

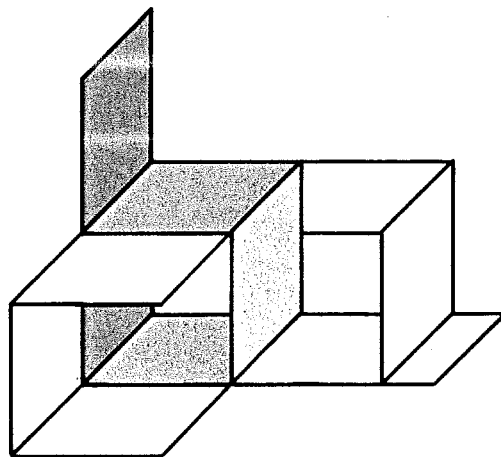
G. BERLOTTI
P. MICHELIN
E. SANAVIO
G. SIMONETTI
G. VIDOTTO
A.M. ZOTTI

CBA

Cognitive Behavioural Assessment

Batteria CBA 2.0 - Scale Primarie

QUESTIONARIO
IV edizione



OS
ORGANIZZAZIONI SPECIALI

I^a edizione

© 1985, O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze

II^a edizione

© 1986, O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze

III^a edizione

© 1987, O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze

IV^a edizione

© 1987, O.S. Organizzazioni Speciali - Firenze

ISTRUZIONI

In questo fascicolo troverà una serie di domande che la guideranno a descrivere la sua storia personale, le sue abitudini, le sue opinioni e le sue emozioni. Considerando l'importanza di questa valutazione psicologica, la preghiamo di rispondere a TUTTE le domande con attenzione e sincerità.

Legga le istruzioni che precedono ogni parte di questo fascicolo. Quindi legga una domanda alla volta con attenzione e risponda nel modo che le pare più opportuno, senza tuttavia stare troppo a pensarci. È importante rispondere a tutte le domande. Alcune la metteranno in difficoltà e le sarà difficile scegliere una risposta; anche in questo caso non si fermi troppo a pensare, scelga la risposta più vicina alla sua situazione. In seguito Lei avrà la possibilità di riferire a voce tutti i chiarimenti che riterrà opportuni.

Le sue risposte sono assolutamente riservate e verranno conosciute solo da uno psicologo qualificato, il quale è vincolato dal segreto professionale. Né i suoi familiari, né il suo medico curante ne saranno informati, a meno che Lei ne faccia specifica richiesta.

Risponda alle domande nell'ordine proposto senza saltarne nessuna; alla fine di ogni pagina controlli di aver risposto a tutte le domande prima di voltare foglio. Se ci sono degli aspetti che non le sono chiari, chieda tutte le spiegazioni necessarie. Se si sente stanco, può interrompere per una breve pausa.

La preghiamo di scrivere in stampatello, con chiarezza.

Legga attentamente OGNI domanda e INDICHI la risposta più appropriata

1.1 Data: giorno mese anno 19

1.2 Ora d'inizio: ora min.

1.3 Cognome

1.4 Nome

1.5 Sesso ¹ Maschio ² Femmina

1.6 Nato a

1.7 Data di nascita: giorno mese anno 19

1.8 Abitante a

1.9 C.A.P.

1.10 Provincia di

1.11 In via

1.12 Numero civico

1.13 Telefono

1.14 **Indichi il titolo di studio più elevato conseguito, ponendo una crocetta sulla voce più adatta:**

- nessuno
- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore
- diploma di scuola media superiore (indichi quale
- diploma universitario in
- laurea in

1.15 **Aggiunga eventuali corsi di formazione professionale, specifichi quali**

1.16 **Indichi il suo peso: kg**

1.17 **Indichi la sua altezza: cm**

1.18 **Indichi se Lei è:**

- occupato
- disoccupato alla ricerca di una nuova occupazione
- in cerca di prima occupazione
- casalinga
- studente
- ritirato dal lavoro
- in servizio di leva
- in altra condizione (specifichi quale

1.19 **Specifichi la professione, l'arte o il mestiere che esercita**

.....

1.20 **Indichi qual è, al momento ATTUALE, il suo stato civile, ponendo una crocetta sulla voce più adatta:**

- celibe / nubile
- coniugato dall'anno 19
- vedovo dall'anno 19
- separato legalmente dal 19
- divorziato dall'anno 19

1.21 **Cittadinanza**

- Italiana
- Straniera (per favore specifichi

1.22 **Abita da solo**

- Sì (*allora passi alla domanda 1.24*)
- Sì, per una parte della settimana
- No

1.23 **Elenchi le persone con cui vive, (indichi l'eventuale rapporto di parentela, l'età, la professione e lo stato civile):**

	nome	parentela	età	professione	stato civile
1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)

1.24 **Indichi i motivi per i quali sta rispondendo al questionario: (può indicare una o più risposte)**

- perché ritengo di avere dei problemi psicologici che vorrei affrontare
- per una richiesta del mio medico curante
- per una richiesta della azienda, società ecc. da cui dipendo
- per richiesta dell'associazione culturale, della federazione sportiva, ecc. a cui sono iscritto
- per una richiesta dei miei insegnanti
- per collaborare ad una ricerca a cui mi è stato chiesto di partecipare
- per le insistenze di qualcuno dei miei familiari
- perché voglio conoscere meglio alcune mie caratteristiche psicologiche
- perché la prevenzione non è solo medica
- non so bene perché debba rispondere a questo questionario

