

## Versione italiana della “Brief Negative Symptom Scale”

### *Italian version of the “Brief Negative Symptom Scale”*

E. Merlotti, A. Mucci, P. Bucci, A. Nardi, S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università di Napoli SUN

### Summary

#### Objectives

Negative symptoms have long been recognized as an integral and clinically important part of schizophrenia. Recent literature suggests that they do not represent a unitary construct, but include at least two domains that might have a different impact on real-life functioning of patients with schizophrenia. As identified at the NIMH-MATRICES Consensus Development Conference on Negative Symptoms, a significant barrier to progress in the treatment of this symptom domain is the current lack of an adequate measure for its assessment. It was in response to this need that a new measure, the Brief Negative Symptom Scale (BNSS), a semistructured interview was developed. This scale has been translated into Italian by our group. The translation is presented here.

#### Methods

The instrument has been translated into Italian by two specialists in psychiatry and was back translated into English by native English-speaker translator. The English version thus obtained was subjected to the evaluation of Brian Kirkpatrick (BK), one of the authors of the original version, in order to ensure the absence of translation or interpretation errors. The modifications suggested by BK were examined by the two specialists who

made the first translation and applied where deemed appropriate, or re-discussed with BK until reaching an agreement.

#### Results

The BNSS is a 13-item instrument designed not only to be suitable for clinical trials, but also in epidemiological and psychological studies. The scale measures the 5 domains indicated by the Consensus Development Conference as essential parts of the negative dimension, namely affective flattening, avolition, anhedonia, avolition and asociality. The items are formulated so that the score is not influenced by the patient's cultural level. The scale allows separate assessment of anticipatory and consummatory anhedonia. A further advantage is the distinction between internal experience and behavior.

#### Conclusions

The BNSS shows several potential advantages, compared with the current negative symptom scales. In particular, the scale enables researchers to consider many aspects of negative symptoms separately and relate them to treatments, imaging, and other variables.

#### Key words

Schizophrenia • Negative symptoms • Rating scale

### Introduzione

La complessità e l'eterogeneità della schizofrenia, sia per quanto riguarda la sintomatologia che il decorso, rappresentano un importante ostacolo al progresso della conoscenza dei meccanismi eziopatogenetici della malattia e allo sviluppo di trattamenti più efficaci. Uno dei maggiori problemi nella comprensione di tale eterogeneità è la definizione dei sintomi negativi che sembrano non rappresentare un costrutto unitario. Infatti, le evidenze più recenti suggeriscono che essi siano riconducibili a più domini probabilmente sottesi da meccanismi patofisiologici diversi, che potrebbero avere un differente impatto sul funzionamento dell'individuo nella vita reale<sup>1-5</sup>. Inoltre, la sintomatologia negativa, proprio perché non produttiva,

ma anzi caratterizzata da riduzione, declino o scomparsa di caratteri propri dell'individuo, come ad esempio la gamma delle emozioni e della capacità di provare piacere, può risultare estremamente difficile da valutare<sup>5</sup>. A tale proposito, la NIMH-MATRICES Consensus Development Conference sui Sintomi Negativi ha confermato che un ostacolo significativo al progresso nel trattamento di questo dominio psicopatologico è l'attuale mancanza di una misura adeguata per la valutazione dei sintomi negativi<sup>6</sup>.

### Modelli descrittivi della sintomatologia negativa

Il problema dell'eterogeneità clinica della schizofrenia emerge sin dalle prime descrizioni della sindrome. Da

#### Correspondence

Silvana Galderisi, Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università di Napoli SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80134 Napoli, Italia • Tel. +39 081 5666504 • Fax +39 081 5666523 • E-mail: sgalderi@tin.it

qui il tentativo di Kraepelin, ma soprattutto di Bleuler, proseguito da numerosi Autori fino ai giorni nostri, di delineare sottotipi clinicamente più omogenei nell'ambito della sindrome. A partire dagli anni Ottanta, riproponendo l'originaria descrizione kraepeliniana della schizofrenia, è stata proposta una caratterizzazione in termini dicotomici della sindrome, in base alla prevalenza dei sintomi positivi o negativi<sup>7-10</sup>. Tuttavia, la ricerca in ambito clinico ha successivamente mostrato i numerosi limiti di tale approccio, tra i quali la mancata considerazione dell'eterogeneità della dimensione positiva e di quella negativa<sup>11 12</sup>. Di fatto, correlati differenti sono stati riportati per i deliri e le allucinazioni rispetto alla disorganizzazione<sup>11 13</sup>, così come per i sintomi negativi persistenti rispetto a quelli transitori<sup>12 14</sup>. In particolare, l'eterogeneità nell'ambito dei sintomi negativi è stata ampiamente riconosciuta, ed è stato evidenziato che essi possono rappresentare sia un processo psicopatologico primario che una manifestazione secondaria a fattori quali il trattamento farmacologico, l'ipostimolazione ambientale, la severità dei sintomi psicotici, o la presenza di una sindrome depressiva<sup>15</sup>. Di conseguenza, la stretta sottotipizzazione "positivo-negativo" della sindrome, come originariamente proposto, non è considerata, allo stato attuale, un modello soddisfacente. Al fine di ridurre l'eterogeneità nell'ambito della dimensione negativa, il gruppo di ricerca del *Maryland Psychiatric Research Center* (Baltimore, USA) propose nel 1988 il concetto di schizofrenia deficitaria (SD)<sup>16</sup>, che individuerrebbe un sottogruppo di pazienti schizofrenici che differisce da quelli con schizofrenia non deficitaria (SND) per decorso, quadro clinico, fattori di rischio ed eziologici, risposta al trattamento e correlati biologici<sup>17-20</sup>. Il concetto di schizofrenia deficitaria differisce per aspetti importanti da quello di sintomatologia negativa, riferendosi ad un sottotipo diagnostico in cui i sintomi negativi rappresentano le caratteristiche primarie e persistenti del paziente in condizioni di base<sup>21</sup>. Tale sindrome si manifesta con la presenza di aspetti negativi della sindrome schizofrenica, tra cui l'appiattimento affettivo, l'anedonia, la povertà dell'eloquio, la riduzione degli interessi, la riduzione del senso di intenzionalità e dell'iniziativa sociale, che devono essere primari e persistere per almeno 12 mesi, anche durante la fase di remissione dei sintomi psicotici. Un approccio alternativo è stato proposto da alcuni studiosi nell'ambito di un'iniziativa promossa dal *National Institute of Mental Health* (NIMH), che focalizza l'attenzione sui sintomi negativi persistenti<sup>2 22</sup>. Tale approccio prescinde dalla categorizzazione dei soggetti in SD e SND (da alcuni ritenuta di difficile applicazione nella routine clinica soprattutto per la difficoltà di definire la natura primaria dei sintomi negativi), e individua i sintomi negativi che persistono per almeno sei mesi, in assenza di una significativa presenza di sintomi depressivi e Parkinson-

simili. In particolare, alcuni Autori, attraverso analisi fattoriali, hanno rilevato l'indipendenza di un gruppo di sintomi, che include l'appiattimento affettivo, l'alogia, l'anedonia, l'avolizione e l'asocialità, che differiscono dagli altri sintomi negativi per decorso, risposta al trattamento e correlati neurobiologici<sup>6 22</sup>. Altri Autori hanno inoltre suggerito che i sintomi negativi primari e persistenti siano riconducibili a due domini: la "ridotta espressività emotiva/verbale" e l'"anedonia/asocialità/mancanza di volontà", che potrebbero essere sottesi da meccanismi patofisiologici diversi e avere un differente impatto sul funzionamento dell'individuo nella vita reale<sup>3 23</sup>.

Come sottolineato nell'ambito della NIMH-MATRICES *Consensus Development Conference* sui Sintomi Negativi, nella letteratura recente, dunque, non c'è unanimità rispetto alla definizione dei domini che caratterizzano il costrutto "dimensione negativa" e ciò spiega sia l'estrema variabilità dei risultati dei diversi studi sull'argomento sia i limiti delle attuali scale di valutazione clinica della sintomatologia negativa<sup>6</sup>.

### Valutazione standardizzata della sintomatologia negativa

Gli strumenti più utilizzati nel tempo sono stati quelli che fanno riferimento soprattutto alla dicotomia positivo/negativo. In particolare, Andreasen<sup>7</sup> ha messo a punto la Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) che valuta la presenza e la gravità di cinque sintomi negativi tra cui alogia (povertà di linguaggio), appiattimento affettivo (ridotta gamma di emozioni), abulia, apatia (motivazione ridotta), anedonia-asocialità (ridotta capacità di provare piacere, ridotta attività sociale) e compromissione dell'attenzione. I limiti principali di questa scala risiedono nella mancata distinzione tra sintomi primari e secondari, nell'inclusione di item (quali l'impoverimento del contenuto dell'eloquio, l'aumento della latenza di risposta, il blocco, l'inappropriata affettività e l'attenzione) che una serie di analisi fattoriali hanno dimostrato non essere parte del costrutto negativo<sup>24</sup> e, infine, nella presenza di una sottoscala unica per l'anedonia e l'asocialità<sup>24 25</sup>. Quest'ultimo è un aspetto molto problematico, in quanto la valutazione dell'anedonia dovrebbe essere specificamente focalizzata sull'esperienza soggettiva del piacere, differenziandola dal funzionamento sociale e dalle altre esperienze soggettive quali il diminuito interesse, la riduzione dell'energia o della volontà<sup>24</sup>. Un ulteriore limite della scala è che non fornisce indicazioni sul livello generale della psicopatologia del paziente schizofrenico; limite superato da un'altra scala di valutazione molto usata nella ricerca e nella pratica clinica, la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)<sup>26</sup>, che, tuttavia, non fornisce adeguate informazioni sui sintomi positivi e negativi che caratterizzano questi pazienti. La

