|  |  |
| --- | --- |
|  | **Moduł terapeutyczny 1: Rozwój relacji i historia przypadku** |

**Historia przypadku (do wypełnienia przez terapeutę, w przypadku większej ilości patrz podręcznik)**

|  |
| --- |
| **Przyczyna poszukiwania terapii** (*“Czy mógłbyś krótko wytłumaczyć dlaczego do mnie przyszedłeś?/przyszłaś? / co doprowadziło do Twojego obecnego pobytu w szpitalu? Jak Ci się wydaje co spowodowało te problemy?”)* |
| **Sytuacja socjalna**(*“ Jakie jest Twoje obecne życie? Samotne, z partnerem, masz dzieci? Czy masz pracę, jeśli nie, dlaczego?)* |
| **Sytuacja rodzinna**(*“Czy masz krewnych? Jaki masz z nimi kontakt ?/ Dogadujesz się z nimi? Czy Cię wspierają? Czy wiedzą o Twoich zaburzeniach psychicznych?”)* |
| **Integracja społeczna** *(“Czy masz przyjaciół albo znajomych? Jak często jesteś z nimi w kontakcie? Czy otrzymujesz od nich wsparcie?”)* |
| Stresujące życiowe sytuacje (*“Niektórzy doświadczają złych sytuacji życiowych, na przykład przemocy domowej lub wypadków. Czy masz takie doświadczenia i czy mógłbyś/mogłabyś krótko o nich opowiedzieć? Czy dzisiaj nadal odczuwasz skutki tych doświadczeń?”)* |
| **Spożycie alkoholu i narkotyków** *(“Czy regularnie pijesz alkohol?” “Czy bierzesz narkotyki?”* Jeśli tak: *“Jakie narkotyki I jak często?” “Czy bierzesz lekarstwa poza przepisanymi lub inne niż przepisane?”)* |
| **Urojenia** (np: *“Czy ostatnio doświadczyłeś uczucia: …że ktoś Cię śledzi albo knuje przeciwko Tobie? …że otrzymujesz specjalne wiadomości np. przez telewizję?”)*; zobacz również ćwiczenie 1.1 lub użyj własnych pomysłów |
| **Zaburzenie granic ego***(“Czy masz lub miałeś/miałaś uczucie, że inni czytają w Twoich myślach lub wpływają na nie w jakikolwiek inny sposób? Czy masz lub miałeś/miałaś uczucie, że możesz czytać innym w myślach lub wpływać na nie samodzielnie?”)* |
| **Halucynacje** *(“Czy kiedykolwiek słyszysz (widzisz/ czujesz / smakujesz) coś czego inni ludzie nie słyszą (odczuwają)? Co to jest? Czy w Twoim ciele dzieją się dziwne rzeczy? Czy słyszysz głosy, których inni ludzie nie mogą słyszeć?”)* |
| **Formalne zaburzenia myślenia** (trudności w kojarzeniu, budowaniu zdań; trudności w mówieniu): *“ Czy masz uczucie, że Twoje myślenie się zmieniło; że masz zbyt dużo myśli naraz lub, że Twoje myśli nagle uciekają (przerwanie strumienia myśli)?* |
| **Wgląd w objawy** (“Myślisz, że masz problemy psychologiczne?” Jeśli pacjent został zdiagnozowany: “ Co myślisz o diagnozie “psychoza”? Zgadzasz się z tym?”) |
| **Nastrój** *(“Jaki ostatnio był Twój nastrój? Czy byłeś często smutny? Czy jesteś w stanie odczuwać, na przykład radość lub smutek, albo czy Twoje uczucia są odrętwiałe / nieistniejące? Czy zdarza się, że Twój nastrój zmienia się nagle?”)* |
| **Sen/apetyt** (“Czy doświadczałeś/doświadczałaś ostatnio problemów ze spaniem? Jaki ostatnio był Twój apetyt?”) |
| **Motywacja** (“jak z Twoją energią do wykonywania różnych rzeczy/zadań? Czy bierzesz udział w róznych aktywnościach?” Jesli nie: “Dlaczego?” “Czy zmagasz się ze wstaniem z łóżka rano?”) |
| **Samodestrukcyjne zachowania i myśli**(“Czy myślisz że lepiej byłoby dłużej nie żyć?” Jeśli tak, wyjaśnij dalej: “Czy kiedykolwiek myślałeś o odebraniu sobie życia? Czy robiłeś/robiłaś odnośnie tego konkretne plany? Czy jesteś w stanie odciąć się od takich myśli?” W przypadku niebezpieczeństwa popełnienia samobójstwa: Poinformuj personel/ W przypadku leczenia ambulatoryjnego powiadom personel szpitala stacjonarnego!) |
| **Lęk** (“Czy często się boisz? Czego się boisz? Jak Twój strach objawia się fizycznie?”) |
| **Wycofanie z aktywności społecznej/lęk społeczny** (“Czy boisz się przyciągać uwagę innych osób? Czego się obawiasz? Czy aktualnie wolisz przebywać w samotności? Czy czujesz się komfortowo w obecności innych osób?” Jeśli nie: “Dlaczego?”) |
| **Unikanie i bezpieczne zachowania** (“Czy są jakieś aktywności dnia codziennego, których unikasz? Czego się obawiasz? Czy są aktywności, które miałeś w zwyczaju wykonywać, a teraz ich unikasz?”) |
| **Zachowania obsesyjne** (“Czy mimo tego, że nie chcesz, są rzeczy o których stale rozmyślasz? Jakiego rodzaju są to myśli? Czy są rzeczy, które stale robisz, mimo, że wydają się głupie, np. Kontrolowanie, liczenie, porządkowanie?”) |
| **Zdrowie fizyczne** (“Jaki obecnie jest stan Twojego zdrowia fizycznego ? Czy martwisz się o swoje zdrowie fizyczne? Czy informowałeś o tym swojego lekarza?”) |
| **Osłabienie kontroli impulsów** (“Czy często czujesz się być prowokowanym przez innych ludzi? Czy często sprzeczasz się z innymi? Jakie sytuacje to powodują?”) |
| **Uwaga/pamięć** (“Czy swoje zdolności do prowadzenia konwersacji oceniasz jako dobre ? Czy jesteś w stanie skupić się na czytaniu książki / oglądaniu filmu? Czy często zapomiasz o różnych sprawach?”) |
| **Dezorientacja** (“Czy masz problem ze znalezieniem drogi? Czy jesteś w stanie podać mi dzisiejszą datę? Czy masz trudności w organizacji dnia codzinnego?” pytaj tylko w przypadku podejrzenia deficytów) |