Istruzioni:

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni la risposta che indica come lei si sente ADESSO, cioè in questo preciso momento, mentre sta iniziando a compilare questo test.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda a TUTTE le domande

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e scelga la sua risposta tra le seguenti:

¹ = PER NULLA; ² = UN POCO; ³ = ABBASTANZA; ⁴ = MOLTISSIMO

	PER NULLA	UN POCO	ABBASTANZA	MOLTISSIMO
2.1 Mi sento calmo	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.2 Mi sento sicuro	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.3 Sono teso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.4 Ho dei rimpianti	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.5 Mi sento tranquillo	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.6 Mi sento turbato	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.7 Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.8 Mi sento riposato	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.9 Mi sento ansioso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.10 Mi sento a mio agio	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.11 Mi sento sicuro di me	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.12 Mi sento nervoso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.13 Sono agitato	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.14 Mi sento molto teso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.15 Sono rilassato	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.16 Mi sento contento	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.17 Sono preoccupato	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.18 Mi sento sovraeccitato e scosso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.19 Mi sento allegro	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2.20 Mi sento bene	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Istruzioni:

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la risposta come Lei si sente ABITUALMENTE. Risponda pensando a come Lei è di solito, non al momento attuale. Risponda a TUTTE le domande scegliendo la risposta tra le seguenti:

¹ = QUASI MAI; ² = QUALCHE VOLTA; ³ = SPESSO; ⁴ = QUASI SEMPRE

QUASI MAI
QUALCHE VOLTA
SPESSO
QUASI SEMPRE

- | | | | | | |
|------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 3.1 | Mi sento bene | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.2 | Mi stanco facilmente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.3 | Mi sento come se dovessi piangere | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.4 | Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.5 | Spesso perdo delle occasioni perché non riesco a decidermi abbastanza in fretta ... | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.6 | Mi sento riposato | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.7 | Io sono calmo, tranquillo e padrone di me | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.8 | Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.9 | Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.10 | Sono felice | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.11 | Tendo a considerare «difficili» le cose | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.12 | Manco di fiducia in me stesso | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.13 | Mi sento sicuro | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.14 | Cerco di evitare di affrontare crisi o difficoltà | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.15 | Mi sento stanco e depresso | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.16 | Sono contento | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.17 | Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.18 | Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.19 | Sono una persona costante | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 3.20 | Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |

Istruzioni:

Potrà trovare domande alle quali è imbarazzante dare una risposta.

La preghiamo di rispondere lo stesso con sincerità.

Le sue risposte sono protette dal SEGRETO PROFESSIONALE.

4.1 Ha trascorso tutta l'infanzia e l'adolescenza con entrambi i genitori?

- sì
- no, ho trascorso parte di questo periodo senza uno dei genitori
- no, ho trascorso tutta l'infanzia e l'adolescenza senza uno o entrambi i genitori

(Solo per chi ha trascorso l'infanzia e l'adolescenza con i suoi genitori)

Spieghi come erano i rapporti tra i suoi genitori:

- molto buoni, c'era un clima affettuoso, caldo e sereno
- buoni, abbastanza sereni ed improntati all'affetto e alla comprensione
- discreti
- non buoni, c'erano poco affetto e frequenti contrasti
- pessimi, non c'era amore ma litigi e incomprensioni
- non so rispondere a questa domanda

(Solo per chi non ha trascorso l'infanzia e l'adolescenza con entrambi i genitori)

Spieghi perché non ha trascorso l'intera infanzia e l'adolescenza con entrambi i genitori:

- morte di uno dei genitori
- morte di entrambi i genitori
- separazione
- assenza per motivi di lavoro o per emigrazione
- sono stato adottato all'età di anni
- altri motivi

4.2 Durante l'infanzia o l'adolescenza ha passato uno o più anni: *(può dare una o più risposte)*

- in collegio
- in un istituto
- presso parenti o amici dei genitori
- in nessuna delle situazioni indicate

4.3 Altre persone, oltre ai genitori, hanno avuto un ruolo importante nella sua educazione?

- sì
- no

Se sì, indichi quali: *(può dare una o più risposte)*

- nonni
- zii
- fratelli
- altri parenti
- amici di famiglia
- insegnanti o educatori
- altri (indichi chi)

4.4 In generale come valuta l'educazione che ha ricevuto dai suoi genitori:

Da mia madre:

- buonissima
- buona
- discreta
- insufficiente

Da mio padre:

- buonissima
- buona
- discreta
- insufficiente

4.5 Indichi come sono in quest'ultimo periodo i rapporti tra lei e i suoi genitori o fratelli:

(può dare una o più risposte)

- buoni, c'è affetto, comprensione e abbastanza serenità
- discreti, su alcuni punti c'è poca comprensione e si litiga, potrebbe esserci più affetto
- cattivi, ci sono frequenti litigi e incomprensioni
- non ho praticamente più contatti con i genitori o i fratelli
- non ho genitori o fratelli viventi

4.6 Ha frequentato la scuola con un profitto:

- scarso
- sufficiente
- brillante

4.7 Indichi eventuali difficoltà che ha incontrato nella sua carriera scolastica:

(può dare una o più risposte)

- ho ripetuto una o più classi
- ho interrotto gli studi prima della conclusione prevista
- ho avuto un periodo di sospensione e di difficoltà negli studi
- la scelta del tipo di scuola mi è stata imposta
- non ho avuto nessuna difficoltà

Alcune domande che seguiranno possono risultare imbarazzanti.

