

## INDICE DELLA FUNZIONE SESSUALE FEMMINILE (FSFI)

ISTRUZIONI: Queste domande sono relative alla Sua vita sessuale **nelle ultime 4 settimane**. La preghiamo di rispondere alle seguenti domande onestamente ed in modo chiaro. Le Sue risposte sono confidenziali. Apporre una crocetta di fianco alla risposta desiderata e scegliere un'unica risposta

**1. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha provato desiderio/interesse sessuale?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| Quasi sempre o sempre                   | 5 <input type="checkbox"/> |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3 <input type="checkbox"/> |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 2 <input type="checkbox"/> |
| Quasi mai o mai                         | 1 <input type="checkbox"/> |

**2. Nelle ultime 4 settimane, come giudicherebbe il Suo desiderio/interesse sessuale?**

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| Molto alto            | 5 <input type="checkbox"/> |
| Alto                  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Medio                 | 3 <input type="checkbox"/> |
| Basso                 | 2 <input type="checkbox"/> |
| Molto basso o assente | 1 <input type="checkbox"/> |

**3. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentita eccitata durante l'attività sessuale e/o il rapporto sessuale?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| No attività sessuale                      | 0 <input type="checkbox"/> |
| Quasi sempre o sempre                     | 5 <input type="checkbox"/> |
| Molte volte (più della metà del tempo)    | 4 <input type="checkbox"/> |
| Qualche volta (circa la metà del tempo)   | 3 <input type="checkbox"/> |
| Qualche volta (meno della metà del tempo) | 2 <input type="checkbox"/> |
| Quasi mai o mai                           | 1 <input type="checkbox"/> |

**4. Nelle ultime 4 settimane, come giudicherebbe la Sua eccitazione sessuale durante l'attività sessuale e/o il rapporto sessuale?**

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| No attività sessuale  | 0 <input type="checkbox"/> |
| Molto alta            | 5 <input type="checkbox"/> |
| Alta                  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Media                 | 3 <input type="checkbox"/> |
| Bassa                 | 2 <input type="checkbox"/> |
| Molto bassa o assente | 1 <input type="checkbox"/> |

**5. Nelle ultime 4 settimane, quanto si è sentita capace di provare eccitazione sessuale durante l'attività sessuale e/o durante il rapporto sessuale?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| No attività sessuale                        | 0 <input type="checkbox"/> |
| Estremamente capace                         | 5 <input type="checkbox"/> |
| Molto capace                                | 4 <input type="checkbox"/> |
| Moderatamente capace                        | 3 <input type="checkbox"/> |
| Poco capace                                 | 2 <input type="checkbox"/> |
| Estremamente poco capace o per nulla capace | 1 <input type="checkbox"/> |

**6. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso è stata soddisfatta della Sua eccitazione sessuale durante l'attività sessuale e/o il rapporto sessuale?**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| No attività sessuale                    | 0 <input type="checkbox"/> |
| Quasi sempre o sempre                   | 5 <input type="checkbox"/> |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3 <input type="checkbox"/> |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 2 <input type="checkbox"/> |
| Quasi mai o mai                         | 1 <input type="checkbox"/> |

**7. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è lubrificata (bagnata) durante l'attività sessuale e/o durante il rapporto sessuale?**

- |   |    |
|---|----|
| No attività sessuale                    | 0□ |
| Quasi sempre o sempre                   | 5□ |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 4□ |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3□ |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 2□ |
| Quasi mai o mai                         | 1□ |

**8. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato difficile lubrificarsi (essere bagnata) durante l'attività sessuale e/o durante il rapporto sessuale?**

- |  |    |
|--|----|
| No attività sessuale                   | 0□ |
| Estremamente difficile e/o impossibile | 1□ |
| Molto difficile                        | 2□ |
| Difficile                              | 3□ |
| Un po' difficile                       | 4□ |
| Non difficile                          | 5□ |

**9. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso è rimasta lubrificata (bagnata) fino alla fine dell'attività sessuale e/o del rapporto sessuale?**

