



## پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی

### پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی

#### هدف این پرسشنامه

هدف این پرسشنامه دستیابی به تصویری جامع از زندگی شماست. در فرآیند روان‌درمانی، ثبت دقیق اطلاعات باعث روشن شدن مشکل و ارائه راه‌حل‌های مؤثر می‌شود. می‌توانید با تکمیل این پرسشنامه از اتلاف وقت جلسات درمان جلوگیری کرده و از آن به نحو احسن استفاده کنید. تکمیل این پرسشنامه، فرآیند درمان شما را تسهیل می‌کند. کاملاً قابل درک است که شما در خصوص اطلاعاتی که در این پرسشنامه وارد می‌کنید، نگران باشید. اما هویت حرفه‌ای روان‌شناسی بر **رازداری** بنا شده است. این اطلاعات نزد روان‌شناس محفوظ می‌ماند.

● اگر تمایل ندارید به بعضی از سؤالاتها جواب بدهید، اشکالی ندارد به آنها جواب ندهید.

#### ۱) اطلاعات کلی

نام:

نام خانوادگی:

آدرس:

شماره تلفن منزل:

شماره تلفن محل کار:

شماره تلفن همراه:

سن:

شغل:

از طرف چه کسی به این کلینیک معرفی شدید؟

وضعیت تأهل: مجرد  متأهل  مطلقه  ازدواج مجدد  دوران نامزدی

نوع منزل: شخصی  استیجاری





## ۲) مشکلات فعلی

مشکلات فعلی خود را بنویسید؟

.....  
 .....  
 .....

شدت مشکل (یا مشکلات) شما چقدر است؟

.....  
 .....

- مشکلات، تا حدودی باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، به شدت باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، خیلی زیاد باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، شما را از پای درآورده‌اند.

مشکلات شما از کی شروع شدند؟

.....  
 .....

درست زمانی که دچار مشکل شدید چه اتفاقاتی در زندگی شما رخ داد که فکر می‌کنید در ایجاد مشکل شما نقش داشته‌اند؟

.....  
 .....

برای حل مشکل خود از چه راه‌حلهایی استفاده کردید و کدام راه‌حل‌ها مفید بودند؟

.....  
 .....  
 .....

آیا قبل از این که به این کلینیک بیایید به روان‌شناس، روان‌پزشک یا مشاور مراجعه کردید؟

- بلی  خیر

اگر مراجعه کردید، لطفاً نوع اقدامات آنها و میزان تأثیر آنها را بنویسید؟

.....  
 .....  
 .....  
 .....





### ۳) سابقه شخصی و اجتماعی

۳-۱) تاریخ تولد:

۳-۲) تعداد برادر (برادران):

۳-۳) تعداد خواهر (خواهران):

۳-۴) فرزند چندم خانواده هستید؟

۳-۵) آیا پدرتان در قید حیات است؟ بلی  خیر

۳-۶) اگر پدرتان زنده است، سن ایشان چقدر است؟

۳-۷) اگر پدرتان فوت شده‌اند، زمان مرگ ایشان، شما چند سال داشتید؟

۳-۸) علت مرگ پدرتان چه بود؟

.....  
.....

۳-۹) شغل پدر: سطح تحصیلات پدر:

۳-۱۰) آیا مادرتان در قید حیات است؟ بلی  خیر

۳-۱۱) اگر مادرتان زنده است، سن ایشان چقدر است؟

.....  
.....

۳-۱۲) اگر مادرتان فوت شده‌اند، زمان مرگ ایشان، شما چند سال داشتید؟

۳-۱۳) علت مرگ مادرتان چه بود؟

.....  
.....

۳-۱۴) شغل مادر: سطح تحصیلات مادر:

۳-۱۵) سطح تحصیلات خودتان:

.....  
.....

۳-۱۶) نقاط ضعف و قوت دوران تحصیل خود را بنویسید؟

.....  
.....