BPRS, infatti, non essendo stata sviluppata con lo scopo di valutare i sintomi negativi, comprende diversi item non inerenti, mentre le mancano completamente quelli per l'anedonia, l'alogia, l'abulia e l'asocialità<sup>27</sup>. Kay et al.<sup>28</sup>, nel tentativo di superare i limiti di questi strumenti, hanno elaborato la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) che consente di valutare in maniera più completa i diversi ambiti psicopatologici, dal comportamento ai rapporti interpersonali, dai processi cognitivi al contenuto del pensiero e di caratterizzare i pazienti in termini di appartenenza ad uno dei due sottotipi di schizofrenia (a sintomi positivi o a sintomi negativi). Inoltre, grazie all'introduzione di item che esplorano la sintomatologia generale, consente di valutare anche quei sintomi che interagiscono con la sintomatologia positiva e negativa pur non facendone parte<sup>29</sup>. Tuttavia, anche la PANSS presenta alcuni aspetti problematici quali il basso numero di item usati per valutare importanti sottodomini della sintomatologia negativa, l'inclusione nella sottoscala negativa degli item "pensiero astratto" e "pensiero stereotipato", che appartengono ai deficit cognitivi più che ai sintomi negativi<sup>25</sup> e la mancata distinzione tra anedonia consumatoria e anticipatoria<sup>24,30</sup>. Un altro limite strutturale, comune a tutte queste interviste, è la valutazione sul piano dell'esito funzionale e sociale di deficit riguardanti essenzialmente la sfera interiore: per esempio, nella PANSS la valutazione degli item che esplorano il ritiro emozionale, il ritiro sociale passivo/apatico e il rapporto insufficiente, si basano sull'osservazione del comportamento durante l'intervista e sulle informazioni riportate dai familiari o dai caregivers. Pertanto, le valutazioni che riflettono presumibilmente deficit nell'esperienza soggettiva delle emozioni, degli interessi e dei sentimenti di empatia e di vicinanza, di fatto non considerano l'esperienza soggettiva, ma dipendono da valutazioni esterne dell'esito funzionale<sup>31</sup>. Le scale cliniche fin qui riportate non consentono, inoltre, la distinzione tra sintomi negativi primari e secondari, che è invece possibile effettuare attraverso la somministrazione della Scheda per la Sindrome Deficitaria (SDS)<sup>32</sup>. La SDS è un'intervista semistrutturata che consente di valutare la presenza di sintomi negativi quali l'appiattimento affettivo, l'anedonia, la povertà dell'eloquio, la riduzione degli interessi, del senso di intenzionalità e dell'iniziativa sociale; di caratterizzarli per la loro persistenza, la stabilità clinica e di escluderne la secondarietà a fattori diversi dal processo di malattia (ansia, effetti dei farmaci, sospettosità e altri sintomi psicotici, ritardo mentale o depressione)<sup>32,33</sup>. Tuttavia, la SDS non è esente da limiti. Ad esempio, talora può risultare difficile verificare se i sintomi negativi sono primari o secondari a fattori quali l'uso di farmaci o sintomi psicotici; inoltre, l'intervista non consente la distinzione tra anedonia anticipatoria e consumatoria<sup>20,24</sup>.

In sintesi, ci sono chiaramente alcuni limiti significativi associati agli strumenti attualmente utilizzati per valutare i sintomi negativi, quali l'inclusione di sintomi che non appartengono alla sfera negativa, la fusione di domini concettualmente distinti (anedonia/asocialità), la scarsa definizione di aspetti secondari a farmaci e/o ad altri sintomi e l'inadeguata qualificazione di alcuni sintomi (anedonia anticipatoria e consumatoria).

### **La Brief Negative Symptom Scale: caratteristiche psicometriche**

In risposta alla necessità di superare tali limiti, è stata sviluppata una scala di valutazione, la *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS)<sup>34</sup>, che sembra essere di agevole applicazione in ambito clinico, consentendo una valutazione approfondita, e al tempo stesso contenuta nei tempi, di tutti i domini della sintomatologia negativa attualmente noti. In particolare, nella scala sono stati inclusi tutti i domini indicati dalla Consensus Development Conference come parte essenziale della dimensione negativa, ossia l'appiattimento affettivo, l'alogia, l'anedonia, l'abolizione e l'asocialità<sup>6</sup>, ciascuno dei quali è valutato da una specifica sottoscala. Nella BNSS gli item sono formulati in modo che il punteggio non sia influenzato dal livello culturale del paziente esaminato e la struttura dell'intervista è stata pensata non solo per essere adatta a trial clinici, ma anche a studi epidemiologici e psicologici. La scala consente di fare una valutazione distinta per l'anedonia anticipatoria e per quella consumatoria, aspetto importante se si considerano le recenti evidenze che le persone affette da schizofrenia possono avere un deficit in uno di questi aspetti, ma non nell'altro<sup>30</sup>. Nella scala i domini dell'asocialità e dell'abolizione sono valutati con item differenti, in cui sono distinti gli aspetti legati all'esperienza interna da quelli che si riferiscono al comportamento e sono stati eliminati tutti i sintomi che le analisi fattoriali hanno indicato come non appartenenti alla dimensione negativa: per esempio, non sono stati inclusi gli item che sono più legati alla disorganizzazione piuttosto che alla sintomatologia negativa, quali la povertà del contenuto dell'eloquio e i deficit dell'attenzione<sup>35</sup>. Inoltre, diversi studi hanno confermato una maggiore affidabilità della BNSS rispetto alla PANSS, un'elevata stabilità temporale, un'eccellente consistenza interna e una buona validità discriminante rispetto alle dimensioni positiva e disorganizzativa<sup>5,34</sup>. Infine, l'analisi fattoriale della BNSS ha mostrato la presenza di due cluster sintomatologici, che insieme spiegano il 71% della varianza: il primo cluster, che include gli item relativi all'appiattimento affettivo e all'alogia, è stato chiamato "Emotional Expressivity", mentre il secondo, contenente gli item abolizione, asocialità e anedonia, "Motivation and Pleasure"<sup>34</sup>. Le caratteristiche di questa scala clinica sembra-

no rispondere in maniera più aderente alle più recenti teorie, secondo cui i sintomi negativi primari e persistenti sono riconducibili a due soli domini, la "ridotta espressività emotiva/verbale" e l'"anedonia/asocialità/mancanza di volontà"<sup>3 23</sup>.

## Traduzione italiana della *Brief Negative Symptom Scale*

La metodologia utilizzata per produrre una versione italiana della "Brief Negative Symptom Scale", che rispecchiasse la struttura e il contenuto della versione originale, è descritta di seguito. Lo strumento è stato tradotto in italiano da due specialisti in psichiatria (SG, AM) ed è stata nuovamente tradotta in inglese (traduzione inversa o *back translation*) da un docente di lingua inglese. La versione inglese così ottenuta è stata sottoposta alla valutazione di Brian Kirkpatrick (BK), uno degli Autori della versione originale, allo scopo di assicurare l'assenza di errori di traduzione o di errori di interpretazione dei criteri forniti nel manuale e delle definizioni di riferimento per l'attribuzione dei punteggi. Le modifiche suggerite da BK sono state vagliate dai due specialisti che avevano effettuato la prima traduzione e applicate laddove ritenute adeguate, oppure ridiscusse con BK fino al raggiungimento di un accordo. I materiali includono il manuale: dove sono definiti i sintomi e riportate le istruzioni per l'esaminatore e le domande; il "workbook": utilizzato per condurre l'intervista semistrutturata per ciascun soggetto; e lo "scoresheet": utilizzato per riportare i punteggi. La versione italiana finale viene allegata in appendice.

## Bibliografia

- Maj M. *Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia*. Br J Psychiatry 1998;172:458-60.
- Blanchard JJ, Cohen AS. *The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment*. Schizophr Bull 2006;32:238-45.
- Kimhy D, Yale S, Goetz RR, et al. *The factorial structure of the schedule for the deficit syndrome in schizophrenia*. Schizophr Bull 2006;32:274-8.
- Strauss GP, Harrow M, Grossman LS, et al. *Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia: a 20-year multi-follow-up longitudinal study*. Schizophr Bull 2010; 36:788-99.
- Strauss GP, Keller WR, Buchanan RW, et al. *Next-generation negative symptom assessment for clinical trials: validation of the Brief Negative Symptom Scale*. Schizophr Res 2012;142:88-92.
- Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, et al. *The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms*. Schizophr Bull 2006;32:214-19.
- Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, IA: The University of Iowa 1984.
- Andreasen NC, Olsen S. *Negative versus positive schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 1982;39:789-94.
- Crow TJ. *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?* Br Med J 1980;280:66-8.
- Crow TJ. *The two-syndrome concept: origins and current status*. Schizophr Bull 1985;11:471-86.
- Galderisi S, Mucci A, Mignone ML, et al. *Hemispheric asymmetry and psychopathological dimensions in drug free patients with schizophrenia*. Int J Psychophysiol 1999;34:293-301.
- Tandon R, DeQuardo JR, Taylor SF, et al. *Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome*. Schizophr Res 2000;45:191-201.
- Liddle PF. *Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction*. Psychol Med 1987;17:49-57.
- Edwards J, McGorry PD, Waddell FM, et al. *Enduring negative symptoms in first-episode psychosis: comparison of six methods using follow-up data*. Schizophr Res 1999;40:147-58.
- Carpenter WT, Heinrichs DW, Alphas LD. *Treatment of negative symptoms*. Schizophr Bull 1985;11:440-52.
- Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Wagman AMI. *Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept*. Am J Psychiatry 1988;145:578-83.
- Galderisi S, Maj M, Mucci A, et al. *Historical, psychopathological, neurological and neuropsychological aspects of deficit schizophrenia: a multicenter study*. Am J Psychiatry 2002; 159:983-90.
- Mucci A, Galderisi S, Kirkpatrick B, et al. *Double dissociation of N1 and P3 abnormalities in deficit and nondeficit schizophrenia*. Schizophr Res 2007;92:252-61.
- Kirkpatrick B, Galderisi S. *Deficit schizophrenia: an update*. World Psychiatry 2008;7:143-7.
- Galderisi S, Maj M. *Deficit schizophrenia: an overview of clinical, biological and treatment aspects*. Eur Psychiatry 2009;24:493-500.
- Kirkpatrick B, Buchanan RW, Breier A, et al. *Case identification and stability of the deficit syndrome of schizophrenia*. Psychiatry Res 1993;47:47-56.
- Kirkpatrick B, Fischer B. *Subdomains within the negative symptoms of schizophrenia: commentary*. Schizophr Bull 2006;32:246-49.
- Galderisi S, Bucci P, Mucci A, et al. *Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome*. Schizophr Res 2013;147:157-62.
- Horan WP, Kring AM, Blanchard JJ, et al. *Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies*. Schizophr Bull 2006;32:259-63.
- Harvey PD, Koren D, Reichenberg A, et al. *Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship?* Schizophr Bull 2006;32:250-8.
- Overall JE, Gorham DR. *The brief psychiatric rating scale*. Psychol Rep 1962;10:799-812.

