

# Versione Italiana della “Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist”: affidabilità, validità e istruzioni per l’uso

*Italian validation of the “Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist”: reliability, validity and instructions for use*

A. Meneghelli<sup>1</sup>, A. Alpi<sup>1</sup>, M.T. Cascio<sup>1</sup>, H. Häfner<sup>2</sup>, K. Maurer<sup>2</sup>, A. Preti<sup>1,3,4</sup>, A. Raballo<sup>5</sup>, A. Cocchi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda Ospedaliera, Ospedale “Niguarda Ca’ Granda”, Dipartimento di Salute Mentale, Centro per l’Individuazione e l’Intervento Precoce nelle Psicosi, Programma2000, Milano; <sup>2</sup> Central Institute of Mental Health, Medical Faculty, Mannheim/Heidelberg University, Mannheim, Germania; <sup>3</sup> Centro Medico Genneruxi, Cagliari; <sup>4</sup> Centro di Psichiatria di Consulenza e Psicomatica, Azienda Universitario-Ospedaliera di Cagliari; <sup>5</sup> Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Reggio Emilia

## Summary

### Objectives

Screening questionnaires are often used at first-contact with psychiatric services to identify, among those displaying psychological distress, those who need more in-depth assessment. The Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist (ERlraos-CL) may be a useful tool to prompt further screenings in young help-seekers, who are experiencing symptoms that are compatible with a prodromic state of psychosis. This study describes the psychometric properties of the Italian version of ERlraos-CL in high risk and early onset populations.

### Materials and methods

The study was carried out as part of Programma2000 in Milan (Italy). Participants were 113 individuals with a diagnosis of First Episode Psychosis (FEP) and 97 individuals with a diagnosis of high-risk psychosis (UHR). The ERlraos-CL reliability was measured by internal consistency (Cronbach alpha) and by test-retest stability after 6 months (intraclass correlation coefficient). The concurrent validity of ERlraos-CL was assessed by correlation with the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and with the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). The discriminant validity of this tool was assessed by comparing

scores between FEP and URP with threshold at 10, which is slightly less than the threshold that discriminates between at risk cases and non-cases (12).

### Results

Internal consistency was good for all the scales in both samples, with low values for ERlraos-CL. Retest stability after 6 months of ERlraos-CL was acceptable (> 0.70) in both diagnostic groups. In both groups, ERlraos-CL correlated positively with HoNOS and BPRS. ERlraos-CL discriminates effectively between FEP and UHR. The two groups differ statistically by symptoms that qualify for the presence of an active episode of psychosis: suspiciousness/distrust, ideas of self-reference, changes in perception, paranoid ideation and hallucinations.

### Conclusions

The Italian version of the ERlraos-CL has good psychometric properties that make it suitable for routine use as a scale for the identification of the cases that might benefit from a more in-depth assessment of the risk of psychosis.

### Key words

Early intervention in psychosis • Prodromal symptoms • Diagnostic assessment • Screening

## Introduzione

La progressiva diffusione del nuovo paradigma dell’early intervention (EI) nella psicosi, con il conseguente affermarsi del *clinical staging model*<sup>1,2</sup>, ha promosso lo sviluppo di idonei strumenti di screening e identificazione precoce. Tra questi, la *Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist* (ERlraos-CL) rappresenta un’agile supporto per la valutazione iniziale della variegata popolazione dei

giovani *help-seekers* che sperimentano sintomi compatibili con uno stato prodromico di psicosi<sup>3,4</sup>.

### Help-seeking e aspecificità sintomatologica

La popolazione target dei programmi di EI è tipicamente costituita da adolescenti/giovani adulti che richiedono un supporto specialistico per l’insorgenza di forme pervasive di disagio psico-emotivo con compromissione socio-funzionale e coartazione della qualità di vita poten-

### Correspondence

Angelo Cocchi, A.O. Ospedale “Niguarda Ca’ Granda”, Programma 2000, via Livigno 3, 20128 Milano, Italia • Tel. +39 02 64445554 • E-mail: angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it

zialmente indicativa di un processo psicopatologico in *statu nascendi*. Si tratta di una popolazione eterogenea, che manifesta spesso incertezze e ambivalenze riguardo alla fonte del proprio disagio, privilegiando l'enumerazione delle difficoltà e dei problemi alla declinazione delle sintomatologie con base psicopatologica. È spesso lamentata una *costellazione aspecifica di sintomi*, quali irritabilità ed irrequietezza, disturbi del sonno, perturbazioni delle abitudini alimentari, disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, spesso ricondotta ad una generica cornice di ansia e depressione<sup>5,6</sup>.

In una frazione ancora poco accuratamente stimata di casi, emergono *esperienze simil-psicotiche* (psychotic-like experiences o PLEs della letteratura Anglo-Sassone), cioè anomali vissuti cognitivo-percettivi che echeggiano i sintomi psicotici, ma sono accompagnati da differenti livelli di intrusività e disagio. Queste esperienze simil-psicotiche includono distorsioni percettive di tipo quasi-allucinatorio, convincimenti anomali a carattere idiosincrasico e talvolta dal sapore simil-delirante, condotte eccentrico-disorganizzate-impulsive, che sconfinano nelle dimensioni della schizotipia e possono accompagnarsi a abuso di sostanze, stati di ritiro sociale, condizioni apatico-anedoniche para-depressive<sup>7</sup>. Si stima che una percentuale tra il 15 e il 20% della popolazione riferisca isolate PLEs, e di questa meno del 10% sperimenti un disagio psicologico associato<sup>8</sup>. Gli stati mentali ad alto rischio costituiscono una frazione di chi sperimenta PLEs, e la loro identificazione è facilitata dall'applicazione di una procedura di screening a passi multipli (*multiple gate screening*).

### **Psicopatologia latente: dai margini dello spettro schizofrenico agli stati mentali a alto rischio**

L'indagine sui casi a rischio di psicosi, in realtà, ha una lunga storia. Già Bleuler<sup>9</sup> era consapevole dell'esistenza di forme attenuate o "latenti" di schizofrenia, caratterizzate, cioè, da un profilo sintomatico assimilabile alla schizofrenia, sebbene con intensità e durata mitigate. Già alla metà degli anni Trenta del secolo scorso era noto che la schizofrenia è preceduta da una lunga fase prodromica<sup>10,11</sup>, durante la quale il paziente sperimenta un progressivo decadere del proprio funzionamento socio-relazionale, o una rallentata acquisizione delle tappe maturative attese per l'età: il completamento del percorso scolastico, ad esempio, l'inizio di una relazione sentimentale stabile, o l'ingresso nel mondo del lavoro<sup>5</sup>. Un episodio conclamato di psicosi nello spettro della schizofrenia è generalmente preceduto da un periodo prodromico di varia durata, nel corso del quale il soggetto sperimenta un cambiamento sostanziale dell'esperienza di Sé e del mondo. Questo aspetto, che costituisce clinicamente il nucleo esistenziale della psicosi nascenti,

è stato ampiamente documentato dalla ricerca, in particolare quella europea sui sintomi di base, e costituisce il presupposto clinico-psicopatologico della definizione degli stati mentali a rischio come formalizzati nella ricerca contemporanea<sup>12</sup>.