۳-۱۷) فکر می‌کنید کدام یک از جملات زیر توصیف کننده دوران بچگی شماست؟ [می‌توانید چند

عبارت را انتخاب کنید].

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که غمگین و ناراحت بود.   | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که شاد و خندان بود.  |
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات خانوادگی داشت. | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات درسی داشت. |
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات عاطفی داشت.    | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که بیماری جسمی داشت. |





۱۸-۳) فکر می‌کنید کدامیک از جملات زیر توصیف‌کننده دوران نوجوانی شماست؟ [می‌توانید چند عبارت را انتخاب کنید].

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که غمگین و ناراحت بود.         | <input type="checkbox"/> نوجوانی که شاد و خندان بود.       |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات خانوادگی داشت.       | <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات درسی داشت.      |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات عاطفی و رفتاری داشت. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که بیماری جسمی داشت.      |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که گوشه‌گیر و منزوی بود.       | <input type="checkbox"/> نوجوانی که با معلمان درگیر می‌شد. |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که با مذهب مشکل داشت.          | <input type="checkbox"/> نوجوانی که دوست صمیمی نداشت.      |

۱۹-۳) در حال حاضر مشغول چه کاری هستید؟

.....

۲۰-۳) از زمانی که مشغول به کار شدید چه شغل‌هایی را عوض کردید؟

.....

۲۱-۳) آیا از شغل فعلی خود راضی هستید؟ بلی  خیر   
اگر از شغلتان راضی نیستید دلیل آن را بنویسید؟

.....

۲۲-۳) آیا دخل و خرج شما مساوی است؟ بلی  خیر   
۲۳-۳) آیا از نظر مالی در مضیغه هستید؟ بلی  خیر   
۲۴-۳) بلندپروازهای گذشته شما چی بودند؟

.....

۲۵-۳) بلندپروازی‌های آینده شما چی هستند؟

.....

۲۶-۳) قد شما چند سانتیمتر است؟

.....

۲۷-۳) وزن شما چقدر است؟

.....





۲۸-۳ آیا تا به حال به خاطر مشکلات روانشناختی در بیمارستان بستری شده‌اید؟

بلی  خیر

۲۹-۳ آیا تا به حال به خودکشی فکر کرده‌اید؟

بلی  خیر

۳۰-۳ آیا تا به حال برای خودکشی اقدام کرده‌اید؟

بلی  خیر

۳۱-۳ آیا کسی از اعضای خانواده شما یا بستگان نزدیکتان دست به خودکشی زده است؟

بلی  خیر

۳۲-۳ آیا کسی از اعضای خانواده شما به خاطر تشنج و افسردگی یا سایر مشکلات روانی در

بیمارستان بستری شده است؟ بلی  خیر

۳۳-۳ آیا تا به حال به خاطر مسایل قانونی، پای شما به دادگاه، یا کالنتری یا زندان کشیده شده است؟

بلی  خیر

### تحلیل مشکلات فعلی شما

این بخش به شما کمک می‌کند که مشکلات فعلی خود را بطور دقیق و شفاف بشناسید. علاوه بر این، تکمیل این بخش به ما کمک می‌کند که روشهای درمان مؤثری برای شما به کار ببریم. این بخش مشکلات شما را در هفت بُعد بررسی می‌کند. این ابعاد عبارتند از: رفتار، عواطف، احساس‌های جسمی، تصاویر ذهنی، افکار، روابط بین فردی و عوامل زیستی.

### ۴ رفتار

۱-۴ فکر می‌کنید کدامیک از رفتارهای زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین رفتار را انتخاب کنید].