- <sup>27</sup> Kay SR. *Positive-negative symptom assessment in schizophrenia: Psychometric issues and scale comparison*. *Psychiatr Q* 1990;61:163-77.
- <sup>28</sup> Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
- <sup>29</sup> Emsley R, Rabinowitz J, Torreman M. *The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis*. *Schizophr Res* 2003;61:47-57.
- <sup>30</sup> Gard DE, Gard MG, Kring AM, et al. *Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: a scale development study*. *J Res Pers* 2006;40:1086-102.
- <sup>31</sup> Blanchard JJ, Kring AM, Horan WP, et al. *Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia*. *Schizophr Bull* 2011;37:291-9.
- <sup>32</sup> Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, et al. *The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research in schizophrenia*. *Psychiatry Res* 1989;30:119-24.
- <sup>33</sup> Galderisi S, Bucci P, Mucci A. *La Scheda per la Sindrome Deficitaria – Versione italiana della "Schedule for the Deficit Syndrome"*. *Giorn Ital Psicopat* 2011;17:92-102.
- <sup>34</sup> Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, et al. *The Brief Negative Symptom Scale: psychometric properties*. *Schizophr Bull* 2011;37:300-5.
- <sup>35</sup> Buchanan RW, Carpenter WT. *Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia*. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:193-204.

## Brief Negative Symptom Scale: Manuale

B. Kirkpatrick, G.P. Strauss, L. Nguyen, B.A. Fischer, D.G. Daniel, A. Cienfuegos, S.R. Marder

Department of Psychiatry, Texas A&M College of Medicine, Temple, TX; Department of Psychiatry, Scott & White Healthcare, Temple, TX

Questo strumento di valutazione è finalizzato a misurare il livello attuale di severità dei sintomi negativi nella schizofrenia e nel disturbo schizoaffettivo. I sintomi negativi sono un'assenza o una riduzione di comportamenti ed esperienze soggettive normalmente presenti in una persona dello stesso ambiente culturale e fascia di età. I sintomi negativi includono anedonia, asocialità, apatia, appiattimento affettivo e alogia. Altri sintomi possono anche appartenere a questo gruppo. I sintomi negativi sono distinti da altre caratteristiche della schizofrenia e disturbi correlati, quali sintomi psicotici, disorganizzazione, disturbi dell'umore, ansia e dai deficit cognitivi.

Il manuale, ideato ai fini del training, include la descrizione degli item, nonché le domande suggerite e le definizioni. Il "Workbook", che viene usato per effettuare le valutazioni, include soltanto le domande suggerite e le definizioni. La scheda di valutazione è un documento separato.

La scala è stata ideata per essere utilizzata in studi sugli effetti dei trattamenti, ma può avere altre applicazioni, incluso la valutazione clinica in contesti non di ricerca e il monitoraggio dei cambiamenti. Non c'è alcun tentativo di definire un sottotipo o una sindrome di tipo negativo in questa scala.

Sono incluse cinque sottoscale, una per ciascuno dei sintomi negativi sopra elencati.

Inoltre, c'è un altro item che non fa parte di queste sottoscale, l'item Angoscia ("Distress").

Tutte le valutazioni sono basate su un'intervista semi-strutturata con domande suggerite e quesiti. È importante includere il contenuto dell'intervista semistrutturata co-

me documentazione minima. Tuttavia, andrebbe formulata qualunque domanda aggiuntiva necessaria a valutare l'item in esame.

Gli item sono valutati su una scala a 7 punti (0-6), con definizioni dei livelli di gravità che generalmente variano da assente (0) a severo (6). I punteggi dovrebbero essere attribuiti sulla base delle definizioni, senza cercare di aggiustare i punteggi sulla base di aspettative su come in genere si comportano i soggetti psicotici. L'intervallo di tempo considerato per la valutazione è una settimana; devono essere evitate le valutazioni basate sull'intera vita del soggetto. Potrebbe essere necessario ricordare al soggetto frequentemente l'intervallo di tempo considerato. Sebbene molte delle valutazioni in questa sezione della scala richiedono un'autovalutazione, nell'attribuire i punteggi dovrebbero essere considerate le osservazioni del soggetto durante l'intervista e quelle fornite da osservatori esterni durante l'intervallo temporale considerato, quando appropriate.

Per uno specifico item, un soggetto può avere una prestazione normale in alcune aree ma una chiara compromissione in altre. In questo caso, il punteggio del soggetto non dovrebbe corrispondere al livello più grave né a quello meno alterato, ma andrebbe considerata l'integrazione della complessiva prestazione per quell'item; cioè il soggetto dovrebbe ricevere il punteggio più rappresentativo della sua prestazione complessiva in quell'area. Inoltre, quando vi sia un dubbio tra due punteggi, es. 3 o 4, scegliere sempre il punteggio più basso.

Per l'intera scala, il valutatore dovrebbe fare ogni sforzo per non estendere automaticamente ("carry over") i punteggi da un item all'altro all'interno di una sottoscala, o da una sottoscala all'altra.

Ad esempio, la ridotta espressività vocale (nella sottoscala Appiattimento Affettivo) non dovrebbe influenzare la valutazione della ridotta produzione verbale (Povertà dell'Eloquio).

In generale, le valutazioni di Ane donia, Asocialità e Apatia dovrebbero essere effettuate sulla base di ciò che è ragionevolmente disponibile per il soggetto. Nella maggior parte dei casi dovrebbe essere disponibile qualche forma di piacere, socializzazione e opportunità d'iniziativa.

## I. Sottoscala dell'anedonia

Questa sottoscala misura due aspetti diversi del piacere: **l'esperienza di piacere durante un'attività** (con valutazione separata di intensità e frequenza), e **l'aspettativa o anticipazione del piacere derivante da una futura attività**. Per tutt'e tre gli item di questa sottoscala, considerare tutte le potenziali fonti di piacere per il soggetto, includendo attività sociali, sensazioni fisiche, attività ricreative e lavoro/studio. Il punteggio di intensità è basato sul più intenso piacere che il soggetto sperimenta (o anticipa) in quell'area e si fonda sulla descrizione del soggetto. I valutatori dovrebbero prendere in considerazione il piacere associato alle attività sociali nella sottoscala dell'anedonia, mentre iniziare e mantenere le attività sociali dovrebbero essere considerati nella sottoscala dell'apatia.

*Domande suggerite:* Item 1 e 2

**Sociale:** *Con chi ha passato del tempo nell'ultima settimana? Cosa avete fatto? Come si è sentito/a in sua/loro compagnia? Quanto spesso ha trascorso del tempo con questa/e persone?*

**Fisica:** *Nell'ultima settimana, c'è stato qualcosa che le ha dato una sensazione piacevole fisicamente—qualcosa che ha annusato, gustato o toccato?* **Se sì:** *Come si è sentito/a quando lo ha fatto? Quanto spesso lo ha fatto?*

**Ricreativa:** *Cosa ha fatto per divertimento nell'ultima settimana? Come si è sentito/a quando lo ha fatto? Quanto spesso si è divertito/a a farlo?*

**Lavoro/Studio:** *Le piace lavorare(o studiare)? Se sì: Quanto le piace? Quanto spesso ha provato piacere nel lavorare (o studiare)?*

### ITEM 1: INTENSITÀ DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ

0. *Normale:* Capace di trarre piacere **pianamente** da una varietà di attività; nessuna compromissione dell'intensità del piacere.
1. *Dubbia:* Trae piacere dalle attività meno intensamente di molte persone, ma può ancora essere nella norma.
2. *Lieve:* Una riduzione lieve dell'intensità del piacere durante le attività che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata:* Una lieve riduzione dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività, o una riduzione moderata in alcune.
4. *Moderatamente severa:* Almeno una riduzione mode-

- rata dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività; può avere una riduzione severa in un'area.
5. *Severa:* Una severa riduzione dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività; una certa capacità di esperire piacere è ancora presente; può esperire solo un lieve piacere, anche in situazioni che dovrebbero essere intensamente piacevoli.
6. *Estremamente severa:* Nessuna esperienza di piacere, in qualsiasi circostanza.

### ITEM 2: FREQUENZA DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ

0. *Normale:* Capace di trarre spesso piacere dalle attività; nessuna compromissione nella frequenza del piacere.
1. *Dubbia:* Trae piacere dalle attività meno spesso di molte altre persone, ma può ancora rientrare nel range normale.
2. *Lieve:* Una lieve riduzione della frequenza del piacere nelle attività che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata:* Una lieve riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività, o una riduzione moderata in alcune.
4. *Moderatamente severa:* Almeno una moderata riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività; può avere una riduzione severa in un'area.
5. *Severa:* Una severa riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività; permane una certa capacità di provare piacere, ma prova piacere raramente, anche in situazioni che dovrebbero essere intensamente piacevoli.
6. *Estremamente severa:* Nessuna esperienza di piacere durante la precedente settimana.

