

IDDPE

Intervista Diagnostica Disturbi Psicopatologici età Evolutiva

Strumenti e procedure per l'assessment
e il ragionamento clinico

Stefano Vicari e Maria Pontillo

**TEST E STRUMENTI
DI VALUTAZIONE**

INCLUDE
PIATTAFORMA
PER LO SCORING



Erickson

IL TEST

IDDPE

Studi recenti testimoniano una continuità evolutiva tra le difficoltà psicopatologiche dell'infanzia e le fasi di sviluppo successive, per cui molti bambini e bambine con difficoltà emotive o comportamentali sono a rischio di sviluppare disturbi psicopatologici durante l'adolescenza e l'età adulta.

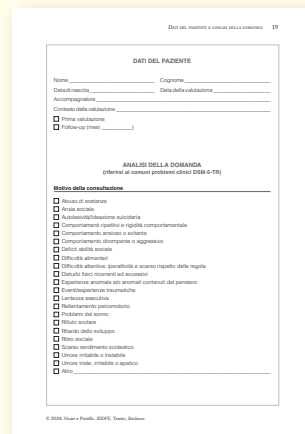
Individuare e trattare precocemente il disturbo mentale ha quindi come obiettivo quello di contenere la sofferenza psicologica di ragazzi e ragazze, ma anche quello di ridurre il rischio di cronicizzazione del disturbo psichiatrico nell'età adulta.

L'IDDPE nasce con l'intento di guidare psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili nella formulazione di una diagnosi psicopatologica in età evolutiva (tra i 3 e i 18 anni) fondata sul ragionamento clinico e, dunque, su una corretta diagnosi differenziale secondo l'orientamento del DSM-5-TR®. Il percorso di valutazione psicopatologica proposto si articola in 5 step, dalla raccolta anamnestica, al colloquio diagnostico, fino alla formulazione di una diagnosi finale.

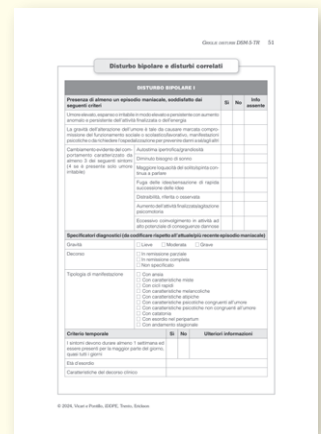
GLI AUTORI

STEFANO VICARI

Professore Ordinario di Neuropsichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano. Responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù» di Roma.



Dati del paziente e analisi della domanda



Griglie disturbi DSM-5-TR®

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 +
allegato indivisibili



www.erickson.it

INDICE

7	Introduzione
17	Step 1 Dati del paziente e analisi della domanda
21	Step 2 Principali disturbi neuropsichiatrici nelle diverse fasce di età secondo il DSM-5-TR® (Tabella ipotesi diagnostiche)
31	Step 3 Griglie disturbi DSM-5-TR®
87	Step 4 Valutazione del livello di compromissione funzionale associato ai sintomi psicopatologici
91	Step 5 Scheda conclusiva e diagnosi finale
95	Appendice 1 Linee guida per l'anamnesi
99	Appendice 2 Casi esemplificativi
121	Bibliografia
123	Scoring digitale su TEO – Test Erickson Online

Introduzione

I disturbi psicopatologici in età evolutiva: un po' di numeri

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, i disturbi psicopatologici in età evolutiva si manifestano con una prevalenza che si attesta intorno al 7-10% nei bambini e intorno al 10-16% negli adolescenti. Dati recenti, che si riferiscono all'ultimo rapporto dell'UNICEF *La condizione dell'infanzia 2021*, segnalano che più di un adolescente su sette, di età compresa tra i 10 e i 19 anni, vive con un disturbo mentale diagnosticato. Tra le diagnosi più comuni vi sono i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi che rappresentano il 40% dei casi. Inoltre, circa 46.000 adolescenti tentano il suicidio ogni anno, il che equivale a più di un ragazzo ogni undici minuti.

Tra questi, secondo un lavoro di metanalisi pubblicato sulla prestigiosa rivista «The Lancet Psychiatry» da Geoffroy e colleghi (2022) emerge che l'ideazione suicidaria sarebbe presente nei bambini al di sotto dei 12 anni con una prevalenza stimata al 7,5% (IC al 95% 5,9-9,6). Il rischio di sviluppare un disturbo psicopatologico sembra aumentare nelle diverse fasi dello sviluppo: da una prevalenza del 10% nei bambini in età scolare, sale al 13,2% nella preadolescenza e ulteriormente al 16,5% durante l'adolescenza.

Questi dati testimoniano una continuità evolutiva tra le difficoltà psicopatologiche (ad esempio, ansia, depressione, sintomi ossessivi o disregolazione emotiva) dell'infanzia e quelle dell'età adulta. In altre parole, molti adulti con disturbi psicopatologici hanno sperimentato sintomi di tali disturbi prima dell'adolescenza, e molti dei bambini con difficoltà emotive o comportamentali possono sviluppare disturbi psicopatologici durante l'adolescenza e l'età adulta.

Individuare e trattare precocemente il disturbo mentale in età evolutiva ha come obiettivo, dunque, quello di contenere la sofferenza psicologica dei ragazzi, ma anche quello di ridurre il rischio di cronicizzazione e di sviluppare un disturbo psichiatrico in età adulta. Sulla base di ciò appare indispensabile riferirsi a percorsi di inquadramento diagnostico che consentano al clinico di individuare precocemente sintomi clinicamente significativi distinguendoli da condizioni transitorie e proprie dello sviluppo tipico e di pianificare interventi costruiti in maniera specifica sull'età, la fase evolutiva del bambino o adolescente e su un'accurata diagnosi che si riferisca a criteri scientificamente riconosciuti.

