

Terapeuta: .....

.....

.....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Nazwisko, Imię: .....

Data: .....

Proszę o wypełnienie poniższego formularza. Im dokładniej odpowie Pani na pytania, tym lepiej terapeuta będzie mógł dostosować leczenie dla Pani. Najpierw zapytamy o historię życia, następnie o aktualną sytuację osobistą i ogólne warunki w jakich Pani funkcjonuje. Do tych odpowiedzi terapeuta nawiąże na sesji, dlatego nie muszą być bardzo obszerne, wystarczą punkty, hasła. Prosimy jednak o odpowiedzenie na wszystkie pytania. Prosimy również, by odpowiadała Pani samodzielnie, bez pomocy partnera, czy przyjaciół. Jeśli nie chce Pani odpowiadać na jakieś pytanie, proszę na nie odpowiadać.

W razie jakichkolwiek wątpliwości pozostają do dyspozycji.

Adres: .....

.....

.....

Telefon: .....

E-Mail: .....

data urodzenia: ..... miejsce urodzenia: .....

Wzrost: ..... Waga: .....

Proszę opisać swoje najważniejsze aktualne problemy/ objawy:

.....

.....

.....

.....

Proszę opisać, kiedy pojawiły się te problemy/objawy i jak się rozwijały:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Proszę ocenić jak bardzo obciążające są te problemy/objawy:

| trochę obciążające | dosyć obciążające | bardzo obciążające | ekstremalnie obciążające |
|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|
| 1                  | 2                 | 3                  | 4                        |

Na jakie obszary życia wpływają te problemy/objawy:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiedy i jak często pojawiają się te problemy/objawy:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Czy były takie momenty/sytuacje, kiedy problemy/objawy się nie pojawiały, lub pojawiały się rzadko?

---

---

---

---

---

---

Czy była pani albo jest leczona przez lekarza/ psychiatrę/ psychoterapeutę z powodu tych objawów/problemów?

---

---

---

---

---

---

Czy bierze pani leki? Jakie? W jakich dawkach?

---

---

---

---

---

---

Czy pije pani alkohol?

Tak  Nie

Ile średnio wypija pani alkoholu tygodniowo:

---

Czy pali pani papierosy?

Tak  Nie

Jeśli tak, to ile wypala pani papierosów dziennie:

---

Czy bierze pani narkotyki?

Tak  Nie

Jeśli tak, to jakie/ jak dużo i jak często?

---

---

---

Czy ma pani wpływ na siłę/ czas trwania swoich problemów/objawów? Co dotychczas próbowała pani robić, żeby sobie z nimi poradzić?

.....

.....

.....

.....

Jakie wyjaśnienie ma pani dla swoich problemów/objawów?

.....

.....

.....

.....

.....

Gdyby problemy/objawy zniknęły, co zmieniłoby się w pani życiu?

.....

.....

.....

.....

Czy zna pani kogoś, kto ma podobne problemy/objawy?

.....

.....

Jakie są pani trzy największe lęki (czego się pani najbardziej boi):

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

Jakie są pani trzy największe marzenia, życzenia:

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....

Skąd dowiedziała się pani o Gabinet Emocje:

.....

.....

Jak wysoka jest pani motywacja do leczenia/ terapii ?

| Gdyby trzeba było poradziłabym sobie bez terapii | średnia | duża | bardzo duża |
|--|---------|------|-------------|
| 1  | 2       | 3    | 4           |

Co w swoim aktualnym zachowaniu chciałaby pani zmienić?

.....

.....

.....

Jakie ma pani oczekiwania wobec terapii, terapeuty ?

.....

.....

.....

Co nie powinno w żadnym razie wydarzyć się w terapii, (na przykład, czego nie powinien robić terapeuta):

.....

.....

.....

.....

Pani zdaniem, co charakteryzuje dobrą relację pomiędzy pacjentem, a terapeutą ?

---

---

---

---

---

---

Proszę sformułować zlecenie leczenia. Co chce pani osiągnąć ? (Proszę tak konkretnie, jak tylko to możliwe)

---

---

---

---

---

---

---

Proszę opisać (hasłowo) »typowy« dzień:

przedpołudnie:

---

---

popołudnie:

---

---

wieczór:

---

---

Jakie było pani dzieciństwo? szczęśliwe, czy nieszczęśliwe?