### ITEM 3: INTENSITÀ DELL'ANTICIPAZIONE DEL PIACERE IN ATTIVITÀ FUTURE

*Domande suggerite*

**Se il soggetto ha sperimentato piacere durante alcune attività nella precedente settimana:** *Ha detto che ha provato piacere nel (elencare le attività di cui sopra). Prevede di rifarne presto qualcuna?*

**Se sì:** *Come la fa sentire pensare di fare ciò? Non vede l'ora di farlo?*

**Se no:** *Le piacerebbe rifare qualcuna di queste? C'è altro che le farebbe piacere fare? (Se sì: Come la fa sentire pensare di fare ciò?)*

**Se il soggetto non ha tratto piacere da alcuna attività nella precedente settimana:** *Ci sono attività che non vede l'ora di fare? C'è qualcos'altro che non vede l'ora di fare?*

Alcuni soggetti hanno difficoltà a capire il concetto dell'anticipazione del piacere che è alla base di questo item. Questo può essere dovuto alla compromissione co-

gnitiva, a una mancanza globale dell'esperienza del piacere o ad altre ragioni. Se il soggetto non riesce a comprendere il concetto, assegnare un punteggio di 6.

0. *Normale*: Capace di provare piacere quando pensa ad attività future; nessuna compromissione dell'anticipazione del piacere per attività future.
1. *Dubbia*: Ridotta capacità di provare piacere nel pensare ad attività future, ma ancora nel range normale.
2. *Lieve*: Una lieve riduzione del piacere provato nel pensare ad attività future che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata*: Chiara riduzione del piacere provato nel pensare ad attività future, ma prova ancora un certo piacere.
4. *Moderatamente severa*: Può provare sostanziale piacere nel pensare a qualche attività futura, ma generalmente non lo prova.
5. *Severa*: Raramente prova piacere quando pensa ad attività future, anche quando sono in causa attività che dovrebbero essere molto piacevoli.
6. *Estremamente severa*: Nessun piacere quando pensa a future attività, per qualunque attività.

## II. Angoscia ("Distress")

Questo item valuta l'esperienza da parte del soggetto di un'emozione spiacevole o angosciata di qualunque tipo: tristezza, depressione, ansia, rammarico, rabbia, ecc. La fonte dell'angoscia non viene presa in considerazione; ad esempio, le emozioni negative associate ai sintomi psicotici vengono considerate qui.

### ITEM 4: ANGOSCIA ("DISTRESS")

*Domande suggerite*

*Cosa l'ha fatta sentire male nella scorsa settimana? È successo nulla che l'ha fatto dispiacere? È accaduto qualcosa che l'ha fatto sentire triste o depresso/a? Preoccupato/a o ansioso/a? Arrabbiato/a o irritato/a?*

**Se non è accaduto nulla di spiacevole:** *Cosa le è successo in passato che l'ha fatto sentire male? Come si sente adesso rispetto a ciò?*

0. *Normale*: Normale capacità di provare angoscia o emozioni spiacevoli.
1. *Dubbia*: Minore angoscia per eventi spiacevoli rispetto a molte persone, ma ancora nel range normale.
2. *Lieve*: Leggermente meno angosciato/a del normale per eventi spiacevoli.
3. *Moderata*: Chiaramente meno angosciato/a del normale per eventi spiacevoli, ma prova una certa angoscia.
4. *Moderatamente severa*: Può provare sostanziale angoscia, ma generalmente è necessario un problema grave per elicitarla.

5. *Severa*: Sperimenta solo lieve angoscia, anche per problemi seri.
6. *Estremamente severa*: Nessuna esperienza di angoscia, per qualunque problema.

## III. Sottoscala dell'asocialità

L'asocialità è la ridotta attività sociale accompagnata da un ridotto interesse nel formare relazioni strette con gli altri. Questa sottoscala intende valutare un'asocialità *apatica*.

Le valutazioni degli item si basano sia sull'*esperienza interna* riferita, inclusi il valore che il soggetto attribuisce ai legami sociali stretti e il desiderio che prova nei loro confronti, e sul *comportamento osservabile*, vale a dire, quanto il soggetto di fatto si coinvolge in interazioni con gli altri. Questo item non vuole valutare come asocialità il ritiro sociale dovuto a depressione o sospettosità, la disorganizzazione o la distraibilità causata da sintomi psicotici pervasivi quali allucinazioni o deliri.

Il *comportamento* asociale può includere:

- a) Quando ci si trova in una situazione sociale, coinvolgersi solo superficialmente o brevemente nelle interazioni, restare da soli, o confinarsi in un angolo.
- b) Non avere nessuno con cui parlare di cose personali.
- c) Mancanza di partecipazione a eventi o attività che coinvolgono altre persone.

L'*esperienza interna* asociale include:

- a) Crede che le relazioni strette, intime non hanno valore e non sono importanti.
- b) Mancanza d'interesse nella cura e condivisione reciproca con altre persone.
- c) Preferenza per attività non di tipo sociale.
- d) Non soffrire la solitudine anche se isolato.
- e) Mancanza d'interesse nel cooperare e lavorare con altri.

I punteggi per il comportamento e l'esperienza interna possono, comunque, essere alquanto diversi; ossia, il comportamento può non essere congruo con l'esperienza interna. Ad esempio, un soggetto può essere isolato per la presenza di deliri di persecuzioni o di deficit delle abilità sociali – con conseguente alto punteggio (il che indica compromissione) sull'item 5 – ma può sentirsi molto solo, pensare agli altri molto e desiderare compagnia, con conseguente punteggio normale sull'item 6.

Le valutazioni dovrebbero riguardare le aree delle relazioni familiari, dei rapporti intimi e dell'amicizia e, se il soggetto non parla di alcuna di queste aree, l'intervistatore dovrebbe indagare su ognuna di esse. L'interazione con l'intervistatore dovrebbe anche essere considerata nella valutazione di questo item. Se il soggetto non ha contatti con la famiglia o con altri contesti sociali per-

ché non è possibile averne (perché i familiari sono deceduti o rifiutano di avere contatti con il soggetto), questa mancanza di contatti non dovrebbe essere considerata nell'attribuzione del punteggio all'Asocialità.

Può essere necessario tener conto di realtà inevitabili della vita del paziente. Ad esempio, un paziente che è cronicamente istituzionalizzato oppure attualmente ricoverato può non essere in grado di avere contatti con i familiari o con gli amici. In questi casi, i punteggi dovrebbero essere attribuiti rispetto a ciò che è disponibile per il soggetto, incluso altri pazienti e lo staff. Anche in tali ambienti è possibile creare contatti con gli altri o scegliere di non farlo, nonché sentirsi soli oppure no.

#### ITEM 5: ASOCIALITÀ: COMPORTEMENTO

##### Domande suggerite

(Far riferimento alle persone identificate negli item 1-3) Quando è stato/a in loro compagnia, ha preso lei l'iniziativa di contattarli o loro hanno contattato lei? Quanto spesso parla con loro di cose private, personali? Ha provato a contattare qualcun altro?

0. *Nessuna compromissione*: Frequentemente si incontra con altri, parla apertamente di cose personali con una o più persone; completamente nei limiti del normale.
1. *Deficit molto lieve*: Ha una relazione stretta in cui possono essere affrontate la maggior parte delle questioni personali, si mette attivamente in contatto con gli altri, ha un certo confronto con altri su questioni personali.
2. *Deficit lieve*: Le interazioni sociali non sono rare, ma il soggetto è meno attivo della maggior parte delle persone; solo alcune questioni personali vengono affrontate; le relazioni non sono strette ed intime.
3. *Deficit moderato*: Non ha relazioni strette o intime con altri, le relazioni e gli incontri sono casuali, ma generalmente non evita gli altri.
4. *Deficit moderatamente severo*: I contatti e gli incontri con gli altri tendono ad essere rari e superficiali; tende ad evitare gli altri. Generalmente non parla di cose personali con gli altri.
5. *Deficit marcato*: Gli incontri con gli altri sono quasi sempre superficiali, passa poco tempo con gli altri per scelta.
6. *Deficit severo*: Raramente interagisce con gli altri, può attivamente evitare gli altri per la maggior parte del tempo.

#### ITEM 6: ASOCIALITÀ: ESPERIENZA INTERNA

##### Domande suggerite

**Quando impegnato in attività sociali:** Alcune persone preferiscono stare per conto loro; altre preferiscono stare in compagnia degli altri. Cosa preferisce lei?

*Sente di avere una stretta relazione con (le persone di cui sopra)? Pensa molto a (persone prima nominate)? Vorrebbe avere una relazione più stretta? Si sente solo/a a volte?*

**Se non impegnato in attività sociali:** *Le piacerebbe avere più contatti con le persone? Pensa molto a ciò? Come la fa sentire essere solo la maggior parte del tempo? Queste relazioni sono importanti per lei?*

0. *Nessuna compromissione*: Il soggetto è molto interessato alle relazioni, considera le relazioni con gli altri come uno degli aspetti più importanti della vita; se è isolato, si sente spesso solo e desidera non essere solo.
1. *Lievissimo deficit*: Il soggetto considera le relazioni importanti; è interessato alle altre persone; se è isolato, si sente talvolta solo e desidera non essere solo.
2. *Deficit lieve*: Il soggetto considera le relazioni strette con membri della famiglia abbastanza importanti, è moderatamente interessato agli altri; non ha relazioni strette ed intime con persone al di fuori della famiglia; pensa qualche volta alle relazioni.
3. *Deficit moderato*: Il soggetto considera le relazioni strette poco importanti; raramente desidera avere relazioni strette con altri.
4. *Deficit moderatamente severo*: Quando è sul punto di avere relazioni strette con altri, potrebbe "prendere o lasciare". Generalmente non desidera discutere questioni personali con altri, raramente sente la mancanza di relazioni strette o desidera relazioni più strette.
5. *Deficit marcato*: Il soggetto considera le relazioni di pressoché nessuna importanza, nutre poco interesse per le relazioni con gli altri, non si sente solo.
6. *Deficit severo*: Il soggetto non ha relazioni con gli altri, non sente la mancanza di relazioni strette.