La valutazione psicopatologica in età evolutiva

Il percorso di valutazione psicopatologica che qui proponiamo, rivolto a bambini e adolescenti di età compresa tra i 3 e i 18 anni, è costruito sulla base di quanto proposto dalla versione rivista del *Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali* (DSM-5-TR) dell'American Psychiatry Association (APA, 2013) e dalle principali linee guida internazionali in materia di valutazione psicopatologica in età evolutiva. In particolare, allo stato attuale, le *Linee Guida* più accreditate per la diagnosi dei disturbi psicopatologici in età evolutiva sono quelle proposte dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007) e dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013).

All'interno di questa cornice teorica, quando parliamo di valutazione psicopatologica, ci riferiamo alla valutazione effettuata dal neuropsichiatra infantile, dallo psicoterapeuta o dallo psicologo allo scopo di individuare la presenza di un eventuale disturbo psicopatologico e comprendere il funzionamento mentale e quotidiano del bambino e dell'adolescente, i suoi punti di forza, le aree da potenziare e le risorse personali e ambientali di cui dispone. La valutazione si pone, quindi, due obiettivi principali: il primo riguarda l'identificazione del problema, ovvero rispondere alla domanda se si tratti di un disturbo vero e proprio o di un semplice disagio di carattere transitorio e reattivo dovuto alla particolare fase evolutiva del bambino o dell'adolescenza o alla presenza di eventuali eventi di vita stressanti cui i ragazzi possono essere esposti; il secondo obiettivo riguarda l'analisi del problema nel momento in cui viene appurata la presenza di un disturbo vero e proprio, procedendo all'identificazione delle aree disfunzionali e dei comportamenti disadattivi da modificare per raggiungere gli obiettivi di trattamento.

Quando si effettua una valutazione psicopatologica, il clinico è chiamato a tenere presenti alcune considerazioni di base. Innanzitutto, una valutazione psicopatologica completa in età evolutiva necessita di informazioni provenienti da più fonti, non solo dunque il bambino o l'adolescente ma anche i genitori o i familiari più vicini, gli insegnanti o gli eventuali specialisti che hanno già preso in carico il ragazzo devono essere ascoltati. È bene, inoltre, ricordare che alcuni comportamenti sono tipici di un determinato livello di sviluppo. Ad esempio, è più frequente che si manifesti ansia da separazione durante l'inserimento scolastico alla scuola dell'infanzia rispetto al periodo di ingresso alle scuole secondarie di primo grado. Inoltre, alcune paure tendono a diminuire con il passare degli anni e a scomparire naturalmente. Ad esempio, potremmo considerare accettabile la paura degli oggetti di grandi dimensioni in un bambino di un anno, mentre considerarla totalmente inappropriata in un ragazzo di quattordici anni.

Anche lo sviluppo cognitivo del bambino e dell'adolescente, legato alle abilità di comprensione e di comunicazione, è un elemento da tenere bene in considerazione. Un bambino piccolo, infatti, potrebbe non essere in grado di riferire una descrizione accurata delle proprie emozioni e di come esse siano legate a determinati comportamenti. Ad esempio, potrebbe dire che durante l'interrogazione a scuola sente battere forte il cuore e le mani tremare, ma potrebbe non sapere esprimere l'ansia che prova per il giudizio dell'insegnante o dei compagni né collegare l'ansia in questione al proprio rifiuto di effettuare l'interrogazione alla cattedra. Inoltre, si potrebbero osservare delle discrepanze tra il riferito del bambino o dell'adolescente e quanto sostengono i genitori e gli insegnanti. Questo potrebbe avvenire per vari motivi: in primo luogo, il bambino o l'adolescente potrebbero essere restii a parlare apertamente dei loro problemi con uno specialista mai conosciuto, oppure potrebbero non essere del tutto consapevoli di mettere in atto determinati comportamenti. Così, un bambino piccolo potrebbe riferire di voler stare sempre vicino a mamma e papà, mentre i genitori potrebbero spiegare che il bambino mostra agitazione precedente alla separazione vera e propria, ad esempio la sera prima di andare a scuola. Al contrario, un adolescente potrebbe riferire stati ansiosi interni con preoccupazioni eccessive, ad

esempio relative al giudizio dei coetanei, mentre il genitore potrebbe osservare semplicemente una maggiore permanenza a casa negli ultimi mesi.

Nel complesso, una valutazione psicopatologica in grado di giungere alla formulazione di una diagnosi che tenga conto dei problemi psicopatologici attuali del bambino o dell'adolescente e della loro influenza sui differenti contesti di vita (ad esempio familiare, scolastico e sociale) prevede una fase iniziale di accoglienza del bambino o adolescente e dei genitori, una fase di analisi del problema per cui è stata richiesta la consultazione e una fase di raccolta anamnestica. La fase successiva sarà, invece, dedicata all'approfondimento psicopatologico mediante il colloquio clinico-diagnostico, condotto separatamente con i genitori e con il minore, che potrà prevedere la somministrazione di appositi strumenti diagnostici e la restituzione della diagnosi con le indicazioni per il trattamento. Come si può notare, il percorso di valutazione psicopatologica così articolato consente l'inquadramento dei problemi psicopatologici del bambino o dell'adolescente indagando la relativa storia di vita. Da quest'ultima, anche utilizzando più fonti di informazione (ad esempio, i genitori e, dietro il consenso di questi, qualora il clinico lo renda necessario altri adulti significativi come gli insegnanti), potrebbero emergere eventuali fattori di vulnerabilità neurobiologica (ad esempio, familiarità per un dato disturbo psichiatrico) e ambientale (ad esempio, eventi di vita stressanti o traumatici, instabilità del contesto familiare). A conclusione, sarà possibile giungere alla formulazione di una diagnosi che costituirà la base di partenza per la costruzione del progetto terapeutico intorno a quel bambino o adolescente e alla propria famiglia. La comprensione accurata e corretta della diagnosi è alla base della cura dei disturbi psicopatologici in età evolutiva.

