

Контрольная форма психотерапевтического плана

Фамилия, имя, _____

Дата _____

Симптомы _____

Навязчивые образы _____

Негативное представление о себе

Длительность _____

Первичный случай (случаи)

Дополнительные инциденты (или десять основных травматических воспоминаний)

Дополнительные жалобы

Градус напряженности сейчас

Важные
люди _____

Желаемое состояние

Необходимость приобретения навыков и принадлежность к той или иной группе

