



7. Які ваші загальні самопочуття? Чи відзначаєте ви наступні розлади (серцебиття, відчуття нестачі повітря, головні болі, припливи спеки, озноб, дрож у тілі, підвищене сечовиділення, коливання тиску, температури і т.д.):

8. Укажіть, яке у вас переважно настроєння за прошедшие три місяця. Часто ли бывает апатия, тоска, тревога, подавленность, раздражение, как долго длятся эти состояния? Бывают ли немотивированные подъемы настроения и активности, и как долго они длятся:

9. Ви чи ваші близькі маєте анамнез психічних захворювань, якщо так, то які і хто:

10. Чим вам найбільше подобається займатися, які люди та речі приносять вам найбільше задоволення?

11. Скільки годин ви спите за добу? Який у вас сон (засипання, пробудження вночі, пробудження рано вранці, характер снів, повторюються сни, розгубленість вранці):

12. Чи були у вас спроби суїциду та думки про це:

13. Вкажіть свої основні життєві цілі:

14. Ви зараз вживаєте наркотичні речовини, і чи був у вас досвід їх вживання? Як ви на них реагуєте, чи розвивається залежність:

15. Вкажіть свої основні проблеми в області інтимних відносин, якщо вони є:

16. Які помітні зміни відбулися в вашому житті за найближчий рік:
  
17. Вкажіть свої основні переваги та позитивні сторони:
  
18. Вкажіть свої негативні сторони:
  
19. Вкажіть свої основні проблеми в стосунках з іншими людьми:
  
20. Вкажіть свої основні проблеми в навчанні чи на роботі:
  
21. Що ви б найбільше хотіли змінити в собі:
  
22. Коротко опишіть особистість своєї матері та як склалися ваші відносини:
  
23. Коротко опишіть особистість свого батька та як склалися ваші відносини:
  
24. Приймаєте чи вибираєте безболючі препарати, транквілізатори, нейролептики чи антидепресанти? Як часто, в яких дозах та за призначенням якого лікаря:
  
25. Вживаєте чи ви алкоголь, як часто і в якій кількості? Були в вашому житті періоди зловживання:
  
26. Які харчові звички ви спостерігаєте та чи є порушення у харчуванні? Який у вас апетит (ослаблення, посилення, зміна смаку)? Бувають періоди переїдання, сильного голоду, втрати апетиту, коливання ваги:

27. Яка ваша працездатність, концентрація, увага, пам'ять? Чи виникали через це проблеми на роботі, в побуті.

28. Зауважуєте чи намагаєтеся ви припинити нав'язливі думки чи ритуали.

29. Чи існують ви впереджені, відкриті чи приховані вороги? Чи намагається хтось зіпсувати ваше життя.

30. Можливо, ви знаєте про свої залежності.

31. Ви коли-небудь відчували незвичайні переживання: бачили візії, чули незвичайні звуки, голоси, відчували, що можете читати чужі думки або передавати їх іншим людям. Відчували, що на вас намагаються впливати незвичайними способами (наприклад, гіпнозом) або керувати вами.

32. На момент проведення терапії чиєсь чи з вами вагітності чи хвороби, про які ви вважаєте важливим повідомити терапевту (астма, епілепсія, наявність кардіостимулятора, онкологія і т.д.).

33. Чи існують в даний момент негативні зовнішні обставини? Какі і як ви з ними справляєтеся.

34. Дата заповнення:

35. Координати для зв'язку з вами:

Дуже дякую за заповнення анкети!