L'Intervista Diagnostica dei Disturbi Psicopatologici in età Evolutiva (IDDPE) nasce sulla base di queste premesse e sull'esperienza clinica maturata dagli autori presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. La somministrazione dell'IDDPE, infatti, prevede e incorpora tutti i passaggi del percorso di valutazione psicopatologica appena descritto. Il clinico così si sentirà supportato nel processo di inquadramento diagnostico sin dalla fase di accoglienza dei problemi riferiti dal bambino o dall'adolescente e dai genitori fino alla formulazione della diagnosi finale.

L'IDDPE è stata costruita dal nostro gruppo clinico e di ricerca guidato dal Primario e Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile Professor Stefano Vicari e coordinato dalla dottoressa Maria Pontillo, psicoterapeuta, esperta in psicopatologia dell'età evolutiva e con la preziosa collaborazione di colleghe qualificate come le psicoterapeute dottoresse Prisca Gargiullo, Maria Cristina Tata, Marialaura Pucciarini e Cristina Di Vincenzo per l'area clinica sui disturbi dell'umore, le psicosi, i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo da stress post traumatico, i disturbi alimentari, la disforia di genere; le dottoresse Francesca Cumbo e Cristiana Varuzza per l'area clinica sui Disturbi del Neurosviluppo; la neuropsichiatra infantile dottoressa Silvia Guerrera, esperta dell'area clinica dedicata ai Disturbi dello Spettro Autistico.

IDDPE: uno strumento diagnostico secondo l'approccio del DSM-5-TR®

L'IDDPE si pone l'obiettivo di guidare psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili nella formulazione di una diagnosi psicopatologica in età evolutiva fondata sul ragionamento clinico e, dunque, su una corretta diagnosi differenziale secondo l'orientamento del DSM-5-TR. Nell'ambito più generale delle interviste diagnostiche, essa appartiene alla categoria delle cosiddette IBI o interviste semi-strutturate basate sul giudizio clinico dell'intervistatore. Ciò significa che chi somministra il test ha la possibilità di scegliere, all'interno di una gamma possibile, le domande da porre al paziente o ai genitori dello stesso, senza dover rispettare rigidamente una sequenza stabilita a priori. Nel caso specifico dell'IDDPE, non vengono fornite al clinico

domande-guida da porre al paziente ma vengono proposti direttamente i criteri del DSM-5-TR per ciascuna delle diagnosi psicopatologiche in età evolutiva. L'obiettivo infatti è consentire al clinico di acquisire informazioni dettagliate sui sintomi e sulle associazioni tra sintomi riportati dal bambino o dall'adolescente e/o dai genitori riferendosi ai criteri del DSM-5-TR. Insomma, l'IDDPE vuole essere una «guida» al ragionamento clinico nei diversi passaggi del percorso di valutazione psicopatologica in età evolutiva, riferendosi a un linguaggio comune che è quello suggerito dall'evidenza scientifica attraverso i criteri diagnostici del DSM-5-TR.

A differenza di altri strumenti diagnostici già in uso, l'IDDPE è stato costruito includendo tutte le diagnosi previste dal DSM-5-TR per l'età evolutiva. Si è scelto infine di dare spazio anche a due condizioni cliniche come il Disturbo da gioco su internet e la Sindrome Psicotica Attenuata che, pur essendo allo stato attuale collocate in Appendice 3 del DSM-5-TR, sono sempre più negli ultimi anni oggetto di attenzione clinica sia in termini inquadramento diagnostico che di sforzi terapeutici.

Come è solito per le interviste diagnostiche IBI, anche le informazioni acquisite con l'IDDPE, devono poi essere valutate e inquadrate secondo l'esperienza clinica dell'intervistatore. È indispensabile, pertanto, che la somministrazione dell'IDDPE sia effettuata esclusivamente da un operatore (psicologo, psicoterapeuta, neuropsichiatra infantile) competente nella psicopatologia dell'età evolutiva.

l'IDDPE: sezioni e modalità di somministrazione

La somministrazione dell'IDDPE ripercorre lo schema di valutazione psicopatologica descritto nel paragrafo precedente. Pertanto, si propone al clinico di partire dall'analisi della domanda e dalla raccolta anamnestica fino alla formulazione di una diagnosi basata sui criteri DSM-5-TR (versione italiana a cura di Giuseppe Nicolò ed Enrico Pompili, Raffaello Cortina, 2023) e sul livello di compromissione funzionale associato al quadro clinico. Vediamo nel dettaglio le differenti fasi dell'intervista e le modalità di somministrazione che consigliamo. Di seguito elenchiamo ciascuno degli step necessari per la somministrazione dello strumento e quindi un corretto percorso di assessment psicodiagnostico.

STEP 1. Dati del paziente e analisi della domanda

Essa rappresenta la prima fase del percorso di valutazione psicodiagnostica, quella in cui il clinico accoglie il bambino o adolescente e i genitori e attiva una relazione di fiducia accogliendo e analizzando la richiesta di aiuto, ovvero i motivi per cui il consulto è stato richiesto. In questa fase chiediamo al clinico di compilare la scheda dati del paziente e di analisi della domanda riferendosi all'elenco dei comuni problemi clinici che abbiamo inserito nella scheda sulla base di quanto proposto da Hilt e Nussbaum (2017) riguardo all'esame psicodiagnostico secondo il DSM-5-TR nei bambini e negli adolescenti. Essi infatti sono stati formulati dagli autori in modo da poter essere associati a specifiche categorie diagnostiche che saranno indagate durante il colloquio diagnostico. Come si potrà notare scorrendo l'elenco dei comuni problemi clinici nella scheda dati del paziente, tra i principali motivi di consultazione in età evolutiva troviamo in fase adolescenziale il ritiro sociale, l'irritabilità o il rifiuto scolastico, ma anche l'autolesionismo o l'umore depresso. Durante l'infanzia tra i principali motivi di consultazione troviamo difficoltà nelle abilità sociali, difficoltà alimentari, problemi di sonno, oppositività e iperattività.

