

**Istruzioni:** Trovi di seguito un elenco di eventi spiacevoli che le persone possono subire qualche volta nel corso della loro vita. Barra per ognuno dei seguenti eventi se l'hai vissuto (SI) o meno (NO). Se rispondi con SI, indica infine se l'hai vissuto personalmente o come testimone o entrambi.

**1. Catastrofe naturale (ad esempio inondazione, tempesta, terremoto)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**2. Grave incidente, incendio o esplosione (ad esempio, incidente stradale, incidente sul lavoro, incidente aereo o marittimo)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**3. Grave malattia (ad esempio, ictus, tumore, infarto, delicato intervento chirurgico)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**4. Attacco violento da parte di una persona estranea (ad esempio, attacco fisico, rapina, minaccia con un'arma da fuoco)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**5. Attacco violento da parte di un familiare o di un conoscente (ad esempio, aggressione fisica, rapina, minaccia con un'arma da fuoco)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**6. Morte di una persona di riferimento importante (ad esempio, per incidente, suicidio, omicidio)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**7. Prigionia (ad esempio, detenuto, prigioniero di guerra, ostaggio)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**8. Abusi sessuali da bambino/adolescente da parte di una persona estranea (ad esempio, contatto sessuale indesiderato o forzato, violenza carnale)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**9. Abusi sessuali da bambino/adolescente da parte di un familiare o di un conoscente (ad esempio, contatto sessuale indesiderato o forzato, violenza carnale)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**10. Intervento militare in guerra o soggiorno in una zona colpita dalla guerra**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**11. Tortura (ad esempio, privazione continuata del sonno, elettrochoc, tentativo di soffocamento)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

**12. Trascuratezza, mancate cure (ad esempio, subire un continuo rifiuto, ricevere poche attenzioni dai genitori)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

13. **Aggressione sessuale in età adulta da parte di una persona estranea (ad esempio, violenza carnale o tentativo di violenza carnale)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

14. **Aggressione sessuale in età adulta da parte di un familiare o di un conoscente (ad esempio, violenza carnale o tentativo di violenza carnale)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

15. **Altro evento spiacevole (ad esempio, mobbing, separazione della coppia/coniugi)**

**NO:**  **SI:** Personalmente  Testimone

Specificare: \_\_\_\_\_

Qual è stato l'evento peggiore?

16.

Rispondere alle seguenti domande solo facendo riferimento ALL'EVENTO PEGGIORE

17. **Quando si è verificato l'evento peggiore?**

giorni: \_\_\_\_\_ settimane: \_\_\_\_\_ mesi: \_\_\_\_\_ anni: \_\_\_\_\_

18. **Durante questo evento peggiore ...?**

(.....)

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A1. Sei stato ferito fisicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. Pensavi che la tua vita fosse in pericolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. Qualcun' altro è stato ferito fisicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. Pensavi che la vita di un'altra persona fosse in pericolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. Ti sentivi indifeso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. Avevi una forte paura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. Ti sei sentito raccapricciato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. Ti sei sentito impotente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Istruzioni:** Di seguito viene elencata una serie di problemi che le persone talvolta riscontrano dopo eventi molto spiacevoli. Leggi con attenzione ciascuno di questi problemi. Scegli la risposta che meglio descrive l'intensità con cui **NELL'ULTIMO MESE** (ovvero nelle ultime quattro settimane incluso oggi) sei stato colpito dal problema. Le domande devono riferirsi all'**avvenimento peggiore**.

