raramente* 3 *Abbastanza spesso* 4 *Molto spesso* 5
Sempre

Qualcuno L'ha aiutata a compilare il questionario?
.....

Quanto tempo ha impiegato a compilare il questionario?
.....

Ha qualche osservazione in merito al questionario?
.....
...

LA RINGRAZIAMO PER LA SUA COLLABORAZIONE

SEZIONE RISERVATA ALL'INTERVISTATORE**I) Tipo di assistenza sanitaria**

- | | | |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | Nessun trattamento | ___ |
| 2 | Ricoverato | ___ |
| 3 | In trattamento ambulatoriale | ___ |
| 4 | In trattamento domiciliare | ___ |

L) Modalità di somministrazione del questionario

- | | | |
|---|----------------------------|-----|
| 1 | Autosomministrazione | ___ |
| 2 | Somministrazione assistita | ___ |
| 3 | Eterosomministrazione | ___ |

M) Tempo di somministrazione (in minuti) |___| |___|**N) Numero progressivo dell'intervista** |___| |___| |___|**O) Nome dell'intervistatore****P) Codice centro**

SEZIONE RISERVATA AL SANITARIO: NON COMPILARE

VALUTAZIONE SINTETICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE OPERATA DAL SANITARIO (Categorie diagnostiche tratte dall'ICD-10)

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

RESPIRATORIO

- | | |
|---|--|
| <p>0) NESSUNA PATOLOGIA
.....</p> <p>1) MALATTIE INFETTIVE O PARASSITARIE
(INCLUSO HIV+)
.....</p> <p>2) NEOPLASIE
.....</p> <p>3) MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI
EMOPOIETICI E DISTURBI DEL SISTEMA
IMMUNITARIO
.....</p> <p>4) MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E
METABOLICHE
.....</p> <p>5) DISTURBI MENTALI E DEL
COMPORTEMENTO
.....</p> <p>6) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO
.....</p> <p>7) MALATTIE DEGLI OCCHI ED ANNESSI
.....</p> <p>8) MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELLA
MASTOIDE
.....</p> <p>9) MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
.....</p> <p>10) MALATTIE DEL SISTEMA</p> | <p>.....</p> <p>11) MALATTIE DEL SISTEMA DIGESTIVO
.....</p> <p>12) MALATTIE DELLA PELLE E DEI TESSUTI
SOTTOCUTANEI
.....</p> <p>13) MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-
SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
.....</p> <p>14) MALATTIE DEL SISTEMA UROGENITALE
.....</p> <p>15) GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO
.....</p> <p>16) ALCUNE CONDIZIONI CHE HANNO
ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE
.....</p> <p>17) MALFORMAZIONI, DEFORMAZIONI ED
ANORMALITA' CROMOSOMICHE
.....</p> <p>18) SINTOMI, SEGNI E RISULTATI ANORMALI
CLINICI E DI LABORATORIO, NON
ALTRIMENTI CLASSIFICATI
.....</p> |
|---|--|

19) LESIONI, AVVELENAMENTI ED ALTRE
CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE

.....

20) CAUSE ESTERNE DI MORBILITA' E
MORBIDITA'

.....

21) FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO
DI SALUTE ED IL CONTATTO CON I SERVIZI
SANITARI

.....

22) ALTRO (SPECIFICARE)

.....

M.I.N.I. PLUS
MINI INTERNATIONAL NEUROPSICHIATRY INTERVIEW
EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Data di compilazione U.O. _____ A cura del Servizio _____

Nome _____ Cognome _____ Codice

Tel. _____ Cell. _____

A1 a. Si è mai sentita costantemente triste, depressa o abbattuta la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno, per almeno due settimane? NO SI 1

Se A1a = SI:

b. Si è mai sentita costantemente triste, depressa o abbattuta la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, nelle ultime due settimane? NO SI 2

A2 a. Le è mai capitato di perdere l'interesse per la maggior parte delle cose o la capacità di provare piacere per ciò che prima le dava piacere, la maggior parte del tempo, per almeno due settimane? NO SI 3

Se A2a = SI:

b. Nel corso delle ultime due settimane, si è sentita quasi sempre priva di interesse per la maggior parte delle cose o ha perso la capacità di provare piacere per ciò che prima le dava piacere? NO SI 4

Se A1a oppure A2a = SI ↓ PROSEGUIRE, Se A1a e A2a = NO → USCIRE NO → SI

SE È DEPRESSA AL MOMENTO ATTUALE (A1b o A2b = SI): INDAGARE SOLO L'EPISODIO IN CORSO.

SE = NO: PRENDERE IN ESAME L'EPISODIO SINTOMATOLOGICAMENTE PIÙ COMPLETO IN ANAMNESI.

