

# GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING - GAF

Operatore \_\_\_\_\_

data di valutazione \_\_\_\_\_

**Considerare il funzionamento psicologico, sociale, e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute - malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali).**

*Nota: usare codici intermedi, ove necessario, ad esempio, 45, 68, 72.*

Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano sfuggirgli mai di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.	100	100	100	100
Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficace, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni con i membri della famiglia).	91	91	91	91
Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie ed attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimane temporaneamente indietro nello studio).	90	90	90	90
Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso o insonnia lieve); <i>oppure</i> alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, ed ha alcune relazioni interpersonali significative.	81	81	81	81
Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico); <i>oppure</i> moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).	80	80	80	80
Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi); <i>oppure</i> qualsiasi grave alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).	71	71	71	71
Alterazione del test di realtà o nella comunicazione (es.: il linguaggio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente); <i>oppure</i> menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).	70	70	70	70
Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni; <i>oppure</i> grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio); <i>oppure</i> incapacità a funzionare in quasi tutte le aree (es.: sta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).	61	61	61	61
Qualche pericolo di fare del male a se stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniaco); <i>oppure</i> occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci); <i>oppure</i> grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacico).	60	60	60	60
Persistente pericolo di fare del male a se stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente); <i>oppure</i> persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima; <i>oppure</i> grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.	51	51	51	51
Informazioni inadeguate.	50	50	50	50
	41	41	41	41
	40	40	40	40
	31	31	31	31
	30	30	30	30
	21	21	21	21
	20	20	20	20
	11	11	11	11
	10	10	10	10
	1	1	1	1
	0	0	0	0



A. EPISODI DELL'UMORE

EPISODIO DEPRESSIVO  
MAGGIORE

Adesso Le farò alcune domande sul Suo stato d'animo, sul Suo umore.

Inizio episodio :

attuale : ?

preced : ?

se preced, fine episodio ?

**A1** Nell'ultimo mese...

... c'è stato un periodo durante il quale si è sentito/a depresso/a o giù di morale per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno? (Mi può dire qualcosa di più?)

SE SÌ: Quanto è durato questo periodo?  
(Almeno due settimane?)

**A2** ... ha notato una forte perdita di interesse o piacere nel fare le cose che di solito Le piacevano o Le davano soddisfazione?

SE SÌ: Le succedeva quasi ogni giorno?  
Per quanto è durato? (È durato almeno due settimane?)

CRITERI PER L'EPISODIO  
DEPRESSIVO MAGGIORE

NOTA: Il criterio B (non risultano soddisfatti i criteri per l'Episodio Misto) è stato tolto dalla SCID.

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è costituito da o (1) umore depresso o (2) perdita di interesse o piacere:

(1) umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per esempio, si sente triste o vuoto) o come osservato dagli altri (per esempio, sembra trattenere le lacrime). Nota: Nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritable **A1**

(2) marcata diminuzione d'interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri) **A2**

⇒ Se né A1 né A2 sono "+" durante l'ultimo mese, verificare l'esistenza di un precedente Episodio Depressivo Maggiore, riformulando le domande A1 e A2 ed iniziando con: "Ha mai avuto nella Sua vita..."

SE C'È STATO ALMENO UN PERIODO DEPRESSIVO PRECEDENTE: Ha mai avuto altri periodi simili a questo?

Qual è stato il peggiore? Se né A1 né A2 sono mai stati "+", andare ad A16 (Episodio Maniacale).



A. Episodi dell'Umore

PER LE DOMANDE SEGUENTI CONCENTRARE L'ATTENZIONE SULLE DUE SETTIMANE CONSECUTIVE PEGGIORI

Durante [QUELLE DUE SETTIMANE]...

A3 ... è dimagrito/a o ingrassato/a? (Quanto? Faceva una dieta?)

SE NO: Com'era il Suo appetito? (Com'era rispetto al solito? Si doveva sforzare per mangiare? Ha mangiato più o meno del solito? È capitato quasi ogni giorno?)

A4 ... come dormiva? (Ha avuto problemi nell'addormentarsi, risvegli frequenti, problemi ad avere un sonno continuo, si svegliava troppo presto, OPPURE dormiva troppo? Dormiva più o meno del solito? Quanto? Le è capitato quasi ogni notte?)

A5 ... è stato così teso/a o agitato/a che non riusciva a stare seduto/a fermo/a? (Lo hanno notato anche gli altri? Che cosa hanno notato? Le è capitato quasi ogni giorno?)

