

"In che misura hai avuto nell'ultima settimana i seguenti disagi e/o disturbi?" :

Esempi di valutazione dell'intensità dei disagi e/o dei disturbi

Per niente: il disagio non è mai stato presente nel corso della passata settimana

Un poco: il disagio è stato presente occasionalmente nel corso della passata settimana e/o era di modesta intensità (per es. 1 o 2 episodi non persistenti con modesta intensità)

Moderatamente: il disagio è stato presente con discreta frequenza ma non costantemente e/o era di lieve o moderata entità (per es. 4 o 5 episodi non gravi, oppure un episodio abbastanza disturbante).

Molto: il disagio è stato presente pressoché regolarmente nel corso della passata settimana e/o era di intensità medio - grave (per es. sintomi quotidiani abbastanza fastidiosi oppure 2 - 3 episodi piuttosto intensi, disturbanti e limitanti)

Moltissimo: il disturbo è stato praticamente sempre presente nel corso della passata settimana e/o era di notevole intensità (per es. episodi persistenti con notevole disturbo e limitazione delle proprie attività).

	per niente	un poco	moderatamente	molto	moltissimo
1. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervoso o agitazione interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Incapacità a scacciare pensieri parole, o idee indesiderate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sensazione di svenimento o di vertigine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tendenza a criticare gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Difficoltà a ricordare le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

10. Preoccupazioni per la tua trascuratezza o negligenza

11. Sentirti facilmente infastidito o irritato

12. Dolori al cuore, al petto

13. Paura degli spazi aperti o delle strade o piazze

14. Sentirti debole o fiacco

15. Idee di togliersi la vita

16. Sentire voci che le altre persone non odono

17. Tremori

18. Mancanza di fiducia negli altri

19. Scarso appetito

20. Facili crisi di pianto

21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso

22. Sensazione di essere preso in trappola

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

23. Paure improvvise senza ragione

24. Scatti d'ira incontrollabili

25. Paura di uscire da solo/a

26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa

27. Dolori di schiena (senza aver fatto attività fisica che li giustifichino)

28. Senso di incapacità a portare a termine le cose

29. Sentirsi solo/a

30. Sentirsi giù di morale

31. Preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa

32. Mancanza di interesse

33. Senso di paura

34. Sentirsi facilmente ferito/a o offeso/a

35. Convinzione che altri percepiscano i tuoi pensieri

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

36. Sensazione di non trovare comprensione o simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sensazione che altri non ti siano amici o che ti abbiano in antipatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro/a di farle bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Senso di nausea o mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Sentimenti di inferiorità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Dolori muscolari senza aver fatto attività fisiche che li giustificano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sensazione che gli altri ti guardino o parlino male di te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Difficoltà ad addormentarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Difficoltà a prendere decisioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Paura di viaggiare in autobus, in auto, in treno, in metropolitana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentirsi senza fiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

49. Vampate di calore oppure brividi di freddo non giustificati dal clima

50. Necessità di evitare certe azioni, o oggetti o luoghi perché ti spaventavano o ti turbavano

51. Senso di vuoto mentale

52. Intorpidimento o formicolio in alcune parti del corpo

53. Nodo alla gola

54. Guardare al futuro senza speranza

55. Difficoltà a concentrarti

56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo

57. Sentirti teso, come sulle spine, in allarme

58. senso di pesantezza alle braccia o alle gambe

59. Idee di morte

60. mangiare troppo, più del normale

	per niente	un poco	moderatamente	molto	moltissimo
61. senso di fastidio o turbamento quando la gente ti guarda o parla di te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Avere dei pensieri che non sono i tuoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Sentire l'impulso di colpire, ferire o fare del male a qualcuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Svegliarti al mattino presto senza riuscire a riaddormentarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Aver bisogno di ripetere molte volte la stessa azione o gesto come toccare qualcosa, lavarsi, contare, controllare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Sonno inquieto o disturbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Sentire l'impulso di rompere degli oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Avere idee o convinzioni che altri non condividono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Sentirti molto imbarazzato/a in presenza di altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Sentirti a disagio tra la folla, o nei negozi, al cinema, nel traffico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sensazione che tutto richieda uno sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Momenti di terrore o di panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Sentirti a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

74. Ingaggiare frequenti discussioni

75. Sentirti a disagio quando sei solo/a

76. Convinzione che gli altri non apprezzino ciò fai

77. Sentirti solo e triste anche in compagnia

78. Senso di irrequietezza, tanto da non poter stare seduto/a

79. Sentimenti di inutilità

80. Sensazione che le cose più comuni e familiari, siano estranee o irreali

81. Urlare o scagliare oggetti

82. Avere paura di svenire davanti ad altri

83. Impressioni che altri possano approfittare di te o di quello che fai

84. Pensieri sul sesso che ti turbano

85. Idea di dover scontare dei peccati

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

86. Sentirti costretto a portare a termine ciò che ha iniziato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Pensiero di avere una grave malattia fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Non sentirti mai vicino/a alle altre persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Sentirti in colpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Idea che qualcosa non vada bene nella tua mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come hai avuto la notizia di questo corso? (scrivi il nome e la data del corso)

dalla televisione;
dalla radio;
da un giornale;
da una persona e se si da chi;
da internet;
da un e.mail;

Grazie per la tua attenzione e collaborazione, ora ti chiedo gentilmente di compilare e firmare:

Nome e Cognome
Indirizzo
Telefono e.mail
Codice Fiscale(n° Carta di Identità per gli stranieri).....
Firma

Con riferimento al D. Lgs 196/2003, ti informiamo che i tuoi dati personali saranno da noi trattati manualmente e con mezzi informatici per finalità di: a) attività inerenti alla gestione del corso; b) mailing per l' invio di materiale informativo e di sensibilizzazione.

Responsabile del trattamento dei dati personali è il Sig. Antonio Valmaggia

Autorizzo l'uso dei miei dati per i fini elencati nell'informativa.

Li, Firma.....

EUROPEAN
REBIRTHING
SCHOOL

Accademia del Respiro

via A.Volta, 11 - 21026 Gavirate (Varese) Italy
Tel. +39 0332 743772 - Fax +39 0332 1804802
info@rebirthing-online.com - www.rebirthing-online.it