

# TALS-SR

VERSIONE LIFETIME

Studio \_\_\_\_\_

Iniziali/codice pz \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Le domande che seguono si riferiscono ad eventi di perdita ed esperienze che possono averla turbata ed esserLe accaduti in qualsiasi momento della vita, anche nel lontano passato. La preghiamo di rispondere alle domande, tenendo conto del fatto che non tutte si riferiscono a sintomi di una malattia, barrando "SI" o "NO".*

*Le prime domande sono riferite ad eventi di perdita che possono esserle accaduti.*

## I DOMINIO: EVENTI DI PERDITA

**Le è mai capitata una delle seguenti cose?**

1	Un cambiamento di abitazione, scuola, lavoro, delle persone che si prendevano cura di lei, etc. che non avrebbe voluto o di cui si è pentito?	No	Si
2	La separazione da un caro amico, partner sentimentale, o familiare a causa di un trasloco, di un'ospedalizzazione, del servizio militare, o a causa di una discussione o di un disaccordo?	No	Si
3	Una rottura del rapporto con un partner sentimentale o con un caro amico, che le ha provocato dolore?	No	Si
4	Un divorzio nella sua famiglia?	No	Si
5	La perdita o la morte di un animale domestico cui era affezionato/a?	No	Si
6	Di essere trascurato/a o abbandonato/a?	No	Si
7	La morte di un caro amico o di un familiare?	No	Si
8	Un aborto (spontaneo o volontario) o una morte alla nascita?	No	Si
9	Ha perso la vista, l'udito o è portatore di un grave handicap?	No	Si
10	Ha avuto nessun'altra importante perdita o abbandono di persone, luoghi o cose, di cui non le ho domandato? Quali? <i>Specificare:</i>	No	Si

*Se ha risposto "NO" a tutte le domande passi direttamente al Dominio III (Eventi Traumatici).*

## II DOMINIO: REAZIONI AGLI EVENTI DI PERDITA

Da quando si sono verificate queste perdite, ha mai avuto un periodo in cui:

11	Aveva molta difficoltà nell'accettare la perdita?	No	Si
12	Rimpiangeva continuamente com'erano le cose prima che accadessero questi eventi?	No	Si
13	Rimpiangeva o cercava una persona cara o un luogo familiare in modo eccessivo e/o incontrollabile?	No	Si
14	Sognava spesso ad occhi aperti la persona o la cosa persa?	No	Si
15	Era tormentato/a dalla perdita più di quanto si aspettasse, o provava frequentemente una stretta al cuore?	No	Si
16	Si sentiva come se la sua vita non avesse più senso senza la persona o la cosa persa?	No	Si
17	Il dolore per il lutto interferiva con le sue capacità di azione?	No	Si
18	La sua famiglia o gli amici, le dicevano che era giunto il momento di superare quello che era successo?	No	Si

**Ha mai avuto un periodo di tempo in cui:**

19	Sentiva un gran bisogno di evocare il ricordo della persona, luogo o cosa che aveva perso?	No	Si
20	Passava molto tempo con oggetti che le ricordavano la persona, il luogo o la cosa che aveva perso, come foto, album, diari, ricordi, etc.?	No	Si
21	Si sentiva obbligato a visitare i luoghi che le ricordavano la persona, il luogo o la cosa persa?	No	Si
22	Aveva immagini ricorrenti e dolorose della persona, luogo, o cosa, che aveva perso?	No	Si
23	Era estremamente triste nel pensare quanto la persona, il luogo o la cosa fossero speciali ?	No	Si
24	Evitava di recarsi al cimitero o nel posto dove la persona era morta o in qualunque altro luogo collegato alla morte?	No	Si

