

DAVIDSON TRAUMA SCALE

Davidson (1997)

Cognome e nome Nato/a il

Codice paziente..... Valutatore..... Data compilazione.....

ISTRUZIONI

Ciascuna delle domande seguenti indaga un sintomo specifico. Per ogni domanda, valuti la frequenza con cui quel sintomo lo ha disturbato nel corso della settimana scorsa e quanto era grave. Nelle due caselle alla destra di ogni domanda metta una crocetta sul numero che indica la frequenza e la gravità del sintomo.

Evento	FREQUENZA	GRAVITÀ
	0 = Mai 1 = Solo una volta 2 = 2-3 volte 3 = 4-6 volte 4 = Tutti i giorni	0 = Nessun disturbo 1 = Disturbo minimo 2 = Disturbo moderato 3 = Disturbo marcato 4 = Disturbo estremo
1. Ha mai avuto immagini, ricordi o pensieri dolorosi relativi all'evento?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Ha mai fatto sogni angoscianti legati all'evento?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Ha mai avuto la sensazione che l'evento si ripresentasse? È stato come se lo rivivesse?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. È stato turbato da qualcosa che le ha riportato alla mente l'evento?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. È stato fisicamente disturbato da ricordi dell'evento? (ad es. sudorazione, tremori, tachicardia, mancanza di respiro, nausea o diarrea).....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Ha evitato ogni pensiero o sentimento legato all'evento?.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Ha evitato di fare cose o di affrontare situazioni che le ricordavano l'evento?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Si è sentito incapace di ricordare aspetti importanti dell'evento?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Ha avuto difficoltà a provare piacere nelle cose?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Si è sentito distante o isolato dalle altre persone?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Si è sentito incapace di provare sentimenti di tristezza o di affetto?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Ha dubitato di avere una vita lunga davanti a sé e di portare a termine i suoi obiettivi?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Ha avuto problemi nell'addormentarsi e nel mantenere il sonno?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Si è sentito irritabile o ha avuto scoppi d'ira?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Ha avuto difficoltà a concentrarsi?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Si è sentito irascibile, turbato o di dover stare in guardia?.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Si è sentito nervoso o si è spaventato con facilità?.....	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4