Osservazioni cliniche iniziali

In questa fase è essenziale dedicare del tempo anche all'osservazione clinica. Chiediamo infatti che la fase di accoglienza sia svolta alla presenza tanto del bambino o adolescente

quanto dei genitori. Ciò consentirà al clinico di cogliere elementi fondamentali per la comprensione, ad esempio modalità comunicative disfunzionali tra il bambino/adolescente e i genitori o comportamenti stessi del ragazzo non adeguati al contesto e alla fase di sviluppo (ad esempio significativa labilità emotiva, ansia eccessiva, riso incongruo rispetto alla domanda posta dal clinico, estrema sospettosità e diffidenza nei riguardi del clinico). Grazie all'osservazione clinica potranno, inoltre, risultare chiari al clinico eventuali aspetti non direttamente riferiti dal bambino/adolescente o dai genitori, ma evidenti durante l'osservazione clinica (ad esempio alto livello di conflittualità familiare, alterazioni del comportamento non riferite, ma osservabili come tics, compulsioni o iperattività motoria). Successivamente a questa prima raccolta di informazioni, lo strumento propone di procedere con la ricostruzione dell'anamnesi.

Raccolta anamnestica e compromissione del funzionamento

La Scheda dati del paziente dell'IDDPE si conclude con la sezione per la raccolta anamnestica e per la rilevazione del grado di compromissione funzionale che il problema clinico riferito causa al bambino e/o adolescente. In questa fase il clinico procede con la raccolta anamnestica che può essere condotta alla presenza dei soli genitori. Il colloquio anamnestico è volto a indagare vari aspetti della storia del paziente. In primis, si procede con l'anamnesi sintomatologica, indagando l'insorgenza del sintomo, la durata, la frequenza e l'intensità riferita, ma soprattutto l'interferenza che esso ha nel funzionamento cognitivo, adattivo ed emotivo del bambino o adolescente, e il livello di disagio esperito correlato al livello di consapevolezza che il bambino e l'adolescente manifestano in relazione alla sintomatologia riferita. Successivamente, si procede con l'indagine dell'anamnesi familiare, analizzando le relazioni affettive intra familiari e raccogliendo informazioni sull'unione genitoriale, la fratria, l'eventuale presenza di eventi traumatici, come ad esempio lutti o separazioni, e le condizioni socioeconomiche del nucleo familiare.

Si procede quindi con la raccolta dell'anamnesi personale fisiologica del paziente, partendo dalla gravidanza e dal parto (modalità di parto, indice di APGAR, parametri vitali, periodo peri-neonatale, alimentazione, sonno e vaccinazioni effettuate). È importante inoltre ricostruire dettagliatamente lo sviluppo psicomotorio del bambino, in particolare l'età di acquisizione del controllo del capo, della posizione seduta, della deambulazione autonoma, delle prime parole e dell'acquisizione completa del linguaggio, e infine il controllo degli sfinteri diurno e notturno. In questa fase è opportuno indagare inoltre l'inserimento sociale e scolastico del paziente nel corso degli anni, partendo dall'inserimento alla scuola materna, attraverso le modalità di separazione dalle figure di riferimento e le modalità di gioco con i pari, passando all'acquisizione della letto-scrittura e l'inserimento nel gruppo dei pari e l'instaurazione di relazioni amicali e affettive.

A completamento del colloquio anamnestico, si procede con l'anamnesi patologica remota (ricoveri o procedure chirurgiche, malattie infettive e presenza di allergie e intolleranze) e prossima con la richiesta di informazioni circa precedenti consultazioni neuropsichiatriche e/o psicopatologiche e l'avvio di terapia farmacologiche o psicosociali per la sintomatologia per il quale è stata richiesta la consultazione.

Infine, rispetto al motivo per cui è stata effettuata la richiesta d'aiuto, è bene indagare quanto quel determinato problema clinico (ad esempio, ritiro sociale, irritabilità, difficoltà nelle abilità sociali) abbia un potenziale impatto negativo sul bambino e/o dell'adolescente in termini del poter attendere ai compiti tipici della propria fase evolutiva (ad esempio, andare a scuola, fare sport, uscire con gli amici, ecc.).

In Appendice 1, si riporta una dettagliata descrizione delle informazioni che il clinico deve ottenere durante la raccolta anamnestica.

STEP 2. Principali disturbi neuropsichiatrici nelle diverse fasce di età secondo il DSM-5-TR® (Tabella ipotesi diagnostiche)

L'indagine diagnostica basata sui criteri DSM-5-TR viene da noi proposta in maniera innovativa rispetto ad altri strumenti diagnostici già in uso.