La preghiamo di rispondere lo stesso con sincerità; piuttosto che dare risposte inesatte o reticenti lasci in bianco quelle domande a cui le riesce difficile dare una risposta.

Una maggiore conoscenza delle sue abitudini, dei problemi quotidiani, delle sue esperienze affettive e sessuali è assai utile per la comprensione della sua condizione psicologica.

METTA UNA CROCETTA SULLE RISPOSTE DA LEI SCELTE.

4.8 Lei è sposato, fidanzato o comunque ha una relazione affettiva importante e stabile?

- sì
- no

Se sì, valuti la qualità di questa relazione:

- molto buona, affettuosa, calda e serena
- buona, abbastanza serena e affettuosa, non ci sono liti importanti
- discreta, su alcune cose c'è incomprensione, potrebbe esserci più affetto
- affettuosa, ma con molti contrasti
- non buona, c'è poco affetto e frequenti contrasti
- pessima, non c'è amore ma solo litigi e incomprensioni

4.9 Indichi se ha altre relazioni sentimentali e/o sessuali (non considerando la relazione a cui si è fatto riferimento nella domanda precedente):

- sì, ho una relazione importante che dura da tempo
- sì, ho una relazione importante che dura da breve tempo
- sì, ma di nessuna importanza
- sì, occasionalmente ho qualche «avventura sentimentale»
- no

4.10 Fornisca informazioni circa la sua vita sessuale: (può dare una o più risposte)

- non ho mai avuto nessuna esperienza sessuale completa
- attualmente non ho nessuna attività sessuale
- la mia vita sessuale si limita alla masturbazione
- ho solo rapporti sessuali saltuari
- da almeno sei mesi non ho più rapporti sessuali
- ho rapporti sessuali con sufficiente regolarità
- ho rapporti sessuali con problemi e disturbi
- i rapporti sessuali non sono soddisfacenti come vorrei
- la mia vita sessuale è completamente soddisfacente

4.11 Nella sua attività sessuale ha problemi o disturbi? (può dare una o più risposte)

- i miei rapporti sessuali sono troppo brevi
- eiaculazione precoce
- impotenza
- vaginismo
- frigidity
- diminuzione del desiderio sessuale
- assenza di desiderio sessuale
- disinteresse per il partner
- trovo sgradevoli alcune richieste sessuali del mio partner
- il mio partner non mi soddisfa sessualmente
- non provo nessun piacere durante il rapporto sessuale
- il pensiero di rapporti sessuali mi dà fastidio
- provo forti dolori durante il rapporto sessuale
- nessun disturbo

4.12 Ha avuto vere e proprie esperienze sessuali con persone del suo stesso sesso?

- no, mai
- sì, è stato un fatto isolato
- sì, in modo continuativo

4.13 (Solo per le donne)

Fornisca informazioni relative al suo ciclo mensile: (può dare una o più risposte)

- è regolare
- è irregolare
- è doloroso
- è sospeso per amenorrea
- è cessato per menopausa

4.14 (Solo per le donne)

Ha mai avuto aborti? (può dare una o più risposte)

- no
- sì, spontaneo (anno)
- sì, provocato per motivi di salute (anno)
- sì, provocato per mia decisione (anno)
- sì, provocato per decisione di altri più che mia (anno)

4.15 **Indichi che tipo di lavoro svolge:** *(può dare una o più risposte)*

- svolgo un'attività lavorativa retribuita alle dipendenze
- svolgo un'attività lavorativa in conto proprio
- non svolgo alcun lavoro retribuito
- sono in cerca della prima occupazione
- ho iniziato da poco tempo un'attività lavorativa
- svolgo lavori saltuari
- svolgo solo lavori stagionali
- casalinga
- studente
- in servizio di leva
- sono disoccupato (indichi il lavoro precedente)
- ho sospeso il lavoro per motivi di salute (indichi il lavoro precedente)
- pensionato (indichi il lavoro precedente)

4.16 **(Solo per chi svolge un'attività lavorativa)**

Indichi se il suo lavoro attualmente presenta qualcuna delle seguenti caratteristiche:
(può dare una o più risposte)

- orario unico
- turni
- lavoro notturno o festivo
- viaggi e soggiorni fuori casa
- monotonia e ripetitività
- ritmi e orari particolarmente pesanti
- altre caratteristiche o motivi di disagio (specifichi quali)
- nessun particolare inconveniente

4.17 **(Solo per chi svolge un'attività lavorativa)**

Il suo lavoro attuale la soddisfa?

- per nulla
- un poco
- abbastanza
- molto
- moltissimo

4.18 **(Solo per chi svolge un'attività lavorativa)**

Descriva i suoi rapporti con le persone che lavorano con Lei:

(può dare una o più risposte)

- il mio lavoro non comporta di solito rapporti con altre persone
- non vado proprio d'accordo con alcune persone
- sul lavoro ho frequenti contrasti e discussioni
- sul lavoro i rapporti con gli altri sono spesso per me fonte di tensione
- sul lavoro cerco di mantenermi in disparte ed evito i rapporti con gli altri
- vado d'accordo con le persone con cui lavoro

4.19 **Fornisca alcune informazioni su eventuali problemi di tipo economico:**

(può dare una o più risposte)

- attualmente, ho gravi preoccupazioni e debiti
- attualmente, devo stare attento alle spese e limitarmi
- attualmente, sono abbastanza tranquillo da un punto di vista economico
- attualmente, ho buone disponibilità economiche

