

S. P. A. C.

SPAZIO ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA

MODULO DI PRENOTAZIONE

(da compilare e inviare all'indirizzo mail: sdda.counseling@abana.it)

NOME E COGNOME	
MATRICOLA	
CORSO E ANNUALITA'	
NUMERO DI CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
MOTIVO DELLA RICHIESTA	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lieve sintomatologia ansiosa che compromette la realizzazione di obiettivi o è disfunzionale allo svolgersi della vita quotidiana;<input type="checkbox"/> Lieve sintomatologia depressiva (i desideri, la speranza e l'immaginazione lasciano il posto alla sfiducia verso il futuro, alla mancanza di progettualità e alla rinuncia);<input type="checkbox"/> Presenza di pensieri ricorrenti e ossessivi con un contenuto e connotazioni emotive generalmente negative e un effetto ipnotico che invade lo spazio psichico sottraendo tempo ed energia;<input type="checkbox"/> Dipendenza relazionale e affettive, dipendenze da internet o altre dipendenze;<input type="checkbox"/> Elaborazione di traumi, separazioni e lutti;<input type="checkbox"/> Difficoltà nella gestione di problematiche relazionali familiari e sociali e/o stili di relazione conflittuale;<input type="checkbox"/> Episodi anche sporadici di: mobbing, stalking, bullismo, cyberbullismo, ecc;<input type="checkbox"/> Frequenti vissuti di confusione e/o difficoltà nel prendere iniziative e perseguire obiettivi;<input type="checkbox"/> Frequenti e significativi comportamenti impulsivi auto e/o etero-distruttivi;<input type="checkbox"/> Difficoltà di vario tipo durante un percorso di transizione di genere;<input type="checkbox"/> Questioni legate alle identità, all'identità sessuale, alla percezione di sè e della propria immagine corporea.<input type="checkbox"/> ALTRO (DESCRIVERE BREVEMENTE)