Proponiamo al clinico di impostare il colloquio basato sui criteri DSM-5-TR considerando, a partire dalla fascia d'età del bambino o dell'adolescente, le diagnosi più probabili in base al comune problema clinico riferito e motivo della richiesta di consultazione. Abbiamo così costruito una tabella, denominata «Tabella ipotesi diagnostiche» che chiediamo di usare subito dopo la compilazione della scheda «Dati del paziente e analisi della domanda» e quindi al termine dell'analisi della domanda e della raccolta anamnestica. Ricercando sulla «Tabella ipotesi diagnostiche» la corrispondenza tra fascia d'età del bambino o dell'adolescente, comune problema clinico emerso durante la fase di analisi della domanda e possibili ipotesi diagnostiche, il clinico sarà supportato nella conduzione del colloquio diagnostico secondo il principio del ragionamento clinico. Infatti, le ipotesi diagnostiche individuate all'interno della «Tabella ipotesi diagnostiche» e associate al comune problema clinico rappresentano le diagnosi più probabili per quel comune problema clinico in quella data fascia d'età. La «Tabella ipotesi diagnostiche» è stata costruita facendo riferimento non solo alla nostra esperienza clinica nell'ambito della psicopatologia dell'età evolutiva, ma soprattutto facendo riferimento alla letteratura scientifica sulla prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici per fascia d'età lungo l'intero arco evolutivo, dall'infanzia alla tarda adolescenza. Anche in questo caso, la fonte utilizzata per la costruzione di questa sezione dello strumento è quanto riportato da Hilt e Nussbaum (2017) circa l'esame psicodiagnostico secondo il DSM-5-TR nei bambini e negli adolescenti. Per poter comprendere al meglio l'uso della «Tabella ipotesi diagnostiche», facciamo un esempio pratico. Poniamo il caso di un bambino di 9 anni, che giunge a consultazione per difficoltà alimentari, dopo la fase di analisi della domanda e di raccolta anamnestica, condotte come descritto nei passaggi precedenti, il clinico consulterà la «Tabella ipotesi diagnostiche» e avrà modo di verificare come per la fascia d'età cui appartiene il bambino in questione (6-12 anni) le difficoltà alimentari siano associate alle seguenti ipotesi diagnostiche: disturbi alimentari, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia sociale, disturbi dell'umore, disturbi dello spettro della schizofrenia.

In seguito all'individuazione di queste ipotesi diagnostiche, il clinico è chiamato a verificare se le difficoltà alimentari riferite possano corrispondere a una o più delle ipotesi suggerite dalla tabella. Per far questo si servirà dei materiali contenuti nella sezione successiva.

STEP 3. Griglie disturbi DSM-5-TR®

In questa sezione sono elencati, per ciascun disturbo neuropsichiatrico, i criteri diagnostici previsti dal DSM-5-TR. Il clinico quindi è chiamato in questa fase a condurre il colloquio diagnostico usando le «Griglie disturbi DSM-5-TR» come riferimento principale. Formulerà dunque le domande facendo riferimento ai singoli criteri per ciascun disturbo di quelli individuati nella «Tabella ipotesi diagnostiche» come i più probabili vista la fascia d'età e il problema riferito. Tornando all'esempio del bambino di 9 anni con riferite difficoltà alimentari, il colloquio diagnostico sarà strutturato dal clinico ponendo al bambino e ai genitori domande volte a indagare la presenza dei criteri per ciascuna delle ipotesi diagnostiche per quella fascia d'età individuate attraverso la «Tabella ipotesi diagnostiche» (disturbi alimentari, il disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia sociale, i disturbi dell'umore e i disturbi dello spettro della schizofrenia). Nel caso di presenza di un dato criterio all'interno della griglia relativa a un dato disturbo, il clinico sarà chiamato ad apporre una crocetta sulla casella associata. Le «Griglie disturbi DSM-5-TR» dell'IDDPE sono state costruite includendo tutti i disturbi psicopatologici previsti dal DSM-5-TR: ciò significa che sulla base del

proprio giudizio clinico e/o di informazioni emerse durante il colloquio diagnostico e non riferite dal bambino o adolescente o dai genitori durante la fase di analisi della domanda, il clinico potrà utilizzare le griglie relative a ipotesi diagnostiche non emerse dalla consultazione della «Tabella ipotesi diagnostiche». Ciò consentirà al clinico di indagare eventuali comorbidità la cui presenza è stata ipotizzata durante il colloquio. Ad esempio, se durante il colloquio diagnostico condotto con il bambino di 9 anni con difficoltà alimentari e/o i genitori emerge la presenza di un evento traumatico sul pregresso non riferito durante la fase di accoglienza e analisi della domanda, è buona norma che il clinico indaghi anche la presenza dei criteri DSM-5-TR per la presenza di disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti servendosi della griglia relativa. Complessivamente, la «Tabella ipotesi diagnostiche» ha il compito di «orientare» il clinico che, a partire dall'analisi della domanda, deve condurre il colloquio diagnostico; tuttavia, il colloquio stesso deve essere guidato dal ragionamento clinico per cui l'emergere di nuovi elementi o l'approfondimento di quelli già emersi dovrà essere considerato dal clinico nella formulazione della diagnosi finale. In quest'ottica, le «Griglie disturbi DSM-5-TR» consentono al clinico di esplorare tutte le ipotesi diagnostiche che emergono durante il ragionamento clinico.

Il colloquio diagnostico deve essere condotto con l'obiettivo di formulare una diagnosi attuale, che si riferisca quindi alle condizioni cliniche del bambino e/o dell'adolescente nell'ultimo anno. Tuttavia, si richiede al clinico di prestare attenzione all'individuazione di possibili diagnosi psicopatologiche pregresse. Per poter considerare una diagnosi psicopatologica pregressa e non più attuale suggeriamo di considerare pregresso un disturbo i cui sintomi non siano riferiti o presenti da almeno due mesi.

Suggerimenti pratici per la conduzione del colloquio diagnostico

Se il consulto è stato richiesto per un bambino di età pari o inferiore agli 11 anni, si propone di iniziare il colloquio diagnostico con i genitori, che vengono considerati la fonte principale di informazioni, e di coinvolgere il bambino, separatamente dai genitori, subito dopo. Al contrario, nel caso di adolescenti o preadolescenti di età superiore agli 11 anni, essi costituiranno la principale fonte di informazioni, si propone quindi di iniziare con loro il colloquio diagnostico e, di coinvolgere i genitori, separatamente, subito dopo.

