

S.D.Q. - 5 *

Nel questionario troverà delle domande su diversi sintomi fisici e sensazioni corporee che potrebbe aver sperimentato, sia per breve tempo che per lunghi periodi.

Per favore, indichi in che misura ha sperimentato tali esperienze *durante l'ultimo anno*.

Per ogni affermazione, la preghiamo di fare un cerchio nella prima colonna, sul numero che indica in maniera più adeguata *la sua esperienza personale*.

Le possibilità sono:

1 = non l'ha sperimentato PER NULLA

2 = l'ha sperimentato POCO

3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA

4 = l'ha sperimentato MOLTO

5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

Se uno dei sintomi descritti la riguarda, indichi anche se un *medico* ne ha individuato la causa in una *malattia fisica*, facendo un cerchio sul SI oppure sul NO nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

Se ha risposto SI, la preghiamo di scrivere sulla riga a lato la causa fisica (se ne conosce il nome).

Ad esempio:

	In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza					La causa fisica è conosciuta?	
A volte:							
Mi battono i denti	1	2	3	4	5	NO	SI: _____
Ho dei crampi allo stomaco	1	2	3	4	5	NO	SI: _____

Se lei ha fatto un cerchio sull'1 nella prima colonna (cioè: non ha sperimentato per nulla il sintomo descritto), non deve rispondere alla domanda che chiede se la causa fisica è conosciuta.

Se invece lei ha fatto un cerchio su 2, 3, 4 o 5, deve anche cerchiare no o SI nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

La preghiamo di completare tutte le domande.

Grazie per la sua collaborazione.

* Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven. Traduzione italiana a cura di A. Schimmenti e A. Mulé

Per favore, risponda alle seguenti domande:

1 = non l'ha sperimentato PER NULLA

2 = l'ha sperimentato POCO

3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA

4 = l'ha sperimentato MOLTO

5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

	In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza					La causa fisica è conosciuta?	
A volte:							
1. Provo dolore nell'urinare	1	2	3	4	5	NO	SI: _____
2. Il mio corpo, o una parte di esso, è insensibile al dolore	1	2	3	4	5	NO	SI: _____
3. Vedo le cose intorno a me in modo diverso dal solito (per esempio, come se guardassi attraverso un tunnel, o se vedessi soltanto una parte di ciò che osservo)	1	2	3	4	5	NO	SI: _____
4. È come se il mio corpo, o una parte di esso, fosse scomparso	1	2	3	4	5	NO	SI: _____
5. Non riesco a parlare (o solo con grande sforzo) o posso solamente sussurrare	1	2	3	4	5	NO	SI: _____

Prima di continuare, può gentilmente controllare se ha risposto alle 5 domande?

Le chiediamo infine di completare il questionario fornendoci alcuni dati (laddove appropriato, segni una X accanto).

6. Età _____ anni

7. Sesso _____ femmina

_____ maschio

8. Stato civile: _____ libero/a

_____ coniugato/a

_____ convivente

_____ divorziato/a

_____ vedovo/a

9. Istruzione: _____ numero di anni

10. Data: _____

11. Nome: _____