25	Non riusciva a ricordare le cose che più amava, ammirava, o che apprezzava della persona persa?	No	Si
26	Pensava di vedere, udire o parlare con la persona(e) persa(e)?	No	Si
27	Continuava a pensare che avrebbe potuto far qualcosa per impedire la separazione o la morte?	No	Si
28	Si rimproverava di aver o non aver fatto qualcosa che pensava avrebbe potuto aiutare la persona(e) persa(e)?	No	Si
29	Aveva l'impressione che se avesse smesso di soffrire per il lutto avrebbe perso la(e) persona(e) per sempre?	No	Si
30	Sentiva che in qualche modo sarebbe stato sbagliato se il suo dolore fosse stato meno intenso, quasi come se stesse tradendo la persona(e) persa(e)?	No	Si

*Le domande che seguono si riferiscono a come si sente adesso.*

**Lei è il tipo di persona o qualcuno le ha detto che lei:**

31	Ha piacere o prova soddisfazione nel prendersi cura delle persone?	No	Si
32	Sente il bisogno di avere <u>sempre</u> qualcuno di cui prendersi cura (o si sente perso/a o senza scopo se non c'è qualcuno di cui prendersi cura)?	No	Si
33	Ha difficoltà a chiedere aiuto?	No	Si
34	Tende a pensare che le persone a lei care saranno sempre presenti?	No	Si
35	Crea legami molto stretti con le persone e le cose?	No	Si
36	Ha la sensazione di non poter vivere senza le persone care?	No	Si
37	Si irrita o si turba molto quando perde le cose cui è affezionato?	No	Si

### **III DOMINIO: EVENTI POTENZIALMENTE TRUMATICI**

*Le domande che seguono si riferiscono ad eventi che possono averla turbata o sconvolta*

**Le è mai capitato uno qualsiasi dei seguenti eventi:**

<b>38</b>	Ripetuti fallimenti a scuola o al lavoro?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>39</b>	Ripetute e gravi discussioni nella sua famiglia?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>40</b>	Di essere ripetutamente preso/a in giro o molestato/a?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>41</b>	Essere picchiato/a o minacciato/a fisicamente?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>42</b>	Ricevere “avances sessuali” indesiderate?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>43</b>	Abusi fisici o sessuali?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>44</b>	Stupro?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>45</b>	Subire una denuncia o un’azione disciplinare?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>46</b>	Essere arrestato/a o incriminato/a?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>47</b>	Un evento che ha seriamente minacciato il suo benessere, impiego, livello professionale, stato sociale o sicurezza economica?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>48</b>	Una grave malattia, un importante intervento chirurgico o un’altra procedura medica stressante ?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>49</b>	Un grave incidente o infortunio (per esempio, un incidente d’auto o aereo)?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>50</b>	Una calamità (per esempio un uragano, un’alluvione, un incendio, un tornado, un’esplosione)?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>51</b>	Essere minacciato da criminali o terroristi?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>52</b>	Subire un crimine (per esempio essere derubato/a, assalito/a, rapinato/a)?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>53</b>	Trovarsi in una zona di guerra?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>54</b>	Essere imprigionato/a, rapito/a, torturato/a, o tenuto/a in ostaggio?	<b>No</b>	<b>Si</b>

55	Ci sono stati degli eventi che l'hanno turbata che le sono accaduti diversi da quelli elencati? Quali? <i>Specificare:</i>	No	Si
56	E' mai stato <u>testimone</u> di un evento disturbante (accaduto a qualcun altro), come quelli elencati?	No	Si
57	E' mai rimasto molto impressionato quando qualcuno le ha raccontato di aver subito uno di questi eventi disturbanti?	No	Si
58	Ci sono periodi della sua vita, dopo l'eta' di 5 anni, di cui non riesce a ricordare assolutamente niente?	No	Si

*Se ha risposto "NO" a tutte le domande dalla 11 alla 58 passi direttamente al Dominio IX (Caratteristiche Personali)*

#### **IV DOMINIO: REAZIONI ALLA PERDITA O AGLI EVENTI POTENZIALMENTE TRAUMATICI**

*Le domande che seguono si riferiscono ad alcune situazioni che può aver avuto nel corso della sua vita in relazione agli eventi di perdita o agli eventi traumatici fin qui elencati e che Le sono accaduti.*