SE NO: Cosa mi dice del contrario - parlava o si muoveva più lentamente del solito? (Stava così male che altre persone l'hanno notato? Che cosa hanno notato? Le è capitato quasi ogni giorno?)

... aveva abbastanza energia o si stancava facilmente? (Si sentiva sempre stanco/a? Quasi ogni giorno?)

(3) significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso (per esempio, un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno. Nota: Nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali.

(4) insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno (2 ore in + o in -)

(5) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato)

NOTA: TENERE IN CONSIDERAZIONE ANCHE IL COMPORTAMENTO DURANTE L'INTERVISTA

(6) faticabilità o mancanza d'energia quasi ogni giorno



**A7** ... che cosa pensava di se stesso/a? (Aveva l'impressione di valere poco o nulla? Quasi ogni giorno?)

SE NO: Si sentiva in colpa per cose che aveva o non aveva fatto? (Quasi tutti i giorni?)  
*depressione + ricadute di autoaccusa o senso di colpa eccessivi e irragionevoli*

**A8** ... ha avuto difficoltà a pensare o a concentrarsi nelle cose che faceva? (Che cosa lo impediva? Che cosa c'era che lo rendeva difficile? Quasi tutti i giorni?)

SE NO: Le riusciva difficile prendere decisioni su semplici cose di tutti i giorni?

**A9** ... le cose Le andavano così male che ha pensato spesso alla morte o che sarebbe stato meglio essere morto/a? Ha pensato di togliersi la vita?

SE SÌ: Ha pensato come fare? Ci ha provato?

(7) sentimenti di autovalutazione o di colpa eccessivi o immotivati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato) **A7**

NOTA: CODIFICARE "-" SE VI È SOLO BASSA AUTOSTIMA

(8) ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno (come impressione soggettiva od osservata dagli altri) **A8**

(9) pensieri ricorrenti di morte (non sola paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio. => *autolesioni senza intenzione suicidaria vanno codificate -* **A9**

ALMENO CINQUE DEI SINTOMI A1-A9 SONO "+" E ALMENO UNO DI QUESTI È L'ITEM A1 O A2 **A10**

**A10** è "-" (cioè meno di cinque sono "+") fare domande sugli episodi precedenti, se non sono sciolti:

... sono stati altri periodi nei quali si è sentito/a depresso/a ed è stato peggio delle due settimane abbiamo parlato? (Ha avuto anche un numero maggiore di quei sintomi di cui abbiamo app...

... tornare indietro ad A1 e chiedere di quell'episodio.  
... andare ad A16 (Episodio Maniacale).



E. DISTURBO D'ANSIA E ALTRI DISTURBI

DISTURBO DI PANICO

**F1** Ha mai avuto un attacco di panico durante il quale si è sentito improvvisamente spaventato o ansioso o ha avuto improvvisamente molti disturbi fisici?

SE SÌ: Questi attacchi sono cominciati inaspettatamente, in situazioni nelle quali non c'erano motivi di sentirsi nervoso o a disagio?

SE NON CHIARO: Quanti attacchi di questo tipo ha avuto? (Almeno due?)

CRITERI PER IL DISTURBO DI PANICO

A. (1) attacchi di panico inaspettati ricorrenti **F1**

Se F1 è "-" (cioè nessun attacco di panico inaspettato ricorrente), andare a F25 pag. 70 (controllare i criteri per la diagnosi di *Disturbo Ossessivo-Compulsivo*).

**F2** Da quando ha avuto questi attacchi...

Ha avuto paura che Le stesse succedendo qualcosa di molto grave, ad esempio un infarto, o di impazzire? (Quanto è durato il periodo in cui ha avuto questa preoccupazione? Almeno un mese?)

SE NO: Si è preoccupato molto di poter avere un altro attacco? (Quanto è durato il periodo in cui ha avuto questa preoccupazione? Almeno un mese?)

SE NO: Ha cambiato qualcosa nelle Sue abitudini di vita per colpa degli attacchi di panico, come evitare certi posti o non uscire da solo/a? (Ha interrotto certe attività come fare sport? Quando è fuori di casa fa in modo di non trovarsi mai lontano da un bagno o da un'uscita?)

(2) almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno (o più) dei seguenti sintomi: **F2**

(b) preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco o delle sue conseguenze (per esempio, perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, impazzire)

(a) preoccupazione persistente di avere altri attacchi

(c) significativa alterazione del comportamento collegata agli attacchi

Se F2 è "-" (cioè nessuna preoccupazione persistente rispetto agli attacchi di panico e nessun cambiamento nello stile di vita), andare a F25 pag. 70 (controllare i criteri per la diagnosi di *Disturbo Ossessivo-Compulsivo*).



