

Questionario per il Master in Rebirthing e in regressione alla vita prenatale e ancestrale

Scrivi il tuo nome e cognome

- Hai almeno un talento, una predisposizione naturale ed innata o anche semplicemente un hobby molto diverso dal contesto familiare e/o sociale nel quale sei nato e cresciuto? (per esempio: sei bravo a dipingere e nessuno nella tua famiglia ha mai dipinto, nemmeno i nonni o i bisnonni)

.....

- Qual era il gioco preferito della tua infanzia?

.....

- Qual' è la fobia più grande che hai? (esempio: paura dell'acqua, paura degli spazi chiusi...)

.....

Sei nato/a in ospedale, oppure a casa o altro

Sei stato/a desiderato da entrambi i tuoi genitori

Oppure sei stato desiderato solo da tuo padre

Oppure sei stato desiderato solo da tua madre

Tuo padre voleva un maschio o una femmina?

Tua madre voleva un maschio o una femmina

Come sei nato/a? (per esempio: parto normale, parto cesareo, parto prematuro, parto ritardato, parto con il forcipe, parto con la ventosa, parto gemellare, parto con il cordone intorno al collo, o con un'altra modalità)

.....

- In questo periodo stai assumendo dei farmaci? SI NO

Se si, gentilmente, scrivimi il nome di questo o di questi farmaci

- Hai avuto in passato un ricovero per patologie psichiatriche SI NO

- Uno dei tuoi genitori ha avuto in passato un ricovero psichiatrico SI NO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Fai esercizi di rilassamento tipo meditazione, yoga, training autogeno? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Riesci sempre a rilassarti anche se ti senti nervoso? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Adoperi una tecnica che ti aiuta ad addormentarti? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Ti capita di vivere in un mondo immaginario che ti allontana dalla realtà? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Riesci ad ascoltare qualcuno senza che ti sia chiaro il senso di quello che dice? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Hai una vivida fantasia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Hai una chiara immaginazione? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Le esperienze piacevoli e le fantasie ti danno sensazioni forti? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Quando guardi un film ti capita di vivere la storia molto intensamente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Le tue sensazioni sono totalmente spontanee ma svaniscono velocemente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. Quando devi aspettare perdi facilmente la tranquillità e la pazienza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. Quando leggi o ascolti l'esperienza di qualcun altro ti senti molto coinvolto/a | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. Ti fai intimidire facilmente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. Sei facilmente influenzabile nelle tue opinioni? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 15. Ti fai facilmente distrarre dagli altri nel tuo lavoro? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. Se devi prendere decisioni importanti, hai un comportamento di passività? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. Ti piace se gli altri si fidano di loro stessi? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 18. Hai bisogno di contatto fisico con gli altri? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 19. Rifiuti con fatica le richieste degli altri? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 20. Ci sono persone delle quali ti fidi ciecamente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 21. Riesci a ricordare un'esperienza così bene da riviverla emotivamente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 22. Ti sei accorto di una piccola ferita o un livido sul tuo corpo e lo hai notato solo più tardi? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |



- Quale colore tra questi "assomiglia" di più al tuo stato d'animo attuale?

Scrivi il numero corrispondente al colore che hai scelto

- Hai già fatto nella tua vita sedute individuali o di gruppo di Rebirthing? SI NO

- Hai già fatto seminari o corsi di Rebirthing? SI NO

E se si ne hai tratto giovamento? SI NO

Con quale operatore hai lavorato? -----

- Generalmente hai la tendenza a parlare nel sonno? SI NO

- Hai avuto spesso o hai tuttora fenomeni di sonnambulismo? SI NO

- Hai già letto libri sul Rebirthing, sull'Educazione o psicologia prenatale o sull'ipnosi? SI NO

Se si quali?

- Qual' è il tuo scopo, che cosa desideri ottenere da questo Master?

- Come hai avuto la notizia di questo Master?

dalla televisione

dalla radio

dai giornali

da internet

da una persona e se sì da chi?

da un volantino

da una e.mail

Istruzioni: nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. Leggi attentamente e cerca di ricordare **se ne hai sofferto nella scorsa settimana, oggi compreso e con quale intensità**. Rispondi a **tutte** le domande facendo una crocetta nella casella corrispondente all'intensità di ciascun disturbo. Se sbagli o cambi idea correggi in maniera chiara e comprensibile.