- |   |    |
|---|----|
| No attività sessuale                    | 0□ |
| Quasi sempre o sempre                   | 5□ |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 4□ |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3□ |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 2□ |
| Quasi mai o mai                         | 1□ |

**10. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stato difficile lubrificarsi (essere bagnata) fino alla fine dell'attività sessuale e/o del rapporto sessuale?**

- |  |    |
|--|----|
| No attività sessuale                   | 0□ |
| Estremamente difficile e/o impossibile | 1□ |
| Molto difficile                        | 2□ |
| Difficile                              | 3□ |
| Un po' difficile                       | 4□ |
| Non difficile                          | 5□ |

**11. Nelle ultime 4 settimane, quando è stata stimolata sessualmente e/o ha avuto il rapporto sessuale quanto spesso ha raggiunto l'orgasmo?**

- |   |    |
|---|----|
| No attività sessuale                    | 0□ |
| Quasi sempre o sempre                   | 5□ |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 4□ |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3□ |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 2□ |
| Quasi mai o mai                         | 1□ |

**12. Nelle ultime 4 settimane, quando è stata stimolata sessualmente e/o ha avuto il rapporto sessuale quanto è stato difficile raggiungere l'orgasmo?**

- |  |    |
|--|----|
| No attività sessuale                   | 0□ |
| Estremamente difficile e/o impossibile | 1□ |
| Molto difficile                        | 2□ |
| Difficile                              | 3□ |
| Un po' difficile                       | 4□ |
| Non difficile                          | 5□ |

**13. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della Sua capacità di raggiungere l'orgasmo durante l'attività sessuale e/o durante il rapporto sessuale?**

- |                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| No attività sessuale                  | 0□ |
| Molto soddisfatta                     | 5□ |
| Moderatamente soddisfatta             | 4□ |
| Equamente soddisfatta e insoddisfatta | 3□ |
| Moderatamente insoddisfatta           | 2□ |
| Molto insoddisfatta                   | 1□ |

**14. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della vicinanza affettiva tra Lei ed il Suo partner durante l'attività sessuale?**

- |                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| No attività sessuale                  | 0□ |
| Molto soddisfatta                     | 5□ |
| Moderatamente soddisfatta             | 4□ |
| Equamente soddisfatta e insoddisfatta | 3□ |
| Moderatamente insoddisfatta           | 2□ |
| Molto insoddisfatta                   | 1□ |

**15. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della Sua relazione sessuale con il partner?**

- |                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Molto soddisfatta                     | 5□ |
| Moderatamente soddisfatta             | 4□ |
| Equamente soddisfatta e insoddisfatta | 3□ |
| Moderatamente insoddisfatta           | 2□ |
| Molto insoddisfatta                   | 1□ |

**16. Nelle ultime 4 settimane, quanto è stata soddisfatta della Sua vita sessuale in generale?**

- |                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Molto soddisfatta                     | 5□ |
| Moderatamente soddisfatta             | 4□ |
| Equamente soddisfatta e insoddisfatta | 3□ |
| Moderatamente insoddisfatta           | 2□ |
| Molto insoddisfatta                   | 1□ |

**17. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha provato fastidio o dolore durante la penetrazione vaginale?**

- |   |    |
|---|----|
| No attività sessuale                    | 0□ |
| Quasi sempre o sempre                   | 1□ |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 2□ |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3□ |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 4□ |
| Quasi mai o mai                         | 5□ |

**18. Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha provato fastidio o dolore dopo la penetrazione vaginale?**

- |   |    |
|---|----|
| Non ho provato ad avere penetrazione    | 0□ |
| Quasi sempre o sempre                   | 1□ |
| Molte volte (più della metà del tempo)  | 2□ |
| Qualche volta (circa la metà del tempo) | 3□ |
| Poche volte (meno della metà del tempo) | 4□ |
| Quasi mai o mai                         | 5□ |

**19. Nelle ultime 4 settimane, come giudicherebbe il Suo livello di fastidio o dolore durante o dopo la penetrazione vaginale?**