A3. Nel corso delle due settimane durante le quali si sentiva depressa o priva di interessi

	Episodio attuale	SI	Episodio in anamnesi	NO	SI
a. Il suo appetito era diminuito o aumentato quasi ogni giorno? Il suo peso era diminuito o aumentato senza che lei lo volesse (per es.: ±5% DEL PESO CORPOREO IN PIÙ O IN MENO O ±3,5 KG PER UNA PERSONA DI 70 KG IN PIÙ O IN MENO IN UN MESE)? Se UNO DEI DUE È SI, SEGNARE SI.	NO	SI	NO	SI	5
b. Aveva quasi ogni notte problemi nel dormire (difficoltà ad addormentarsi, svegliarsi nel cuore della notte, risvegli mattutini precoci o dormire troppo)?	NO	SI	NO	SI	6
c. Si rendeva conto che parlava o si muoveva più lentamente del solito, oppure al contrario si sentiva agitata, irrequieta, incapace di stare seduta tranquilla, quasi ogni giorno?	NO	SI	NO	SI	7
d. Si sentiva stanca o senza energia quasi ogni giorno?	NO	SI	NO	SI	8
e. Si sentiva di non valere nulla oppure di essere in colpa quasi ogni giorno?	NO	SI	NO	SI	9

Se A3e = SI, CHIEDERE ALLA PAZIENTE DI FARE UN ESEMPIO.

L'ESEMPIO CONFIGURA UN'IDEA DELIRANTE? NO SI

f. Le era difficile concentrarsi o prendere decisioni quasi ogni giorno? NO SI NO SI 10

g. Ha preso ripetutamente in considerazione l'idea di farsi del male, di suicidarsi o ha desiderato di essere morta? NO SI NO SI 11

A4. Ci sono 3 o più risposte in A3 = SI (oppure 4 risposte in A3 = SI, se A1a o A2a sono = NO per l'episodio in anamnesi oppure se A1b o A2b sono = NO per l'episodio attuale)? NO SI NO → SI

VERIFICARE SE I SINTOMI SEGNATI "SI" SI SONO VERIFICATI DURANTE LO STESSO PERIODO DI DUE SETTIMANE DI TEMPO

Se A4 = NO per l'episodio attuale, esplorare A3a - A3g per l'episodio sintomatologicamente più completo in anamnesi

	EPISODIO attuale	EPISODIO in anamnesi
A5. I sintomi di depressione di cui abbiamo parlato le causavano disagio oppure compromettevano la sua capacità lavorativa, le sue relazioni sociali o interferivano in qualche altra maniera importante?		NO → SI 12

A6. Questi sintomi sono dovuti interamente alla perdita di una persona cara (lutto) e sono simili per gravità, grado di compromissione e durata a quelli che la maggior parte delle persone avrebbe presentato in circostanze analoghe?
In questo caso si tratta di lutto non complicato.

E' STATO ESCLUSO UN LUTTO NON COMPLICATO? NO → SI 13

A7 a. Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, prendeva dei medicinali oppure delle sostanze NO SI

b. Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, aveva qualche malattia fisica? NO SI

SECONDO IL GIUDIZIO DEL CLINICO, E' POSSIBILE CHE L'UNA O L'ALTRA DELLE DUE CONDIZIONI POSSANO ESSERE LA CAUSA DIRETTA DELLA DEPRESSIONE DEL PAZIENTE?
SE NECESSARIO, FARE ULTERIORI DOMANDE LIBERE

RIASSUNTO DI A7: È STATA ESCLUSA UNA CAUSA ORGANICA? NO SI INCERTO 14

A8. SEGNARE "SI" se IL RIASSUNTO DI A7 = SI o INCERTO.

SPECIFICARE SE L'EPISODIO È ATTUALE o IN ANAMNESI.

	NO	SI
<i>Episodio Depressivo Maggiore</i>		
Attuale	<input type="checkbox"/>	
In anamnesi		<input type="checkbox"/>

A9. SEGNARE "SI" se A7B = SI E IL RIASSUNTO DI A7 = NO

SPECIFICARE SE L'EPISODIO È ATTUALE o IN ANAMNESI.

	NO	SI
<i>Disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale</i>		
Attuale	<input type="checkbox"/>	
In anamnesi		<input type="checkbox"/>

A10. SEGNARE "SI" SE A7a = SIE IL RIASSUNTO DI A7 = NO

SPECIFICARE SE L'EPISODIO È ATTUALE o IN ANAMNESI.

NO	SI
<i>Disturbo dell'umore indotto da sostanze</i>	
Attuale	<input type="checkbox"/>
In anamnesi	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

A11. A che età si sono manifestati per la prima volta i sintomi di depressione?

15

**A12. Nel corso della sua vita, quante volte ha avuto questi sintomi depressivi?
(ogni giorno per almeno due settimane)?**

16

Presentazione e istruzioni

Lo scopo di questo questionario è di descrivere il comportamento del Suo bambino o della Sua bambina in alcune situazioni della vita quotidiana.