4.20. **Nel passato:** *(può dare una o più risposte)*

- ho avuto difficoltà economiche perché ero rimasto senza lavoro
- ho cambiato spesso lavoro
- ho avuto gravi dissesti economici (indichi quando e per quale motivo)
.....)
- ho attraversato difficili momenti economici (indichi quando e per quale motivo)
.....)
- non ho mai avuto gravi difficoltà economiche

4.21 **Negli ultimi 12 mesi ci sono stati cambiamenti rilevanti:** *(può dare una o più risposte)*

- nelle mie abitudini di vita
- nella mia famiglia
- nella mia salute
- nelle mie condizioni economiche
- nel mio lavoro
- ho cambiato casa
- ho cambiato città
- ho cambiato lavoro
- ho contratto grossi debiti
- ho perso il lavoro
- ho perso una persona molto cara
- no, non ci sono stati cambiamenti rilevanti

4.22 **Ha avuto o ha guai con la giustizia:** *(può dare una o più risposte)*

- no, di nessun tipo
- sì, di tipo civile (indichi quando e per quale motivo)
- sì, di tipo penale (indichi quando e per quale motivo)
- sì, sono stato detenuto (indichi quando e per quale motivo)

4.23 **Ha l'abitudine di fumare?**

- sì, molto poco
- sì, abbastanza
- sì, molto
- sì, moltissimo
- no, ho smesso da poco tempo (meno di tre mesi)
- no, ma in passato fumavo
- no, non fumavo nemmeno in passato

4.24 *(Solo per chi fuma)*

Ha intenzione di smettere di fumare?

- no
- sì mi piacerebbe smettere
- sì, dovrei smettere completamente, ma non ci riesco
- sì, ma ho tentato più volte senza successo

4.25 **Ha l'abitudine di bere vino o alcolici?**

- no, sono astemio o bevo solo in occasioni particolari
- ora no, ma in passato bevevo
- sì, ma in genere bevo solo ai pasti
- sì, bevo d'abitudine anche fuori pasto, ma con moderazione
- sì, ogni tanto bevo troppo ma senza arrivare ad ubriacarmi
- sì, ogni tanto bevo troppo e mi succede di ubriacarmi
- sì, mi capita spesso di bere eccessivamente e di ubriacarmi

4.26 Ha un appetito normale?

- sì
- no

4.27 Fornisca qualche informazione sulle sue abitudini alimentari: *(può dare una o più risposte)*

- mangio spesso fuori pasto
- mangio in fretta e finisco sempre prima degli altri
- nella giornata lavorativa riservo solo una breve interruzione per il pasto
- mi sono più volte proposto di mangiare meno per ridurre il mio peso
- mangio in continuazione quando sono stanco o nervoso
- mangio pochissimo quando sono stanco o nervoso perché mi si chiude lo stomaco
- abitualmente faccio colazione ed i pasti principali
- mangio troppo, ho sempre molto appetito
- mangio poco, non ho mai appetito
- ho tentato di seguire o rispettare una dieta senza riuscirci

4.28 Fornisca qualche notizia sul suo sonno: *(può dare una o più risposte)*

- abitualmente dormo meno di sei ore per notte
- pur dormendo più di sei ore per notte, alla mattina non mi risveglio riposato
- abitualmente dormo bene e mi sveglio riposato
- abitualmente faccio un sonnellino pomeridiano

Per favore risponda ad ogni domanda

4.29 Fornisca qualche informazione su eventuali problemi di sonno che incontra in questo periodo:
(sceglia una risposta per ogni domanda e la indichi con una crocetta)

Impiego più di 30 minuti per prendere sonno

- mai
- talvolta
- spesso
- sempre

Mi risveglio una o più volte nel corso della notte e ho difficoltà a riaddormentarmi

- mai
- talvolta
- spesso
- sempre

Mi sveglio molto presto alla mattina e non riesco a riprendere sonno

- mai
- talvolta
- spesso
- sempre

Mi sveglio durante la notte con incubi, sogni o sensazioni sgradevoli

- mai
- talvolta
- spesso
- sempre

Ricorro ai sonniferi per dormire

- mai
- talvolta
- spesso
- sempre

4.30 **Ha dei tic in questo periodo?**

- mai
- talvolta (indichi in quale parte del corpo)
- spesso (indichi in quale parte del corpo)
- sempre (indichi in quale parte del corpo)

Questi tic, aumentano in determinate situazioni?

- non ho dei tic
- no, non mi pare
- sì (indichi quando o in quali situazioni)

4.31 **Attualmente ha episodi di perdita involontaria di urina o di feci durante il giorno o durante il sonno?**

Durante il giorno

- mai
- in rarissime occasioni
- qualche volta
- spesso
- attualmente nessuno, ma in passato ho avuto questi problemi

Durante il sonno

- mai
- in rarissime occasioni
- qualche volta
- spesso
- attualmente nessuno, ma in passato ho avuto questi problemi

4.32 **Nella sua vita ha avuto una o più esperienze che Lei giudica particolarmente negative o traumatiche?**

- sì
- no

Se sì, indichi in che anno e che tipo di esperienza:

- 19
- 19
- 19

4.33 **Ha frequentemente dei pensieri sgradevoli e non le riesce di sbarazzarsene?**

- sì
- no

4.34 **Si considera una persona tesa e nervosa?**

- sì
- no

4.35 **La mattina è sempre fiacco e senza forze?**

- sì
- no

4.36 **Indichi le malattie fisiche di cui soffre attualmente ed elenchi le medicine che sta prendendo per queste malattie:**

MALATTIE	MEDICINE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.37 Ha problemi di dolore fisico che la limitano nella sua vita quotidiana?