*Se ha sperimentato più eventi di perdita o eventi potenzialmente traumatici, La preghiamo di fare riferimento a quello che ritiene sia stato il peggiore o più grave per Lei nel rispondere alle seguenti domande e di trascrivere qui di seguito il numero della domanda (dei Domini I o III) corrispondente al trauma cui farà riferimento:*

**IL TRAUMA PER ME PIU' GRAVE CUI FARO' RIFERIMENTO NEL RISPONDERE ALLE PROSSIME DOMANDE E' QUELLO RIPORTATO ALLA DOMANDA N. \_\_\_\_\_**

**Questo evento o perdita l'ha fatta sentire estremamente:**

59	Impaurito/a?	No	Si
60	Triste?	No	Si
61	Colpevole o pieno/a di vergogna?	No	Si
62	Amareggiato/a o arrabbiato/a?	No	Si
63	Senza speranza o impotente?	No	Si
64	Inorridito/a o disgustato/a?	No	Si
65	Fisicamente o emotivamente insensibile o paralizzato/a?	No	Si

**Nel momento della perdita o dell'evento, ha mai avuto uno dei sintomi seguenti:**

<b>66</b>	Batticuore, sudorazione, tremore?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>67</b>	Mancanza di respiro o senso di soffocamento?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>68</b>	Fastidio o dolore al petto?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>69</b>	Nausea o dolore addominale?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>70</b>	Sensazione di vertigini, instabilità, testa vuota o svenimento?	<b>No</b>	<b>Si</b>

**Nel momento della perdita o dell'evento, si è sentito...**

<b>71</b>	Come se l'evento non fosse reale, o come fosse in un sogno o spettatore di quello che stava accadendo?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>72</b>	Come se stesse facendo le cose automaticamente, senza pensarci?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>73</b>	Come se la sua percezione del tempo cambiasse, cioè le cose sembrassero accadere al rallentatore?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>74</b>	Confuso/a o insicuro/a su dove si stesse trovando o che ora fosse?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>75</b>	Come se i colori, suoni, odori fossero stranamente intensi o insopportabili?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>76</b>	Particolarmente vigile, con la mente lucida?	<b>No</b>	<b>Si</b>

**V DOMINIO: RIEVOCAZIONE**

**Da quando si è verificata la perdita o l'evento, le è mai capitato di:**

<b>77</b>	Aver avuto brutti sogni o incubi ricorrenti che riguardavano la perdita o l'evento, di svegliarsi terrorizzato?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>78</b>	Aver provato spiacevoli sentimenti, improvvisamente quando si trovava in prossimità di determinati luoghi, odori, suoni o persone?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>79</b>	Aver sentito o ha agito come se gli eventi stessero accadendo di nuovo?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>80</b>	Avere pensieri, sentimenti o immagini angoscianti collegate alla perdita o all'evento?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>81</b>	Sentirsi più angosciato/a in quei periodi dell'anno in cui la perdita o l'evento era accaduto?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>82</b>	Si è mai accorto/a che gli altri evitavano di parlare della perdita o dell'evento perchè ne rimaneva molto turbato/a?	<b>No</b>	<b>Si</b>

**Pensando alla perdita o all'evento si è mai/ha mai:**

83	Sentito turbato/a dall'emozione o provato un senso di vuoto alla bocca dello stomaco?	No	Si
84	Avuto altre sensazioni fisiche, come dolore, palpitazioni, sudorazione, mal di testa, etc.?	No	Si
85	Sentito/a in colpa, o ha provato sensazioni di vergogna o di rimprovero per quello che era successo?	No	Si