Le situazioni sono:

- il bambino/la bambina con gli altri
- il bambino/la bambina che gioca
- il bambino/la bambina di fronte alla novità

Il comportamento è descritto in brevi frasi. Le chiediamo di segnare per ogni frase la frequenza che descrive meglio il modo in cui Suo figlio/Sua figlia si è comportato/a nell'ultima settimana.

Ognuna delle affermazioni del questionario è affiancata da 6 numeri. Le chiediamo di indicare con una crocetta se il comportamento descritto compare:

Quasi mai	1
Raramente	2
Dipende, di solito no	3
Dipende, di solito si	4
Spesso	5
Quasi sempre	6

Alcune affermazioni sono simili tra loro. La preghiamo comunque di rispondere a tutte. Se qualche descrizione non si applica al caso di Suo figlio/Sua figlia, può cancellarla con una riga.

Le assicuriamo che non esistono risposte giuste o sbagliate. Stiamo cercando semplicemente il modo per descrivere meglio le caratteristiche dei bambini.

QUESTIONARIO DEL TEMPERAMENTO (1-12 mesi)

Quasi mai	Raramente	Dipende, di solito no	Dipende, di solito si	Spesso	Quasi sempre
1	2	3	4	5	6

A. BAMBINO/A CON GLI ALTRI

1. Quando è eccitato/a, agita braccia e gambe molto a lungo (5/10 minuti).

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
2. Porta lo sguardo sul volto di chi lo/la tiene in braccio.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
3. Deve essere chiamato/a almeno 3/4 volte prima che giri lo sguardo verso la persona.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
4. Quando gioca con la mamma o il papà, ride a gola spiegata.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
5. Quando è in braccio urla e strilla.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
6. Se viene contrariato/a piange a lungo.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
7. Guarda immediatamente la persona che lo/la chiama.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
8. Quando è in braccio porta lo sguardo sulle persone che ha intorno.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
9. Quando vede una persona conosciuta rimane indifferente.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
10. Osserva molto a lungo la madre e le persone (2/3 minuti).

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
11. Quando è in difficoltà cerca subito la presenza della madre (la chiama, dirige lo sguardo piangendo).

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------
12. Quando gioca con la madre si gira immediatamente se viene chiamato/a da qualcun altro.

	quasi mai	1	2	3	4	5	6	quasi sempre
--	-----------	---	---	---	---	---	---	--------------

(continua)

13. Quando è in braccio, sta ferma/a, rilassato/a, senza muovere braccia e gambe	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
14. Se viene manipolato/a o cambiato/a non smette di sorridere o ridere	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
15. Quando vede la madre sorride e ride	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
16. Quando la madre si allontana assume un'espressione di dispiacere o piange	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
17. Sa viene preso/a in braccio non smette di agitare braccia e gambe	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
18. Sorride subito appena preso/a in braccio dalla madre	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
19. Quando la madre gioca con lui/lei, non sorride o sorride poco	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
20. Quando la madre si allontana, urla molto forte	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
21. Appena viene contrariato/a piange subito	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
22. Quando gioca con la madre ride a lungo	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
23. Sorride solo dopo ripetuti incoraggiamenti da parte della madre	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
24. Quando è in braccio guarda attentamente ciò che ha intorno	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
25. Quando gli/le vengono presentati gli oggetti non li guarda	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
26. Quando è nella culla/nel seggiolone guarda le persone che lo/a circondano	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
27. Quando è in braccio si agita, scalcia	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre

(continua)

B. BAMBINO/A CHE GIOCA

28. Quando gioca, mantiene un'espressione sorridente a lungo	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
29. Porta immediatamente lo sguardo alla fonte di un suono	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
30. Si stanca facilmente dell'esplorazione degli oggetti (fermate dopo meno di 5 minuti)	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
31. Rimane a lungo in ascolto della musica	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
32. Quando gioca mantiene a lungo un'espressione corrucciata o triste (20/30 minuti)	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
33. Gioca da solo/a per molto tempo senza interruzione (almeno 10 minuti)	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
34. Se sta giocando da solo/a, non alza gli occhi quando viene chiamato/a	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
35. Per esplorare un giocattolo nuovo ha bisogno di incoraggiamento	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
36. Quando gli/le si toglie un oggetto, non reagisce per un po', prima di piangere	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
37. Afferra gli oggetti con movimenti rapidi	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
38. Reagisce con un grande sobbalzo ai movimenti improvvisi	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
39. Quando gioca con un adulto, richiede continuamente la sua attenzione	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
40. Mostra interesse per ogni giocattolo nuovo che gli/le viene proposto	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
41. Afferra immediatamente ogni giocattolo nuovo che gli/le viene proposto	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre
42. Se mostra perplessità di fronte a un gioco nuovo, inizia l'esplorazione solo dopo ripetuti incoraggiamenti da parte della madre	quasi mai	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	quasi sempre

(continua)