- |                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Non ho provato ad avere penetrazione | 0□ |
| Molto alto                           | 1□ |
| Alto                                 | 2□ |
| Medio                                | 3□ |
| Basso                                | 4□ |
| Molto basso o assente                | 5□ |

# BUT-A

	MAI	RARAMENT	QUALCHE	SPESSE	MOLTO	SEMPRE
1 Trascorro molto tempo davanti allo specchio	0	1	2	3	4	5
2 Non mi fido del mio aspetto: temo che cambi all'improvviso	0	1	2	3	4	5
3 Mi piacciono gli abiti che nascondono le forme del mio corpo	0	1	2	3	4	5
4 Passo molto tempo pensando a certi difetti della mia immagine fisica	0	1	2	3	4	5
5 Quando mi spoglio evito di guardarmi	0	1	2	3	4	5
6 Penso che la mia vita cambierebbe profondamente se potessi correggere alcuni miei difetti estetici	0	1	2	3	4	5
7 Mangiare in presenza di altri mi provoca ansia	0	1	2	3	4	5
8 Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di stare con gli altri	0	1	2	3	4	5
9 Ho il terrore di ingrassare	0	1	2	3	4	5
10 Faccio lunghi confronti fra il mio aspetto e quello degli altri	0	1	2	3	4	5
11 Se comincio a guardarmi mi è difficile smettere	0	1	2	3	4	5
12 Farei qualsiasi cosa per modificare alcune parti del mio corpo	0	1	2	3	4	5
13 Resto in casa ed evito di farmi vedere dagli altri	0	1	2	3	4	5
14 Mi vergogno dei bisogni fisici del mio corpo	0	1	2	3	4	5
15 Mi sento derisa/o per il mio aspetto	0	1	2	3	4	5
16 Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di studiare o lavorare	0	1	2	3	4	5
17 Cerco nello specchio un'immagine di me che mi soddisfi e continuo a scrutarmi finché non sono sicuro di averla trovata	0	1	2	3	4	5
18 Mi sento più grassa/o di quello che dicono gli altri	0	1	2	3	4	5
19 Evito gli specchi	0	1	2	3	4	5
20 Ho l'impressione che la mia immagine cambi continuamente	0	1	2	3	4	5
21 Vorrei avere un corpo secco e duro	0	1	2	3	4	5
22 Sono insoddisfatta/o del mio aspetto	0	1	2	3	4	5
23 Il mio aspetto fisico è deludente rispetto alla mia immagine ideale	0	1	2	3	4	5
24 Vorrei sottopormi a qualche intervento di chirurgia estetica	0	1	2	3	4	5
25 Non sopporto l'idea di vivere con l'aspetto che ho	0	1	2	3	4	5
26 Mi guardo allo specchio e provo un senso di inquietudine e estraneità	0	1	2	3	4	5
27 Temo che il mio corpo cambi contro la mia volontà in modi che non mi piacciono	0	1	2	3	4	5
28 Mi sento scollata/o dal mio corpo	0	1	2	3	4	5
29 Ho la sensazione che il mio corpo non mi appartenga	0	1	2	3	4	5
30 Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di avere una vita sessuale	0	1	2	3	4	5
31 Mi osservo in quello che faccio e mi chiedo come appaio agli altri	0	1	2	3	4	5
32 Vorrei decidere io che aspetto avere	0	1	2	3	4	5
33 Mi sento diversa/o da come dicono gli altri	0	1	2	3	4	5
34 Mi vergogno del mio corpo	0	1	2	3	4	5

# BUT-B

Del mio corpo, in particolare detesto:

	MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE	SEMPRE
1. La statura	0	1	2	3	4	5
2. La forma della testa	0	1	2	3	4	5
3. La forma del viso	0	1	2	3	4	5
4. La pelle	0	1	2	3	4	5
5. I capelli	0	1	2	3	4	5
6. La fronte	0	1	2	3	4	5
7. Le sopracciglia	0	1	2	3	4	5
8. Gli occhi	0	1	2	3	4	5
9. Il naso	0	1	2	3	4	5
10. Le labbra	0	1	2	3	4	5
11. La bocca	0	1	2	3	4	5
12. I denti	0	1	2	3	4	5
13. Le orecchie	0	1	2	3	4	5
14. Il collo	0	1	2	3	4	5
15. Il mento	0	1	2	3	4	5
16. I baffi	0	1	2	3	4	5
17. La barba	0	1	2	3	4	5
18. I peli	0	1	2	3	4	5
19. Le spalle	0	1	2	3	4	5
20. Le braccia	0	1	2	3	4	5
21. Le mani	0	1	2	3	4	5
22. Il torace	0	1	2	3	4	5
23. Le mammelle	0	1	2	3	4	5
24. Lo stomaco	0	1	2	3	4	5
25. Il ventre	0	1	2	3	4	5
26. I genitali	0	1	2	3	4	5
27. Le natiche	0	1	2	3	4	5
28. Le anche	0	1	2	3	4	5
29. Le cosce	0	1	2	3	4	5
30. Le ginocchia	0	1	2	3	4	5
31. Le gambe	0	1	2	3	4	5
32. Le caviglie	0	1	2	3	4	5
33. I piedi	0	1	2	3	4	5
34. L'odore	0	1	2	3	4	5
35. I rumori	0	1	2	3	4	5
36. Sudare	0	1	2	3	4	5
37. Arrossire	0	1	2	3	4	5

## FEMALE SEXUAL DISTRESS SCALE REVISED

In fondo alla pagina si trova un elenco di sentimenti e di problemi che a volte interessano la vita sessuale delle donne.

Leggere attentamente ogni frase e indicare il numero che descrive meglio QUANTE VOLTE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI, OGGI COMPRESO, QUEL PROBLEMA LE ABBIAMO PROVOCATO FASTIDIO O ANSIA.

E' permesso cerchiare un solo numero; nel caso in cui si debba cambiare risposta, cancellare attentamente e rispondere a tutte le domande.

Leggere bene l'esempio prima di incominciare, e chiedere chiarimenti se necessario.

Esempio: Quante volte hai provato una **responsabilità personale per i tuoi problemi sessuali?**

MAI	RARAMENTE	A VOLTE	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
0	1	2	3	4

---

### Quante volte ti sei sentita ....

1. Angosciata per la tua vita sessuale	0	1	2	3	4
2. Infelice riguardo la tua relazione sessuale	0	1	2	3	4
3. In colpa per le tue difficoltà sessuali	0	1	2	3	4
4. Frustrata per i tuoi problemi sessuali	0	1	2	3	4
5. Ansiosa riguardo al sesso	0	1	2	3	4
6. Inferiore a causa di problemi sessuali	0	1	2	3	4
7. Preoccupata per il sesso	0	1	2	3	4
8. Inadeguata sessualmente	0	1	2	3	4
9. Con rimpianti per la tua sessualità	0	1	2	3	4
10. Imbarazzata riguardo ai tuoi problemi sessuali	0	1	2	3	4
11. Insoddisfatta riguardo la tua vita sessuale	0	1	2	3	4
12. Arrabbiata per la tua vita sessuale	0	1	2	3	4
13. Infastidita per il poco desiderio sessuale	0	1	2	3	4

---

# MIDDLESEX HOSPITAL QUESTIONNAIRE (MHQ)

(modificato)

NOME.....

SPORT.....ETA'.....DATA.....

### Istruzioni

Le domande sotto elencate riguardano il suo modo di sentire o di agire. Esse sono semplici. Per cortesia segni il tipo di risposta corrispondente al suo stato. Non perda tempo.

