Neuropsichyatric Inventory

A. Deliri

L'assistito crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se l'assistito sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Allucinazioni (lett. B)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male? _____
2. L'assistito crede che qualcuno lo stia derubando? _____
3. L'assistito crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? _____
4. L'assistito crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? _____
5. L'assistito crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? _____
6. L'assistito crede che la propria abitazione non sia casa propria? _____
7. L'assistito crede che i familiari vogliano abbandonarlo? _____
8. L'assistito crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] _____
9. L'assistito crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? _____

Frequenza:

0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana / **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente / **2.** Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti / **3.** Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/**1.** Minimo/ **2**. Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5**. Grave

B. Allucinazioni

L'assistito ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Agitazione (lett. C)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande1.

1. L'assistito dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. L'assistito parla con persone che non sono presenti? _____
3. L'assistito riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. L'assistito dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. L'assistito riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____
6. L'assistito riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____
7. L'assistito riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:

0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana / **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità: 1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente/ **2.** Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti./ **3.** Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/1. Minimo/ 2. Lieve/ 3. Moderato/ 4. Severo /5. Grave

C. Agitazione/Aggressività

L'assistito ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Depressione (lett. D)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. L'assistito è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. L'assistito non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. L'assistito presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. L'assistito grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. L'assistito sbatte le porte, da calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. L'assistito tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. L'assistito presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? _____

Frequenza:

0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana / **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni./ **2.** Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare./ **3.** Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/**1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

D. Depressione/Disforia

L'assistito sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Ansia (lett. E)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. L'assistito parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. L'assistito si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. L'assistito dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. L'assistito sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. L'assistito dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. L'assistito dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. L'assistito presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana/ **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni/ **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni./ **2.** Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare. **3.** Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/**1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

E. Ansia

L'assistito è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato?
È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Esaltazione/Euforia (lett.F)
Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. L'assistito ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. L'assistito ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. L'assistito si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. L'assistito evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. L'assistito diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] _____
7. L'assistito manifesta altri segni di ansia? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza: 0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana / **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni/ **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità: 1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni./ **2.** Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare./ **3.** Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno/**1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

F. Esaltazione/Euforia

L'assistito è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se l'assistito ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Apatia/Indifferenza (lett.G)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? ____
2. L'assistito trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. L'assistito ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. L'assistito fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. L'assistito compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? _____
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. L'assistito mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza: 0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana / **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana / **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità: 1. Lieve: l'esaltazione è evidente ma non dirompente / **2.** Moderata: l'esaltazione è evidentemente anormale. /**3.** Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/**1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

G. G. Apatia/Indifferenza

L'assistito ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? L'assistito ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? L'assistito è apatico o indifferente?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Disinibizione (lett.H)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. L'assistito è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. l'assistito si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. L'assistito contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. L'assistito sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. L'assistito ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. L'assistito è meno entusiasta dei suoi interessi? _____
8. L'assistito mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza: 0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana/ **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità: 1. Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività. / **2.** Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari. / **3.** Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/ **1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

H. Disinibizione

L'assistito sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Irritabilità (lett.I)
Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. L'assistito parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. L'assistito dice delle cose offensive od irrispettose? _____
4. L'assistito dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. L'assistito parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. L'assistito si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? _____
7. L'assistito mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza: **0.** mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana **/ 2.** Talvolta - circa una volta alla settimana **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità: 1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni./ **2.** Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver. **3.** Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/ **1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

I. Irritabilità/Labilità

L'assistito si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se l'assistito presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Attività motoria (lett.J)
Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? _____
2. L'assistito presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? _____
3. L'assistito presenta improvvisi momenti di rabbia? _____
4. L'assistito è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? _____
5. L'assistito è irritabile e nervoso? _____
6. L'assistito borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? _____
7. L'assistito presenta altri segni di irritabilità? _____

Frequenza: 0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana / **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana/ **3.** Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni / **4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità: 1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni. **2.** Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver. **3.** Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:
0. Nessuno/ **1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

J. Attività motoria

L'assistito continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening – Sonno (lett.K)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. L'assistito cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. L'assistito si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. L'assistito continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. L'assistito fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. L'assistito tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. L'assistito si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. L'assistito presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:

0. mai/ **1.** Raramente - meno di una volta alla settimana/ **2.** Talvolta - circa una volta alla settimana /
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni /**4.** Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane /
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver/
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/ **1.** Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

K. Sonno (NA)

L'assistito presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se l'assistito si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening –Disturbi dell'appetito (lett.L)

Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesse volte durante la notte? [Non è da considerare se l'assistito si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. L'assistito presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? _____

Frequenza:

0. mai/

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/**1**. Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo /**5.** Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

L'assistito presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO SI

Se la risposta è NO procedere con la successiva domanda di screening –Disturbi dell'appetito (lett.L)
Se la risposta è SÌ procedere con le seguenti domande

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? _____
8. L'assistito presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? _____

Frequenza:

0. mai/
1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno/ **1**. Minimo/ **2.** Lieve/ **3.** Moderato/ **4.** Severo/ **5.** Grave