

Formularz Wstępny Klienta Hipnozy

Imię i nazwisko:

Data:

1. Czy korzystałeś/aś lub korzystasz z pomocy psychiatrycznej – jeśli tak, z jakiego powodu?

2. Czy masz za sobą epizody myśli samobójczych, samookaleczeń, hospitalizacji psychiatrycznych – jeśli tak opisz w kilku zdaniach?

3. Czy przyjmujesz jakieś leki? Jeśli tak jakie?

Historia problemu

4. Czy usiłowałeś/aś swój problem już rozwiązać innymi sposobami, metodami? Jeśli tak - jakimi?

**5. Kiedy po raz pierwszy pojawił się ten problem (w przybliżeniu)?
Co wtedy działo się w Twoim życiu?**

**6. Co stanowi główny problem (temat naszej pracy)?
Czy dostrzegasz problemy współtowarzyszące?**

Wyzwalacze i motywacja

7. Jaka wg Ciebie dominująca emocja/uczucie jest impulsem przed „burzą”(wyzwalacz problematycznej sytuacji, stanu), a jakie dominuje, kiedy „burza” minie?

8. Co Cię motywuje, popycha w kierunku rozwiązania tego problemu?

9. Co sprawiło, że właśnie TERAZ postanowiłaś/eś szukać pomocy?

10. Jaki jest Twój światopogląd? W co wierzysz? Co większego jest od Ciebie co może być dla Ciebie wsparciem w procesie poza terapeutą? – np. Bóg, Siła Wyższa, Wyższe Ja, potęga umysłu, Moc Rodu itp.

MECZ – cztery poziomy przewijania problemu (Myśli-Emocje-Ciało-Zachowania)

MYŚLI

11. Jakie myśli, wewnętrzne komentarze, narracje na swój temat i na temat świata pojawiają w trudnych momentach?

np.: "jesteś taka i taka" (przykład bez insynuowania – mają to być Twoje myśli):

”

”

”

”

Jaki masz obraz samej/ego siebie?

EMOCJE

12. Jakie emocje, uczucia dominują w związku z problemem? np. poczucie zagrożenia, lęk, złość, wstyd, smutek, żal, poczucie winy, poczucie bezsilności, poczucie bezradności itd.)

13. W skali 0–10 oceń, jak bardzo te emocje są dla Ciebie obecnie obciążające:
0 – w ogóle mi nie przeszkadzają, 10 – bardzo utrudniają mi życie

Wynik:

14. Która emocja jest najsilniejsza?

JEŚLI POJAWIA SIĘ LĘK...:

15. Wypisz 3-5 sytuacji, w których bardzo wyraźnie i mocno doświadczasz lęku.
Opisz jak doświadczasz lęku w ciele i myślach.
Opisz sytuacje, których unikasz, a które uruchamiają ten lęk.

CIAŁO

16. Czy zauważasz reakcje somatyczne w ciele?

np. napięcie, ścisk w klatce piersiowej, gardle, duszność, ból głowy, brzucha, kołatanie serca, drżenie, ataki paniki, inne?;

ZACHOWANIA I REAKCJE

17. Jakie niepożądane zachowania i reakcje pojawiają się w związku z problemem?

18. W jakich obszarach życia odczuwasz skutki problemu:

- życie codzienne
- relacje
- pracę
- funkcjonowanie emocjonalne?

19. Co tracisz przez ten problem oraz zachowania i reakcje, które z niego wynikają?

Ukryte korzyści

20. Czy masz wrażenie, że problem daje Ci jakieś ukryte korzyści, których być może do tej pory nie brałeś pod uwagę? Czy ten problem coś Ci „daje” lub przed czymś chroni? (np. uwagę, poczucie kontroli, uniknięcie konfrontacji, bycie ważnym, brak ryzyka itd.)

Zasoby

21. Co w Twoim życiu działa dobrze?

22. Jakie masz cechy, umiejętności, przekonania lub doświadczenia, które mogą Ci pomóc w procesie?

Gotowość do zmiany

23. Szczerze przed samym/ą sobą odpowiadając zgodnie z pierwszym wrażeniem – w skali 0–10: jak bardzo jesteś gotowy/gotowa podjąć realną pracę nad sobą?

0 – wcale, 10 – jestem w pełni gotowy/gotowa

Wynik:

24. Co już masz lub czego potrzebujesz do pełnej gotowości?

Obraz sukcesu

25. Wyobraź sobie, że problem został całkowicie rozwiązany...:

- Po czym rozpoznajesz, że to już „to”?

- Po czym poznasz, że proces zakończył się sukcesem?

- Co robisz inaczej?

- Jak czujesz się na co dzień?

- Jak reagujesz w sytuacjach, które wcześniej uruchamiały problem?