#### IV. Sottoscala dell'apatia

L'apatia è una riduzione dell'iniziativa e della persistenza nell'attività. I due item vengono valutati rispetto al comportamento e all'esperienza interna, poiché un fallimento nell'iniziare e continuare un'attività può essere dovuto a cause diverse dai sintomi negativi nucleari, ad esempio a ridotte opportunità o a credenze paranoide. Un soggetto può mostrare una riduzione del comportamento finalizzato ma può ancora ricevere un punteggio relativamente basso sull'apatia se desidera impegnarsi in tale comportamento. Ad esempio, un paziente depresso può avere difficoltà ad iniziare e mantenere un comportamento finalizzato, e potrebbe ricevere un punteggio alto (che indica compromissione) sull'item 7. Lo stesso soggetto, comunque, può sentirsi in colpa o vergognarsi della sua difficoltà a perseguire il comportamento, pensando frequentemente ai suoi risultati, e può ricevere un punteggio più basso (normale) sull'item 8.



I punteggi dovrebbero essere assegnati sulla base della valutazione di lavoro, studio, interessi/attività ricreative/passatempo e cura di sé. Le attività sociali sono valutate nella sottoscala Asocialità e non in questa sottoscala. La cura di sé include igiene personale, lavare i vestiti, cercare un'abitazione, curare l'abitazione, recarsi alle visite mediche; anche altre attività possono rientrare nella cura di sé. Il soggetto non dovrebbe essere penalizzato per la mancanza di opportunità. Ad esempio, non sarebbe appropriato penalizzare un paziente ricoverato se non si preoccupa di cercare un'abitazione quando la dimissione non è vicina.

Nelle domande suggerite di seguito, il lavoro dovrebbe essere concettualizzato in senso ampio, includendo la cura della casa, la cura dei figli, l'accudimento di un familiare malato, ecc. Similmente, se un paziente ha un reddito basso, oppure ha un handicap fisico, potrebbe avere difficoltà a partecipare ad attività ricreative, per cui la mancanza di iniziativa e persistenza in quest'area può non essere considerata di rilievo.

Nel valutare il comportamento e l'esperienza interna in questa area, una forte motivazione e interesse in un'area può condurre a un punteggio relativamente normale, se questo interesse assorbe la maggior parte del tempo e dell'energia del soggetto. Ad esempio, una persona che si occupa di bambini piccoli può avere poco tempo per altre cose e può avere punteggi normali sulla sottoscala dell'apatia se completamente assorbita in tale compito.

Come per l'asocialità, può essere necessario tener conto delle realtà inevitabili della vita del paziente; bisognerebbe anche considerare le opportunità di cui il soggetto dispone. Ad esempio, un paziente cronicamente istituzionalizzato o ricoverato non è in grado di trovare un lavoro competitivo o di studiare. Le valutazioni dovrebbero basarsi su ciò che è disponibile per il soggetto, incluso, ad esempio, le attività disponibili nel reparto ospedaliero. Anche in tale ambiente è possibile trovare cose da fare, o scegliere di non farle, nonché di sentirsi annoiati oppure no.

#### ITEM 7: APATIA: COMPORTEMENTO

Domande suggerite

**Generali:** *Mi dica come passa il tempo. Passa molto tempo seduto/a senza far nulla in particolare?*

#### Lavoro e studio:

**Se il soggetto attualmente lavora** o studia:

*Quanto tempo ha trascorso a lavorare (o a scuola o a studiare) questa settimana? Ci va da solo/a? In genera aspetta che gli altri le dicano cosa fare, o inizia autonomamente il lavoro (o i compiti scolastici)?*

*(Se è inserito in un programma terapeutico, e la domanda è appropriata): Ha partecipato ad attività riabilitative/lavorative nell'ambito del suo programma terapeutico? Se*

**si:** *Qualcuno l'ha incoraggiata a partecipare o ha partecipato di sua iniziativa?*

**Se attualmente non lavora** o studia:

*Nella scorsa settimana ha provato a cercare lavoro o a frequentare la scuola? L'ha spinto qualcuno a farlo o l'ha fatto di sua iniziativa? Quali sono i suoi obiettivi?*

**Se sì:** *Che ha fatto?*

**Se no:** *Come mai no? [Porre domande per poter distinguere le opportunità dalla motivazione]*

**Attività ricreative/interessi/passatempo:** (Considerare l'informazione sulle attività ricreative dagli item 1-3). *Passa molto tempo a guardare la TV? (Se sì a quest'ultima domanda: È interessato/a a quello che guarda o è solo per far passare il tempo?)*

**Cura di sé:** *quanto spesso ha fatto la doccia nell'ultima settimana? Quante volte ha pulito (l'appartamento, la stanza, la casa)? È stato necessario che qualcuno glielo ricordasse? C'è qualcuno che le ricorda di fare queste cose? (Se applicabile): Ha dovuto cercare un'abitazione? Cosa ha fatto a tal proposito?*

0. *Nessuna compromissione:* Il soggetto inizia e continua l'attività nel lavoro o nello studio, nelle attività ricreative/interessi/passatempo; completamente nei limiti normali.
1. *Deficit molto lieve:* *Un po' meno costante nell'iniziare e continuare le attività rispetto a molte persone, ma di dubbia rilevanza clinica.*
2. *Deficit lieve:* Un lieve deficit nell'iniziare e continuare l'attività; ad esempio, può aver appropriatamente iniziato delle attività nella scorsa settimana, ma con persistenza moderata; oppure altri hanno preso per il soggetto l'iniziativa tanto spesso quanto il soggetto stesso.
3. *Deficit moderato:* Un deficit evidente nell'iniziare e continuare le attività; può non cominciare l'attività molto spesso, oppure non continuarle a lungo; altri possono fornire lo stimolo per qualunque attività molto spesso.
4. *Deficit moderatamente severo:* Un deficit significativo nell'iniziare; può iniziare alcune attività ma non le continua a lungo. Altri generalmente forniscono lo stimolo per qualunque attività.
5. *Deficit marcato:* Chiara mancanza d'iniziativa e di persistenza; può occasionalmente iniziare le attività ma con scarsa persistenza. Altri forniscono quasi sempre lo stimolo per le attività del soggetto.
6. *Deficit severo:* Quasi totale assenza d'iniziativa.

#### ITEM 8: APATIA: ESPERIENZA INTERNA

Domande suggerite

#### Lavoro e studio:

**Se attualmente lavora o frequenta la scuola:** *È importante il lavoro (o la scuola) per lei? Ci pensa molto? Si sente motivato rispetto ad esso/a?*

**Se attualmente non lavora o frequenta la scuola:** *Pensa mai a cercare lavoro o a frequentare la scuola? Le dispiace non avere un lavoro (o non andare a scuola)?*

**Se sì:** *Che cosa ha fatto a tale riguardo?*

**Se no:** *Come mai no? [Porre domande per poter distinguere l'opportunità dalla motivazione]*

**Attività ricreative/Interessi/Passatempo:** *Che cosa fa durante il tempo libero? Quali interessi coltiva? Ha pensato a ciò nella scorsa settimana?*

**Cura di sé:** *Ha avuto voglia di prendersi cura di sé questa settimana? (Se è necessaria una spiegazione: voglia di lavarsi, pulire casa, prendersi cura della propria salute, ecc.).*

**Se sì:** *Quanto intensamente?*

0. *Nessuna compromissione:* Il soggetto si sente molto motivato e interessato al lavoro o alla scuola, alle attività ricreative, alla cura di sé; pensa spesso a queste cose e riferisce che le considera importanti. Chiaramente normale in quest'area.
1. *Deficit molto lieve:* Un po' meno interessato e motivato per queste cose rispetto a molte persone, ma di dubbia rilevanza clinica.
2. *Deficit lieve:* Il soggetto è generalmente motivato per queste aree, ma occasionalmente mostra una mancanza d'interesse e di motivazione; pensa a queste cose e le ritiene importanti un po' meno del normale.
3. *Deficit moderato:* Il soggetto è alquanto motivato per alcune aree, ma mostra anche qualche lieve deficit nella motivazione o interesse; può lavorare senza sforzarsi di migliorare la propria condizione, oppure passa poco tempo a pensare ad attività ricreative e ai passatempo.
4. *Deficit moderatamente severo:* Il soggetto è solo poco motivato per queste aree; vi pensa solo occasionalmente.
5. *Deficit marcato:* Chiara mancanza d'interesse e motivazione per queste aree; solo molto raramente pensa ad esse e le ritiene importanti.
6. *Deficit severo:* Sostanziale mancanza d'interesse in queste aree; non pensa ad esse e non le ritiene importanti.

## V. Sottoscala dell'appiattimento affettivo

L'appiattimento affettivo si riferisce ad una riduzione dell'espressione delle emozioni e alcune domande suggerite nell'intervista sono finalizzate a elicitarle emozioni. Se il soggetto non risponde alle domande che indagano l'esperienza emotiva, questo item può essere valutato anche sulla base delle risposte fornite ad altre domande durante l'intervista.

Gli item possono essere valutati sulla base delle risposte ad altre domande nel corso dell'intervista.

### *Espressione facciale*

Quando si valuta l'espressione facciale, considerare i movimenti in tutte le aree della faccia, inclusi occhi (es, sopraccigli alzati), bocca (sorridente o atteggiata ad una smorfia) e la parte mediana della faccia (es, naso arricciato quando si è disgustati).

