

S.D.Q. -20 *

Nel questionario troverà delle domande su sintomi fisici e sensazioni corporee che potrebbe aver sperimentato, sia per breve tempo sia 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 rispondere a tutte le domande.

Grazie per la 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. Ho problemi a urinare | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 2. Non gradisco sapori che solitamente mi piacciono (per le donne: in momenti DIVERSI dalla gravidanza e dal periodo mestruale) | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 3. Sento i suoni vicini come se provenissero da molto lontano | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 4. Provo dolore nell'urinare | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 5. Il mio corpo, o una parte di esso, sembra intorpidito | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 6. Le persone e le cose sembrano più grandi del solito | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 7. Ho un attacco che assomiglia a una crisi epilettica | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 8. Il mio corpo, o una parte di esso, è insensibile al dolore | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |
| 9. Non gradisco odori che di solito mi piacciono | 1 2 3 4 5 | NO | SI: _____ |

10. Provo dolore ai genitali (in occasioni
DIFFERENTI dai rapporti sessuali) 1 2 3 4 5 NO SI:_____
11. Per un po' non riesco a sentire
(come se fossi sordo) 1 2 3 4 5 NO SI:_____
12. Per un po' non riesco a vedere
(come se fossi cieco) 1 2 3 4 5 NO SI:_____
13. 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:_____
14. Sono in grado di sentire gli odori
molto MEGLIO o PEGGIO del
solito (anche quando *non* ho il
raffreddore) 1 2 3 4 5 NO SI:_____
15. È come se il mio corpo, o una parte
di esso, fosse scomparso 1 2 3 4 5 NO SI:_____
16. Non riesco a inghiottire,
o riesco a inghiottire solo con grande sforzo 1 2 3 4 5 NO SI:_____
17. Non riesco a dormire per intere notti,
pur rimanendo molto attivo durante il giorno 1 2 3 4 5 NO SI:_____
18. Non riesco a parlare (o solo con grande
sforzo) o posso solamente sussurrare 1 2 3 4 5 NO SI:_____
19. Per un po' rimango paralizzato 1 2 3 4 5 NO SI:_____
20. Per un po' divento rigido 1 2 3 4 5 NO SI:_____

Prima di continuare, può gentilmente controllare se ha risposto a tutte le domande?

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

21. Et : _____ anni

22. Sesso _____ femmina
_____ maschio

23. Stato civile: _____ libero/a
_____ coniugato/a
_____ convivente
_____ divorziato/a
_____ vedovo/a

24. Istruzione: _____ numero di anni

25. Data: _____

26. Nome: _____