Al fine di aumentare la predittività delle sintomatologie prodromiche, alcuni gruppi, in Australia e negli Stati Uniti, hanno iniziato ad enucleare, in modo indipendente uno dall'altro, alcuni profili sintomatici che potessero essere maggiormente predittivi del rischio di evoluzione in psicosi. Sintomi attenuati di psicosi sono spesso presenti nelle fasi che precedono l'esordio vero e proprio di una schizofrenia<sup>13</sup>. In base a queste evidenze, svariati criteri di identificazione dei casi ad alto rischio sono stati sviluppati allo scopo di selezionare popolazioni che potessero beneficiare di specifici protocolli di intervento atti a prevenirne la transizione alla psicosi franca<sup>14</sup>.

Gli stati mentali ad alto rischio – ultra *high-risk* (UHR) o *clinical high-risk* (CHR) della letteratura Anglo-Sassone – sono una evoluzione dell'originale gruppo a rischio per motivi genetici. Nel passato, si intendevano come a rischio coloro che fossero portatori di un carico di vulnerabilità genetica che li esponeva ad una maggiore probabilità di sviluppare una psicosi, essenzialmente i parenti di primo grado di chi avesse ricevuto la diagnosi di schizofrenia. Rado nel 1953 definì come *schizotypy* (*schizophrenic genotype*) la condizione di chi manifesta sintomi che ricordano quelli della schizofrenia (anedonia, affettività coartata, e difficoltà interpersonali), quale riflesso di una specifica vulnerabilità genetica<sup>15</sup>. Successivamente Meehl<sup>16</sup> elaborò come *schizo-taxia* il manifestarsi di sintomi attenuati di tipo psicotico in soggetti che, secondo il suo modello, presentavano lo stesso deficit dell'integrazione neuro-sensoriale che predispone alla schizofrenia. Nel 1980 l'Associazione degli Psichiatri Americani incluse nel proprio manuale diagnostico una categoria a indicare il disturbo di personalità schizotipico, in possibile continuità temporale e dimensionale con le sindromi di psicosi nello spettro della schizofrenia.

Al concetto di vulnerabilità genetica, che circonda il rischio a chi abbia un parente di primo grado con diagnosi di psicosi o a coloro che hanno ricevuto la diagnosi di disturbo di personalità schizotipico, alcuni gruppi hanno aggiunto due ulteriori classi che si incentrano sulla pura espressività sintomatologica: il gruppo di coloro che manifestano sintomi psicotici attenuati o sottosoglia, per intensità e/o durata (*Attenuated Psychotic Symptoms*, APS); e il gruppo di coloro che manifestano sintomi psicotici a bassa pervasività in base alla frequenza, limitati nel tempo e/o intermittenti (*Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms*, BLIPS).

Allo scopo di ridurre i falsi positivi, al rischio genetico è stato poi affiancato il declino funzionale nell'ultimo anno.

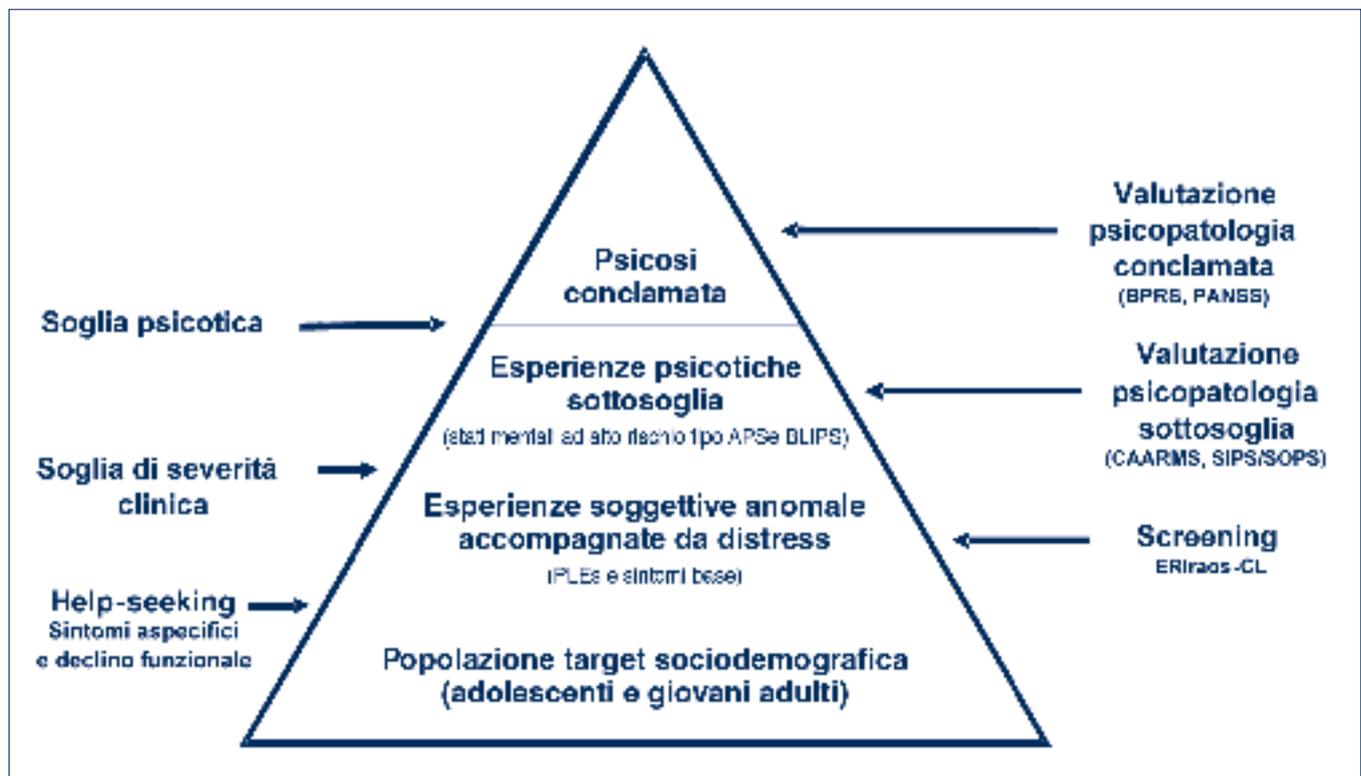


FIGURA 1.