In entrambi i casi, tuttavia, è bene ricordare che il colloquio diagnostico può dirsi concluso solo quando l'indagine diagnostica è stata effettuata tanto con i genitori quanto con il bambino o l'adolescente. Il criterio per età cronologica appena descritto si limita infatti a dare indicazioni sulla figura con cui iniziare il colloquio. Vanno infatti considerate alcune eccezioni.

Ad esempio nel caso di un adolescente di 15 anni con una diagnosi già effettuata di Disturbo dello sviluppo intellettivo per cui viene richiesto un consulto a seguito della comparsa di sintomatologia ansiosa o qualunque altra sintomatologia psichiatrica, è bene iniziare l'intervista prima con i genitori e successivamente condurla con il ragazzo. Allo stesso modo, nel caso in cui sin dalla fase di accoglienza e analisi della domanda si osservi in un adolescente un disturbo del pensiero legato alla presenza di allucinazioni, deliri o disorganizzazione del pensiero, è bene anche in questo caso avviare l'intervista con i genitori che costituiranno la fonte principale di informazione per il clinico e incontrare l'adolescente successivamente. Complessivamente la figura con cui iniziare l'intervista viene scelta sia in base al criterio dell'età cronologica ma anche al quadro clinico con cui il paziente giunge a consulto.

STEP 4. Valutazione del livello di compromissione funzionale associato ai sintomi psicopatologici

Al fine di un inquadramento diagnostico il più possibile accurato dei sintomi riferiti è fondamentale valutare quanto questi incidano negativamente sul funzionamento del bambino o dell'a-

dolescente in uno, più di uno o addirittura tutti i contesti tipici per l'età cronologica, il livello di sviluppo e la fase evolutiva (scuola, famiglia, relazioni sociali). Con questa finalità, a conclusione del colloquio diagnostico chiediamo al clinico di utilizzare la tabella «Valutazione del livello di compromissione funzionale associato ai sintomi psicopatologici» e valutare il grado di interferenza dei sintomi riferiti facendo riferimento ai livelli di compromissione proposti e alla descrizione dettagliata presente per ciascuno. Ad esempio, poniamo il caso che le difficoltà alimentari del bambino di 9 anni siano inquadrabili in seguito al colloquio diagnostico condotto con i genitori e con lui come un probabile disturbo alimentare (ad esempio disturbo dell'alimentazione di tipo evitante/restrittivo): sarà utile, per una migliore definizione della diagnosi individuare anche il grado di compromissione del funzionamento associato al quadro clinico. Dunque, se ad esempio il bambino ha smesso di andare a scuola a causa delle proprie difficoltà alimentari, se evita di partecipare a pranzi, cene o uscite in cui sono presenti altre persone oltre che i genitori, se la sua irritabilità aumenta considerevolmente in situazioni in cui gli viene chiesto di mangiare cibi che non sono da lui previsti con effetti negativi sul mantenimento di una vita relazionale adeguata, allora il clinico potrà valutare la presenza di un grado di interferenza «moderata» del sintomo con il funzionamento del paziente nella vita quotidiana che sarà quantificata.

La tabella è direttamente siglata dal clinico sulla base delle informazioni raccolte durante la fase di analisi della domanda/raccolta anamnestica e durante il colloquio diagnostico. Al clinico è richiesto di siglare tanto il livello di funzionamento attuale (facendo riferimento all'arco temporale immediatamente successivo al manifestarsi dei sintomi psicopatologici) ma anche il funzionamento pregresso (facendo riferimento all'arco temporale precedente il manifestarsi dei sintomi psicopatologici). Infine, questa tabella è stata da noi costruita riferendoci alla scala di valutazione del funzionamento «Children's Global Assessment Scale (CGAS)» (Shaffer et al., 1983).

STEP 5. Scheda conclusiva e diagnosi finale

A conclusione del colloquio diagnostico, compito del clinico è integrare tutte le informazioni ottenute.

La somministrazione dell'IDDPE si conclude con la compilazione da parte del clinico della scheda riassuntiva conclusiva. In essa, potrà inserire quanti e quali sono i disturbi psicopatologici per cui risultano pienamente soddisfatti i criteri DSM-5-TR e quelli per cui risultano soddisfatti alcuni ma non tutti i criteri. Nella stessa scheda conclusiva sarà inserito il livello di compromissione funzionale associato ai sintomi riferiti. Infine sulla base delle informazioni raccolte a partire dalla fase di accoglienza, analisi della domanda e raccolta anamnestica e di quelle raccolte durante il colloquio diagnostico centrato sui criteri DSM-5-TR e sull'osservazione clinica si chiede al clinico di formulare la diagnosi finale che sarà posta anche alla luce del livello di compromissione che si associa al quadro clinico emerso.

IDDPE: validità diagnostica

La validità diagnostica dell'IDDPE è stata indagata esaminandone la capacità di distinguere diagnosi psicopatologiche diverse all'interno di un campione clinico. In particolare, il nostro gruppo di ricerca, dopo aver costruito l'Intervista riferendosi direttamente ai più aggiornati criteri del DSM-5-TR, ne ha valutato l'attendibilità diagnostica somministrandola a un campione di bambini/adolescenti e ai loro genitori, secondo le modalità sopra descritte. I risultati emersi dalla somministrazione eseguita con 210 bambini e adolescenti di età compresa tra i 3 e i 18 anni che accedono ai nostri servizi clinici per problematiche di tipo psicopatologico e con i loro genitori sono in corso di pubblicazione e dimostrano che la diagnosi emersa dall'IDDPE corrisponde nella quasi totalità dei casi alla diagnosi ottenuta attraverso l'osservazione clinica e

la somministrazione della Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life-time version (KSADS-PL DSM-5; Kaufman, 1997) e alla diagnosi clinica ricevuta dal bambino o dell'adolescente al termine della valutazione clinica con l'équipe multidisciplinare (ad esempio psicologo, psicoterapeuta, neuropsichiatra infantile).