- |                          |                    |                          |                            |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | اقدام به خودکشی    | <input type="checkbox"/> | پرخوری                     |
| <input type="checkbox"/> | مصرف خودسرانه دارو | <input type="checkbox"/> | ناتوانی در نگهداشتن یک شغل |
| <input type="checkbox"/> | بی‌خوابی           | <input type="checkbox"/> | وسواس‌های عملی             |
| <input type="checkbox"/> | از دست دادن کنترل  | <input type="checkbox"/> | سیگار کشیدن                |
| <input type="checkbox"/> | رفتار عجیب و غریب  | <input type="checkbox"/> | نسنجیده عمل کردن           |
| <input type="checkbox"/> | تنبلی              | <input type="checkbox"/> | کناره‌گیری از دیگران       |
| <input type="checkbox"/> | تیک‌های عصبی       | <input type="checkbox"/> | مشروب نوشیدن               |
| <input type="checkbox"/> | بیش از حد کار کردن | <input type="checkbox"/> | مشکلات خوردن               |
| <input type="checkbox"/> | رفتار پرخاشگرانه   | <input type="checkbox"/> | مشکل در تمرکز حواس         |
| <input type="checkbox"/> | مشکل در خواب       | <input type="checkbox"/> | به تعویق انداختن کارها     |
| <input type="checkbox"/> | واکنش‌های تکانشی   | <input type="checkbox"/> | زود به گریه افتادن         |
| <input type="checkbox"/> | اوقات تلخی         | <input type="checkbox"/> | اجتناب از موقعیت‌ها        |





۴-۲) آیا رفتار یا عمل خاصی هست که شما دوست داشته باشید آن را تغییر بدهید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۳) چه مهارت‌ها یا ویژگی‌هایی دارید که به آنها افتخار می‌کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۴) دوست دارید چه کاری را بیشتر انجام دهید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۵) دوست دارید چه کاری را کمتر انجام دهید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۶) دوست دارید چه کاری را شروع کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۷) دوست دارید چه کاری را متوقف کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۴-۸) چقدر وقت آزاد دارید؟

.....  
.....  
.....  
.....





۴-۹) آیا می‌توانید خودتان را از سر کارهای بی‌معنی و مزخرف خلاص کنید؟

.....

.....

.....

۴-۱۰) آیا روشهای آرام‌بخش، مثل یوگا، را هر روز اجرا می‌کنید؟

.....

.....

.....

### ۵) احساسات

۵-۱) فکر می‌کنید کدامیک از احساسهای زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین احساس را انتخاب کنید].

- |                          |            |                          |            |                          |          |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | غمگین      | <input type="checkbox"/> | احساس گناه | <input type="checkbox"/> | خشم      |
| <input type="checkbox"/> | خسته       | <input type="checkbox"/> | شاد        | <input type="checkbox"/> | دلخور    |
| <input type="checkbox"/> | بی‌قرار    | <input type="checkbox"/> | تعارف      | <input type="checkbox"/> | ناراحت   |
| <input type="checkbox"/> | تنها       | <input type="checkbox"/> | متأسف      | <input type="checkbox"/> | افسرده   |
| <input type="checkbox"/> | رضایت‌ناظر | <input type="checkbox"/> | امیدوار    | <input type="checkbox"/> | مضطرب    |
| <input type="checkbox"/> | برانگیخته  | <input type="checkbox"/> | ناامید     | <input type="checkbox"/> | ترسناک   |
| <input type="checkbox"/> | خوش‌بین    | <input type="checkbox"/> | درمانده    | <input type="checkbox"/> | وحشت‌زده |
| <input type="checkbox"/> | تنش        | <input type="checkbox"/> | راحت       | <input type="checkbox"/> | پرانرژی  |
| <input type="checkbox"/> | نفرت       | <input type="checkbox"/> | حسود       | <input type="checkbox"/> | غبطه     |

۵-۲) پنج مورد از ترسهای مهم خود را بنویسید؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.

۵-۳) چه احساسهایی را بیشتر دوست دارید تجربه کنید؟

.....

.....

.....





۴-۵) چه احساسهایی کمتر دوست دارید تجربه کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۵-۵) اخیراً چه احساسهای مثبتی را تجربه کرده اید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۶-۵) در چه موقعیت‌هایی نمی‌توانید احساسهای خود را کنترل کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۷-۵) در چه موقعیت‌هایی احساس راحتی و آرامش می‌کنید؟

.....  
.....  
.....  
.....