**1. Il fatto ha causato pensieri o ricordi che si sono rivelati per te fonte di stress, si sono ripresentati in modo indesiderato e ti sono tornati in mente anche se non volevi pensarci?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**2. Hai provato a non pensare al fatto, a non parlarne o a sopprimere i sentimenti ad esso collegati?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**3. Hai avuto difficoltà ad addormentarti o a dormire?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**4. Hai avuto dei momenti nei quali non sapevi più cosa fosse accaduto o ti sentivi come se non fossi stato coinvolto nell'accaduto?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**5. Hai avuto incubi riguardanti l'accaduto?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**6. Hai cercato di evitare situazioni che ti ricordavano l'evento (ad esempio, attività, persone o luoghi)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**7. Hai avuto manifestazioni di rabbia o manifestavi più spesso irascibilità?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**8. La tua sensazione del tempo era cambiata come se tutto fosse successo a rallentatore?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**9. Ti capitava di avere la sensazione improvvisa di rivivere l'evento?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**10. Non riuscivi a ricordare una parte importante dell'accaduto?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**11. Avevi difficoltà di concentrazione (ad esempio, dimenticavi ciò che volevi fare in quel momento, dimenticavi ciò che stavi leggendo o guardando in televisione)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**12. Il fatto ti sembrava irreali, come se fosse in un sogno, in un film o in una rappresentazione teatrale?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**13. Provavi sensazioni spiacevoli quando ti ricordavi dell'accaduto (ti sentivi ad esempio indifeso, arrabbiato, triste, ti vergognavi)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**14. Hai perso entusiasmo per le attività che prima dell'accaduto erano per te importanti?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**15. Agivi con eccessiva cautela (ad esempio, controllavi le persone intorno che sembravano sospette, avevi sempre a portata di mano un telefono per poter chiamare rapidamente aiuto)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**16. Ti è capitato talvolta di guardarti allo specchio e di non riconoscerti?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**17. Hai avuto reazioni fisiche quando ricordavi l'accaduto (per esempio, inquietudine interiore, tremolio o tachicardia)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**18. Ti sentivi estraneo o isolato nei confronti delle persone che ti stavano intorno?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**19. Eri facilmente eccitabile o molto irrequieto (ad esempio, in caso di rumori forti)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**20. Ti sentivi disorientato? C'erano momenti in cui non sapevi bene dove ti trovavi e che ora era?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**21. Avevi la sensazione di una sordità emotiva (per esempio, non riuscivi a piangere, non riuscivi a provare sentimenti positivi)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**22. Avevi la sensazione che i tuoi progetti futuri e le tue speranze non potessero realizzarsi (ad esempio, non avresti avuto una famiglia, avresti avuto meno fortuna nella vita o nel lavoro rispetto ad altri)?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**23. Hai avuto qualche volta la sensazione che il tuo corpo non ti appartenesse?**

Per niente  Raramente  Spesso  Molto spesso

**24. Dopo questa esperienza hai avuto gravi sintomi o disturbi fisici? In caso affermativo, quali?**

Dolori addominali	<input type="radio"/>	Mal di testa	<input type="radio"/>	Nausea	<input type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>
Tremori	<input type="radio"/>	Vertigini	<input type="radio"/>	Tachicardia	<input type="radio"/>	Affanno	<input type="radio"/>
Crampi	<input type="radio"/>	<b>Altro? Se sì, cosa?</b>					

---

**25. Quanto risulta spiacevole per te l'accaduto in questo momento?**

- Per niente spiacevole.....
- Molto poco.....
- Poco .....
- Molto .....
- Moltissimo .....
- Estremamente.....

**26. Per quanto tempo hai riscontrato i sintomi o disturbi sopra indicati (domande 1-23)?**

- Meno di un mese.....
- Fino a 3 mesi.....
- Oltre 3 mesi.....

**27. Quanto tempo dopo l'accaduto hai riscontrato i sintomi o disturbi sopra indicati (domande 1- 23)?**

- Entro i primi 6 mesi .....
- Dopo 6 mesi o più tardi .....

**Istruzioni:** indica se **NELL'ULTIMO MESE** hai riscontrato i problemi sopra specificati negli ambiti indicati. Barra la risposta SI se è emerso un peggioramento e NO negli altri casi.

**28.**

**Difficoltà**

	<b>Nessuna difficoltà</b>	<b>Poche difficoltà</b>	<b>Difficoltà medie</b>	<b>Forti difficoltà</b>
a. Scuola/Formazione/Lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Compti scolastici e faccende domestiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hobbie e attività di tempo libero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Rapprto con gli amici, con i colleghi o con i compagni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Rapporto con i membri della famiglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Sessualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>