#### **ITEM 9: ESPRESSIONE FACCIALE**

0. *Nessuna compromissione:* Completamente entro limiti normali; mimica vivace quando parla di esperienze emozionali, con molti cambiamenti appropriati delle espressioni facciali.
1. *Deficit molto lieve:* Riduzione molto lieve di dubbia rilevanza clinica della frequenza ed intensità delle espressioni facciali quando riporta esperienze emozionali.
2. *Deficit lieve:* Lieve riduzione della frequenza ed intensità delle espressioni facciali; mostra almeno due cambiamenti nell'espressione facciale mentre riporta ciascuna esperienza emozionale.
3. *Deficit moderato:* Evidente riduzione della frequenza ed intensità delle espressioni facciali, come mostrare solo un cambiamento dell'espressione facciale in risposta a ciascuna domanda.
4. *Deficit moderatamente severo:* Significativa mancanza di espressioni facciali quando riporta esperienze emozionali, mostra un cambiamento dell'espressione facciale solo ad una o due domande; può cambiare solo tre o quattro volte l'espressione facciale nel corso dell'intera conversazione.
5. *Deficit marcato:* Chiara mancanza di espressioni facciali positive o negative in risposta a tutte le domande; può mostrare solo uno o due piccoli cambiamenti dell'espressione facciale durante l'intera conversazione.
6. *Deficit severo:* Totale o quasi totale mancanza di espressione facciale durante l'intera conversazione.

### *Espressione vocale*

Una componente dell'appiattimento affettivo è la mancanza di modulazione vocale, che include variazioni di velocità, volume e intonazione dell'eloquio. Il contenuto e la quantità dell'eloquio non sono valutati in questo item.

#### **ITEM 10: ESPRESSIONE VOCALE**

0. *Nessuna compromissione:* Normale variazione delle tre dimensioni: velocità, volume e intonazione dell'eloquio.
1. *Deficit molto lieve:* Lieve riduzione di una delle tre dimensioni.
2. *Deficit lieve:* Lieve riduzione di due dimensioni, o moderata riduzione di una dimensione.
3. *Deficit moderato:* Moderata riduzione di una dimensione e riduzione lieve di almeno un'altra dimensione.
4. *Deficit moderatamente severo:* Riduzione moderata

ta di due o più dimensioni, o severa riduzione di un aspetto.

5. *Deficit marcato*: Severa riduzione di almeno una dimensione e riduzione moderata di almeno un'altra dimensione.
6. *Deficit severo*: Severa riduzione di due o più dimensioni (velocità, volume e intonazione dell'eloquio).
9. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.

#### GESTUALITÀ ESPRESSIVA

La gestualità *espressiva* include non solo i gesti delle mani, ma anche quelli della testa (es., annuire), delle spalle (alzare le spalle) e del tronco (es., inclinarsi in avanti). I movimenti discinetici non dovrebbero essere valutati qui.

#### ITEM 11: GESTUALITÀ ESPRESSIVA

0. *Nessuna compromissione*: La gestualità è chiaramente nei limiti della norma; usa molti gesti di braccia, mani, spalle, testa e/o corpo quando parla di esperienze emozionali.
1. *Deficit molto lieve*: Riduzione molto lieve della frequenza dei gesti espressivi; di dubbia rilevanza clinica, una lieve riduzione nell'uso di braccia, mani, testa o corpo.
2. *Deficit lieve*: Lieve riduzione della frequenza dei gesti espressivi; mostra almeno due gesti espressivi quando parla di esperienze emozionali.
3. *Deficit moderato*: Notevole riduzione della frequenza dei gesti espressivi; può mostrare un accenno di gesto in risposta a ciascuna domanda.
4. *Deficit moderatamente severo*: Significativa mancanza di gesti espressivi, mostra una gestualità solo in risposta ad una o due domande; può mostrare solo tre o quattro gesti espressivi durante l'intera conversazione.
5. *Deficit marcato*: Ovvio mancanza di gesti espressivi. La riduzione della gestualità è evidente per tutte le domande; può mostrare solo uno o due accenni di gesti durante l'intera conversazione.
6. *Deficit severo*: Quasi totale mancanza di gesti espressivi; virtualmente nessun movimento di mani, testa o corpo nel parlare di tutte le esperienze emozionali.

## VI. Sottoscala dell'alogia

Non ci sono domande suggerite specifiche per la sottoscala dell'alogia; le valutazioni sono basate sulle risposte fornite dal soggetto a tutte le domande nel corso dell'intervista.

#### Quantità dell'eloquio

Questo item si riferisce alla quantità di parole prodotte. Altre anomalie dell'eloquio, quali la disorganizzazione, i neologismi o i contenuti deliranti non sono valutati qui. Ad esempio, un soggetto disorganizzato può produrre

una grande quantità di parole ed avere un punteggio basso (indicativo di normalità) per questo item.

#### ITEM 12: QUANTITÀ DELL'ELOQUIO

0. *Nessuna compromissione*: Eloquio quantitativamente normale o il soggetto parla eccessivamente.
1. *Deficit molto lieve*: Dubbia riduzione quantitativa dell'eloquio; le risposte sono tipicamente concise.
2. *Deficit lieve*: Le risposte sono generalmente brevi.
3. *Deficit moderato*: Molte risposte consistono di una o due parole.
4. *Deficit moderatamente severo*: Almeno metà delle risposte consistono di una o due parole.
5. *Deficit marcato*: La maggior parte delle risposte contengono una o due parole.
6. *Deficit severo*: Tutte o quasi tutte le risposte consistono in una o due parole.
9. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.

#### Elaborazione spontanea

Questo item valuta la quantità d'informazione data oltre quella strettamente necessaria per rispondere alle domande dell'intervistatore. Non viene preso in considerazione se le risposte del soggetto sono o meno adeguate, quindi l'elaborazione in questo senso può includere le appropriate informazioni di fondo fornite per chiarire una risposta, dettagli irrilevanti o non necessari, pensieri deliranti o risposte con evidente disorganizzazione.

#### ITEM 13: ELABORAZIONE SPONTANEA

0. *Nessuna compromissione*: Il soggetto fornisce generalmente informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alle domande; l'informazione può essere più o meno appropriata; il soggetto può anche essere troppo loquace o presentare un aumento della pressione dell'eloquio.
1. *Deficit molto lieve*: Il soggetto frequentemente fornisce informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alla domanda, sebbene talora sarebbe stato appropriato fornire maggiori informazioni.
2. *Deficit lieve*: Il soggetto diverse volte fornisce informazioni addizionali, ma le risposte sono generalmente limitate all'informazione richiesta.
3. *Deficit moderato*: Il soggetto occasionalmente fornisce informazioni addizionali; l'intervistatore deve qualche volta chiedere maggiori dettagli.
4. *Deficit moderatamente severo*: Il soggetto raramente fornisce informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alla domanda. L'intervistatore deve richiedere maggiori dettagli molte volte.
5. *Deficit marcato*: Quasi tutte le risposte forniscono solo le informazioni strettamente necessarie, o meno del necessario; l'intervistatore deve richiedere spesso informazioni addizionali.

6. *Deficit severo*: Nessuna elaborazione spontanea nel corso dell'intervista.
9. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.

## Brief Negative Symptom Scale: Workbook

### I. Sottoscala dell'anedonia

Domande suggerite: Item 1 e 2

**Sociale**: Con chi ha passato del tempo nell'ultima settimana? Cosa avete fatto? Come si è sentito/a in sua/loro compagnia? Quanto spesso ha trascorso del tempo con questa/e persone?

**Fisica**: Nell'ultima settimana, c'è stato qualcosa che le ha dato una sensazione piacevole fisicamente—qualcosa che ha annusato, gustato o toccato? **Se sì**: Come si è sentito/a quando lo ha fatto? Quanto spesso lo ha fatto?

**Ricreativa**: Cosa ha fatto per divertimento nell'ultima settimana? Come si è sentito/a quando lo ha fatto? Quanto spesso si è divertito/a a farlo?

**Lavoro/Studio**: Le piace lavorare(o studiare)? **Se sì**: Quanto le piace? Quanto spesso ha provato piacere nel lavorare (o studiare)?

#### ITEM 1: INTENSITÀ DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ

0. *Normale*: Capace di trarre piacere **pienamente** da una varietà di attività; nessuna compromissione dell'intensità del piacere.
1. *Dubbia*: Trae piacere dalle attività meno intensamente di molte persone, ma può ancora essere nella norma.
2. *Lieve*: Una riduzione lieve dell'intensità del piacere durante le attività che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata*: Una lieve riduzione dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività, o una riduzione moderata in alcune.
4. *Moderatamente severa*: Almeno una riduzione moderata dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività; può avere una riduzione severa in un'area.
5. *Severa*: Una severa riduzione dell'intensità del piacere nella maggior parte delle attività; una certa capacità di esperire piacere è ancora presente; può esperire solo un lieve piacere, anche in situazioni che dovrebbero essere intensamente piacevoli.
6. *Estremamente severa*: Nessuna esperienza di piacere, in qualsiasi circostanza.

#### ITEM 2: FREQUENZA DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ

0. *Normale*: Capace di trarre spesso piacere dalle attività; nessuna compromissione nella frequenza del piacere.
1. *Dubbia*: Trae piacere dalle attività meno spesso di molte altre persone, ma può ancora rientrare nel range normale.

2. *Lieve*: Una lieve riduzione della frequenza del piacere nelle attività che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata*: Una lieve riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività, o una riduzione moderata in alcune.
4. *Moderatamente severa*: Almeno una moderata riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività; può avere una riduzione severa in un'area.
5. *Severa*: Una severa riduzione della frequenza del piacere nella maggior parte delle attività; permane una certa capacità di provare piacere, ma prova piacere raramente, anche in situazioni che dovrebbero essere intensamente piacevoli.
6. *Estremamente severa*: Nessuna esperienza di piacere durante la precedente settimana.

