

# Stress, Emozioni e Stati Affettivi

## Identificazione Precoce e Prevenzione dei Disturbi Affettivi

### Programma di Studio Internazionale

## Questionario Sulla Salute (ZGF)

St. Kuny and H. H. Stassen

<b>STUDIO</b>	[ _ _ _ _ ]	1-4
<b>GRUPPO</b>	[ _ _ ]	5-6
<b>PERSONA</b>	[ _ _ ]	7-9
<b>RATING</b>	[ _ _ _ ]	10-12
Sesso (1= maschio, 2= femmina)	[ _ ]	15
Data di nascita (giorno=01/Mese/Anno)	[ 0 1 : _ _ : _ _ _ ]	16-21
Altezza (in cm)	[ _ _ _ ]	22-24
Peso (in kg)	[ _ _ _ ]	25-27
Istruzione		
(1= elementare, 2= media, 3=superiore, 4= universitaria)	[ _ ]	49
<b>DATA</b> (Giorno/Mese/Anno)	[ _ _ : _ _ : _ _ _ ]	50-57
<b>INTERVISTATORE</b>	[ _ _ _ ]	58-60
<b>LUOGO DEL' INTERVISTA</b>	[ _ _ ]	61-62



**Come rispondere alle domande del questionario:** Per favore, legga con attenzione le domande e scelga la risposta più adatta. Se ha la sensazione che nessuna risposta sia adatta a Lei, scelga comunque quella che più Le si addice. **I suoi dati e le sue risposte saranno trattati con riservatezza!**

Numero della carta

1-12 dupl  
[ \_ \_ ] 13-14

### **ABITUDINE AL FUMO**

Lasciare in bianco

Quanto fuma in media **al giorno?**

1) *Numero di sigarette*

- nessuna  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 15

2) *Numero di sigari*

- nessuno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 16

3) *Uso della pipa*

- nessuna  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 17

### **ALCOOL**

Quanto consuma in media **alla settimana?**

1) *Bicchieri di birra*

- nessuno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 18

2) *Bicchieri di vino*

- nessuno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 19

3) *Bicchieri di aperitivo, liquori, cognac, whiskey, etc*

- nessuno  (0)  
 1-3  (1)  
 4-10  (2)  
 11-20  (3)  
 più di 20  (4)

[ \_ ] 20

**Come rispondere alle domande del questionario:** Per favore, legga con attenzione le domande e scelga la risposta più adatta. Se ha la sensazione che nessuna risposta sia adatta a Lei, scelga comunque quella che più Le si addice. **I suoi dati e le sue risposte saranno trattati con riservatezza!**

### UTILIZZO DI FARMACI

Lasciare in bianco

Che quantità dei seguenti farmaci ha consumato durante gli **ultimi 3 mesi**?

- |    |  |  |          |
|----|--|--|----------|
| 1) | <i>Sonniferi (Minias, Lendormin)</i>                                     | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)       |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 21 |
| 2) | <i>Analgesici</i>  | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)       |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 22 |
| 3) | <i>Sedativi (p.es. Valium, Librium)</i>                                  | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)       |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 23 |
| 4) | <i>Prende regolarmente altri farmaci?</i>                                | no <input type="checkbox"/> (0)        |          |
|    |  | sì <input type="checkbox"/> (1)        | [ _ ] 24 |
|    | <i>Se sì, quali? (Pillola contraccettiva esclusa)</i>                    |  |          |
|    | .....  |  |          |
| 5) | <i>Solo per le donne: prende la pillola?</i>                             | no <input type="checkbox"/> (0)        |          |
|    |  | sì <input type="checkbox"/> (1)        | [ _ ] 25 |
|    | <i>Se sì, quale?</i>   |  |          |
|    | .....  |  |          |

**DROGHE:** Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

### USO DI SOSTANZE

Lasciare in bianco

Con che frequenza ha consumato le seguenti droghe durante gli **ultimi 3 mesi**?

- |    |  |  |          |
|----|--|--|----------|
| 1) | <i>Haschisch/cannabis</i>  | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 26 |
| 2) | <i>LSD, STP, mescalina, "Funghi allucinogeni"</i>                        | Mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 27 |
| 3) | <i>Oppiacei (eroina, morfina, oppio), metadone</i>                       | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 28 |
| 4) | <i>Cocaina, Crack, Base libre</i>  | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 29 |
| 5) | <i>Anfetamine, Speed, MDMA, Ecstasy, MDE, "Eve"</i>                      | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 30 |
| 6) | <i>Altri stupefacenti</i>  | mai <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|    |  | 1-3 volte <input type="checkbox"/> (1) |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)      |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)     |          |
|    |  | più di 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 31 |

**DATI SULLA SALUTE:** Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

### STATO DI SALUTE FISICA

Lasciare in bianco

Ha già avuto **nel corso della sua vita** i seguenti disturbi o malattie?