Piramide della valutazione diagnostica negli stati mentali a rischio (da Preti et al., 2012, mod.)<sup>17</sup>. *Pyramid of the diagnostic evaluation in at risk mental states (from Preti et al., 2012, modified)*<sup>17</sup>.

### Strumenti diagnostici e di screening

Nel setting di primo contatto è ragionevole utilizzare questionari di screening che consentano di riconoscere, tra chi manifesta un disagio psicologico, coloro che possono beneficiare di una valutazione più approfondita (Fig. 1).

Quest'ultima, finalizzata a individuare e stadiare i soggetti UHR con più imminente probabilità di transizione a psicosi, generalmente si basa su specifici ed estesi protocolli eterosomministrati, quali la *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS<sup>18</sup>), o la *Structured Interview for Prodromal Syndromes/Scale of Prodromal Symptoms* (SIPS/SOPS<sup>19</sup>), derivati principalmente dalla *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e dalla *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Nella pratica clinica lo screening necessita di uno strumento agile e di facile applicazione, capace tuttavia di stratificare un gradiente di severità all'interno della sintomatologia aspecifica, massimizzando il rapporto segnale/rumore. Proprio a questo scopo, il gruppo tedesco che aveva progettato lo *Age, Beginning and Course of schizophrenia* (ABC) study, ha condensato i principali indicatori discriminanti del rischio di transizione a psicosi nella ERiraos-CL<sup>3</sup>. La ERiraos-CL

combina gli indicatori aspecifici di disagio che nella maggior parte dei casi accompagnano i prodromi della schizofrenia (ritiro sociale, depressione, mancanza di energia, nervosismo, sospettosità) con quei sintomi più caratterizzati in senso psicopatologico (derealizzazione, idee di persecuzione e fenomeni allucinatori) e che sono indicativi di aumentato rischio di transizione a psicosi<sup>4</sup>. Un recente studio sulla coorte di Lundby (Svezia) del 1947, con follow-up a 50 anni, ha identificato alcuni cluster sintomatici simili ai domini esplorati dalla ERiraos-CL quali predittori del rischio di psicosi in quella coorte<sup>20</sup>. Irritabilità e tensione motoria mista a ideazione paranoidea e a distraibilità sono risultati predire il rischio di psicosi nello studio di Lundby. Fino ad oggi, tuttavia, nessuno studio sulla affidabilità e validità della ERiraos-CL è stato condotto in contesti differenti da quelli in cui ha avuto origine. La stabilità trans-culturale delle proprietà psicometriche di uno strumento è un requisito indispensabile per il suo uso. Il presente studio si propone di indagare la affidabilità, intesa come coerenza di risposta e stabilità al retest, e la validità concorrente e discriminante della versione Italiana della ERiraos-CL in un centro di *early intervention* operante a Milano.

## Materiali e metodi

Programma2000 è un programma di individuazione e intervento precoce all'esordio della psicosi attivo dal 1999 presso l'AO Ospedale "Niguarda Ca' Granda" di Milano, ed è la prima esperienza di prevenzione secondaria delle psicosi in Italia<sup>21</sup>. Il bacino di utenza è di circa 200.000 persone, ma il Centro accetta richieste, quanto meno per una valutazione, da tutta Italia<sup>22</sup>.

L'attività del Centro è rivolta sia agli esordi che alle condizioni di alto rischio di evoluzione psicotica.

I criteri di accesso si basano sull'età, compresa tra i 17 e i 30 anni, quella a maggiore rischio di esordio psicotico<sup>22,23</sup>. I pazienti presi in carico sono avviati a programmi individualizzati di trattamento multi-modale che comprendono: colloqui psichiatrici, trattamento farmacologico, psicoterapia individuale cognitivo comportamentale che include aspetti psicoeducativi, interventi strutturati con le famiglie, gruppi terapeutici e riabilitativi, corsi e supporto all'integrazione sociale<sup>22,23</sup>.

### Criteri di inclusione e di esclusione

Per il gruppo della psicosi al primo episodio, i pazienti sono inclusi in trattamento se ricevono una diagnosi di psicosi nello spettro della schizofrenia (categorie F20-29 dell'ICD-10; WHO, 1992), e hanno una durata di psicosi non trattata (DUP) inferiore ai 24 mesi<sup>22,23</sup>. Per il gruppo definito ad alto rischio di psicosi, i pazienti sono inclusi in trattamento se rispondono ai criteri della *Personal Assessment and Crisis Evaluation* (PACE) Clinic di Melbourne per l'individuazione di soggetti ad "ultra high risk" (UHR) di psicosi<sup>24,25</sup>. I pazienti sono inizialmente valutati con la ERlraos Check-list, anziché la *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*. Un punteggio pari o superiore a 12 sulla ERlraos-CL è considerato il livello soglia per una più approfondita valutazione. Questa soglia è quella che è risultata discriminare i pazienti con necessità di trattamento da coloro privi di ulteriori rischi psicopatologici nello spettro psicotico, secondo gli studi compiuti in Germania<sup>4</sup>.

In entrambi i gruppi di pazienti, una diagnosi di psicosi nello spettro affettivo (depressione maggiore con sintomi psicotici; disturbo bipolare) e quella di dipendenza da alcool o da sostanze, costituiscono criterio di esclusione. Una storia di abuso di sostanze senza dipendenza non costituisce criterio di esclusione dalla presa in carico. Consenso informato è richiesto per l'inclusione in trattamento, ciò implica la capacità di correttamente comprendere l'Italiano.

### L'ERlraos-CL

L'ERlraos-CL è uno strumento di screening che comprende 17 domande volte a migliorare la consapevolezza di

un soggetto a rischio di psicosi in merito ai sintomi che manifesta ed alla opportunità di approfondire la valutazione presso un centro specialistico. La Check List è una forma abbreviata della Symptom List ed è usata per facilitare il riconoscimento precoce del rischio psicotico e della fase prodromica, con una bassa soglia di inclusione allo scopo di limitare i falsi negativi.

I 17 item sono stati selezionati dalla Symptom List (110 item) sulla base della loro appropriatezza diagnostica. Sono presenti domande aggiuntive riguardanti rispettivamente il sintomo ritenuto più disturbante e il suo andamento negli ultimi sei mesi, ed ulteriori domande sulle complicanze ostetriche e la eventuale presenza e natura di familiarità psichiatrica, due noti correlati epidemiologici della psicosi schizofrenica. Poiché lo strumento serve ad evitare una esclusione affrettata dei falsi negativi, fornisce una bassa soglia per accedere ad una successiva approfondita valutazione. Infatti, se un certo cut-off viene raggiunto (punteggio 12), la persona dovrebbe ricevere una valutazione più dettagliata da un Centro o un Team specifico.

