

# PAS-SR – Lifetime

VERSIONE 25 LUGLIO, 2001  
rivista il 27 gennaio 2002

Studio                      Iniziali/codice pz                      Data                      Medico  
-----                      ----/-----                      --/ /-----                      \_\_\_\_\_

## Istruzioni

*Le domande che seguono si riferiscono a situazioni che possono esserle accadute in passato o che possano interessarla attualmente. La preghiamo di rispondere a tutte le domande, tenendo conto del fatto che non tutte si riferiscono ai sintomi di una malattia, barrando « SÌ » o « NO ».*

---

*Da bambino o da adulto ha mai provato un forte disagio:*

1. se veniva separato o pensava di poter essere allontanato da casa o dalle persone care (ad esempio quando doveva stare da un parente)? SI NO
2. al pensiero di poter perdere un genitore o una persona a lei vicina, o che potesse accadere loro qualcosa di brutto (ad esempio si preoccupava molto se i suoi genitori litigavano o se uno di loro si ammalava)? SI NO
3. al pensiero che le potesse accadere qualcosa di brutto che avrebbe potuto separarla dai suoi cari (ad esempio perdersi od essere rapiti)? SI NO
4. al pensiero della separazione quando doveva andare a scuola (o al lavoro)? SI NO
5. quando restava da solo senza un genitore o una persona cara, in casa o in altri luoghi? SI NO
6. dovendo coricarsi senza avere qualcuno vicino o dovendo dormire fuori casa? SI NO
7. Si è mai sentito nervoso o a disagio o ha evitato o ritardato il momento di andare a letto per la paura di sentirsi male o di poter morire? SI NO
8. Ha mai avuto incubi riguardo all'essere separato dalla sua famiglia (ad esempio incubi su incendi, omicidi, o altre catastrofi)? SI NO
9. Ha frequentemente presentato disturbi come mal di testa, mal di stomaco, nausea o vomito quando e' stato separato dalle persone care (o al solo pensiero di una separazione)? SI NO
10. Ha avuto un notevole disagio quando era separato dalle persone care durante condizioni climatiche particolari, come ad esempio durante un temporale, una tempesta di neve o di vento? SI NO

*Le domande che seguono si riferiscono a come affronta la fine di una relazione.*

11. Se ha avuto un legame sentimentale o di amicizia che poi si è interrotto, può dire di aver avuto più difficoltà, rispetto alla media delle altre persone, ad accettare la fine di questo legame?  
 Non ho mai avuto una relazione che si è interrotta. SI NO
12. Le è capitato di continuare ad avere rapporti con qualcuno, anche quando non era nel suo interesse, piuttosto che rischiare di rimanere da solo? SI NO

13. Se si è mai sottoposto ad una psicoterapia, ha avuto difficoltà ad interromperla o avrebbe continuato le sedute anche se lo psicoterapeuta riteneva che non ne avesse più bisogno? **SI NO**  
 Non mi sono mai sottoposto ad una psicoterapia.
14. Se ha mai perduto una persona a lei cara, può dire di aver avuto più difficoltà della media delle persone ad accettarne la morte? **SI NO**  
 Non ho mai perduto una persona cara.
15. A proposito di animali domestici, è il tipo di persona che si affeziona a tal punto al suo animale da soffrire in modo eccessivo per la sua morte o per il suo smarrimento? **SI NO**  
 Non ho mai avuto animali domestici.

***Le domande che seguono si riferiscono a sintomi che può aver avuto in qualunque periodo della sua vita, sintomi che siano comparsi all'improvviso, in modo inaspettato. Questi sintomi possono essere comparsi anche durante il sonno.***

*Per le donne: Risponda «sì» anche se questi sintomi sono comparsi soltanto in occasione del ciclo mestruale o dopo aver partorito.*

*Nota: Non consideri i sintomi che possono rappresentare una normale risposta fisiologica (ad esempio battiti cardiaci accelerati durante una corsa). Non consideri neppure i sintomi che possono essere associati ad una condizione medica nota, quali palpitazioni se lei sa di avere una forma di aritmia cardiaca, o tremori se ha la febbre.*

***Le è mai capitato in modo inaspettato ed improvviso di:***

16. avere battiti cardiaci veloci (tachicardia) o di sentirsi il cuore in gola? **SI NO**
17. iniziare a sudare? **SI NO**
18. tremare o sussultare? **SI NO**
19. sentirsi mancare il respiro? **SI NO**
20. sentirsi soffocare? **SI NO**
21. sentire dolore o un peso al petto? **SI NO**
22. avere nausea, mal di stomaco o diarrea? **SI NO**
23. sentirsi instabile, come se avesse le vertigini o stesse per svenire? **SI NO**
24. avere l'impressione che le cose intorno a lei non fossero più familiari, ma irreali e strane? **SI NO**
25. sentirsi distaccato da se stesso o da parti del suo corpo? **SI NO**
26. avere la sensazione di essere sul punto di perdere il controllo o di impazzire? **SI NO**
27. sentirsi sul punto di morire? **SI NO**
28. avere una sensazione di torpore o formicolii in qualche parte del corpo? **SI NO**
29. avere brividi di freddo o vampate di calore? **SI NO**

