

BECK DEPRESSION INVENTORY

Nel questionario vi sono gruppi di dichiarazioni. Legga con attenzione ciascun gruppo e da ognuno scelga la dichiarazione che meglio descrive il modo in cui si è sentito durante l'ultima settimana, oggi compreso.

A	<input type="checkbox"/> (0) Non mi sento triste <input type="checkbox"/> (1) Mi sento triste <input type="checkbox"/> (2) Sono sempre triste e non riesco a star bene <input type="checkbox"/> (3) Sono così triste e infelice che non riesco a sopportarlo
B	<input type="checkbox"/> (0) Non sono particolarmente scoraggiato per il futuro <input type="checkbox"/> (1) Mi sento scoraggiato per il futuro <input type="checkbox"/> (2) Ho la sensazione di non desiderare nulla intensamente <input type="checkbox"/> (3) Ho la sensazione che il futuro è senza speranza e che le cose non possano migliorare
C	<input type="checkbox"/> (0) Non mi sento un fallito <input type="checkbox"/> (1) Ho la sensazione di aver fallito più di una persona media <input type="checkbox"/> (2) Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti <input type="checkbox"/> (3) Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona
D	<input type="checkbox"/> (0) Dalle cose traggo la stessa soddisfazione di prima <input type="checkbox"/> (1) Non mi godo le cose come facevo un tempo <input type="checkbox"/> (2) Non traggo più soddisfazione da nulla <input type="checkbox"/> (3) Sono insoddisfatto o annoiato di tutto
E	<input type="checkbox"/> (0) Non mi sento particolarmente colpevole <input type="checkbox"/> (1) Mi sento colpevole per buona parte del tempo <input type="checkbox"/> (2) Mi sento colpevole per la maggior parte del tempo <input type="checkbox"/> (3) Mi sento sempre colpevole
F	<input type="checkbox"/> (0) Non ho la sensazione di star subendo una punizione <input type="checkbox"/> (1) Ho la sensazione che potrei subire una punizione <input type="checkbox"/> (2) Mi aspetto di essere punito <input type="checkbox"/> (3) Ho la sensazione di star subendo una punizione
G	<input type="checkbox"/> (0) Non mi sento deluso di me stesso <input type="checkbox"/> (1) Sono deluso di me stesso <input type="checkbox"/> (2) Sono disgustato di me stesso <input type="checkbox"/> (3) Odio me stesso
H	<input type="checkbox"/> (0) Non credo di essere peggiore di chiunque altro <input type="checkbox"/> (1) Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori <input type="checkbox"/> (2) Mi rimprovero continuamente per le mie colpe <input type="checkbox"/> (3) Mi rimprovero per tutte le cose brutte che accadono
I	<input type="checkbox"/> (0) Non penso mai ad uccidermi <input type="checkbox"/> (1) Mi vengono idee di uccidermi ma non le realizzerei mai <input type="checkbox"/> (2) Vorrei uccidermi <input type="checkbox"/> (3) Mi ucciderei se potessi
L	<input type="checkbox"/> (0) Non piango più del solito <input type="checkbox"/> (1) Ora piango più che in passato <input type="checkbox"/> (2) Ora piango continuamente <input type="checkbox"/> (3) Un tempo riuscivo a piangere, ma ora non ci riesco anche se ne ho voglia

M	<input type="checkbox"/> (0) Non sono più irritato del solito <input type="checkbox"/> (1) Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo <input type="checkbox"/> (2) Ora sono continuamente irritato <input type="checkbox"/> (3) Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano
N	<input type="checkbox"/> (0) Non ho perso interesse per le altre persone <input type="checkbox"/> (1) Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone <input type="checkbox"/> (2) Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone <input type="checkbox"/> (3) Ho perso completamente interesse per le altre persone
O	<input type="checkbox"/> (0) Prendo decisioni quasi come al solito <input type="checkbox"/> (1) Cerco di rimandare le decisioni più spesso di un tempo <input type="checkbox"/> (2) Ho maggiore difficoltà di un tempo a prendere decisioni <input type="checkbox"/> (3) Non riesco più a prendere alcuna decisione
P	<input type="checkbox"/> (0) Non credo di avere un aspetto peggiore del solito <input type="checkbox"/> (1) Sono preoccupato di apparire vecchio o non attraente <input type="checkbox"/> (2) Sento che il mio aspetto ha subito cambiamenti permanenti che mi rendono meno attraente <input type="checkbox"/> (3) Ho la sensazione di essere brutto
Q	<input type="checkbox"/> (0) Riesco a lavorare quasi altrettanto bene che in passato <input type="checkbox"/> (1) Devo sforzarmi di più per cominciare a fare qualcosa <input type="checkbox"/> (2) Devo spronare fortemente me stesso per fare qualunque cosa <input type="checkbox"/> (3) Non riesco a lavorare per niente
R	<input type="checkbox"/> (0) Dormo bene come al solito <input type="checkbox"/> (1) Non dormo bene come prima <input type="checkbox"/> (2) Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi <input type="checkbox"/> (3) Mi sveglio parecchie ore prima del solito e non riesco più ad addormentarmi
S	<input type="checkbox"/> (0) Non mi sento più stanco del solito <input type="checkbox"/> (1) Mi stanco più facilmente di un tempo <input type="checkbox"/> (2) Mi stanco a fare qualunque cosa <input type="checkbox"/> (3) Sono troppo stanco per fare alcunché
T	<input type="checkbox"/> (0) Non ho meno appetito del solito <input type="checkbox"/> (1) Non ho un buon appetito come una volta <input type="checkbox"/> (2) Ora ho molto meno appetito <input type="checkbox"/> (3) Non ho più appetito per niente
U	<input type="checkbox"/> (0) Di recente non sono calato molto di peso <input type="checkbox"/> (1) Ho perso più di due chili <input type="checkbox"/> (2) Ho perso più di quattro chili <input type="checkbox"/> (3) Ho perso più di sei chili
V	<input type="checkbox"/> (0) Non mi preoccupo della mia salute più del solito <input type="checkbox"/> (1) Mi preoccupo per le fitte e i dolori o per il mal di stomaco o per la stitichezza <input type="checkbox"/> (2) Mi preoccupo talmente di come mi sento che mi è difficile pensare ad altro <input type="checkbox"/> (3) Sono così preoccupato di come mi sento che non penso ad altro
Z	<input type="checkbox"/> (0) Non ho notato di recente alcun cambiamento nel mio interesse per il sesso <input type="checkbox"/> (1) Ho meno interesse di una volta per il sesso <input type="checkbox"/> (2) Ho molto meno interesse per il sesso <input type="checkbox"/> (3) Ho perso completamente interesse per il sesso