- sì, soffro di più forme di dolori
- sì, soffro di una forma specifica di dolore
- no (*in tal caso passi alla domanda 4.41*)

4.38 Indichi quali delle seguenti parti del suo corpo sono interessate da questo dolore:

(Se soffre di più forme di dolore fisico, faccia riferimento a quello che giudica più forte e fastidioso)

- capo
- collo
- spalle
- braccia - avambraccia
- mani
- petto
- schiena
- addome
- glutei
- inguine
- regione genitale
- regione anale
- gambe
- piedi
- altro
- i miei dolori interessano quasi tutte le parti del corpo

4.39 Che intensità ha di solito questo dolore:

- lieve
- moderata
- media
- forte
- fortissima
- insopportabile

4.40 Con quale frequenza si manifesta questo dolore in questo periodo?

- quasi mai
- solo in certi periodi
- spesso
- quasi sempre
- sempre

4.41 Ha difficoltà ad addormentarsi senza pastiglie?

- sì
- no

4.42 Ha frequenti sbalzi di umore?

- sì
- no

4.43 Fa uso di droghe leggere, come marijuana e hashish?

- no, mai
- attualmente no, ma in passato ne ho fatto uso frequentemente
- sì, le ho provate qualche volta
- sì, occasionalmente
- sì, abbastanza spesso
- sì, abitualmente

4.44 **Fa uso di droghe pesanti, come anfetamine, eroina, cocaina?**

- no, mai
- attualmente no, ma in passato ne ho fatto uso frequentemente
- sì, le ho provate qualche volta
- sì, occasionalmente
- sì, abbastanza spesso
- sì, abitualmente

4.45 *(Solo per chi fa uso di droghe, anche se occasionalmente, diversamente passi alla domanda 4.46)*

Ha intenzione di smettere questo uso?

- no, perché non lo considero pericoloso
- no, anche se nel mio caso dovrei smettere
- sì, mi piacerebbe smettere
- sì, dovrei smettere completamente ma non ci riesco
- sì, ma ho già tentato più volte senza successo

4.46 **Ha mai tentato il suicidio?**

- no, mai
- no, ma ci ho pensato più volte
- no, ma vi sono stato molto vicino
- sì, una sola volta (specifichi quando ed in che circostanza
.....)
- sì, più volte (specifichi quando ed in che circostanza
.....)

4.47 **Pratica qualche sport o della ginnastica?**

- il mio impegno è a livello professionistico
- il mio impegno è a livello dilettantistico
- il mio impegno è a livello amatoriale
- pratico dello sport con regolarità
- pratico dello sport ma solo in modo saltuario
- no, non pratico né sport né ginnastica

4.48 **Elenchi i suoi passatempi preferiti, in ordine di preferenza:**

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°

Se Lei si è rivolto a noi per problemi psicologici, le sue risposte ci permetteranno di valutare le caratteristiche e la gravità dei suoi problemi. La conoscenza della sua condizione psicologica ci permetterà di proporre le modalità di aiuto psicologico più adeguate.

Se Lei è stato inviato dal medico curante perché soffre di una malattia fisica, le sue risposte ci permetteranno di comprendere l'influenza che i fattori psicologici hanno sullo sviluppo e sull'andamento della sua malattia. Considerando l'importanza di questa valutazione psicologica, la preghiamo di rispondere alle domande con attenzione e sincerità.

4.49 Valuti la gravità dei suoi ATTUALI problemi psicologici: (metta una crocetta sulla casella più adatta):

- non ho problemi psicologici (allora passi alla domanda 4.53)
- ho problemi lievi
- ho problemi moderati
- ho problemi gravi
- ho problemi gravissimi

4.50 Descriva brevemente con parole sue i problemi che attualmente la disturbano:

.....
.....
.....
.....

4.51 Precisi l'inizio di questi problemi e il loro successivo sviluppo:

.....
.....
.....
.....

4.52 Elenchi i maggiori inconvenienti in ordine di importanza che questi problemi determinano nella sua vita quotidiana:

1°
2°
3°
4°
5°

4.53 Ha fatto in passato visite psicologiche e/o psichiatriche?

- sì
- no, non ne ho mai fatte

Se sì indichi in che anno e per quali motivi:

19

19

19

4.54 **Ha intrapreso in passato trattamenti psicologici e/o psicoterapie?**

- sì (*fornisca informazioni sul tipo di trattamento e indichi quando sono stati effettuati*)
-
-)
- no, non ne ho mai intrapreso alcuno

4.55 **Ha avuto ricoveri per problemi nervosi o mentali?**

- sì (*specifichi l'anno, l'ospedale, il reparto*)
-
- no, non ne ho mai avuti

4.56 **Prende in questo periodo tranquillanti o psicofarmaci?**

- sì, li prendo saltuariamente
- sì, li prendo con regolarità, praticamente ogni giorno
- attualmente non li uso e neanche ne ho mai fatto uso in passato
- no, in questo periodo non prendo nulla del genere

Se sì, elenchi i farmaci che prende:

.....