***Le domande che seguono si riferiscono a sintomi che può aver avuto nel corso della sua vita.***

***Si è mai sentito:***

- |   |       |
|---|-------|
| 30. confuso o stordito?   | SI NO |
| 31. disorientato come se avesse perso i punti di riferimento?   | SI NO |
| 32. come se stesse camminando sulla gommapiuma o avesse le gambe molli?   | SI NO |
| 33. come se stesse camminando con difficoltà o avesse le gambe di legno?  | SI NO |
| 34. come se non potesse controllarsi nell'urinare o nel defecare?   | SI NO |
| 35. sul punto di perdere il controllo delle sue azioni?   | SI NO |
| 36. nervoso, a disagio, o come se stesse per soffocare, a causa del caldo, dell'aria viziata o umida, di profumi od altri odori anche se non forti? | SI NO |
| 37. nervoso o a disagio al buio?  | SI NO |
| 38. nervoso o a disagio per i rumori anche se non forti?  | SI NO |
| 39. nervoso o a disagio di fronte a prospettive indefinite, come la nebbia, il mare aperto, i paesaggi innevati?                                    | SI NO |
| 40. come se qualcosa si fosse rotto nel cervello o nel corpo?   | SI NO |
| 41. come se avesse perso la vista o l'udito?  | SI NO |
| 42. Ha mai avuto sintomi di panico durante il sonno?  | SI NO |

***Le seguenti domande si riferiscono ai sintomi qui sotto elencati.***

Palpitazioni	Dolore al petto	Formicolii	Perdita di controllo nell'urinare
Sudorazioni	Nausea	Intorpidimento	Perdita di controllo nel defecare
Tremore	Diarrea	Vampate	Perdita di controllo
Sussulti	Vertigini	Brividi	
Respiro corto	Svenimento	Confusione	
Soffocamento	Disorientamento		

***In qualche momento della sua vita i sintomi sopradescritti sono comparsi:***

- |  |       |
|--|-------|
| 43. molto facilmente affrontando una situazione di stress, anche se lo stress associato non era poi così marcato (per esempio, un periodo di eccessivo lavoro, problemi familiari, dormire meno o in orari diversi dal solito, cambiamenti nella routine giornaliera)? | SI NO |
| 44. subito dopo una situazione stressante, per esempio, dopo aver risolto un problema difficile o superato una situazione difficile prolungata, come dopo essere usciti dall'autostrada o aver lasciato un posto affollato?  | SI NO |

***Durante la sua vita ha mai provato i sintomi sopra descritti quando ha usato:***

45. caffè, tè, o altre sostanze contenenti caffeina? **SI NO**
46. farmaci per la tiroide, per il raffreddore, spray nasali, farmaci antidepressivi? **SI NO**
47. cocaina, amfetamine (ad es. Ecstasy) o altri stimolanti? **SI NO**  
 Non ho mai fatto uso di queste sostanze.
48. qualsiasi altro farmaco o droga? **SI NO**

***In qualche periodo della sua vita ha mai temuto o ha evitato:***

49. di assumere farmaci prescritti per il timore che potessero farle male? Si è preoccupato di essere ipersensibile agli effetti collaterali o «allergico»? **SI NO**
50. di prendere farmaci prescritti perché avrebbero potuto farle perdere il controllo o cambiare la sua personalità? **SI NO**
51. di prendere farmaci prescritti perché avrebbero potuto causarle un danno permanente al cervello? **SI NO**

***In qualche periodo della sua vita ha mai temuto o ha evitato:***

52. di farsi sottoporre all'anestesia o di prendere pillole per dormire per il timore di sentirsi male o di morire? **SI NO**
53. Legge il foglietto illustrativo dei farmaci molto attentamente e con grande attenzione perché si sente nervoso o a disagio quando deve assumere delle medicine? **SI NO**

***In qualche periodo della sua vita:***

54. si è mai molto preoccupato di poter avere uno dei sintomi sopradescritti, o si è mai preoccupato di che cosa potesse significare per la sua salute fisica o mentale averli? **SI NO**
55. si è mai sentito ansioso o a disagio dovendo affrontare o immaginando di affrontare situazioni simili a quelle nelle quali aveva avuto i sintomi sopradescritti? **SI NO**

