

"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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Sentirti facilmente infastidito o irritato

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Dolori al cuore, al petto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. Paura degli spazi aperti o delle strade o piazze

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Sentirti debole o fiacco

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Idee di togliersi la vita

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. Sentire voci che le altre persone non odono

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. Tremori

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18. Mancanza di fiducia negli altri

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. Scarso appetito

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. Facili crisi di pianto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. Sensazione di essere preso in trappola

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

per niente un poco moderatamente molto moltissimo

23. Paure improvvise senza ragione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Scatti d'ira incontrollabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Paura di uscire da solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dolori di schiena (senza aver fatto attività fisica che li giustifichino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Senso di incapacità a portare a termine le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sentirsi solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentirsi giù di morale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Mancanza di interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Senso di paura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sentirsi facilmente ferito/a o offeso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Convinzione che altri percepiscano i tuoi pensieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 del Corso "Per una vita più ricca" del 11 settembre 2011?

dalla televisione;
dalla radio;
da un giornale;
da una persona;
da internet;
da un volantino;
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
Firma

Con riferimento al D. Lgs 196/2003, La informiamo che i Suoi 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