## VI DOMINIO: EVITAMENTO E OTTUNDIMENTO DELLE EMOZIONI

### Ha mai evitato:

86	Di pensare o di parlare del terremoto?	No	Si
87	Particolari luoghi, persone, o situazioni sociali che le ricordavano il terremoto?	No	Si
88	Di leggere il giornale o di guardare certi programmi televisivi o film perché le ricordavano il terremoto?	No	Si
89	Attività o cose che scatenavano sentimenti di solitudine, pianto o altre emozioni spiacevoli legate al terremoto?	No	Si

### Da quando si è verificata la perdita o l'evento, le è mai capitato di:

90	Rendersi conto di essere incapace di ricordare le cose collegate al terremoto?	No	Si
91	Rendersi conto che certe attività o cose che in passato erano per lei importanti o interessanti erano diventate inutili, senza senso o futili?	No	Si
92	Sentirsi privo/a delle emozioni che era solito/a provare o come se i suoi sentimenti fossero attutiti?	No	Si
93	Sentirsi tagliato/a fuori o distaccato/a o come se fosse diverso/a dalle altre persone?	No	Si
94	Avere difficoltà a fidarsi delle persone, sia degli estranei, che delle persone della sua famiglia, o degli amici?	No	Si
95	Sentire che non sarebbe vissuto/a a lungo o che non avrebbe avuto una vita soddisfacente?	No	Si
96	Sentire che la sua vita era cambiata per sempre e che le cose non sarebbero più state le stesse?	No	Si
97	Sentire che la sua personalità è cambiata?	No	Si

## VII DOMINIO: COMPORTAMENTI DISADATTIVI

Da quando si è verificata la perdita o l'evento, ha mai/si è mai:

98	Smesso di prendersi cura di se stesso/a, per esempio, non riposarsi a sufficienza, non mangiare adeguatamente?	No	Si
99	Smesso di assumere le medicine che le erano state prescritte o di seguire le indicazioni mediche, come presentarsi alle visite, effettuare esami diagnostici, o seguire una dieta?	No	Si
100	Assunto alcool o droghe o medicinali da banco per calmarsi o alleviare la sofferenza psicologica o fisica?	No	Si
101	Intrapreso comportamenti rischiosi, come guidare velocemente, avere attività sessuali promiscue, o frequentare luoghi pericolosi?	No	Si
102	Desiderato di non essere sopravvissuto/a?	No	Si
103	Pensato di togliersi la vita?	No	Si
104	Intenzionalmente graffiato/a, tagliato/a, bruciato/a o fatto del male?	No	Si
105	Tentato il suicidio?	No	Si

## VIII DOMINIO: AROUSAL

Da quando si è verificata la perdita o l'evento, ha mai/si è mai:

106	Avuto problemi di concentrazione o di attenzione, per esempio, nel seguire la trama di un programma televisivo o di un libro o a ricordare ciò che aveva letto?	No	Si
107	Sentito come se non si potesse rilassare o abbassare la guardia?	No	Si
108	Trasalito/a facilmente al suono di rumori improvvisi o quando qualcuno la toccava, le parlava, o le si avvicinava inaspettatamente?	No	Si
109	Sentito/a più irritabile, ha avuto scoppi di rabbia o ira, o ha mai perso il controllo anche per cose di poco conto?	No	Si
110	Avuto più difficoltà rispetto a prima ad addormentarsi o a dormire o ha avuto il bisogno di tenere una luce accesa per addormentarsi?	No	Si

## IX DOMINIO: CARATTERISTICHE DI PERSONALITA'/ FATTORI DI RISCHIO



*Le domande che seguono si riferiscono a come si sente adesso.*

**Lei è il tipo di persona o qualcuno le ha detto che lei:**

<b>111</b>	E' estremamente sensibile allo stress e alla perdita?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>112</b>	E' provocatorio/a?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>113</b>	Ha piacere di essere al centro dell'attenzione?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>114</b>	Spesso segue l'istinto senza realmente pensare a cosa stia facendo?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>115</b>	Di solito trova eccitante ciò che ad altri farebbe paura?	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>116</b>	Spesso si lancia in attività avventate o pericolose?	<b>No</b>	<b>Si</b>