Negli studi preparatori, l'accordo tra valutatori indipendenti è stato stimato su una media di 10 interviste videoregistrate. L'accordo, misurato con il kappa di Cohen, oscillava tra 0,41 e 0,87 per la presenza dei sintomi nell'anno precedente l'intervista, e tra il 0,33 e il 0,81 per la presenza di disagio di rilievo clinico associato al sintomo<sup>3,4</sup>. I sintomi aspecifici, relativi a tensione, irritabilità, ansia e disforia, sono i più frequenti nelle casistiche di soggetti in fase prodromica; i sintomi di tipo negativo sono solitamente i primi a rendersi evidenti nei campioni esaminati nel tempo.

Nel presente studio l'accordo tra valutatori indipendenti – esaminato durante il training degli stessi su un campione di 20 casi con videointervista – è risultato buono, con un kappa solitamente superiore a 0,70 per quasi tutti gli item, con eccezione degli item che richiedono un apprezzamento di manifestazioni psicopatologiche più elusive e sottili (derealizzazione e interferenza del pensiero). La Guida all'intervista, le Istruzioni per la codifica, il Foglio dei punteggi e le domande aggiuntive costituiscono il Manuale d'uso presentato in Appendice.

### Strumenti di valutazione

Per le finalità del presente studio, oltre alla ERlraos-CL sono state considerate le seguenti scale: *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS)<sup>26</sup>; *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) a 24 item<sup>27,28</sup>, *Global Assessment of Functioning* (GAF)<sup>29</sup>. La HoNOS è una scala a 12 item che indagano la presenza di problemi nel funzionamento psicologico, personale e sociale, con grado di gravità da assente (0) a molto grave (4). Questi item sono poi raggruppabili in quattro aree: problemi nel controllo del

comportamento, problemi dovuti a disabilità, problemi attribuibili all'impatto dei sintomi e problemi di natura sociale. La BPRS è una scala a 24 item volti ad indagare l'intero profilo psicopatologico osservabile in pazienti con disturbo mentale grave, incluso rischio di suicidio, sintomi d'ansia e di depressione, sintomi positivi (allucinazioni, deliri, condotte disorganizzate) e sintomi negativi della psicosi (appiattimento affettivo). La GAF è lo strumento di valutazione del funzionamento psico-sociale del soggetto, misurato su una scala da 0 a 100. Le scale ERlraos-CL, HoNOS e BPRS valutano con un punteggio crescente la gravità dei sintomi; nella GAF un punteggio elevato indica invece un alto livello di funzionamento nella vita quotidiana (dettagli sull'assessment si vedano i lavori di Cocchi et al.<sup>22</sup> e Meneghelli et al.<sup>23</sup>).

La DUP e la durata di malattia non trattata (duration of untreated illness o DUI) sono state valutate retrospettivamente sulla base delle stime dell'epoca di esordio di sintomi chiave (allucinazioni e deliri per la DUP; sintomi di ansia, depressione o irritabilità per la DUI) per come ricostruite in base alle interviste cliniche del paziente e di almeno un informatore chiave (solitamente uno dei genitori).

### Analisi statistica

I dati sono stati analizzati tramite il Programma "Statistical Package for Social Science" (SPSS) per Windows (Chicago, Illinois 60606, USA), versione 13. Tutti i test sono a due code, con soglia statistica per significatività a  $p < 0,05$ .

L'affidabilità delle scale è stata misurata come consistenza interna, mediante il calcolo dell'alfa di Cronbach. Per la ERlraos-CL è stata calcolata anche la stabilità al retest dopo 6 mesi, mediante coefficiente di correlazione intraclass o *intraclass correlation coefficient* (ICC), con intervallo di confidenza (IC) al 95%. La ICC è una misura adimensionale che descrive la riproducibilità delle misurazioni ripetute nella stessa popolazione. Per convenzione, ICC con valori pari o superiori a 0,60 sono considerati accettabili per l'uso clinico<sup>30</sup>.

La validità concorrente dell'ERlraos-CL è stata valutata per correlazione con la BPRS e la HoNOS: ci si attende che un grado crescente di rischio psicotico, per come misurato dalla ERlraos-CL, si accompagni a una maggiore probabilità di sintomi alla BRPS e problemi alla HoNOS. La capacità discriminante dello strumento è stata valutata per confronto tra chi ha ricevuto la diagnosi di psicosi al primo episodio e chi ha ricevuto la diagnosi di UHR, i primi attesi riportare punteggi statisticamente più elevati dei secondi alla ERlraos-CL. Per i confronti sono state utilizzate statistiche non parametriche, a causa della non normalità (Kolmogorov-Smirnov, con correzione di significatività di Lilliefors  $p < 0,01$ , in tutti le indagini).

Nei confronti tra gruppi, i dati sono stati analizzati per categoria tramite test Chi-quadro o test esatto di Fisher, ove opportuno ( $n < 5$  in ogni cella in confronto binario). Il test di Mann-Whitney è stato utilizzato per confrontare le variabili ordinali. Sono stati utilizzati i coefficienti rho di Spearman per esaminare le associazioni fra due variabili. La *Receiver Operating Characteristic (ROC) Analysis*<sup>31</sup> è stata utilizzata per identificare la migliore soglia discriminante tra casi con psicosi al primo episodio e casi identificati come UHR. Come misura di effetto è stata utilizzata l'Area sotto la curva (Area under curve o AUC), con intervallo di confidenza al 95%<sup>32</sup>. Quando entrambi gli estremi dell'intervallo di confidenza sono al di sopra di 0,500 (equiprobabilità), l'effetto può considerarsi statisticamente significativo.

### Risultati

Nel periodo dello studio (1999-2011), 470 soggetti sono stati indirizzati al servizio per valutazione. Tra questi, 24 non hanno completato la fase di assessment. Tra coloro che hanno completato l'assessment iniziale ( $n = 446$ ), 200 sono stati rinviati ai servizi che avevano chiesto la valutazione perché vivevano fuori dalla Lombardia ( $n = 49$ ), o la DUP stimata era superiore ai 24 mesi se casi di psicosi all'esordio ( $n = 52$ ), o ancora non soddisfacevano i criteri per la diagnosi di alto rischio di psicosi ( $n = 99$ ).

A 242 soggetti è stata offerta una proposta terapeutica: 210 hanno accettato e sono stati arruolati in trattamento, 17 hanno rifiutato subito e 15 non si sono ripresentati dopo avere fornito una iniziale adesione alla proposta. Tutti i pazienti arruolati in trattamento hanno consentito all'utilizzo dei dati clinici per finalità di ricerca.

Lo studio è stato condotto su un campione di 113 casi di psicosi al primo episodio e 97 casi UHR valutati al Programma2000 nell'intervallo compreso tra la sua apertura (1999) e il Dicembre 2011.