Colonna riservata al medico
--------------------------------

- 1 Si sente spesso irritato senza una ragione particolare?
- 2 Ha paura di trovarsi in luoghi chiusi (ascensori, negozi, ecc.)?
- 3 La gente dice che lei è troppo scrupoloso?
- 4 E' disturbato da capogiri o difficoltà di respiro?
- 5 Riesce a pensare rapidamente?
- 6 Le sue opinioni sono facilmente influenzabili?
- 7 Ha avuto mai la sensazione di svenire?
- 8 Si preoccupa di poter prendere qualche malattia incurabile?
- 9 Tiene eccessivamente alla pulizia?
- 10 Avverte spesso un senso di nausea o ha frequenti indigestioni?
- 11 Pensa che la vita richieda troppo fatica?
- 12 Le piace vivere molto attivamente?
- 13 Si sente a disagio ed irrequieto?
- 14 Si sente più rilassato a casa?
- 15 Trova che nella sua mente ricorrono pensieri sciocchi ed irragionevoli?
- 16 Avverte talvolta sensazioni di ronzio o formicolio nel corpo, nelle braccia o nelle gambe?
- 17 E' abituato a rimpiangere spesso il suo comportamento passato?
- 18 E' una persona eccessivamente emotiva?
- 19 Si sente, talvolta, in preda al panico?
- 20 Si sente a disagio quando viaggia in pullman o in treno?
- 21 Si sente più felice quando lavora o studia?
- 22 Il suo appetito è diminuito recentemente?
- 23 Le capita spesso di svegliarsi troppo presto la mattina o durante la notte?
- 24 Le piace essere al centro dell'attenzione?
- 25 Ritieni di essere una persona facilmente preoccupabile?
- 26 Le piace uscire da solo?

	Si	No			
			2	0	0
	Spesso	Talvolta	Mai	2	1 0
	No	Si		0	0 2
	Mai	Spesso	Talvolta	0	2 1
	Si	No		0	0 2
	Si	No		2	0 0
	Spesso	Talvolta	Mai	2	1 0
	Mai	Talvolta	Spesso	0	1 2
	No	Si		0	0 2
	Si	No		2	0 0
	Talvolta	Spesso	Mai	1	2 0
	Si	No		2	0 0
	Spesso	Talvolta	Mai	2	1 0
	Si	Talvolta	No	2	1 0
	Spesso	Talvolta	Mai	2	1 0
	Di rado	Spesso	Mai	1	2 0
	Si	No		2	0 0
	Si	No		2	0 0
	No	Si		0	0 2
	Si	Un po'	No	2	1 0
	Si	No		2	0 0
	No	Si		0	0 2
	Si	No		2	0 0
	No	Si		0	0 2
	Si	Poco	No	2	1 0
	Si	No		2	0 0

- 27** E' un perfezionista?
- 28** Si sente stanco ed esaurito senza una ragione?
- 29** Le capita di avere lunghi periodi di tristezza?
- 30** Riesce a sfruttare le situazioni a suo vantaggio?
- 31** Si sente spesso "nervoso dentro"?
- 32** Si preoccupa eccessivamente quando i suoi familiari ritardano a rientrare a casa?
- 33** Ricontrolla con insistenza le cose che ha fatto?
- 34** Riesce ad addormentarsi subito?
- 35** Deve fare molto sforzo per superare crisi o difficoltà (sportive o no)?
- 36** Spende molto denaro per l'abbigliamento?
- 37** Ha mai avuto la sensazione di essere "a pezzi"?
- 38** Le fa paura affacciarsi dall'alto?
- 39** Se le sue normali abitudini di vita vengono disturbate, ne è irritato?
- 40** Soffre spesso di sudorazione o palpitazione a riposo?
- 41** Le viene da piangere?
- 42** Le piacciono le situazioni drammatiche?
- 43** Fa brutti sogni che la disturbano al risveglio?
- 44** Si lascia prendere dal panico quando è tra la folla?
- 45** Le succede di preoccuparsi in modo irragionevole per cose che non hanno eccessiva importanza?
- 46** I suoi interessi sessuali sono recentemente cambiati?
- 47** Le piace molto stare in compagnia?
- 48** Si accorge mai che sta posando o tentando di apparire diverso da quello che è?