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
1. Mal di testa					
2. Nervosismo o agitazione interna					
3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate					
4. Sensazione di svenimento, di vertigini					
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale					
6. Tendenza a criticare gli altri					
7. Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri					
8. Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi					
9. Difficoltà a ricordare le cose					
10. Preoccupazioni per la tua negligenza o trascuratezza					
11. Sentirti facilmente infastidito o irritato					
12. Dolori al cuore o al petto					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
13. Paura degli spazi aperti o delle strade					
14. Sentirti debole o fiacco					
15. Idee di toglierti la vita					
16. Udire voci che altre persone non odono					
17. Tremori					
18. Mancanza di fiducia negli altri					
19. Scarso appetito					
20. Facili crisi di pianto					
21. Sentirti intimidito nei confronti dell'altro sesso					
22. Sensazione di essere preso in trappola					
23. Paure improvvise senza ragione					
24. Scatti d'ira incontrollabili					
25. Paura di uscire da solo					
26. Rimproverarti per qualsiasi cosa					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
27. Dolori alla schiena					
28. Senso di incapacità a portare a termine le cose					
29. Sentirti solo					
30. Sentirti giù di morale					
31. Preoccuparti eccessivamente per qualsiasi cosa					
32. Mancanza di interesse					
33. Senso di paura					
34. Sentirti facilmente ferito o offeso					
35. Convinzione che gli altri percepiscano i tuoi pensieri					
36. Sensazione di non trovare comprensione o simpatia					
37. Sensazione che gli altri non ti siano amici o ti abbiano in antipatia					
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene					
39. Palpitazioni o sentirti il cuore in gola					
40. Senso di nausea o mal di stomaco					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
41. Sentimenti di inferiorità					
42. Dolori muscolari					
43. Sensazione che gli altri ti guardino o parlino di te					
44. Difficoltà ad addormentarti					
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai					
46. Difficoltà a prendere decisioni					
47. Paura di viaggiare in autobus, nella metropolitana o in treno					
48. Sentirti senza fiato					
49. Vampate di calore o brividi di freddo					
50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché spaventano					
51. Senso di vuoto mentale					
52. Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo					
53. Nodo alla gola					
54. Guardare al futuro senza speranza					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
55. Difficoltà a concentrarti					
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo					
57. Sentirti teso o sulle spine					
58. Senso di pesantezza a braccia o gambe					
59. Idee di morte					
60. Mangiare troppo					
61. Senso di fastidio quando la gente ti guarda o parla di te					
62. Avere dei pensieri che non sono i tuoi					
63. Sentire l'impulso di colpire, ferire o fare male a qualcuno					
64. Svegliarsi presto al mattino senza riuscire a riaddormentarsi					
65. Aver bisogno di ripetere lo stesso atto, come toccare, contare, lavarsi le mani					
66. Sonno inquieto o disturbato					
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti					
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
69. Sentirsi penosamente imbarazzato in presenza di altri					
70. Sentirsi a disagio tra la folla, come nei negozi, al cinema, ecc...					
71. Sensazione che tutto richieda uno sforzo					
72. Momenti di terrore o di panico					
73. Sentirsi a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri					
74. Ingaggiare frequenti discussioni					
75. Sentirti a disagio quando è solo					
76. Convinzione che gli altri non apprezzino il tuo lavoro					
77. Sentirsi solo e triste anche in compagnia					
78. Senso di irrequietezza, tanto da non poter stare seduto					
79. Sentimenti di inutilità					
80. Sensazione che le cose più comuni e familiari siano estranee e irreali					
81. Urlare e scagliare oggetti					
82. Aver paura di svenire davanti agli altri					

IN CHE MISURA SOFFRI O HAI SOFFERTO NELL'ULTIMA SETTIMANA DI...	0 per niente	1 un poco	2 moderat amente	3 molto	4 moltissi mo
83. Impresione che gli altri possano approfittare di te o delle tue azioni					
84. Pensieri sul sesso che ti affliggono					
85. Idea di dover scontare i propri peccati					
86. Sentirsi costretto a portare a termine ciò che ha iniziato					
87. Pensiero di avere una grave malattia fisica					
88. Non sentirti mai vicino alle altre persone					
89. Sentirti in colpa					
90. Idea che qualcosa non vada bene nella tua mente					

**Per favore verifica di aver risposto a tutte le domande.
Cerca sempre la risposta che maggiormente esprime il tuo stato.**