4.57 **Come ha deciso di sottoporsi a questo esame psicologico:**

- ho deciso da solo senza consultare nessuno
- ho deciso da solo contro il parere degli altri
- ho deciso da solo incoraggiato dai consigli di altri
- ho ascoltato il parere di altri più che una mia convinzione (*specifichi chi*
- non si tratta di una mia richiesta, ma di una richiesta di altri

4.58 **Se risultasse indicato per il suo caso un intervento di tipo psicologico, sarebbe interessato ad intraprenderlo?**

Per cortesia si soffermi un istante prima di rispondere a questa domanda

- sì, anche se fosse lungo e impegnativo
- sì, ma solo se fosse breve e poco impegnativo
- credo di sì, ma dovrei consultarmi prima con persone di fiducia
- credo di no, ma dovrei pensarci su
- no

4.59 **Valuti se può aggiungere altre informazioni utili secondo LEI alla comprensione della sua attuale situazione psicologica:**

Per cortesia, si soffermi un istante a riflettere prima di rispondere a questa domanda

- Sì, può essere importante quanto segue
-
-
-
-
-
- No, non trovo nient'altro da aggiungere

Istruzioni:

Le domande seguenti si riferiscono ad abitudini, comportamenti, tratti del carattere che una persona può avere.

Non vi sono risposte giuste o sbagliate: quello che importa è che risponda a TUTTE le domande pensando effettivamente al suo usuale modo di essere e di comportarsi.

La preghiamo di leggere attentamente una domanda alla volta e di scegliere la sua risposta tra le seguenti: SI NO

- 5.1 Ho frequenti sbalzi di umore? SI NO
- 5.2 Dò molta importanza all'opinione della gente? SI NO
- 5.3 Sono una persona che parla volentieri? SI NO
- 5.4 Se dico che farò una cosa, mantengo poi sempre la mia promessa, per quanto pesante ciò possa risultare? SI NO
- 5.5 Mi capita mai di sentirmi depresso senza alcuna ragione? SI NO
- 5.6 Mi preoccuperebbe il fatto di avere un debito? SI NO
- 5.7 Sono piuttosto allegro di carattere? SI NO
- 5.8 Mi sono mai mostrato avido, prendendomi più di quanto mi spettasse? SI NO
- 5.9 Mi irrito facilmente? SI NO
- 5.10 Prenderei una droga, pur sapendo che può avere effetti strani o dannosi? SI NO
- 5.11 Mi piace incontrare gente nuova? SI NO
- 5.12 Ho mai rimproverato qualcuno per una colpa che in realtà era mia? SI NO
- 5.13 Basta poco per ferire la mia sensibilità? SI NO
- 5.14 Preferisco fare di testa mia piuttosto che seguire le regole? SI NO
- 5.15 In una festa animata, riesco in genere a lasciarmi andare, sentirmi a mio agio e divertirmi? SI NO
- 5.16 Le mie abitudini sono tutte buone e accettabili? SI NO
- 5.17 Ho spesso la sensazione di «non poterne proprio più»? SI NO
- 5.18 Dò importanza alle buone maniere e alla pulizia? SI NO
- 5.19 In generale, sono io a prendere l'iniziativa quando si tratta di fare amicizia con qualcuno? SI NO
- 5.20 Ho mai preso qualcosa, sia pure uno spillo, che apparteneva a un altro? SI NO
- 5.21 Mi considero una persona nervosa? SI NO

- 5.22 Penso che il matrimonio sia un'usanza antiquata e che vada eliminato? SI NO
- 5.23 Sarei facilmente capace di animare una festa noiosa? SI NO
- 5.24 Ho mai perduto o danneggiato qualcosa che apparteneva a un altro? SI NO
- 5.25 Mi preoccupo facilmente? SI NO
- 5.26 Mi piace collaborare con gli altri? SI NO
- 5.27 Quando sto con la gente, tendo a starmene in disparte? SI NO
- 5.28 Mi preoccupo se so di aver fatto errori nel mio lavoro? SI NO
- 5.29 Ho mai detto qualcosa di cattivo o di spiacevole a proposito di altri? SI NO
- 5.30 Mi considero una persona tesa e nervosa? SI NO
- 5.31 Penso che la gente passi troppo tempo a preoccuparsi per il futuro, facendo risparmi e assicurazioni? SI NO
- 5.32 Mi piace stare in mezzo alla gente? SI NO
- 5.33 Da bambino mi succedeva di essere sfacciato con i miei genitori? SI NO
- 5.34 Mi preoccupo per troppo tempo, dopo un'esperienza imbarazzante? SI NO
- 5.35 Cerco di non essere sgarbato con gli altri? SI NO
- 5.36 Mi piace avere tanto movimento e animazione intorno a me? SI NO
- 5.37 Ho mai imbrogliato per vincere in qualche gioco? SI NO
- 5.38 Soffro di «nervi»? SI NO
- 5.39 Vorrei che gli altri avessero timore di me? SI NO
- 5.40 Ho mai approfittato di qualcuno? SI NO
- 5.41 Me ne sto per lo più in silenzio quando mi trovo con la gente? SI NO
- 5.42 Mi sento spesso solo? SI NO
- 5.43 È meglio seguire le regole della società piuttosto che fare di testa propria? SI NO
- 5.44 La gente mi considera pieno di vitalità? SI NO
- 5.45 Metto sempre in pratica quello che dico? SI NO
- 5.46 Ho spesso dei sensi di colpa? SI NO
- 5.47 Mi capita di rimandare a domani ciò che dovrei fare oggi? SI NO
- 5.48 Sono capace di animare una festa? SI NO