#### ITEM 3: INTENSITÀ DELL'ANTICIPAZIONE DEL PIACERE IN ATTIVITÀ FUTURE

Domande suggerite

**Se il soggetto ha sperimentato piacere durante alcune attività nella precedente settimana**: Ha detto che ha provato piacere nel (elenca le attività di cui sopra). Prevede di rifarne presto qualcuna?

**Se sì**: Come la fa sentire pensare di fare ciò? Non vede l'ora di farlo?

**Se no**: Le piacerebbe rifare qualcuna di queste? C'è altro che le farebbe piacere fare? (**Se sì**: Come la fa sentire pensare di fare ciò?)

**Se il soggetto non ha tratto piacere da alcuna attività nella precedente settimana**: Ci sono attività che non vede l'ora di fare? C'è qualcos'altro che non vede l'ora di fare? Alcuni soggetti hanno difficoltà a capire il concetto dell'anticipazione del piacere che è alla base di questo item. Questo può essere dovuto alla compromissione cognitiva, a una mancanza globale dell'esperienza del piacere o ad altre ragioni. Se il soggetto non riesce a comprendere il concetto, assegnare un punteggio di 6.

0. *Normale*: Capace di provare piacere quando pensa ad attività future; nessuna compromissione dell'anticipazione del piacere per attività future.
1. *Dubbia*: Ridotta capacità di provare piacere nel pensare ad attività future, ma ancora nel range normale.
2. *Lieve*: Una lieve riduzione del piacere provato nel pensare ad attività future che risulta al di fuori del range normale.
3. *Moderata*: Chiara riduzione del piacere provato nel pensare ad attività future, ma prova ancora un certo piacere.
4. *Moderatamente severa*: Può provare sostanziale piacere nel pensare a qualche attività futura, ma generalmente non lo prova.
5. *Severa*: Raramente prova piacere quando pensa ad at-

tività future, anche quando sono in causa attività che dovrebbero essere molto piacevoli.

6. *Estremamente severa*: Nessun piacere quando pensa a future attività, per qualunque attività.

## II. Angoscia ("Distress")

### ITEM 4: ANGOSCIA ("DISTRESS")

Domande suggerite

*Cosa l'ha fatta sentire male nella scorsa settimana? È successo nulla che l'ha fatta dispiacere? È accaduto qualcosa che l'ha fatta sentire triste o depresso/a? Preoccupato/a o ansioso/a? Arrabbiato/a o irritato/a?*

**Se non è accaduto nulla di spiacevole**: *Cosa le è successo in passato che l'ha fatta sentire male? Come si sente adesso rispetto a ciò?*

0. *Normale*: Normale capacità di provare angoscia o emozioni piacevoli.
1. *Dubbia*: Minore angoscia per eventi spiacevoli rispetto a molte persone, ma ancora nel range normale.
2. *Lieve*: Leggermente meno angosciato/a del normale per eventi spiacevoli.
3. *Moderata*: Chiaramente meno angosciato/a del normale per eventi spiacevoli, ma prova una certa angoscia.
4. *Moderatamente severa*: Può provare sostanziale angoscia, ma generalmente è necessario un problema grave per elicitarla.
5. *Severa*: Sperimenta solo lieve angoscia, anche per problemi seri.
6. *Estremamente severa*: Nessuna esperienza di angoscia, per qualunque problema.

## III. Sottoscala dell'asocialità

### ITEM 5: ASOCIALITÀ: COMPORTAMENTO

Domande suggerite

*(Far riferimento alle persone identificate negli item 1-3)*

*Quando è stato/a in loro compagnia, ha preso lei l'iniziativa di contattarli o loro hanno contattato lei? Quanto spesso parla con loro di cose private, personali? Ha provato a contattare qualcun altro?*

0. *Nessuna compromissione*: Frequentemente si incontra con altri, parla apertamente di cose personali con una o più persone; completamente nei limiti del normale.
1. *Deficit molto lieve*: Ha una relazione stretta in cui possono essere affrontate la maggior parte delle questioni personali, si mette attivamente in contatto con gli altri, ha un certo confronto con altri su questioni personali.
2. *Deficit lieve*: Le interazioni sociali non sono rare, ma il soggetto è meno attivo della maggior parte delle

persone; solo alcune questioni personali vengono affrontate; le relazioni non sono strette ed intime.

3. *Deficit moderato*: Non ha relazioni strette o intime con altri, le relazioni e gli incontri sono casuali, ma generalmente non evita gli altri.
4. *Deficit moderatamente severo*: I contatti e gli incontri con gli altri tendono ad essere rari e superficiali; tende ad evitare gli altri. Generalmente non parla di cose personali con gli altri.
5. *Deficit marcato*: Gli incontri con gli altri sono quasi sempre superficiali, passa poco tempo con gli altri per scelta.
6. *Deficit severo*: Raramente interagisce con gli altri, può attivamente evitare gli altri per la maggior parte del tempo.

### ITEM 6: ASOCIALITÀ: ESPERIENZA INTERNA

Domande suggerite

**Quando impegnato in attività sociali**: *Alcune persone preferiscono stare per conto loro; altre preferiscono stare in compagnia degli altri. Cosa preferisce lei?*

*Sente di avere una stretta relazione con (le persone di cui sopra)? Pensa molto a (persone prima nominate)? Vorrebbe avere una relazione più stretta? Si sente solo/a a volte?*

**Se non impegnato in attività sociali**: *Le piacerebbe avere più contatti con le persone? Pensa molto a ciò? Come la fa sentire essere solo la maggior parte del tempo? Queste relazioni sono importanti per lei?*

0. *Nessuna compromissione*: Il soggetto è molto interessato alle relazioni, considera le relazioni con gli altri come uno degli aspetti più importanti della vita; se è isolato, si sente spesso solo e desidera non essere solo.
1. *Lievissimo deficit*: Il soggetto considera le relazioni importanti; è interessato alle altre persone; se è isolato, si sente talvolta solo e desidera non essere solo.
2. *Deficit lieve*: Il soggetto considera le relazioni strette con membri della famiglia abbastanza importanti, è moderatamente interessato agli altri; non ha relazioni strette ed intime con persone al di fuori della famiglia; pensa qualche volta alle relazioni.
3. *Deficit moderato*: Il soggetto considera le relazioni strette poco importanti; raramente desidera avere relazioni strette con altri.
4. *Deficit moderatamente severo*: Quando è sul punto di avere relazioni strette con altri, potrebbe "prendere o lasciare". Generalmente non desidera discutere questioni personali con altri, raramente sente la mancanza di relazioni strette o desidera relazioni più strette.
5. *Deficit marcato*: Il soggetto considera le relazioni di pressoché nessuna importanza, nutre poco interesse per le relazioni con gli altri, non si sente solo.
6. *Deficit severo*: Il soggetto non ha relazioni con gli altri, non sente la mancanza di relazioni strette.

## IV. Sottoscala dell'apatia

### ITEM 7: APATIA: COMPORTAMENTO

Domande suggerite

**Generali:** *Mi dica come passa il tempo. Passa molto tempo seduto/a senza far nulla in particolare?*

**Lavoro e studio:**

**Se il soggetto attualmente lavora** o studia:

*Quanto tempo ha trascorso a lavorare (o a scuola o a studiare) questa settimana? Ci va da solo/a? In genere aspetta che gli altri le dicano cosa fare, o inizia autonomamente il lavoro (o i compiti scolastici)?*

*(Se è inserito in un programma terapeutico, e la domanda è appropriata): Ha partecipato ad attività riabilitative/lavorative nell'ambito del suo programma terapeutico? **Se sì:** Qualcuno l'ha incoraggiata a partecipare o ha partecipato di sua iniziativa?*

**Se attualmente non lavora** o studia:

*Nella scorsa settimana ha provato a cercare lavoro o a frequentare la scuola? L'ha spinto qualcuno a farlo o l'ha fatto di sua iniziativa? Quali sono i suoi obiettivi?*

**Se sì:** *Che ha fatto?*

**Se no:** *Come mai no? [Porre domande per poter distinguere le opportunità dalla motivazione]*

**Attività ricreative/interessi/passatempo:** (Considerare l'informazione sulle attività ricreative dagli item 1-3) *Passa molto tempo a guardare la TV? (Se sì a quest'ultima domanda: È interessato/a a quello che guarda o è solo per far passare il tempo?)*

**Cura di sé:** *quanto spesso ha fatto la doccia nell'ultima settimana? Quante volte ha pulito {l'appartamento, la stanza, la casa}? È stato necessario che qualcuno glielo ricordasse? C'è qualcuno che le ricorda di fare queste cose? (Se applicabile): Ha dovuto cercare un'abitazione? Cosa ha fatto a tal proposito?*

0. *Nessuna compromissione:* Il soggetto inizia e continua l'attività nel lavoro o nello studio, nelle attività ricreative/interessi/passatempo; completamente nei limiti normali.
1. *Deficit molto lieve:* Un po' meno costante nell'iniziare e continuare le attività rispetto a molte persone, ma di dubbia rilevanza clinica.
2. *Deficit lieve:* Un lieve deficit nell'iniziare e continuare l'attività; ad esempio, può aver appropriatamente iniziato delle attività nella scorsa settimana, ma con persistenza moderata; oppure altri hanno preso per il soggetto l'iniziativa tanto spesso quanto il soggetto stesso.
3. *Deficit moderato:* Un deficit evidente nell'iniziare e continuare le attività; può non cominciare l'attività molto spesso, oppure non continuarle a lungo; altri

possono fornire lo stimolo per qualunque attività molto spesso.

4. *Deficit moderatamente severo:* Un deficit significativo nell'iniziare; può iniziare alcune attività ma non le continua a lungo. Altri generalmente forniscono lo stimolo per qualunque attività.
5. *Deficit marcato:* Chiara mancanza d'iniziativa e di persistenza; può occasionalmente iniziare le attività ma con scarsa persistenza. Altri forniscono quasi sempre lo stimolo per le attività del soggetto.
6. *Deficit severo:* Quasi totale assenza d'iniziativa.

