

Body Perception Questionnaire – 22 (BPQ-22)

Stephen W. Porges, Ph.D.

Copyright © 1993, 2015

Italian version by:

Andrea Poli^{1,2,3,4}, Angelo Giovanni Icro Maremmani^{5,6,7}, Carlo Chiorri⁸, Gian-Paolo Mazzoni⁴, Graziella Orrù¹, Jacek Kolacz⁹, Stephen W. Porges^{9,10}, Ciro Conversano¹, Angelo Gemignani¹, Mario Miccoli²

¹Department of Surgical, Medical and Molecular Pathology and of Critical Care Medicine, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy; ²Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy; ³Verdi Clinical Center, 59100 Prato, Italy; ⁴Florence Cognitive School, 50144 Florence, Italy; ⁵Department of Psychiatry, North-Western Tuscany Region NHS Local Health Unit, Versilia Zone, 55049 Viareggio, Italy; ⁶ Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims (AU-CNS), 55045 Pietrasanta, Italy; ⁷G. De Lisi Institute of Behavioral Sciences, 56100 Pisa, Italy; ⁸Department of Educational Sciences, University of Genova, 16121 Genova, Italy; ⁹Traumatic Stress Research Consortium at the Kinsey Institute, Indiana University, Bloomington, IN 47405, USA; ¹⁰Department of Psychiatry, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27514, USA.

(Poli *et al.* Item Reduction, Psychometric and Biometric Properties of the Italian Version of the Body Perception Questionnaire—Short Form (BPQ-SF): The BPQ-22. *IJERPH* **2021**, *18*(7), 3835, doi:10.3390/ijerph18073835)

Contacts: andrea.poli@med.unipi.it

Per favore, valuti il suo livello di consapevolezza per ciascuna delle caratteristiche descritte di seguito. Selezioni la risposta che la descrive più precisamente.

Nella maggior parte delle situazioni sono consapevole di:

	Mai	Occasionalmente	Spesso
1 Avere gli occhi inumiditi o che stanno lacrimando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Una sensazione di gonfiore del mio corpo o di parti del mio corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avere la pelle d'oca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Dolori di stomaco e intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Un senso di gonfiore o dilatazione dello stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sentire i palmi delle mani sudati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sudorazione della fronte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tremore delle labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Sudorazione delle ascelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Quale sia la temperatura del viso (in particolare delle orecchie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sistema nervoso autonomo è la parte del suo sistema nervoso che regola il suo sistema cardiovascolare, respiratorio, digestivo e di regolazione della temperatura corporea. Inoltre, è coinvolto nell'esperienza e nell'espressione delle emozioni. Il sistema nervoso autonomo, in ognuno di noi, può funzionare in maniera diversa. Questa scala è stata sviluppata per misurare il modo in cui reagisce il suo sistema nervoso autonomo.

Per favore, valuti quanto ciascuna delle seguenti affermazioni sia frequente per lei:

- | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | Ho difficoltà a coordinare la respirazione mentre mangio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Quando mangio, ho difficoltà a parlare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Ho difficoltà a coordinare la respirazione con il parlare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Quando mangio, ho difficoltà a coordinare la deglutizione, la masticazione e/o il succhiare con la respirazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Ho una tosse persistente che interferisce con il mio parlare e mangiare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Mi sento soffocare quando mangio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Quando parlo, spesso sento che dovrei tossire o deglutire la saliva che ho in bocca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Quando respiro, sento di non riuscire ad avere abbastanza ossigeno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Ho acidità di stomaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Ho un'indigestione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Dopo aver mangiato ho problemi digestivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Ho la diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Scoring:

BOA: 1+3+6+7+8+9+10

SUP: 11+12+13+14+15+16+17+18

BOA/SUB: 2+4+5+19+20+21+22

Mai = 1; Occasionalmente = 2; Spesso = 3