Istruzioni:

*Qui di seguito troverà un elenco dei disturbi più comuni.
Indichi la frequenza di tali disturbi in questo periodo.
Scelga la sua risposta tra le seguenti:*

¹ = MAI O QUASI MAI; ² = QUALCHE VOLTA; ³ = SPESSO; ⁴ = QUASI SEMPRE

MAI O QUASI MAI
QUALCHE VOLTA
SPESSO
QUASI SEMPRE

- | | | | | | |
|------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 6.1 | Sento la necessità di andare frequentemente al bagno | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.2 | Soffro di tic nervosi | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.3 | Mi sento battere forte il cuore | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.4 | Mi capita di balbettare o mi si inceppano le parole | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.5 | Ho mal di testa | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.6 | Mi capita di sentire ronzii o rumore nelle orecchie | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.7 | Soffro di dolori alla regione del cuore o del petto | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.8 | Ho una sensazione di peso e di stretta allo stomaco | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.9 | Soffro di vampate di calore improvvise | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.10 | Soffro di bruciori o di acidità allo stomaco | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.11 | Sudo facilmente e senza motivo | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.12 | Mi sento gonfio | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.13 | Ho difficoltà a respirare | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.14 | Ho dolori addominali | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.15 | Ho la sensazione che il mio cuore perda dei battiti | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.16 | Soffro di nausea | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.17 | Sento un cerchio o un peso intorno alla testa | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.18 | Provo un senso di vuoto o di confusione alla testa | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.19 | Devo urinare frequentemente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.20 | Ho crisi di vertigini | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.21 | Vomito facilmente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.22 | Mi capita di arrossire facilmente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 6.23 | In alcune parti del corpo ho sensazioni di formicolio o me le sento come addormentate | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |

		MAI O QUASI MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	QUASI SEMPRE
6.24	Ho un senso di sbandamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.25	Ho un senso di vuoto allo stomaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.26	Ho dei tremori	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.27	Soffro di contrazioni o scosse muscolari	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.28	Ho le mani sudate	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.29	Soffro di svenimenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.30	Mi sento un nodo in gola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Istruzioni:

Le voci di questo inventario si riferiscono a cose ed esperienze che possono provocare ansia o paura.

Legga una voce per volta e valuti l'intensità dell'ansia o della paura che quella situazione crea per lei.

Si basi su ciò che lei ricorda o su ciò che lei immagina e risponda a tutte le domande.

Scelga la sua risposta tra le seguenti:

⁰ = PER NULLA; ¹ = POCA; ² = ABBASTANZA; ³ = MOLTA; ⁴ = MOLTISSIMA

PER NULLA
POCA
ABBASTANZA
MOLTA
MOLTISSIMA

7.1	Ferite aperte	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.2	Stare soli	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.3	Persona morta	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.4	Parlare in pubblico	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.5	Essere presi in giro	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.6	Dentisti	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.7	Tuoni	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.8	Insuccessi	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.9	Entrare in una stanza dove altre persone sono già sedute	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.10	Guardare giù da luoghi alti	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.11	Vermi	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.12	Farsi fare iniezioni	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.13	Pipistrelli e uccelli notturni	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.14	Viaggiare in treno	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.15	Viaggiare in autobus	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.16	Viaggiare in automobile	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.17	Provare collera, arrabbiarsi	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.18	Persone con autorità	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.19	Insetti	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.20	Vedere altre persone che ricevono iniezioni	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.21	Folla, ressa	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7.22	Ampi spazi aperti, piazze	<input type="checkbox"/> ⁰	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

		PER NULLA	POCA	ABBASTANZA	MOLTA	MOLTISSIMA
7.23	Gatti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.24	Uccelli (non rapaci)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.25	Guardare l'acqua profonda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.26	Essere osservati mentre si lavora	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.27	Animali morti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.28	Armi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.29	Fuoco, incendi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.30	Persone malate	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.31	Cani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.32	Essere criticati o rimproverati	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.33	Servirsi dell'ascensore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.34	Vedere un'operazione chirurgica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.35	Sangue	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.36	Topi e ratti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.37	Luoghi chiusi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.38	Sentirsi respinti o rifiutati dagli altri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.39	Aeroplani, viaggi in aereo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.40	Serpenti (non pericolosi)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.41	Cimiteri	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.42	Buio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.43	Attacco di cuore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.44	Fulmini	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.45	Medici	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.46	Fare errori	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.47	Perdere il controllo di se stessi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.48	Fare una figura da stupido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.49	Svenire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		PER NULLA	POCA	ABBASTANZA	MOLTA	MOLTISSIMA
7.50	Ragni (non velenosi)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.51	Dover prendere decisioni	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.52	Coltelli ed oggetti affilati	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.53	Persone di sesso opposto al proprio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.54	Sostenere degli esami	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.55	Uscire di casa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.56	Cancro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.57	Divenire pazzo o malato di nervi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.58	Terremoto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Istruzioni:

Controlli se le seguenti affermazioni descrivono correttamente la sua ATTUALE condizione di vita.