***In qualche periodo della sua vita si è mai preoccupato molto che:***

56. ci potesse essere qualcosa che non andava e che non riusciva a definire, di fronte al quale si sentiva impotente ed indifeso? **SI NO**
57. stesse per accadere qualcosa di terribile per la sua salute, come un attacco di cuore o un ictus o che stesse per soffocare o morire? **SI NO**
58. stesse per accadere qualcosa di terribile per la sua mente, come perdere il controllo dei suoi pensieri o delle sue azioni? **SI NO**

***Le domande che seguono si riferiscono a luoghi o situazioni in cui lei può essersi sentito ansioso, a disagio, oppure che può aver evitato.***

***In qualche periodo della sua vita si è sentito ansioso o a disagio:***

- |  |              |
|--|--------------|
| <b>59.</b> quando era fuori casa da solo o comunque lontano da casa?   | <b>SI NO</b> |
| <b>60.</b> quando era a casa da solo?  | <b>SI NO</b> |
| <b>61.</b> quando si trovava in un posto affollato?  | <b>SI NO</b> |
| <b>62.</b> quando si trovava su un ponte o una funivia?  | <b>SI NO</b> |
| <b>63.</b> quando si trovava in posti chiusi (come tunnel, metropolitane)?   | <b>SI NO</b> |
| <b>64.</b> quando si è trovato in un ascensore?  | <b>SI NO</b> |
| <b>65.</b> guidando un'automobile (non in autostrada)?<br><input type="checkbox"/> Non ho mai guidato.   | <b>SI NO</b> |
| <b>66.</b> guidando un'automobile in autostrada?<br><input type="checkbox"/> Non ho mai guidato.   | <b>SI NO</b> |
| <b>67.</b> trovandosi in spazi aperti come piazze o viali?   | <b>SI NO</b> |
| <b>68.</b> viaggiando in auto, come passeggero, o in autobus o in treno od in aereo?<br><i>Nota: Non per paura di un incidente</i>   | <b>SI NO</b> |
| <b>69.</b> stando in coda?   | <b>SI NO</b> |
| <b>70.</b> in luoghi o situazioni in cui pensava che i sintomi di cui abbiamo precedentemente parlato la potessero imbarazzare?  | <b>SI NO</b> |
| <b>71.</b> andando dal dentista, perché si sentiva intrappolato sulla sedia o poltrona o perché si sentiva soffocare durante l'intervento?<br><i>Nota: Non per la paura del dolore o dell'anestesia o di essere contaminato.</i> | <b>SI NO</b> |
| <b>72.</b> andando dal barbiere o dal parrucchiere perché si sentiva intrappolato o soffocare nella poltrona?  | <b>SI NO</b> |
| <b>73.</b> trovandosi in luoghi o situazioni in cui aveva paura di perdersi anche se non era ragionevole pensarlo?<br><i>Nota: non solo in luoghi non familiari.</i>   | <b>SI NO</b> |
| <b>74.</b> sottoponendosi a procedure medico-diagnostiche come EEG, TAC, RMN, perché si sentiva intrappolato?<br><input type="checkbox"/> Non mi sono mai sottoposto ad alcuna di queste procedure.                              | <b>SI NO</b> |
| <b>75.</b> usando le cinture di sicurezza perché si sentiva in trappola?   | <b>SI NO</b> |
| <b>76.</b> indossando anelli o collane per la sensazione di costrizione?   | <b>SI NO</b> |
| <b>77.</b> indossando maglioni a collo alto, cravatte, o abiti attillati per la sensazione di soffocare?   | <b>SI NO</b> |
| <b>78.</b> inghiottendo o vomitando per timore di soffocare?   | <b>SI NO</b> |
| <b>79.</b> avendo rapporti sessuali per il timore di sentirsi in trappola durante l'atto?  | <b>SI NO</b> |
| <b>80.</b> nuotando o imparando a nuotare o nuotando sott'acqua?   | <b>SI NO</b> |
| <b>81.</b> recandosi in luoghi dove pensava che le sarebbe potuto accadere di essere sepolto vivo anche se questa possibilità era estremamente improbabile?  | <b>SI NO</b> |

82. recandosi in luoghi senza essere certo che vi fosse una toilette disponibile? **SI NO**
83. trovandosi in altre situazioni o luoghi in cui si sarebbe potuto sentire intrappolato o in cui si sarebbe potuto sentire male senza ricevere aiuto? **SI NO**

*Le domande che seguono si riferiscono a preoccupazioni e reazioni che lei può aver avuto sentendo parlare di o pensando alle malattie.*