Vi era una maggiore prevalenza di soggetti di sesso maschile nel campione delle psicosi al primo episodio, ma nessuna differenza per età al primo contatto (Tabella I).

I due campioni non mostravano differenze di rilievo statistico in relazione al livello scolastico, allo stato civile, alla nazionalità, alla presenza di una storia familiare di disturbi psichiatrici ed alla DUI.

### Consistenza interna delle scale

La consistenza interna è risultata buona per tutte le scale in entrambi i campioni, con valori bassi per la ERlraos-CL e modesti per la HoNOS nel campione dei casi con diagnosi UHR (Tabella II).

Lo strumento è stato somministrato nuovamente dopo 6 mesi (nessun drop-out nel campione). La stabilità al retest dopo 6 mesi dell'ERlraos-CL è risultata accettabile per

**TABELLA I.**Caratteristiche socio-demografiche e cliniche d'ingresso nel campione. *Socio-demographic and clinical features in the sample.*

Variabili di interesse: media (SD) o numero (%)	Primo episodio di psicosi n = 113	Alto rischio di psicosi n = 97	Statistiche (gradi di libertà)
Età all'ingresso	22,2 (3,8)	22,1 (3,6)	t(208) = -0,168, p = 0,867
Sesso (numero, % di maschi)	n = 92 (81%)	n = 65 (67%)	$\chi^2(1) = 5,74, p = 0,017$
Età dei maschi	21,9 (3,7%)	22,0 (3,6%)	
Età delle femmine	23,5 (4,3%)	22,4 (3,7%)	
Scolarità			$\chi^2(2) = 0,05, p = 0,975$
Laurea o dottorato	7 (6%)	7 (7%)	
Diploma scuola superiore	50 (46%)	44 (45%)	
Scolarità inferiore al diploma	52 (48%)	46 (48%)	
Informazione mancante	4	0	
Stato civile			$\chi^2(2) = 0,87, p = 0,646$
Non sposati	111 (98%)	96 (99%)	
Sposati	1 (1%)	1 (1%)	
Separati/divorziati	1 (1%)	0 (0%)	
Nazionalità			$\chi^2(2) = 0,23, p = 0,904$
Italiana	104 (92%)	90 (93%)	
Europea non italiana	2 (2%)	1 (1%)	
Non europea	7 (6%)	6 (6%)	
Anamnesi familiare psichiatrica			$\chi^2(1) = 0,38, p = 0,534$
Presente	72 (64%)	60 (62%)	
Parente di I/II grado con psicosi	22 (19%)	12 (12%)	
Non specificato/non classificato	5 (4%)	1 (1%)	
Assente	36 (32%)	36 (37%)	
Durata della psicosi non trattata (giorni)	162,7 (210,0)	–	
Durata della malattia non trattata (mesi)	30,4 (25,7)	30,7 (22,3)	Z = -0,35, p = 0,726

il gruppo della psicosi al primo episodio (ICC = 0,730; IC 95% = 0,634 – 0,811) e ottimale per i casi diagnostici come UHR (ICC = 0,817; IC 95% = 0,755 – 0,870).

#### Validità concorrente e discriminante dell'ERiraos-CL

Come atteso, il gruppo delle psicosi al primo episodio manifestava punteggi più elevati all'ERiraos-CL, alla BPRS e, marginalmente, alla HoNOS, e più bassi al GAF (Tab. II).

In entrambi i gruppi l'ERiraos-CL correla positivamente con la HoNOS e la BPRS, mentre non mostra una associazione statisticamente significativa col GAF (Tab. III).

L'ERiraos-CL discrimina perfettamente i casi di psicosi al primo episodio dai casi identificati come UHR: AUC = 0,755 (IC 95% = 0,688 - 0,822). La soglia di 10 è quella con il miglior bilancio tra sensibilità (0,970) e specificità (1 - specificità = 0,894). Tuttavia, ai fini di screening nella popolazione degli *help-seekers* (i.e. tra UHR e

**TABELLA II.**Indici di psicopatologia e funzionamento. *Indexes of psychopathology and functioning.*

	Primo episodio di psicosi n = 113		Alto rischio di psicosi n = 97		Mann-Whitney U test
	Cronbach's $\alpha$	Media (SD)	Cronbach's $\alpha$	Media (SD)	
ERiraos-CL	0,635	26,6 (7,9)	0,688	18,5 (7,9)	Z = -6,13, p < 0,0001
HoNOS	0,714	14,7 (6,7)	0,577	13,0 (5,2)	Z = -2,04, p = 0,041
BPRS	0,864	51,6 (16,9)	0,779	44,8 (11,3)	Z = -2,66, p = 0,008
GAF	–	45,5 (11,1)		52,7 (9,3)	Z = -5,30, p < 0,0001

**TABELLA III.**

Matrice di correlazione rho di Spearman tra le misure di psicopatologia nei due campioni. *Matrix of Spearman's rho correlation between measures of psychopathology in the two samples.*

Primo episodio di psicosi: n = 113			
	ERlraos-CL	HoNOS	BPRS
ERlraos-CL			
HoNOS	0,247**		
BPRS	0,200**	0,781*	
GAF	0,080	-0,250**	-0,283**

\*p < 0,0001; \*\*p < 0,05.

Alto rischio di psicosi: n = 97			
	ERlraos-CL	HoNOS	BPRS
ERlraos-CL			
HoNOS	0,344**		
BPRS	0,226**	0,439*	
GAF	-0,032	-0,354*	-0,247**

\*p < 0,0001; \*\*p < 0,05.

*non-UHR*), si suggerisce di utilizzare una soglia più alta e conservativa (12), per evitare l'iperinclusione di casi non realmente a rischio di psicosi.

### Analisi descrittiva a livello degli item

Non si osservano differenze di rilievo tra i due campioni per quanto riguarda la presenza di sintomi aspecifici all'ERlraos-CL (Tab. IV).

I due gruppi differiscono statisticamente per quei sintomi che sono maggiormente qualificanti la presenza di un episodio di psicosi in atto: sospettosità/diffidenza, idee di auto/riferimento, cambiamenti della percezione, ideazione paranoide e allucinazioni. Si apprezzano inoltre differenze marginali in relazione a due tipici sintomi base: interferenza del pensiero e derealizzazione.

### Discussione

Nella versione Italiana l'ERlraos-CL è uno strumento che possiede buone proprietà psicometriche, che lo rendono adatto all'uso routinario come scala per l'identificazione di casi che possono beneficiare di una valutazione più approfondita in merito al rischio di psicosi.

