

ACE STUDY

Mentre eri in fase di crescita, **nei primi 18 anni della tua vita:**

1. Un genitore o un altro adulto presente in casa **spesso o molto spesso:**

- ti urlava contro, ti insultava, ti criticava o ti umiliava ?

Oppure

- si comportava in modo da farti venire paura di essere ferito fisicamente ?

SI NO Se sì, segna 1

2. Un genitore o un altro adulto presente in casa **spesso o molto spesso:**

- ti spingeva, ti afferrava con forza, ti schiaffeggiava, o ti tirava oggetti ?

Oppure

- ti ha colpito così forte da lasciarti segni sul corpo o da ferirti ?

SI NO Se sì, segna 1

3. Un adulto o una persona di almeno 5 anni più grande di te:

- ti ha toccato o accarezzato sessualmente o si è fatto toccare il corpo in modo sessuale ?

Oppure

- ha cercato di avere, oppure ha ottenuto, rapporti sessuali orali, anali, vaginali ?

SI NO Se sì, segna 1

4. **Spesso o molto spesso** hai sentito che:

- nella tua famiglia nessuno ti amava o nessuno pensava che eri importante o speciale ?

Oppure

- nella tua famiglia non ci si cercava, non si era vicini l'un l'altro e non ci si aiutava reciprocamente ?

SI NO Se sì, segna 1

5. **Spesso o molto spesso** hai sentito che:

- non avevi abbastanza da mangiare, dovevi indossare vestiti sporchi, e non avevi nessuno che ti proteggeva ?

Oppure

- i tuoi genitori erano troppo ubriachi o drogati per avere cura di te o per portarti dal dottore se c'era bisogno ?

SI NO Se sì, segna 1

6. I tuoi genitori si sono separati o hanno divorziato ?

SI NO Se sì, segna 1 ____

7. Tua madre o la tua matrigna:

- **spesso o molto spesso** veniva spinta, afferrata con forza, schiaffeggiata o le venivano lanciati oggetti addosso ?

Oppure

- **a volte, spesso o molto spesso** veniva presa a calci, morsa, colpita con pugni o con oggetti contundenti ?

Oppure

- **almeno una volta** è stata colpita per almeno alcuni minuti di fila o è stata minacciata con una pistola o un coltello ?

SI NO Se sì, segna 1

8. Hai abitato con qualcuno che aveva problemi con l'alcool, era alcoolista o usava droghe ?

SI **NO** **Se sì, segna 1**

9. Un membro convivente della famiglia era depresso o aveva malattie mentali o ha tentato il suicidio ?

SI **NO** **Se sì, segna 1**

10. Un membro convivente della famiglia è stato in carcere ?

SI **NO** **Se sì, segna 1**

Questi dati sono protetti dal segreto professionale.

Questi dati rimarranno anonimi e saranno utilizzati esclusivamente ai fini di ricerca.

Ti ringraziamo