F Disturbo d'Ansia e Altri Disturbi

Quando ha avuto l'ultimo brutto attacco? Qual è stata la prima cosa che ha sentito? E poi cosa?

**F3** SE NON NOTO: I sintomi sono cominciati all'improvviso?

SE SÌ: Quanto tempo è passato da quando è cominciato l'attacco a quando si è sentito/a davvero molto male? (Meno di dieci minuti?)

I sintomi di attacco di panico si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di dieci minuti **F3**

Se F3 è "-" (cioè i sintomi non si sono sviluppati improvvisamente o sono stati necessari più di dieci minuti per raggiungere il picco), andare a F25 pag. 70 (controllare i criteri per la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo).

Durante quell'attacco...

**F4** ... ha avuto il batticuore o provato la sensazione che il cuore perdesse dei colpi?

**F5** ... sudava?

**F6** ... tremava?

**F7** ... si sentiva a corto di fiato? (aveva difficoltà a respirare?)

**F8** ... si sentiva soffocare?

**F9** ... si sentiva un dolore o un senso di peso al petto?

**F10** ... aveva nausea, o disturbi allo stomaco o la sensazione di avere un attacco di diarrea?

**F11** ... aveva delle vertigini, si sentiva instabile o aveva la sensazione di stare per svenire?

**F12** ... aveva la sensazione che le cose intorno a Lei non fossero reali, o aveva la sensazione di essere distaccato/a dalle cose intorno a Lei oppure da parte del Suo corpo?

**F13** ... aveva paura di impazzire o di perdere il controllo?

(1) palpitazioni, cardiopalmo, o tachicardia **F4**

(2) sudorazione **F5**

(3) tremori leggeri o a grandi scosse **F6**

(4) dispnea o sensazione di soffocamento **F7**

(5) sensazione di asfissia **F8**

(6) dolore o fastidio al petto **F9**

(7) nausea o disturbi addominali **F10**

(8) sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento **F11**

(9) derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi) **F12**

(10) paura di perdere il controllo o impazzire **F13**



**F14** ... aveva paura di morire?

(11) paura di morire

**F14**

**F15** ... aveva formicolii o senso di intorpidimento in qualche parte del corpo?

(12) parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio)

**F15**

**F16** ... aveva improvvise vampate di calore o brividi di freddo?

(13) brividi o vampate di calore.

**F16**

**F17**

ALMENO QUATTRO DEGLI ITEM F4-F16 SONO "+"

**F17**

Se F17 è "-" (cioè erano presenti meno di quattro sintomi), andare a F25 (controllare i criteri per la diagnosi di *Disturbo Ossessivo-Compulsivo*).

**F18** Subito prima che gli attacchi cominciasse, soffriva di qualche malattia fisica?

C. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio, una droga, un farmaco) o di una condizione medica generale (per esempio, ipertiroidismo).

**F18**

Quando sono cominciati gli attacchi prendeva qualche medicina?

SE SÌ: Subito prima, aveva cambiato la quantità/la dose?

Le condizioni mediche generali eziologiche includono: ipertiroidismo, iperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunzioni vestibolari, disturbi epilettici e patologie cardiache (per esempio, aritmie, tachicardia sopraventricolare).

Quando sono cominciati gli attacchi beveva molto o faceva uso di droghe?

.....  
 : Se ci sono indicazioni che gli attacchi :  
 : di panico possano essere secondari :  
 : (cioè conseguenza fisiologica diretta di :  
 : una condizione medica generale o del :  
 : l'uso di sostanze) andare ad F83 e tor :  
 : nare qui per valutare se "-" o "+". :  
 : .....

Le sostanze eziologiche includono: intossicazione con stimolanti del sistema nervoso centrale (per esempio cocaina, amfetamine, caffeina) o cannabis, o astinenza depressori del sistema nervoso centrale (per esempio alcol, barbiturici), o astinenza da cocaina.

Se F18 è "-" (cioè gli attacchi di panico sono dovuti all'uso di una sostanza o a condizioni generali), chiedere:

Ci sono stati altri periodi nei quali Lei ha avuto attacchi di panico e questi non erano [CONDIZIONE MEDICA GENERALE/USO DI SOSTANZE]?

Se "sì", tornare a F1 pag. 65 e chiedere di questi attacchi.

Se "no", andare a F25 pag. 70 (controllare i criteri per la diagnosi di *Disturbo Ossessivo*).