- |   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| 1) Disturbi epatici (anche ittero)  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 32 |
| 2) Disturbi renali  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 33 |
| 3) Diabete  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 34 |
| 4) Altri disturbi del metabolismo   | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 35 |
| Se sì, quali? .....   |  |  |          |
| 5) Meningite  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 36 |
| 6) Convulsioni, crisi epilettiche   | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 37 |
| 7) Emicrania, altri tipi di cefalea   | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 38 |
| 8) Traumi cranici, contusioni cerebrali, commozione cerebrale con perdita dei sensi, emorragia cerebrale          | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 39 |
| 9) Allergie: asma, raffreddore da fieno, eczema (acne escluso)  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  | [ _ ] 40 |
| 10) Ha avuto complicazioni alla nascita?<br>(Parto strumentale, ventosa, lunga durata del parto, parto prematuro) | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | sì <input type="checkbox"/> (1)              |  |          |
|   | non so <input type="checkbox"/> (9)          |  | [ _ ] 41 |
| 11) Fa delle escursioni a piedi?  | raramente <input type="checkbox"/> (0)       |  |          |
|   | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) |  |          |
|   | regolarmente <input type="checkbox"/> (2)    |  | [ _ ] 42 |
| 12) Va in bicicletta?   | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) |  |          |
|   | regolarmente <input type="checkbox"/> (2)    |  | [ _ ] 43 |
| 13) Pratica sport?  | no <input type="checkbox"/> (0)              |  |          |
|   | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) |  |          |
|   | regolarmente <input type="checkbox"/> (2)    |  | [ _ ] 44 |

**DATI SULLA SALUTE:** Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

Ha avuto negli **ultimi 6 mesi** i seguenti disturbi?

Lasciare in bianco

- |  |  |     |          |
|--|--|-----|----------|
| 1) Cefalea   | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 45 |
| 2) Disturbi del sonno  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 46 |
| 3) Disturbi di concentrazione o memoria  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 47 |
| 4) Peggioramento rapido della vista  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 48 |
| 5) Disturbi della vista (sdoppiamento visivo, offuscamento, ecc.)              | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 49 |
| 6) Vertigini   | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 50 |
| 7) Svenimenti  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 51 |
| 8) Lieve debolezza unilaterale (anche paralisi transitoria di braccio o gamba) | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 52 |
| 9) Tremori, difficoltà di deambulazione (altri problemi di astinenza)          | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 53 |
| 10) Senso di anestesia o formicolio in parti del corpo                         | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 54 |

**DATI SULLA SALUTE:** Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

Ha avuto negli **ultimi 6 mesi** i seguenti disturbi?

Lasciare in bianco

- |  |  |     |          |
|--|--|-----|----------|
| 11) Mancanza d'appetito, difficoltà di deglutizione              | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 55 |
| 12) Bruciori o dolori allo stomaco                               | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 56 |
| 13) Ulcera gastrica o duodenale                                  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 57 |
| 14) Stipsi, diarrea, mal di pancia                               | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 58 |
| 15) Grandi variazioni di peso                                    | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 59 |
| 16) Allergie della pelle, raffreddore da fieno                   | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 60 |
| 17) Attacchi d'asma  | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 61 |
| 18) Mal di schiena   | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 62 |
| 19) Dolori al cuore (fitte, senso di oppressione)                | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (1) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 63 |
| 20) Solo per donne: disturbi mestruali<br>(Dolori, irascibilità) | mai <input type="checkbox"/>                       | (0) |          |
|  | spesso <input type="checkbox"/>                    | (1) |          |
|  | occasionalmente <input type="checkbox"/>           | (2) |          |
|  | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 64 |

**DATI SULLA SALUTE:** Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

### STATO DI SALUTE MENTALE

Ha già avuto **nel corso della sua vita** i seguenti disturbi?

- |    |   |   |                    |
|----|---|---|--------------------|
|    |   |   | Lasciare in bianco |
| 1) | <i>Paure irrazionali causate da situazioni specifiche<br/>(Folle, piazze, animali)</i>  | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 65           |
| 2) | <i>Attacchi di paura senza motivo</i>   | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 66           |
| 3) | <i>Disturbi nervosi</i>   | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 67           |
| 4) | <i>Umore molto depresso<br/>(Mancanza di energia e volontà, non vedere<br/>più un senso nella propria vita)</i>                       | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 68           |
| 5) | <i>Intenzione di porre fine alla propria vita</i>   | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 69           |
| 6) | <i>Disturbi ossessivo-compulsivi<br/>(Dover ripetere delle azioni specifiche,<br/>controllare, lavarsi, ecc.)</i>                     | mai <input type="checkbox"/> (0)<br>occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)<br>spesso <input type="checkbox"/> (2)<br>perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3)               | [ _ ] 70           |
| 7) | <i>È già stato in cura da uno psichiatra o psicologo?<br/>(Non considerare consulenza professionale<br/>o test attitudinali, etc)</i> | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sì <input type="checkbox"/> (1)  | [ _ ] 71           |
| 8) | <i>Qualcuno della sua famiglia è già stato in<br/>cura da uno psichiatra o psicologo?<br/>Se sì,</i>                                  | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sì <input type="checkbox"/> (1)<br>padre <input type="checkbox"/> (2)<br>madre <input type="checkbox"/> (3)<br>fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> (4) | [ _ ] 72           |
| 9) | <i>Qualcuno della sua famiglia si è tolto<br/>la vita?<br/>Se sì,</i>   | no <input type="checkbox"/> (0)<br>sì <input type="checkbox"/> (1)<br>padre <input type="checkbox"/> (2)<br>madre <input type="checkbox"/> (3)<br>fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> (4) | [ _ ] 73           |