Diagnosi finale con l'IDDPE: il ruolo del giudizio clinico

A conclusione del percorso di valutazione psicopatologica che proponiamo con l'IDDPE, vogliamo ricordare come la verifica della presenza dei sintomi elencati nei criteri diagnostici non è da sola sufficiente per stabilire una diagnosi di disturbo mentale. I criteri diagnostici, concepiti come linee guida nel DSM-5-TR e da noi utilizzati nell'IDDPE, devono essere applicati con discernimento clinico, non in modo rigido. Esortiamo dunque il clinico a somministrare l'intera intervista in tutte le sue sezioni e secondo l'ordine di somministrazione proposto. Ciò consentirà la formulazione di una diagnosi contestualizzata all'interno della storia clinica del paziente consentendo così al clinico la comprensione di eventuali fattori sociali, psicologici e biologici che potrebbero aver contribuito a rendere il bambino o l'adolescente più vulnerabile a un dato disturbo psicopatologico. Questo sarà il punto di partenza di un progetto terapeutico specifico, orientato e «a misura» del paziente.

STEP PER LA SOMMINISTRAZIONE

STEP 1 Dati del paziente e analisi della domanda Compilazione della scheda. Analisi della domanda attraverso i comuni problemi clinici DSM-5-TR. Osservazioni cliniche iniziali e Raccolta anamnestica.
STEP 2 Principali disturbi neuropsichiatrici nelle diverse fasce di età secondo il DSM-5-TR® (Tabella ipotesi diagnostiche) Individuazione delle possibili ipotesi diagnostiche sulla base dell'età cronologica del bambino e/o adolescente e del comune problema clinico riferito.
STEP 3 Griglie disturbi DSM-5-TR® Conduzione del colloquio diagnostico.
STEP 4 Valutazione del livello di compromissione funzionale associato ai sintomi psicopatologici Attribuzione dei livelli di compromissione secondo una scala da 1 a 5.
STEP 5 Scheda conclusiva e diagnosi finale Compilazione della scheda e formulazione della diagnosi finale.

Ipotesi diagnostiche (3-5 anni)

	Disturbi del neurosviluppo
☐ <i>Umore irritabile o instabile</i>	– Disturbi dell'umore – Disturbi d'ansia – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti
☐ <i>Comportamento ansioso o evitante</i> <i>Rifiuto scolastico</i>	– Disturbo d'ansia di separazione – Mutismo selettivo – Disturbo d'ansia generalizzato – Fobia specifica – Disturbi dello spettro dell'autismo – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)
☐ <i>Disturbi fisici ricorrenti ed eccessivi</i>	– Disturbi d'ansia – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti
☐ <i>Problemi del sonno</i>	– Disturbo post-traumatico da stress – Disturbo da stress acuto – Disturbo dell'adattamento – Disturbo d'ansia di separazione – Fobia specifica – Disturbo dello spettro dell'autismo
☐ <i>Difficoltà alimentari</i>	– Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Anoressia nervosa dell'infanzia
☐ <i>Deficit abilità sociale</i>	– Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi della comunicazione – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Mutismo selettivo – Disturbo d'ansia di separazione – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti
☐ <i>Ritardo dello sviluppo</i>	– Disturbo del neurosviluppo – Ritardo globale dello sviluppo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbo del linguaggio – Disturbo della comunicazione sociale – Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
☐ <i>Comportamenti ripetitivi e rigidità comportamentale</i>	– Disabilità intellettiva – Ritardo globale dello sviluppo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi del movimento: disturbo da movimento stereotipato, disturbo di Tourette, disturbi da tic
☐ <i>Difficoltà attentive, iperattività e scarso rispetto delle regole</i>	– Disturbo di linguaggio – Disturbo dello sviluppo della coordinazione – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disabilità intellettiva – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo da stress post-traumatico

	Disturbi del neurosviluppo
☐ <i>Lentezza esecutiva</i>	– Disturbo dello sviluppo della coordinazione – Disabilità intellettiva – Disturbo di linguaggio – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività
☐ <i>Eventi/esperienze traumatiche</i>	– Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti – Mutismo selettivo – Disturbi dell'umore – Disturbi d'ansia

Ipotesi diagnostiche (6-12 anni)

	Disturbi del neurosviluppo
☐ Scarso rendimento scolastico	– Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disabilità intellettiva – Disturbo d'ansia generalizzata – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo da lutto prolungato
☐ Umore irritabile o instabile	– Disturbi dell'umore – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Sindrome psicotica attenuata – Disturbo da lutto prolungato
☐ Comportamento ansioso o evitante	– Disturbo d'ansia da separazione – Disturbo d'ansia sociale – Mutismo selettivo – Disturbo d'ansia generalizzato – Fobia specifica – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) – DSA non riconosciuto – Disabilità intellettiva – Disturbo da lutto prolungato – Disturbo specifico dell'apprendimento
☐ Rifiuto scolastico	– Disturbi d'ansia sociale – Disturbo d'ansia da separazione – Disturbo d'ansia generalizzato – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbi dell'umore – Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da lutto prolungato
☐ Disturbi fisici ricorrenti ed eccessivi	– Disturbi d'ansia – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbi dell'umore – Disturbo somatoforme
☐ Problemi del sonno	– Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo d'ansia da separazione – Disturbo dell'adattamento – Disturbo d'ansia generalizzato – Fobia specifica – Disturbo depressivo maggiore – Disturbo bipolare – Disturbi dello spettro dell'autismo – Sindrome psicotica attenuata – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo da lutto prolungato

