

# Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ-Ita)

A<sup>11-17</sup>

Per ciascuna domanda metti un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che rispondi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un pó sciocca! Devi rispondere sulla base della tua esperienza negli ultimi sei mesi.

Nome .....

Maschio/Femmina

Data di nascita .....

|  | Non Vero                 | Parzialmente Vero        | Assolutamente Vero       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cerco di essere gentile verso gli altri; sono rispettoso dei loro sentimenti                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono agitato(a), non riesco a stare fermo per molto tempo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soffro spesso mal di testa, mal di stomaco o nausea  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Condivido volentieri con gli altri (dolci, giocattoli, matite ecc.)                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spesso ho delle crisi di collera o sono di cattivo umore   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono piuttosto solitario, tendo a giocare da solo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Generalmente sono obbediente e faccio quello che mi è stato detto                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho molte preoccupazioni  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono costantemente in movimento; spesso mi sento a disagio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho almeno un buon amico o una buona amica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spesso litigo. Costringo gli altri a fare quello che voglio  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono spesso infelice o triste; piango facilmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Generalmente sono ben accettato(a) dalle persone della mia età   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono facilmente distratto(a); trovo difficile concentrarmi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le situazioni nuove mi rendono nervoso(a), mi sento poco sicuro di me stesso                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono gentile con i bambini piccoli   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono spesso accusato(a) di essere un bugiardo o un(a) ingannatore(trice)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono preso(a) di mira e preso(a) in giro dalle persone della mia età                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, bambini)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penso prima di fare qualcosa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho rubato degli oggetti che non mi appartenivano da casa, da scuola o dagli altri posti                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho migliori rapporti con gli adulti che con le persone della mia età                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho molte paure, mi spavento facilmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono in grado di finire ciò che mi viene chiesto; rimango concentrato(a) per tutto il tempo necessario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hai qualche altro commento o preoccupazione?

**Voltare la pagina - ci sono altre domande sull'altro lato**

In generale, pensi di avere alcune delle difficoltà elencate nelle seguenti categorie:  
L'emozioni, la concentrazione, il comportamento o la capacità di andare d'accordo con gli altri?

|  |                          |                             |                                 |                             |
|--|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
|  | No                       | Si,<br>difficoltà<br>minori | Si,<br>difficoltà<br>importanti | Si,<br>difficoltà<br>severe |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>    |

Se hai risposto “Sì”, continua con le seguenti domande:

- Da quanto tempo hai avuto queste difficoltà?

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Meno di<br>un mese       | 1-5<br>mesi              | 6-12<br>mesi             | Più di<br>un anno        |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Queste difficoltà ti turbano o ti fanno soffrire?

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Per niente               | Solo un pò               | Abbastanza               | Molto                    |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Queste difficoltà interferiscono con la vita quotidiana...?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | Per niente               | Solo un pò               | Abbastanza               | Molto                    |
| LA VITA FAMILIARE        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LE AMICIZIE              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'APPRENDIMENTO A SCUOLA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IL TEMPO LIBERO          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Queste difficoltà rendono dura la vita per gli altri (la famiglia, gli amici, gli insegnanti, ecc.)?

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Per niente               | Solo un pò               | Abbastanza               | Molto                    |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma .....

Data .....

**Grazie per il tuo aiuto**