

SDQ-20 Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5

(Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, & Van der Hart, 1996)

Nom et Prénom :	Date de passation :
Date de naissance :	Nom de l'interviewer :

Score total SDQ-20 :		Score total > 30 → investiguer un éventuel trouble dissociatif. Trouble dissociatif de l'identité : M=55. Autre trouble dissociatif spécifié-1 : M=44.
Score total SDQ-5 : (5 items en gras)		Score total = ou > 8 → investiguer un éventuel trouble dissociatif.
Score élevé à des items isolés (sans explication médicale)	(noter le n° des items et/ou la thématique)	Considérer un trouble dissociatif des sensations et du mouvement ou un autre trouble somatoforme → investigations complémentaires

« Je vais vous poser des questions sur différents **symptômes physiques** que vous auriez pu avoir durant une période plus ou moins longue. Je vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces **symptômes apparaissent chez vous ou sont apparus durant l'année écoulée**.

Pour chaque proposition vous pouvez me dire à quel degré cela est applicable pour vous ».

« **Si un symptôme vous est applicable, veuillez me dire si ce symptôme a été mis en relation avec une maladie physique par un médecin** ».

- 1 = cela n'est pas du tout applicable pour moi
- 2 = cela est un peu applicable pour moi
- 3 = cela est modérément applicable pour moi
- 4 = cela est certainement applicable pour moi
- 5 = cela est tout à fait applicable pour moi

	Vous arrive-t-il parfois de ?	Dans quelle mesure ce symptôme vous est applicable	Est-ce qu'une cause physique est connue ? (noter des remarques éventuelles)
1	Avoir des difficultés à uriner.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
2	Etre dégoûté d'aliments que vous aimez bien en temps normal (pour les femmes en dehors des périodes de grossesse ou de menstruation).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
3	Entendre des sons à proximité alors qu'ils viennent de loin.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
4	Avoir mal lorsque vous urinez.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
5	Avoir la sensation que votre corps ou une partie de votre corps est comme engourdi.	1 2 3 4 5	Non Oui.....

6	Avoir l'impression que les gens et les objets paraissent plus grands.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
7	Avoir des attaques qui ressemblent à des crises d'épilepsie.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
8	Ressentir que votre corps ou une partie de votre corps est insensible à la douleur.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
9	Etre dégoûté(e) d'odeurs que d'habitude vous aimez bien.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
10	Ressentir de la douleur dans vos parties génitales (en dehors des rapports sexuels).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
11	Ne pas pouvoir entendre pendant un bref instant (comme si vous étiez sourd(e)).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
12	Ne pas voir pendant un bref instant (comme si vous étiez aveugle).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
13	Voir des choses (des objets) autour de vous différemment que d'habitude (par exemple comme si vous voyiez à travers un tunnel ou que vous ne voyiez qu'une petite partie d'un objet).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
14	Etre bien mieux ou bien moins capable de sentir des odeurs que d'habitude (alors que vous ne n'êtes pas enrhumé(e)).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
15	Avoir l'impression que votre corps ou une partie de votre corps avait disparu.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
16	Ne pas pouvoir avaler (ou seulement avec beaucoup d'efforts).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
17	Ne pas arriver à dormir pendant des nuits, tout en restant actif/active durant la journée.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
18	Ne pas pouvoir parler (ou seulement avec beaucoup d'efforts) ou ne pouvoir que chuchoter.	1 2 3 4 5	Non Oui.....
19	Etre temporairement paralysé(e).	1 2 3 4 5	Non Oui.....
20	Vous raidir temporairement	1 2 3 4 5	Non Oui.....

Références : Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*. 184 : 688-694.