La validità dell'ERlraos-CL è ottimale, quando misurata

**TABELLA IV.**

Distribuzione dei punteggi ai singoli item dell'ERlraos-CL. *Distribution of scores for individual items of ERlraos-CL.*

		Intervallo ammesso	Psicosi al primo episodio	Alto rischio di psicosi	Mann-Whitney U test
1	Ritiro sociale	0-1-2	1,42 (0,87)	1,37 (0,87)	Z = -0,59, p = 0,552
2	Riservatezza / Timidezza	0-1-2	1,13 (0,93)	1,18 (0,94)	Z = -0,44, p = 0,659
3	Umore depresso	0-1-2	1,47 (0,78)	1,59 (0,75)	Z = -1,33, p = 0,184
4	Disturbo delle funzioni corporee	0-1-2	1,29 (0,90)	1,23 (0,93)	Z = -0,43, p = 0,664
5	Senso di rallentamento	0-1-2	0,72 (0,92)	0,58 (0,86)	Z = -1,16, p = 0,244
6	Comportamento / Interesse nel lavoro o studio	0-1-2	1,15 (0,92)	1,33 (0,89)	Z = -1,59, p = 0,111
7	Trascuratezza di sé	0-1-2	0,65 (0,85)	0,53 (0,84)	Z = -1,19, p = 0,232
8	Tensione / Nervosismo / Agitazione	0-1-2	1,52 (0,81)	1,65 (0,68)	Z = -0,98, p = 0,324
9	Irritabilità	0-1-2	1,09 (0,93)	1,21 (0,93)	Z = -1,01, p = 0,316
10	Affollamento delle idee / Fuga delle idee	0-1-2	1,24 (0,92)	1,06 (0,94)	Z = -1,44, p = 0,147
11	Sospettosità / Diffidenza	0-1-2	1,47 (0,84)	0,98 (0,91)	Z = -4,12, p < 0,0001
12	Idee di riferimento / Autoriferimento	0-1-2	1,22 (0,93)	0,59 (0,83)	Z = -5,07, p < 0,0001
13	Derealizzazione	0-1-2	0,57 (0,83)	0,36 (0,73)	Z = -2,17, p = 0,029
<b>Sintomi qualificanti</b>					
14	Cambiamenti della percezione	0-2-4	1,55 (1,88)	0,41 (1,14)	Z = -5,10, p < 0,0001
15	Interferenza nel pensiero	0-2-4	2,00 (1,90)	1,35 (1,73)	Z = -2,57, p = 0,010
16	Ideazione paranoide	0-3-6	4,14 (2,58)	1,84 (2,56)	Z = -6,15, p < 0,0001
17	Allucinazioni	0-3-6	3,31 (2,78)	0,92 (2,05)	Z = -6,70, p < 0,0001

come stabilità al retest dopo 6 mesi. Meno buona è la sua consistenza interna, per confronto con altre scale di psicopatologia. Bisogna però considerare che l'ERlraos-CL – per definizione – incorpora un gradiente di indicatori psicopatologici verosimilmente non unidimensionali (e.g. sintomi aspecifici di disagio e sintomi psicotici). Inoltre, l'ERlraos-CL è compilato sulla base di una intervista condotta con il candidato. L'assegnazione del punteggio per i singoli item può essere esposta ad un ventaglio maggiore di errori che nel caso di altre scale, in relazione a: la consapevolezza del candidato in merito alla presenza del sintomo, la disponibilità del candidato ad ammettere il sintomo quando presente, la capacità dell'intervistatore di cogliere le sfumature in caso di presenza dubbia o ambigua.

La validità concorrente dell'ERlraos-CL è stata confermata nella direzione attesa. La correlazione dell'ERlraos-CL con la HoNOS e la BPRS è risultata inferiore, per grado di associazione, di quella osservata tra HoNOS e BPRS. Ciò conferma il valore informativo dello strumento, che esamina un'area di psicopatologia – quella del rischio di psicosi propriamente detto – che appare specifica e non sovrapposta al restante impatto della psicopatologia sullo stato clinico e sull'adattamento funzionale del soggetto.

Al proposito è interessante notare che l'ERlraos-CL non si associa alla misura di funzionamento globale (GAF), cosa che può dipendere sia dalla natura del rischio di psicosi identificato (cioè un tratto presente indipendentemente dall'impatto sul funzionamento), sia dalla natura fluttuante ed intermittente delle manifestazioni prodromiche. Appare dunque opportuno associare sempre allo screening iniziale una valutazione dell'impatto funzionale della sintomatologia psicotica o assimilabile, come peraltro suggerito dal gruppo del PACE<sup>24 25</sup>.

Il dato di maggiore interesse è quello relativo alla capacità discriminata dello strumento, che appare massima non solo per quei sintomi che qualificano un episodio di psicosi come pienamente attivo (dispercezioni, interferenza del pensiero, ideazione paranoide e allucinazioni), ma anche per quelle anomalie dell'esperienza soggettiva indicative di vulnerabilità schizotropica (derealizzazione, autoriferimento primario, ipersensibilità interpersonale)<sup>33 34</sup>. Va sottolineata inoltre l'area di sovrapposizione tra i casi di psicosi al primo episodio e i casi ad alto rischio. Di fatto una *grey zone* che abbraccia sintomi apparentemente aspecifici, quali disforia, ansia, depressione ed irritabilità, sovente assimilati al semplice disagio psicologico secondario a "stress" o "crisi" adolescenziali. L'appendice riassume un insieme di istruzioni e suggerimenti volti a facilitare l'applicazione dello strumento nel contesto della psichiatria dei servizi e della medicina di primo contatto (Pronto soccorso, Pediatria, Medicina generale, Consultori). Punteggi pari a superiori alla soglia di 12 suggeriscono un approfondimento presso un

servizio specialistico psichiatrico. Lo strumento è particolarmente utile per le valutazioni effettuate da uno specialista in regime di consulenza: il superamento della soglia critica può essere considerato un forte indicatore della necessità di presa in carico da parte di un servizio specialistico, sia per l'approfondimento diagnostico che per la terapia. Nel setting di primo contatto è meno agevole l'applicazione da parte di un non-specialista. Al di là della necessità di effettuare un training specifico per la somministrazione della ERlraos-CL, il clinico che la applichi deve avere una conoscenza non superficiale delle aree psicopatologiche indagate. La ERlraos-CL è infine indispensabile nei servizi psichiatrici, poiché consente l'individuazione di profili sintomatologici suscettibili di tradursi in pacchetti di trattamento specifici, o l'avvio a protocolli predefiniti di cura nei centri che abbiano attivato un servizio di *early intervention*.