Legga attentamente ogni frase e scelga una delle seguenti risposte: SI, NO

- 8.1 Ho difficoltà ad addormentarmi senza pastiglie SI NO
- 8.2 Penso più lentamente del solito SI NO
- 8.3 Mi è più difficile concentrarmi sul lavoro SI NO
- 8.4 Ho spesso voglia di piangere SI NO
- 8.5 Mi stanco molto facilmente SI NO
- 8.6 Ho un appetito normale SI NO
- 8.7 Il mio interesse per il sesso è diminuito SI NO
- 8.8 Mi sento di peso agli altri SI NO
- 8.9 La vita merita di essere vissuta SI NO
- 8.10 Mi lamento molto SI NO
- 8.11 Ho sempre la gola secca SI NO
- 8.12 Mi sento abbandonato dagli altri SI NO
- 8.13 Talvolta vorrei essere morto SI NO
- 8.14 L'interesse per le cose che mi piacevano è diminuito SI NO
- 8.15 Mi sento depresso per l'intero arco della giornata SI NO
- 8.16 Sono diventato più lento nel fare le cose SI NO
- 8.17 Penso che il futuro non mi riservi niente di buono SI NO
- 8.18 Mi sembra che il tempo non passi mai SI NO
- 8.19 Talvolta mi capita di sentirmi giù dalla mattina alla sera SI NO
- 8.20 Mi pare che i cibi abbiano tutti lo stesso sapore SI NO
- 8.21 Mi pesa prendere qualunque decisione SI NO
- 8.22 Vorrei avere il coraggio di togliermi la vita SI NO
- 8.23 Non curo il mio aspetto come prima SI NO
- 8.24 La mattina sono sempre fiacco e senza forze SI NO

Istruzioni:

Legga attentamente ognuna delle seguenti affermazioni e scelga la sua risposta tra le seguenti:

V = VERO; F = FALSO

- | | VERO | FALSO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 9.1 Evito di usare il telefono pubblico perché c'è possibilità di contaminazione | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.2 Ho frequentemente dei pensieri sgradevoli e non riesco a sbarazzarmene | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.3 Se tocco un animale mi sembra di essere contaminato | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.4 Devo controllare ripetutamente certe cose
(es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte, ecc.) | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.5 Quasi ogni giorno mi vengono in mente pensieri spiacevoli contro la mia volontà e
ne sono turbato | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.6 Solitamente ho seri dubbi circa semplici cose che faccio ogni giorno | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.7 Nel mio lavoro sono spesso in ritardo perché mi perdo a fare e rifare una stessa cosa
più volte del necessario | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.8 Impiego una quantità eccessiva di sapone per lavarmi | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.9 Devo sempre controllare e ricontrollare più volte una lettera prima di imbucarla | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.10 Non sono eccessivamente preoccupato per la pulizia | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.11 Uno dei miei maggiori problemi è quello di prestare moltissima attenzione ai particolari | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.12 Un mio grande problema è quello di controllare ripetutamente le cose | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.13 Non mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.14 Ho la tendenza a controllare le cose più di una volta | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.15 In ogni cosa che faccio seguo un ordine molto preciso | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.16 Mi sento le mani sporche dopo aver usato del denaro | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.17 Il mattino impiego parecchio tempo per lavarmi completamente | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.18 Ho un consumo eccessivo di detersivi e disinfettanti | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.19 Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.20 La sera, prima di andare a letto, devo appendere e piegare con cura i miei abiti | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.21 Anche se faccio una cosa molto attentamente, mi pare spesso di non averla fatta bene .. | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |

Istruzioni:

Legga ciascuna frase e poi contrassegni la risposta che indica come lei si sente ADESSO, cioè in questo momento, ora che ha completato i suoi test. Risponda a TUTTE le domande.

Scelga la risposta che le sembra meglio descrivere il suo stato d'animo ATTUALE.

Scelga tra le seguenti risposte:

¹ = PER NULLA; ² = UN POCO; ³ = ABBASTANZA; ⁴ = MOLTISSIMO

- | | PER NULLA | UN POCO | ABBASTANZA | MOLTISSIMO |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 10.1 Mi sento calmo | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.2 Sono teso | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.3 Mi sento tranquillo | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.4 Mi sento turbato | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.5 Mi sento riposato | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.6 Mi sento ansioso | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.7 Mi sento nervoso | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.8 Sono agitato | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.9 Sono preoccupato | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| 10.10 Mi sento bene | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ |

Controlli di aver risposto a tutte le domande

1.25 Ora in cui ha terminato ora min.

Grazie per la collaborazione

ATTRIBUZIONI:

- Scheda 1 - Dati Generali, CBA Team
- Scheda 2 - State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-1, di C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri
- Scheda 3 - State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-2, di C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri
- Scheda 4 - Anamnesi Psicologica, CBA Team
- Scheda 5 - Eysenck Personality Questionnaire, Forma Ridotta, di H.J. Eysenck e S.B.G. Eysenck; traduzione e adattamento a cura di CBA Team
- Scheda 6 - Questionario Psicofisiologico, Forma Ridotta, di P. Pancheri, G. Chiari e P. Michielin
- Scheda 7 - Inventario delle Paure, Forma Ridotta, di J. Wolpe e E. Sanavio
- Scheda 8 - Questionario D, di P. Michielin, G. Bertolotti, E. Sanavio, G. Simonetti, G. Vidotto e A.M. Zotti
- Scheda 9 - Mandsley Obsessive-Compulsive Questionnaire, di R.J. Hodgson e S.J. Rachman; traduzione, adattamento e riduzione di CBA Team
- Scheda 10 - State-Trait Anxiety Inventory, Forma X-1, di C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch e R.E. Lushene; traduzione e adattamento a cura di R. Lazzari e P. Pancheri; riduzione di CBA Team.