---

---

---

Czy już w dzieciństwie można było zauważyć jakieś typowe dla pani zachowania?

---

---

---

Czy szybko kończy pani przyjaźnie?

---

---

---

Jakie miała pani kontakty z innymi rówieśnikami w szkole?

---

---

---

Jakie było pani zdrowie w dzieciństwie i młodości?

---

---

---

Proszę opisać wszelkie poważne choroby, wypadki, pobyty w szpitalu, które się pani wydarzyły w ciągu życia:

---

---

---

Jakim była pani dzieckiem, pani zdaniem, patrząc wstecz?

---

---

Proszę opisać, jak widzi się pani jako młodą osobę (patrzac wstecz):

pozytywy:.....  
.....

Negatywy:.....  
.....

Proszę opisać jak widzi się pani dzisiaj, jako osobę dorosłą:

pozytywy:.....  
.....

Negatywy:.....  
.....

Z kim spędza pani swój czas wolny (proszę oznaczyć krzyżykiem)

|   | dużo  | mało |
|---|-------|------|
| samotnie  | ----- |      |
| z partnerem                                       | ----- |      |
| z krewnymi  | ----- |      |
| z przyjaciółmi                                    | ----- |      |
| ze wspólnymi przyjaciółmi moimi i mojego partnera | ----- |      |

Czy są cele zawodowe albo osobiste, które chce pani osiągnąć ?

.....

.....

.....

.....

.....



Z kim pani aktualnie mieszka?

.....

.....

sytuacja rodzinna:

- singiel
- samotna
- zaręczona
- zamężna
- ponownie zamężna
- wdowa
- rozwiedziona
- w separacji
- mieszkam z partnerem
- związek bez zamieszkania
- luźny związek

inne:

.....

.....

.....

.....

Ile ma pani dzieci, proszę wpisać w kolejności urodzenia, jeśli z innego związku proszę to napisać.

(1) Imię: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_

(2) Imię: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_

(3) Imię: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_

Informacje na temat rodziny pochodzenia:

|  | Matka |  | Ojciec |
|--|-------|--|--------|
| Imię:                                    | ..... | Imię:                                    | .....  |
| Wiek:                                    | ..... | Wiek:                                    | .....  |
| Zawód:                                   | ..... | Zawód:                                   | .....  |
| Zdrowie:                                 | ..... | Zdrowie:                                 | .....  |
| jeśli nie żyje;                          |       | jeśli nie żyje;                          |        |
| Przyczyna:                               | ..... | Przyczyna:                               | .....  |
| W jakim wieku była<br>pani w tym czasie? | ..... | W jakim wieku była<br>pani w tym czasie? | .....  |

Czy rodzice się rozwiedli, czy mieszkali razem? Czy byli zgodnym małżeństwem?

.....  
.....

Gdzie się pani wychowywała, czy przeprowadzała się pani? Proszę wynotować chronologicznie:

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

W dzieciństwie i młodości, jak odbierała pani swoją matkę?

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

W dzieciństwie i młodości, jak odbierała pani swojego ojca?

.....

.....

.....

.....

Jaką ma pani relacje z rodzicami aktualnie?

z matką: .....

.....

z ojcem: .....

.....

Jeśli ma pani rodzeństwo proszę wymienić i opisać relacje z nimi, proszę również zaznaczyć, jeśli jest to brat/siostra przyrodni:

(1) Imię: ..... Wiek: ..... przyrodni/a?: .....

relacja kiedyś: .....

relacja dzisiaj: .....

---

(2) Imię: ..... Wiek: ..... przyrodni/a?: .....

relacja kiedyś: .....

relacja dzisiaj: .....

---

(3) Imię: ..... Wiek: ..... przyrodni/a?: .....

relacja kiedyś: .....

relacja dzisiaj: .....

---

W dzieciństwie i młodości, jak odbierała pani swoją rodzinę?

---

---

---

---

Proszę opisać, jaki styl wychowawczy panował w pani rodzinie:

---

---

---

---

Jakie ważne dla terapii wydarzenia przeżyła pani w dzieciństwie i młodości?