### ITEM 8: APATIA: ESPERIENZA INTERNA

Domande suggerite

**Lavoro e studio:**

**Se attualmente lavora o frequenta la scuola:** *È importante il lavoro (o la scuola) per lei? Ci pensa molto? Si sente motivato rispetto ad esso/a?*

**Se attualmente non lavora o frequenta la scuola:** *Pensa mai a cercare lavoro o a frequentare la scuola? Le dispiace non avere un lavoro (o non andare a scuola)?*

**Se sì:** *Che cosa ha fatto a tale riguardo?*

**Se no:** *Come mai no? [Porre domande per poter distinguere l'opportunità dalla motivazione]*

**Attività ricreative/Interessi/Passatempo:** *Che cosa fa durante il tempo libero? Quali interessi coltiva? Ha pensato a ciò nella scorsa settimana?*

**Cura di sé:** *Ha avuto voglia di prendersi cura di sé questa settimana? (Se è necessaria una spiegazione: voglia di lavarsi, pulire casa, prendersi cura della propria salute, ecc.)*

**Se sì:** *Quanto intensamente?*

0. *Nessuna compromissione:* Il soggetto si sente molto motivato e interessato al lavoro o alla scuola, alle attività ricreative, alla cura di sé; pensa spesso a queste cose e riferisce che le considera importanti. Chiaramente normale in quest'area.
1. *Deficit molto lieve:* Un po' meno interessato e motivato per queste cose rispetto a molte persone, ma di dubbia rilevanza clinica.
2. *Deficit lieve:* Il soggetto è generalmente motivato per queste aree, ma occasionalmente mostra una mancanza d'interesse e di motivazione; pensa a queste cose e le ritiene importanti un po' meno del normale.
3. *Deficit moderato:* Il soggetto è alquanto motivato per alcune aree, ma mostra anche qualche lieve deficit nella motivazione o interesse; può lavorare senza sforzarsi di migliorare la propria condizione, oppure passa poco tempo a pensare ad attività ricreative e ai passatempo.
4. *Deficit moderatamente severo:* Il soggetto è solo poco motivato per queste aree; vi pensa solo occasionalmente.
5. *Deficit marcato:* Chiara mancanza d'interesse e moti-

vazione per queste aree; solo molto raramente pensa ad esse e le ritiene importanti.

6. *Deficit severo*: Sostanziale mancanza d'interesse in queste aree; non pensa ad esse e non le ritiene importanti.

## V. Sottoscala dell'appiattimento affettivo

### *Espressione facciale*

Quando si valuta l'espressione facciale, considerare i movimenti in tutte le aree della faccia, inclusi occhi (es, sopraccigli alzati), bocca (sorridente o atteggiata ad una smorfia) e la parte mediana della faccia (es, naso arricciato quando si è disgustati).

### ITEM 9: ESPRESSIONE FACCIALE

0. *Nessuna compromissione*: Completamente entro limiti normali; mimica vivace quando parla di esperienze emozionali, con molti cambiamenti appropriati delle espressioni facciali.
1. *Deficit molto lieve*: Riduzione molto lieve di dubbia rilevanza clinica della frequenza ed intensità delle espressioni facciali quando riporta esperienze emozionali.
2. *Deficit lieve*: Lieve riduzione della frequenza ed intensità delle espressioni facciali; mostra almeno due cambiamenti nell'espressione facciale mentre riporta ciascuna esperienza emozionale.
3. *Deficit moderato*: Evidente riduzione della frequenza ed intensità delle espressioni facciali, come mostrare solo un cambiamento dell'espressione facciale in risposta a ciascuna domanda.
4. *Deficit moderatamente severo*: Significativa mancanza di espressioni facciali quando riporta esperienze emozionali, mostra un cambiamento dell'espressione facciale solo ad una o due domande; può cambiare solo tre o quattro volte l'espressione facciale nel corso dell'intera conversazione.
5. *Deficit marcato*: Chiara mancanza di espressioni facciali positive o negative in risposta a tutte le domande; può mostrare solo uno o due piccoli cambiamenti dell'espressione facciale durante l'intera conversazione.
6. *Deficit severo*: Totale o quasi totale mancanza di espressione facciale durante l'intera conversazione.

### ITEM 10: ESPRESSIONE VOCALE

0. *Nessuna compromissione*: Normale variazione delle tre dimensioni: velocità, volume e intonazione dell'eloquio.
1. *Deficit molto lieve*: Lieve riduzione di una delle tre dimensioni.
2. *Deficit lieve*: Lieve riduzione di due dimensioni, o moderata riduzione di una dimensione.

3. *Deficit moderato*: Moderata riduzione di una dimensione e riduzione lieve di almeno un'altra dimensione.
4. *Deficit moderatamente severo*: Riduzione moderata di due o più dimensioni, o severa riduzione di un aspetto.
5. *Deficit marcato*: Severa riduzione di almeno una dimensione e riduzione moderata di almeno un'altra dimensione.
6. *Deficit severo*: Severa riduzione di due o più dimensioni (velocità, volume e intonazione dell'eloquio).
9. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.

### ITEM 11: GESTUALITÀ ESPRESSIVA

0. *Nessuna compromissione*: La gestualità è chiaramente nei limiti della norma; usa molti gesti di braccia, mani, spalle, testa e/o corpo quando parla di esperienze emozionali.
1. *Deficit molto lieve*: Riduzione molto lieve della frequenza dei gesti espressivi; di dubbia rilevanza clinica, una lieve riduzione nell'uso di braccia, mani, testa o corpo.
2. *Deficit lieve*: Lieve riduzione della frequenza dei gesti espressivi; mostra almeno due gesti espressivi quando parla di esperienze emozionali.
3. *Deficit moderato*: Notevole riduzione della frequenza dei gesti espressivi; può mostrare un accenno di gesto in risposta a ciascuna domanda.
4. *Deficit moderatamente severo*: Significativa mancanza di gesti espressivi, mostra una gestualità solo in risposta ad una o due domande; può mostrare solo tre o quattro gesti espressivi durante l'intera conversazione.
5. *Deficit marcato*: Ovvvia mancanza di gesti espressivi. La riduzione della gestualità è evidente per tutte le domande; può mostrare solo uno o due accenni di gesti durante l'intera conversazione.
6. *Deficit severo*: Quasi totale mancanza di gesti espressivi; virtualmente nessun movimento di mani, testa o corpo nel parlare di tutte le esperienze emozionali.

## VI. Sottoscala dell'alogia

### ITEM 12: QUANTITÀ DELL'ELOQUIO

0. *Nessuna compromissione*: Eloquio quantitativamente normale o il soggetto parla eccessivamente.
1. *Deficit molto lieve*: Dubbia riduzione quantitativa dell'eloquio; le risposte sono tipicamente concise.
2. *Deficit lieve*: Le risposte sono generalmente brevi.
3. *Deficit moderato*: Molte risposte consistono di una o due parole.
4. *Deficit moderatamente severo*: Almeno metà delle risposte consistono di una o due parole.

5. *Deficit marcato*: La maggior parte delle risposte contengono una o due parole.
6. *Deficit severo*: Tutte o quasi tutte le risposte consistono in una o due parole.
9. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.

**ITEM 13: ELABORAZIONE SPONTANEA**

0. *Nessuna compromissione*: Il soggetto fornisce generalmente informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alle domande; l'informazione può essere più o meno appropriata; il soggetto può anche essere troppo loquace o presentare un aumento della pressione dell'eloquio.
1. *Deficit molto lieve*: Il soggetto frequentemente fornisce informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alla domanda, sebbene talora sarebbe stato appropriato fornire maggiori informazioni.
2. *Deficit lieve*: Il soggetto diverse volte fornisce informazioni addizionali, ma le risposte sono generalmente limitate all'informazione richiesta.
3. *Deficit moderato*: Il soggetto occasionalmente fornisce informazioni addizionali; l'intervistatore deve qualche volta chiedere maggiori dettagli.
4. *Deficit moderatamente severo*: Il soggetto raramente fornisce informazioni oltre quelle strettamente necessarie per rispondere alla domanda. L'intervistatore deve richiedere maggiori dettagli molte volte.
5. *Deficit marcato*: Quasi tutte le risposte forniscono solo le informazioni strettamente necessarie, o meno del necessario; l'intervistatore deve richiedere spesso informazioni addizionali.
7. *Deficit severo*: Nessuna elaborazione spontanea nel corso dell'intervista.
8. *Non valutabile*: Il soggetto non parla.



**BRIEF NEGATIVE SYMPTOM SCALE: SCORESHEET**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice paziente \_\_\_\_\_ Valutatore \_\_\_\_\_ Data valutazione \_\_\_\_\_

← **NORMALE**      **COMPROMESSO** →**I. ANEDONIA**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. INTENSITÀ DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. FREQUENZA DEL PIACERE DURANTE LE ATTIVITÀ                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. INTENSITÀ DELL'ANTICIPAZIONE DEL PIACERE DERIVANTE DA ATTIVITÀ FUTURE | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**II. ANGOSCIA (DISTRESS)**

- |                        |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. ANGOSCIA (DISTRESS) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|

**III. ASOCIALITÀ**

- |                                   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ASOCIALITÀ: COMPORTAMENTO      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. ASOCIALITÀ: ESPERIENZA INTERNA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**IV. APATIA**

- |                               |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. APATIA: COMPORTAMENTO      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. APATIA: ESPERIENZA INTERNA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**V. APPIATTIMENTO AFFETTIVO**

- |                           |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. ESPRESSIONE FACCIALE   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |
| 10. ESPRESSIONE VOCALE    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 11. GESTUALITÀ ESPRESSIVA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |

**VI. ALOGIA**

- |                            |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. QUANTITÀ DELL'ELOQUIO  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |
| 13. ELABORAZIONE SPONTANEA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |