

Questionario sulla Sua storia di vita e sulle Sue aspettative rispetto alla terapia

Attraverso questo questionario vorremmo ottenere una panoramica sulla Sua storia di vita.

Questionari di questo tipo sono necessari in una terapia di sostegno per poter lavorare sulle problematiche in maniera il più possibile approfondita.

Pertanto La preghiamo di compilare tale questionario all'inizio del Suo trattamento.

Supporti terapeutici ed informazioni personali sono assolutamente confidenziali. **NESSUN ESTRANEO ALLA STRUTTURA (NEMMENO UN SUO VICINO PARENTE O IL SUO MEDICO DI FAMIGLIA) POTRÁ ACCEDERE A TALI INFORMAZIONI, SENZA IL SUO CONSENSO SCRITTO:**

Se non volesse rispondere a qualcuna delle domande, scriva accanto semplicemente. "Non desidero rispondere"



1. DATI PERSONALI

Nome e cognome _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ data di nascita: _____

Cittadinanza: _____

Religione: _____ praticante: si no

La Sua altezza _____ (in cm)

Il Suo peso _____ (in kg)

Situazione lavorativa: occupato (anche casalinga) disoccupato

Stato civile: nub/cel. - solo nub/cel. con un/a partner fisso/a dal _____

sposato dal _____ separato dal _____

vedovo/a dal _____ divorziato/a dal _____

Da chi è stato inviato o ha ricevuto informazioni sul nostro centro terapeutico?

Situazione abitativa:

Con chi vive? _____

È contento/a della Sua situazione abitativa attuale? Si no

2. BIOGRAFIA

2.1. Infanzia:

a) Luogo di nascita: _____

b) Mi ricordo delle seguenti difficoltà nel corso della mia infanzia (p.e. paure, balbuzie, enuresi notturna):

Età (dal – al)	difficoltà / particolarità
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- c) La mia infanzia l'ho vissuta come (metta una x)
Infelice felice

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8

- d) Stato di salute durante l'infanzia/adolescenza:

- e) Operazioni / incidenti avuti? (precisare età ed eventuali danni permanenti)

- f) Riguardo le esperienze positive dell'infanzia e dell'adolescenza ricordo con piacere:

2.2 Formazione e scuola

- a) Inizio scuola ad anni: _____
- b) Abbandono scuola ad anni: _____
- c) Tipo di scuola frequentata: _____
- d) Materie preferite: _____
- e) Debolezze: _____

2.3 Lavoro e tempo libero

- a) Lavori o attività, che Lei svolgeva prima (luogo e ramo di studi in ordine temporale):

- b) È soddisfatto del lavoro (scuola, studi) che sta svolgendo? Se no, per quale ragione non è soddisfatto? _____

- c) Se attualmente Lei è disoccupato: da quando? _____

- d) Quali sono i suoi obiettivi lavorativi? _____

- e) Ha problemi sul posto di lavoro? Quali? Per quale motivo _____

- f) Come passa la maggior parte del Suo tempo libero? _____

2.4. Le Sue origini

a) Padre _____ età _____

Professione: _____

Stato di salute: _____

Nel caso in cui Suo padre sia morto – scriva quando e quale è stata la causa: _____

b) Madre: _____ età _____

Professione: _____

Stato di salute: _____

Nel caso in cui Sua madre sia morta – scriva quanto e quale è stata la causa: _____

c) Fratelli/sorelle (compreso Lei):

	nome	data di nascita	sex
1. figlio	_____	_____	_____
2. figlio	_____	_____	_____
3. figlio	_____	_____	_____
4. figlio	_____	_____	_____
5. figlio	_____	_____	_____

d) Come è /è stato il rapporto con i Suoi fratelli/sorelle? _____

e) Come è /è stato il rapporto con Suo padre? _____

f) Come è / è stato il rapporto con Sua madre? _____

g) Nel caso in cui Lei non fosse cresciuto con i Suoi genitori, da chi sarebbe stato educato in quel periodo? _____

h) Quali sono le persone più importanti nella Sua vita? _____

i) Qualcuno nella Sua famiglia soffre, o ha sofferto di qualche disturbo psichico (p.es. dipendenza da alcool, depressione, paura)? _____

2.5. Sessualità

- a) Quali esperienze positive o negative riguardo il Suo sviluppo sessuale, ricorda? _____

- b) È soddisfatto/a della Sua vita sessuale attuale? Nel caso non lo fosse, spieghi perché _____

- c) Ha al momento attuale qualche disturbo sessuale? _____

- d) Ha mai subito violenza sessuale? Se sì, a che età? _____

2.6. Per signore e ragazze

- a) Era preparata al Suo primo ciclo e si sentiva sufficientemente informata? _____

- b) A che età ha avuto il Suo primo ciclo? _____
- c) Il Suo ciclo è regolare? _____
- d) Ha dolori e/o il ciclo influisce sul Suo umore? _____

2.7. Relazione sentimentale e matrimonio

- a) Notizie sul partner: età _____ Professione _____
- b) Da quanto tempo siete sposati/vivete assieme? _____
- c) Descriva brevemente la personalità del Suo partner: _____

- d) Descriva brevemente la relazione che ha con il Suo partner:

- e) Notizie sui figli:

	nome	data di nascita	sexso
1. figlio/a:	_____	_____	_____
2. figlio/a:	_____	_____	_____
3. figlio/a:	_____	_____	_____
4. figlio/a:	_____	_____	_____

Descriva brevemente il rapporto con i Suoi figli: _____

Ci sono particolari problemi con i Suoi figli?

Descriva brevemente eventuali precedenti matrimoni o lunghe relazioni sentimentali:

3. ASPETTI PROBLEMATICI

a) Descriva i problemi più importanti per i quali ha deciso di intraprendere la terapia: _____

b) Da quanto esiste il Suo problema e come si è modificato nel tempo?

c) Che presupposizione ha fatto Lei rispetto alle cause del Suo problema?

d) A chi ha chiesto un consiglio fino adesso riguardo al Suo problema?

e) È stata seguita dal punto di vista medico o psicologico, prima di adesso? Se sì, dove e da chi:

f) Assume regolarmente/non regolarmente farmaci prescritti dal Suo medico?

Farmaci? si no

g) Se sì, di che farmaci si tratta?

farmaco	dosi	da quanto	prescritti dal medico	auto prescritti.
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

h) Che quantità di alcool ha assunto in media alla settimana, negli ultimi mesi?

i) Che quantità di alcool ha assunto negli ultimi mesi al giorno? _____

j) Quante sigarette fuma e quanto caffè beve al giorno? _____

AUTODESCRIZIONE

a) Sottolinei ciò che ritiene si possa riferire a Lei:

aperto, senza valore, attivo, inutile, felice, la vita è senza senso, pronto, sciocco, deciso incapace, affettuoso, non faccio niente di giusto, contento, colpevole, bonario, ho pensieri spaventosi, spiritoso, pieno di odio, premuroso, pauroso, calmo, spinto, comunicativo, insicuro, paziente, incline al panico, cordiale, aggressivo, tranquillo, gentile, fiducioso, non attraente, opprimente, abbattuto, capace, solitario, la vita ha senso, non amato, vengo usato, frainteso, irrequieto, attraente, confuso, simpatico, in conflitto, di valore, chiuso.

b) Quali sono le Sue paure più grandi?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5. Alla terapia

Chi ha scelto BBG?

Perché proprio adesso?

Quali obiettivi vuole raggiungere a BBG (almeno 3)?

Quali cambiamenti sono necessari per raggiungere tali obiettivi (relativamente alla sintomatologia, al corpo, ai pensieri, alle emozioni, all'area relazionale e ai comportamenti)?

Quali aspettative hanno riguardo al Suo percorso terapeutico a BBG:

I suoi familiari:

Il/la suo/a terapeuta inviante:

Le viene in mente qualcosa che potrebbe utile per la terapia?

Grazie!

Firma: _____

Autobiografia
(max due facciate)