## Bibliografia

- 1 McGorry PD. *Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry*. Am J Psychiatry 2007;164:859-60.
- 2 Raballo A, Larøi F. *Clinical staging: a new scenario for the treatment of psychosis*. Lancet 2009;374:365-7.
- 3 Maurer K, Häfner H, Hörrann F, et al. *Le développement de l'inventaire de dépistage ERlraos: un outil global d'appréciation du risque d'évolution psychotique*. PSN 2005;3(Suppl):S29-39.
- 4 Maurer K, Hoerrmann F, Trendler G, et al. *Identification of psychosis risk by the Early Recognition Inventory (ERlraos). Description of the schedules and preliminary results on reliability and validity of the checklist*. Nervenheilkunde 2006;25:11-6.
- 5 Yung AR, McGorry PD. *The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects*. Aust N Z J Psychiatry 1996;30:587-99.
- 6 Pollice R, Di Giovambattista E, Ussorio D, et al. *The service for Monitoring and Early Intervention against psychoLogical and mental suffering in young people (SMILE) at the University of L'Aquila: first year experience*. Early Interv Psychiatry 2007;1:271-5.
- 7 Cella M, Serra M, Lai A, et al. *Schizotypal traits in adolescents: links to family history of psychosis and psychological distress*. Eur Psychiatry 2013;28:247-53.
- 8 van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder*. Psychol Med 2009;39:179-95.
- 9 Bleuler EP. *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenias*. (translated by J. Zinkin). New York: International Universities Press 1908 (ristampa 1950).
- 10 Sullivan HS. *The onset of schizophrenia*. Am J Psychiatry 1927;151(Suppl 6):135-9.

- <sup>11</sup> Cameron N. *Early schizophrenia*. Am J Psychiatry 1938;95:567-78.
- <sup>12</sup> Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, et al. *Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?* World Psychiatry 2011;10:165-74.
- <sup>13</sup> Yung AR, McGorry PD. *The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations*. Schizophr Bull 1996;22:353-70.
- <sup>14</sup> Olsen KA, Rosenbaum B. *Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies*. Acta Psychiatr Scand 2006;113:247-72.
- <sup>15</sup> Rado S. *Dynamics and classification of disordered behavior*. Am J Psychiatry 1953;110:406-16.
- <sup>16</sup> Meehl PE. *Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia*. Am Psychol 1962;17:827-38.
- <sup>17</sup> Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M. *Psychotic-Like or Unusual Subjective Experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype*. Psychiatry Res 2012;200:669-73.
- <sup>18</sup> Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al. *Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
- <sup>19</sup> Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al. *Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability*. Schizophr Bull 2003;29:703-15.
- <sup>20</sup> Bogren M, Mattisson C, Tambs K, et al. *Predictors of psychosis: a 50-year follow-up of the Lundby population*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2010;260:113-25.
- <sup>21</sup> Cocchi A, Meneghelli A. *Aspetti, obiettivi e sviluppi di una esperienza pilota di intervento precoce nelle psicosi*. Psichiatria di Comunità 2002;1:34-45.
- <sup>22</sup> Cocchi A, Meneghelli A, Preti A. *Programma 2000: celebrating 10 years of activity of an Italian pilot programme on early intervention in psychosis*. Aust N Z J Psychiatry 2008;42:1003-12.
- <sup>23</sup> Meneghelli A, Cocchi A, Preti A. *'Programma2000': a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999*. Early Interv Psychiatry 2010;4:97-103.
- <sup>24</sup> Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, et al. *Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis*. Schizophr Bull 1996;22:283-303.
- <sup>25</sup> Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP, et al. *Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis*. Schizophr Res 2007;96:25-33.
- <sup>26</sup> Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development*. Br J Psychiatry 1998;172:11-8.
- <sup>27</sup> Overall JE, Gorham DE. *The brief psychiatric rating scale*. Psychol Rep 1962;10:799-812.
- <sup>28</sup> Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, et al. *Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience*. Acta Psychiatr Scand 1999;100:229-36.
- <sup>29</sup> Moos RH, McCoy L, Moos BS. *Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and roles as predictors of one-year treatment outcomes*. J Clin Psychology 2000;56:449-61.
- <sup>30</sup> Brennan P, Silman A. *Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures*. Br Med J 1992;304:1491-4.
- <sup>31</sup> Altman DG, Bland JM. *Statistics Notes: Diagnostic tests 3: receiver operating characteristic plots*. BMJ 1994;309:188.
- <sup>32</sup> Zweig MH, Campbell G. *Receiver-Operating Characteristic (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine*. Clin Chem 1993;39:561-77.
- <sup>33</sup> Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, et al. *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
- <sup>34</sup> Raballo A, Krueger J. *Phenomenology of the social self in the prodrome of psychosis: from perceived negative attitude of others to heightened interpersonal sensitivity*. Eur Psychiatry 2011;26:532-3.

# Checklist ER Iraos

Early Recognition Inventory

## Intervista per l'individuazione precoce del disagio psichico giovanile

La presente intervista può aiutare a valutare se una persona ha provato alcune esperienze particolari nel corso degli ultimi sei mesi.

Le risposte alle domande dell'intervista potranno permettere di identificare i segnali precoci di disturbo mentale.

### GUIDA ALL'INTERVISTA

La formulazione delle domande (pagina 2) e il loro ordine possono aiutare a realizzare l'intervista e vanno considerati solo come un suggerimento per l'intervista strutturata.

Nel caso in cui siate incerti sulla formulazione di una domanda oppure se trovate difficile valutare la risposta data, si consiglia di usare degli **esempi** al di fuori delle linee guida dell'intervista per ottenere ulteriori chiarimenti.

In questo modo dovrete essere in grado di valutare ogni sintomo.

Per la **valutazione dei sintomi 1-13** considerate soltanto gli **ultimi sei mesi**.

Per la **valutazione dei sintomi 14-17** si deve considerare **l'intero arco di esistenza del soggetto** ("in qualche momento della tua vita").

### ISTRUZIONI PER LA CODIFICA

Nel caso in cui non abbiate trovato difficoltà nel porre le domande o nel valutare le risposte, potete effettuare la codifica utilizzando direttamente il foglio dei punteggi (pagina 3).

Usate il foglio dei punteggi (pagina 3) per tutti i sintomi (**1-17**) e barrate le caselle in base alla risposta data.

Se la persona conferma senza alcun dubbio la presenza di un sintomo nel periodo considerato, barrate la casella intestata **SI**; se la persona nega chiaramente la presenza di un sintomo, barrate la casella intestata **NO**.

Nel caso in cui non riusciste ad accertare in modo chiaro l'eventuale presenza di un sintomo con le domande poste, oppure vi sentiste incerti riguardo alla valutazione di un sintomo, utilizzate l'opzione **"?"**.