---

---

---

---

---

---

Na ile czuła się pani związana ze swoją religijną społecznością w tamtym czasie?

wcale

bardzo

1

2

3

4

5

6

7

8

Czy czuła pani poczucie bezpieczeństwa w swojej rodzinie?

---

---

---

Jaki był związek pani rodziców?

---

---

Czy ma pani macochę, ojczyma? ile miała pani lat, kiedy rodzic się związał ponownie?

---

---

Czy w rodzinie ktoś poważnie choruje, czy występują choroby psychiczne, zaburzenia, problemy?

---

---

---

---

---

jeśli jest jeszcze coś, co może być ważne dla terapii, proszę to tutaj opisać:

---

---

---

---

Jeśli korzystała już pani z terapii i nie ukończyła jej, proszę napisać dlaczego? co poszło nie tak? czy terapeuta popełnił błąd?

---

---

---

---

Czy została pani uświadomiona seksualnie w domu? Czy te tematy były traktowane, jako tabu?

---

---

---

Z kim i w jakim wieku miała Pani swój pierwszy kontakt seksualny?

.....  
.....

Czy potrafi się Pani cieszyć swoją seksualnością? (proszę zaznaczyć na linii krzyżykiem)

przeważnie tak

przeważnie nie

\_\_\_\_\_

Czy w Pani życiu są/były nieprzyjemne seksualne wydarzenia? Czy seksualność jest jakkolwiek powiązana z poczuciem winy lub lękiem (również masturbacja).

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

Wiek przy pierwszej miesiączce: .....

Czas trwania miesiączki: .....

Czy miesiączka wpływa na Pani nastrój?

Czy została Pani przygotowana, czy pierwsza miesiączka była szokiem?

Czy miesiączkuje pani

regularnie? .....

Czy doświadcza pani bólu? .....

.....

.....

Proszę opisać wszelkie dawne związki romantyczne, które są dla pani ważne:

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

Jeśli aktualnie nie jest pani w związku proszę zaznaczyć krzyżyk i przejść do pytań dotyczących szkoły:

Pytania dotyczące aktualnego partnera:

Wiek: ..... Imię: ..... Zawód/ Zajęcie .....

Jak długo trwa związek? ..... Miesiące:.....

Co jest pozytywnego, a co negatywnego w tym związku?

Pozytywy:.....

.....

.....

Negatywy:.....

.....

.....

Czy partner wie o pani problemach?

Jeśli tak, jak się do nich odnosi?

.....

.....

.....

### **Szkoła**

Wiek przy rozpoczęciu szkoły: .....

Wiek przy ukończeniu szkoły: .....

Jaką szkołę pani ukończyła? .....

Jakie były pani mocne strony

jeśli chodzi o szkołę? .....

Gdzie były pani słabości,

jeśli chodzi o szkołę? .....

Wiek przy rozpoczęciu pracy: .....

Proszę opisać czym się pani zajmuje, jakie ma pani wykształcenie, umiejętności:

.....

.....

Czy jest pani zadowolona ze swojej pracy?

Czy jest tam coś stresującego?

Jeśli nie jest pani zadowolona, to proszę opisać:

.....

.....

.....

.....

.....

Czy ma pani problemy finansowe (długi) ?

.....

.....

### Historia Życia

Proszę wpisać w tej tabeli najważniejsze wydarzenia z życia (hasłowo). Na przykład: narodziny siostry najmłodszej siostry ..., przeprowadzka do miasta ..., rozstanie z przyjaciółką ..., zmiana pracy, choroba, śmierć bliskiej osoby...

|                                   | Wiek | Wydarzenie |
|-----------------------------------|------|------------|
| Dzieciństwo do rozpoczęcia szkoły |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |
| Szkoła podstawowa                 |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |
| Okres dojrzewania (10- 16 r.ż)    |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |
|                                   |      |            |



|                   | Wiek | Wydarzenie |
|-------------------|------|------------|
| 16.-25. Rok Życia |      |            |
|                   |      |            |
|                   |      |            |
|                   |      |            |
|                   |      |            |
| Dorosłość         |      |            |
|                   |      |            |
|                   |      |            |
|                   |      |            |