No	Si	0	0	2	
Spesso	Talvolta	Mai	2	1	0
Mai	Spesso	Talvolta	0	2	1
Mai	Talvolta	Spesso	0	1	2
Si	No	2	0	0	
No	Si	0	0	2	
Si	No	2	0	0	
No	Si	2	0	0	
Si	Talvolta	No	2	1	0
Si	No	2	0	0	
Si	No	2	0	0	
Molto	Un po'	No	2	1	0
Molto	Un po'	No	2	1	0
No	Si	0	0	2	
Spesso	Talvolta	Mai	2	1	0
Si	No	2	0	0	
Mai	Talvolta	Spesso	0	1	2
Sempre	Talvolta	Mai	2	1	0
Mai	Spesso	Talvolta	0	2	1
Meno	Uguali	Più	2	0	0
Si	No	0	0	2	
Si	No	2	0	0	





23. Indichi con quale frequenza bacia il suo/a compagno/a.

Ogni giorno 4 ○	Quasi ogni giorno 3 ○	Occasionalmente 2 ○	Raramente 1 ○	Mai 0 ○
--------------------	--------------------------	------------------------	------------------	------------

24. Indichi in che misura lei ed il suo/a compagno/a condividete degli interessi fuori dalle mura domestiche.

Tutti 4 ○	La maggior parte 3 ○	Alcuni 2 ○	Molto pochi 1 ○	Nessuno 0 ○
--------------	-------------------------	---------------	--------------------	----------------

Quanto spesso secondo lei si verificano le seguenti situazioni tra lei ed il suo/a compagno/a? *La preghiamo di utilizzare, per ciascuna delle situazioni, la seguente scala di risposta, barrando la casella che corrisponde alla sua scelta.*

	Mai 0	Meno di una volta al mese 1	Una o due volte al mese 2	Una o due volte a settimana 3	Una volta al giorno 4	Più di una volta al giorno 5			
25				0	1	2	3	4	5
Avere uno stimolante scambio di idee				○	○	○	○	○	○
26				○	○	○	○	○	○
Ridere insieme				○	○	○	○	○	○
27				○	○	○	○	○	○
Discutere con calma di qualcosa				○	○	○	○	○	○
28				○	○	○	○	○	○
Lavorare insieme ad un progetto				○	○	○	○	○	○

Ci sono delle cose sulle quali le coppie a volte sono d'accordo e a volte sono in disaccordo. Indichi se ciascuna delle situazioni sotto elencate ha causato divergenza di opinioni o ha creato problemi nella sua relazione nelle ultime settimane. *Barrare la casella sul "Sì" o sul "No".*

	Sì	No
29 Essere troppo stanchi per fare l'amore	○	○
30 Non mostrare amore	○	○

31. I numeri della seguente tabella rappresentano diversi gradi di felicità nella sua relazione. *La preghiamo di barrare la casella che meglio descrive il grado di felicità, tutto considerato, della sua relazione.*

Estremamente infelice 0 ○	Abbastanza infelice 1 ○	Un po' infelice 2 ○	Felice 3 ○	Molto felice 4 ○	Estremamente felice 5 ○	Perfetta 6 ○
------------------------------	----------------------------	------------------------	---------------	---------------------	----------------------------	-----------------

32. Quali delle seguenti affermazioni meglio descrive ciò che pensa del futuro del suo rapporto? *Metta una X accanto ad UNA sola delle affermazioni che meglio rispecchia il suo pensiero.*

- Desidero disperatamente che la mia relazione riesca, e supererei qualsiasi ostacolo perché ciò accada.
- Desidero moltissimo che la mia relazione riesca, e farò tutto ciò che è in mio potere perché ciò accada.
- Desidero moltissimo che la mia relazione riesca, e farò la mia giusta parte perché ciò accada.
- Sarebbe bello se la mia relazione riuscisse, ma non posso fare molto di più di quello che sto già facendo perché riesca.
- Sarebbe bello se riuscisse, ma mi rifiuto di fare più di quanto io stia già facendo per continuare il rapporto.
- La mia relazione non potrà mai riuscire, e non c'è più nulla che io possa fare per continuare il rapporto.