**Vi ringraziamo per il vostro impegno ed interesse relativo all'individuazione dei segnali precoci di disturbo mentale**

# GUIDA ALL'INTERVISTA

- 01** ● **Senti di essere diventato solitario e meno loquace?**  
**Esempi:** Preferisci trascorrere la maggior parte del tempo per conto tuo? Ti stai un po' allontanando dal tuo gruppo di amici?
- 02** ● **Sei diventato riservato e timido o ti senti sempre più insicuro o imbarazzato in presenza di altre persone?**
- 03** ● **Il tuo umore è stato in qualche modo depresso, triste, demoralizzato o disperato per più di una settimana?**
- 04** ● **Ci sono stati cambiamenti riguardanti la qualità del tuo sonno? Oppure hai notato cambiamenti riguardo al tuo appetito? Il tuo desiderio sessuale si è modificato? Esempi:** Hai difficoltà ad addormentarti, ti svegli durante la notte o troppo presto al mattino? – Notate se la persona riferisce un appetito o un desiderio sessuale significativamente aumentati o diminuiti.
- 05** ● **Senti che i tuoi pensieri, il tuo modo di parlare o i tuoi movimenti si sono fatti notevolmente più lenti?**
- 06** ● **Sono peggiorate la tua costanza, la tua motivazione o la qualità della tua occupazione principale / ricerca di lavoro? Mostri o provi meno interesse nella tua occupazione principale / ricerca di lavoro?**
- 07** ● **Trascuri uno dei seguenti ambiti: la tua igiene personale, il modo di vestire, le forme di convenienza sociale, la tua alimentazione o la tua salute? Mantieni in ordine la tua casa/stanza?**
- 08** ● **Ti senti frequentemente nervoso, irrequieto o teso?**  
**Esempi:** ti senti eccitato e irritabile, oppure gli altri ti vedono in questo modo e hanno fatto commenti in tal senso?
- 09** ● **Sei insolitamente irritabile o arrabbiato o più coinvolto in discussioni con i tuoi familiari, amici o altre persone?**
- 10** ● **Capita che molti pensieri differenti tra loro si confondano o si presentino in modo confuso nella tua mente? Esempi:** trovi che sia molto difficile controllare, organizzare o bloccare i tuoi pensieri?
- 11** ● **Hai più spesso di prima l'impressione che le altre persone cerchino di approfittare di te o di ingannarti?**
- 12** ● **Hai avuto di recente l'impressione che eventi quotidiani o azioni di altre persone siano indirizzati esclusivamente a te, anche se allo stesso tempo riconosci che ciò è improbabile? Esempi:** Hai l'impressione che le altre persone parlino o ridano di te? Oppure ricevi dei messaggi per mezzo della radio, della TV, dei giornali, contenenti dei riferimenti speciali fatti apposta per te o delle evidenti allusioni a te?
- 13** ● **A volte l'ambiente che abitualmente ti circonda si presenta come trasformato, irreali o strano? Esempi:** paesaggi, animali o persone ti appaiono a volte particolarmente grandiosi, impressionanti, commoventi, minacciosi, irreali?

---

- 14** ● **In qualche momento della tua vita hai mai avuto la sensazione che le persone o le cose dell'ambiente che ti circonda fossero cambiate rispetto al solito? Esempi:** Ti è mai capitato che il tuo udito o la tua vista fossero estremamente intensi o acuti in modo quasi irreali? Ti è capitato a volte che la gente o le cose sembrassero cambiate rispetto al solito per quanto riguarda il loro colore, la loro forma o la loro grandezza? Oppure hai mai notato che gli oggetti apparissero particolarmente nitidi, vividi o sgargianti?
- 15** ● **Ti è mai capitato, in qualche momento della tua vita, che il corso dei tuoi pensieri fosse interrotto o disturbato da altri pensieri emersi improvvisamente?**
- 16** ● **In qualche momento della tua vita ti sei talvolta sentito osservato, perseguitato o minacciato da qualcosa o da qualcuno?**
- 17** ● **Hai mai visto, udito, annusato o gustato cose che le altre persone non potevano percepire, per le quali non potevi trovare nessuna spiegazione naturale? Esempi:** Hai mai sentito, mentre te ne stai per conto tuo, rumori o voci?

**FOGLIO DEI  
PUNTEGGI**

**SINTOMO**

manifestazione del  
sintomo

↓  
annotare la risposta

con una crocetta  
Negli ultimi sei mesi

**Domande**

Da porre alla fine dell'intervista sui  
sintomi 1-17

		SI	NO	?
01	Ritiro sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Riservatezza / Timidezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Umore depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Disturbo delle funzioni corporee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Senso di rallentamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Comportamento / Interesse nel lavoro o studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Trascuratezza di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Tensione / Nervosismo / Agitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Affollamento delle idee / Fuga delle idee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sospettosità / Diffidenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Idee di riferimento / Autoriferimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Derealizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>In qualche momento della vita</b>				
14	Cambiamenti della percezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Interferenza nel pensiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ideazione paranoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● C'è qualche problema, tra quelli di cui abbiamo parlato, che ti disturba particolarmente? Quale?

Descrivetelo brevemente di seguito, citando se possibile il numero del sintomo



Numero del sintomo

● Questo problema è peggiorato negli ultimi sei mesi? annotare

- chiaramente peggiorato
- leggermente peggiorato
- nessun cambiamento o peggioramento

Commenti

Punteggio:

Un punteggio di 6 o superiore richiede la segnalazione al Centro per l'intervento precoce per ulteriori accertamenti

Data

## Informazioni generali riguardo al paziente

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.a.p. / Città \_\_\_\_\_

Telefono / Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Celibe/nubile, coniugato/a, separato/a, divorziato/a, vedovo/a, altro (dare dettagli), informazione mancante

Stato civile \_\_\_\_\_

Senza scuola dell'obbligo, scuola dell'obbligo, diploma, laurea, altro (dare dettagli), studi ancora in corso (specificare), informazione mancante

Scolarità \_\_\_\_\_

### Domande alla fine dell'intervista

- Sei a conoscenza di qualche complicazione avvenuta durante la tua nascita o durante la gravidanza?

**Esempi:** malattie della madre (es. febbre), contrazioni precoci, travaglio prolungato, nascita prematura, presentazione podalica, trauma perinatale (da forcipe o con asfissia), setticemia, ecc.

SI  NO

prego specificare a destra

Complicazioni durante il parto/gestazione

- Sei a conoscenza del fatto che i tuoi parenti stretti abbiano mai sofferto per disturbi psichiatrici?

SI  NO

prego specificare a destra

Malattia mentale nella famiglia

- Sei a conoscenza della natura di questo disturbo o della diagnosi?

SI  No

prego specificare a destra

Natura della malattia / diagnosi

Intervistatore: \_\_\_\_\_

Altre fonti di informazione: \_\_\_\_\_

Per favore inviare il questionario (checklist) al seguente indirizzo:

Indirizzo / timbro del Centro di Individuazione Precoce