*In qualche periodo della sua vita si è mai preoccupato:*

84. di avere una grave malattia *fisica*, quando sentiva parlare di qualcuno che ne fosse affetto? **SI NO**
85. di avere una grave malattia *mentale*, quando sentiva parlare di qualcuno che ne fosse affetto? **SI NO**
86. di leggere articoli di medicina o sentire qualcuno parlare di argomenti medici? **SI NO**
87. di leggere i risultati delle analisi o farsi controllare la pressione arteriosa o il battito cardiaco? **SI NO**
88. di vedere strumenti medici (ad esempio bisturi), o di trovarsi in ambienti medici (ad esempio in un ospedale o in pronto soccorso)? **SI NO**

*Le domande che seguono si riferiscono a come ha affrontato i sintomi qui sotto elencati.*

Palpitazioni	Dolore al petto	Formicolii	Perdita di controllo nell'urinare
Sudorazioni	Nausea	Intorpidimento	Perdita di controllo nel defecare
Tremore	Diarrea	Vampate	Perdita di controllo
Sussulti	Vertigini	Brividi	
Respiro corto	Svenimento	Confusione	
Soffocamento	Disorientamento		

89. Ha mai sentito il bisogno di essere confortato e rassicurato da amici o familiari? **SI NO**
90. Ha mai cercato l'aiuto dei suoi familiari, del coniuge, dei suoi amici o dei suoi vicini a causa di questi sintomi? **SI NO**
91. Quando ha avuto questo bisogno di conforto e di aiuto, è stato facilmente rassicurato? **SI NO**
92. È mai ricorso al pronto soccorso o ha chiamato il medico a casa per il bisogno di essere rassicurato? **SI NO**
93. Ha mai chiesto di essere ricoverato in ospedale per sentirsi protetto e rassicurato anche se il medico non lo reputava necessario? **SI NO**
94. Ha mai chiesto che le fosse misurata ripetutamente la pressione arteriosa o che le venisse controllato il battito cardiaco anche se il medico non lo reputava necessario? **SI NO**
95. Ha mai chiesto ripetutamente di essere sottoposto a particolari procedure diagnostiche (come ad esempio un angiogramma o una gastroscopia) anche se il medico non lo reputava necessario? **SI NO**
96. Ha mai chiesto di essere sottoposto ad esami di laboratorio anche quando il suo medico non lo reputava necessario? **SI NO**

97. Ha mai avuto bisogno di stare con qualcuno per la maggior parte del tempo? **SI NO**
98. Ha mai avuto bisogno di accertarsi che ci fosse un medico o un pronto soccorso quando si recava in un posto che non conosceva? **SI NO**
99. Ha mai avuto bisogno di sedersi vicino all'uscita quando andava al cinema, a teatro, in chiesa, o in luoghi analoghi? **SI NO**
100. Ha mai avuto bisogno di avere con sé un telefono cellulare o controllare che ci fosse un telefono pubblico dove stava andando? **SI NO**
101. Ha mai avuto bisogno di assicurarsi di avere in tasca o in borsa dei tranquillanti anche se non prescritti dal medico o prescritti in passato, e che comunque non erano più necessari? **SI NO**
102. Ha mai avuto bisogno di portare con sé una bottiglia d'acqua o altre bevande quando si recava da qualche parte? **SI NO**
103. Ha mai avuto bisogno di portare con sé un bastone da passeggio od un ombrello? **SI NO**
104. Ha mai avuto bisogno di portare con sé il suo cane? **SI NO**
105. Ha mai avuto bisogno di indossare un cappello quando usciva? **SI NO**
106. Ha mai avuto bisogno di portare con sé delle caramelle o una gomma da masticare quando usciva? **SI NO**
107. Ha mai avuto bisogno di portare con sé un portafortuna? **SI NO**
108. Ha mai avuto bisogno di indossare gli occhiali scuri anche in ambienti poco illuminati? **SI NO**
109. Ha mai avuto bisogno di fare uso di alcolici o di sedativi? **SI NO**
110. Ha mai avuto bisogno di stabilire con i medici un rapporto di amicizia così da essere sicuro che si sarebbero presi cura di lei? **SI NO**
111. Ha mai avuto bisogno di tenere sempre una luce accesa in camera da letto per potersi addormentare? **SI NO**

***Le domande che seguono si riferiscono a come comunica il suo disagio agli altri.***

112. Si è mai sentito come se dovesse esagerare i suoi sintomi per essere sicuro che gli altri capissero pienamente la sua sofferenza? **SI NO**
113. Si è mai sentito come se dovesse esagerare i suoi sintomi per ricevere la rassicurazione o l'aiuto di cui aveva bisogno? **SI NO**
114. Si è mai sentito non autentico, come se stesse recitando una parte per ricevere la rassicurazione e l'aiuto di cui aveva bisogno? **SI NO**
- Nota: Il non sentirsi autentico fa riferimento specifico al fatto di esagerare o inventare i sintomi.*