	Disturbi del neurosviluppo
☐ <i>Difficoltà alimentari</i>	– Disturbi dell'alimentazione – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disturbo dell'umore
☐ <i>Deficit abilità sociale</i>	– Disturbi dello spettro dell'autismo – Disturbi della comunicazione – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo d'ansia sociale – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti
☐ <i>Comportamenti ripetitivi e rigidità comportamentale</i>	– Disabilità intellettiva – Ritardo globale dello sviluppo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi del movimento: disturbo da movimento stereotipato, disturbo di Tourette, disturbi da tic – Disturbo ossessivo-compulsivo
☐ <i>Difficoltà attentive, iperattività e scarso rispetto delle regole</i>	– Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disabilità intellettiva – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti
☐ <i>Lentezza esecutiva</i>	– Disturbo dello sviluppo della coordinazione – Disabilità intellettiva – Disturbo di linguaggio – Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività
☐ <i>Comportamento dirompente o aggressivo</i>	– Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo esplosivo intermittente – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbo depressivo maggiore – Disturbo bipolare – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo d'ansia sociale – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disabilità intellettiva – Disturbo da lutto prolungato
☐ <i>Esperienze anomale e/o anomalie contenute del pensiero</i>	– Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disabilità intellettiva – Sindrome psicotica attenuata – Disturbi dell'umore
☐ <i>Eventi/esperienze traumatiche</i>	– Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbi dell'umore – Disturbi d'ansia

Ipotesi diagnostiche (13-18 anni)

	Disturbi del neurosviluppo
☐ Scarso rendimento scolastico	– Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disabilità intellettiva – Disturbo d'ansia generalizzata – Disturbi da comportamenti dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta – Disturbi dell'umore – Disturbo d'ansia sociale – Abuso di sostanze – Disturbo da stress post-traumatico – Disforia di genere – Disturbo da lutto prolungato
☐ Umore triste/irritabile/apatico	– Abuso di sostanze – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbi dell'umore – Disturbo bipolare – Disturbi da comportamenti dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta – Disturbo da stress post-traumatico – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ Autolesività/Ideazione suicidaria	– Disabilità intellettiva – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi dell'umore – Disturbo da stress post-traumatico – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ Comportamento ansioso o evitante	– Disturbo d'ansia sociale – Disturbo d'ansia generalizzato – Disturbo di panico – Fobia specifica – Disturbo ossessivo-compulsivo – Sindrome psicotica attenuata – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ Ritiro sociale	– Disturbo d'ansia sociale – Sindrome psicotica attenuata – Disturbi dell'umore – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disabilità intellettiva – Abuso di sostanze – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere

	Disturbi del neurosviluppo
☐ <i>Rifiuto scolastico</i>	– Disturbo d'ansia sociale – Fobia specifica – Disturbo d'ansia generalizzato – Disturbo di panico – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbo bipolare – Sindrome psicotica attenuata – Disturbi dell'umore – Abuso di sostanze – Disabilità intellettiva – Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ <i>Disturbi fisici ricorrenti ed eccessivi</i>	– Disturbo dell'adattamento – Disturbo da stress post-traumatico – Disturbi d'ansia – Disturbi dell'umore – Disturbo somatoforme
☐ <i>Problemi del sonno</i>	– Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo d'ansia generalizzato – Disturbi dell'umore – Disturbo bipolare – Disturbo da uso di sostanze – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo dello spettro autistico – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ <i>Difficoltà alimentari</i>	– Disturbi dell'alimentazione – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo ossessivo-compulsivo – Fobia sociale – Disturbo dell'umore
☐ <i>Deficit abilità sociale</i>	– Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) – Disturbo bipolare – Disturbo della condotta – Disturbo d'ansia generalizzata – Disturbo d'ansia sociale
☐ <i>Ansia sociale</i>	– Disturbo d'ansia sociale – Fobia specifica – Sindrome psicotica attenuata – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) – Disturbi depressivi – Disturbi alimentari – Disturbo dismorfofobico corporeo – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere

	Disturbi del neurosviluppo
☐ <i>Comportamenti ripetitivi e rigidità comportamentale</i>	– Disabilità intellettiva – Ritardo globale dello sviluppo – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbi del movimento: disturbo da movimento stereotipato, disturbo di tourette, disturbi da tic – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disturbo d'ansia generalizzata
☐ <i>Comportamento dirompente o aggressivo</i>	– Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo della condotta – Disturbo da uso di sostanze – Disturbo esplosivo intermittente – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbi dell'umore – Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti – Disturbo d'ansia sociale – Disturbi dello spettro dell'autismo – Disturbo dello spettro della schizofrenia – Disabilità intellettiva – Disturbo specifico dell'apprendimento – Disturbo da lutto prolungato – Disforia di genere
☐ <i>Abuso di sostanze</i>	– Disturbo da uso di sostanze – Disturbo della condotta – Disturbo da deficit di attenzione e iperattività – Disturbo oppositivo-provocatorio – Disturbo esplosivo intermittente – Disturbo bipolare – Disturbi dell'umore – Disturbo d'ansia generalizzato – Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente – Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbo del sonno/veglia
☐ <i>Esperienze anomale e/o anomali contenuti del pensiero</i>	– Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbi dell'umore – Disturbo d'ansia sociale – Disturbo dello spettro dell'autismo – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disabilità intellettiva – Disturbo da lutto prolungato
☐ <i>Eventi/esperienze traumatiche</i>	– Disturbo post-traumatico da stress – Disturbo dell'adattamento – Disturbo da stress acuto – Disturbi dell'umore – Disturbi d'ansia
☐ <i>Lentezza esecutiva e rallentamento psicomotorio</i>	– Disturbi dello spettro della schizofrenia – Disturbi dell'umore – Disturbo ossessivo-compulsivo – Disturbi d'ansia – Disturbo post-traumatico da stress