

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5, past week) - Italian Version

Istruzioni: Qui sotto viene riportata una lista di problemi che talvolta le persone presentano in risposta a esperienze molto stressanti. Leggere ogni problema attentamente e tracciare un cerchio attorno a uno dei numeri che si trovano sulla destra per indicare quanto ogni problema l'ha afflitta nell'ultima settimana.

Nell'ultima settimana, in che misura Lei è stato/a infastidito/a da:	Per niente	Poco	Modera-tamente	Molto	Moltissimo
1. Ricordi ripetuti, disturbanti e indesiderati dell'esperienza stressante che ha subito?	0	1	2	3	4
2. Sogni ricorrenti e disturbanti dell'esperienza stressante?	0	1	2	3	4
3. Avere la sensazione o comportarsi improvvisamente come se l'esperienza stressante si stesse verificando nuovamente (come se si rivivesse la stessa esperienza)?	0	1	2	3	4
4. Sentirsi molto turbato/a quando qualcosa Le ricorda l'esperienza stressante?	0	1	2	3	4
5. Avere forti reazioni fisiche quando qualcosa Le ricorda l'esperienza stressante (per esempio battito del cuore accelerato, respiro affannoso, sudorazione)?	0	1	2	3	4
6. Evitare ricordi, pensieri o sensazioni legati all'esperienza stressante?	0	1	2	3	4
7. Evitare qualunque cosa Le ricorda l'esperienza stressante (per esempio, persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti o situazioni)?	0	1	2	3	4
8. Problemi a ricordare elementi importanti dell'esperienza stressante?	0	1	2	3	4
9. Avere opinioni fortemente negative di sé, di altre persone o del mondo (per esempio, avere pensieri del tipo: "Io sono una cattiva persona, c'è realmente qualcosa che non va in me, non ci si può fidare di nessuno, il mondo intero è pericoloso")?	0	1	2	3	4
10. Incolpare se stesso/a o altre persone dell'esperienza stressante o di ciò che è accaduto in seguito?	0	1	2	3	4

11. Avere sentimenti fortemente negativi come paura, terrore, rabbia, senso di colpa o vergogna?	0	1	2	3	4
12. Perdita di interesse alle attività che solitamente Le piacevano?	0	1	2	3	4
13. Sentirsi distante o isolato/a dal prossimo?	0	1	2	3	4
14. Avere difficoltà a provare sentimenti positivi (per esempio, sentirsi incapace di provare felicità o sentimenti di affetto nei confronti di persone a Lei care)?	0	1	2	3	4
15. Avere un comportamento irritabile, accessi di rabbia, o reazioni aggressive?	0	1	2	3	4
16. Correre troppi rischi o fare cose che potrebbero causarLe danno?	0	1	2	3	4
17. Essere "ipervigile", guardingo/a o sempre all'erta?	0	1	2	3	4
18. Sentirsi in tensione o spaventarsi facilmente?	0	1	2	3	4
19. Avere difficoltà di concentrazione?	0	1	2	3	4
20. Avere difficoltà ad addormentarsi o a dormire?	0	1	2	3	4

© F. Weathers et al. (8/14/2013)

Quando ha risposto alle domande del questionario, le Sue risposte si riferivano all'esperienza stressante che ha causato il Suo trauma cranico?

Sì No