

C.A.B.I.
QUESTIONARIO PER I GENITORI

Nome del bambino/a o ragazzo/a _____ Sesso: F M
 Data di nascita: ___/___/___ Et : _____ Classe: _____ Data di compilazione: ___/___/___

Compilato dalla madre nome: _____ dal padre nome: _____

da altra persona nome _____ ruolo (parente? tutore?.....) _____

Istruzioni: Le frasi che vi verranno presentate successivamente si riferiscono a problematiche che possono essere presenti nei bambini/ragazzi. Per piacere, rispondete facendo riferimento a Vostro/a figlio/a o affidato/a, e a quanto si   verificato negli ultimi sei mesi. Per ogni affermazione, chiedetevi se il fatto   del tutto o sufficientemente **vero**, oppure se **in parte o qualche volta vero**, oppure **falso**. Rispondete con una crocetta sull'apposita casella. Alcune domande possono non essere riferibili a Suo/a figlio/a se   troppo piccolo/a, visto che il questionario riguarda anche gli adolescenti, ma per favore rispondete a tutte le domande. Se il significato di una o pi  domande non vi   chiaro o non sapete rispondere, segnate subito in fondo al questionario il numero della/e domanda/e e, al momento di consegnare il questionario, chiedete chiarimenti.

	Vero	In parte o a volte vero	Falso
1. Vostro figlio/a si lamenta spesso di qualche disturbo fisico (ad esempio mal di testa o di pancia o altro)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha preoccupazione eccessiva delle malattie e/o che gli venga qualche malattia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha difficolt� ad addormentarsi, oppure dice di non dormire bene <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha un sonno disturbato o con incubi o risvegli nella notte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Appare teso/a e/o ansioso/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tende a preoccuparsi troppo di ogni cosa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si preoccupa troppo della scuola <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha difficolt� a staccarsi o a star lontano da voi genitori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. E' eccessivamente timido/a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Di solito � imbarazzato/a di fronte a estranei o persone che conosce poco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha paura eccessiva di qualcosa (ad es. buio, star solo, insetti, ladri, drogati) . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisare di cosa ha paura..... <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
12. Ha eccessiva paura dello sporco, per cui deve lavarsi continuamente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ci sono azioni ripetitive o "rituali" che ripete frequentemente e dice di non riuscire a fare a meno di eseguire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrivere quali..... <input type="checkbox"/>			
14. Ha un bisogno ossessivo che le cose siano in un preciso ordine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. E' ossessionato/a da pensieri sgradevoli, di cui non riesce a liberarsi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ha molta paura di sbagliare <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha difficolt� a prendere decisioni, anche per cose poco importanti <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vero	In parte o a volte vero	Falso
18. E' mai stato/a coinvolto/a o ha assistito a eventi particolarmente stressanti, successivamente ai quali ha presentato qualche cambiamento nel suo comportamento?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, indichi qui di seguito quali modificazioni del comportamento ha presentato dopo l'evento.....			
.....			
19. Piange senza motivo o per motivi banali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Appare spesso triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. E' spesso di umore depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dice oppure fa capire di non essere felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Non mostra alcun interesse, neppure verso le cose piacevoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Si sente inferiore agli altri, ha poca stima di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. E' spesso stanco/a o svogliato/a, tutto gli costa fatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Si colpevolizza eccessivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A volte ha detto di non voler più vivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Si è fatto o ha tentato di farsi del male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. E' molto irritabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Si arrabbia spesso anche per motivi di scarsa importanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ha frequenti, bruschi cambiamenti di umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. E' irascibile, ha scoppi di rabbia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Non obbedisce, è difficile farsi obbedire da lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Non rispetta le regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Dice spesso bugie, oppure imbroglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. E' prepotente, vuole sempre imporsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Litiga frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Disturba, infastidisce deliberatamente gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Fa spesso a botte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Distrugge le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. E' o è stato/a crudele con animali o persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ha compiuto piccoli furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. E' impulsivo/a, agisce prima di pensare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Tende a non rispettare il proprio turno nei giochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Si intromette disturbando nei giochi o nelle conversazioni degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. E' sempre in movimento, non riesce a stare fermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Non riesce a stare seduto/a a lungo, ha bisogno di alzarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Corre o salta ovunque in modo eccessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vero	In parte o a volte vero	Falso
49. Ha difficoltà a concentrarsi nel fare i compiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ha difficoltà nel mantenere a lungo l'attenzione su una cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Si stanca assai presto anche nei giochi che sta facendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Si sente perseguitato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. E' troppo sospettoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. A volte manifesta strane idee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. A volte dice di vedere o sentire cose che non ci sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ha difficoltà nei rapporti con gli altri, nell'interagire con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Non riesce a farsi veri amici o appare poco interessato alle amicizie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Gioca poco volentieri con i coetanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Non sembra esprimere le proprie emozioni con adeguata mimica facciale ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Il suo modo di comportarsi è "strano", diverso dagli altri coetanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Fa domande inappropriate, come domande troppo personali ad estranei in momenti inopportuni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Capita che faccia la pipì a letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Capita che di giorno si faccia addosso un po' di feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Si abbuffa di cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Fa una dieta rigida (non prescrittagli da medici o dietologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Si sente eccessivamente grasso/a o dice che parti del suo corpo sono troppo grasse, anche se non è così ed è una sua valutazione sbagliata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Recentemente è molto dimagrito/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Appare troppo interessato/a al sesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Manifesta desiderio di essere del sesso opposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Fuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Fa uso di alcoolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Fa uso di droghe (fuma spinelli o assume altre sostanze pericolose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Ha uno scarso rendimento scolastico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Negli ultimi tempi ha ridotto in modo rilevante il suo rendimento scolastico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. I compagni o altri bambini o ragazzi lo/a deridono o lo/a minacciano o lo/a maltrattano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indichi i numeri delle domande di significato non chiaro:

Ci sono comportamenti per cui il Suo bambino/a o ragazzo/a Le sembra diverso dai coetanei? Precisi quali

Ci sono altri comportamenti del bambino/a o ragazzo/a che La preoccupano? Precisi quali.....

Se ci sono fatti che Le causano qualche preoccupazione, è meglio non trascurarli. In genere i problemi possono essere risolti se affrontati adeguatamente e in tempo. Problemi trascurati possono diventare difficili da risolvere.

[Cianchetti C. et al. Child and Adolescent Behavior Inventory (CABI). Clin Pract Epidemiol Ment Health 2013; 9: 51-61 (open access), e.mail: cianchet@unica.it]