۸-۵) لطفاً جملات زیر را تکمیل کنید:

الآن احساس می‌کنم...

.....  
.....  
.....  
.....

وقتی احساس غرور می‌کنم که...

.....  
.....  
.....  
.....







وقتی احساس گناه می‌کنم که...

.....  
.....  
.....

وقتی خوشحالم که...

.....  
.....  
.....

وقتی ناراحتم که...

.....  
.....  
.....

اگر نمی‌ترسیدم ممکن بود...

.....  
.....  
.....

وقتی عصبانی می‌شوم که...

.....  
.....  
.....

اگر عصبانی بشوم...

.....  
.....  
.....

۹-۵) از چه کارهایی لذت می‌برید و آنها را به عنوان کار لذتبخش انجام می‌دهید؟

.....  
.....





.....  
 .....  
 .....  
 ۵-۱۰ آیا در کسب لذت و آرامش ناشی از تعطیلات آخر هفته یا مرخصی‌ها مشکل دارید؟

بلی  خیر

۵-۱۱ اگر پاسخ شما بلی است دلیل آن را توضیح دهید؟

.....  
 .....  
 .....

### ۶ احساسهای بدنی

۶-۱ فکر می‌کنید کدامیک از احساسهای بدنی زیر به شما ربط دارند؟

- |                          |                  |                          |                |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | سرگیجه           | <input type="checkbox"/> | سردرد          |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات دیداری    | <input type="checkbox"/> | درد معده       |
| <input type="checkbox"/> | تیک              | <input type="checkbox"/> | تپش قلب        |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات شنیداری   | <input type="checkbox"/> | مشکلات پوستی   |
| <input type="checkbox"/> | خستگی            | <input type="checkbox"/> | گرفتگی عضلانی  |
| <input type="checkbox"/> | تنش              | <input type="checkbox"/> | خشکی دهان      |
| <input type="checkbox"/> | کمردرد           | <input type="checkbox"/> | آشفتگی در خواب |
| <input type="checkbox"/> | ناتوانی در آرامش | <input type="checkbox"/> | درد سینه       |
|                          |                  | <input type="checkbox"/> | لرزش           |
|                          |                  | <input type="checkbox"/> | کریختگی        |

### ۷ تصاویر ذهنی

۷-۱ فکر می‌کنید کدامیک از تصاویر ذهنی زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین تصویر ذهنی را

انتخاب کنید].

- |                          |                                    |                          |                                   |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی لذتبخش جنسی            | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی ناخوشایند جنسی        |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از تنهایی         | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی ناخوشایند دوران کودکی |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از اغواگری جنسی   | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از در ماندگی     |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از دوست داشته شدن | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از پرخاشگری      |

۷-۲ چه تصویری از خودتان در ذهن شما نقش بسته است؟

- آسیب دیده  آسیب زنده به دیگران





- |                          |                        |                          |                       |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ناتوان در برابر مشکلات | <input type="checkbox"/> | درمانده               |
| <input type="checkbox"/> | اجتماعی و بشاش         | <input type="checkbox"/> | موفق                  |
| <input type="checkbox"/> | شکست خورده             | <input type="checkbox"/> | فاقد کنترل            |
| <input type="checkbox"/> | گیر افتاده             | <input type="checkbox"/> | دنباله رو             |
|                          |                        | <input type="checkbox"/> | مورد تمسخر قرار گرفته |

۷-۳) سایر تصاویر ذهنی:

۷-۳-۱) اغلب اوقات چه تصویری از خودتان در ذهن شما نقش می‌بندد؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۲) خیال‌پردازی یا تصویر ذهنی لذتبخش خود را بنویسید؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۳) خیال‌پردازی یا تصویر ذهنی ناخوشایند خود را بنویسید؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۴) اگر قرار باشد در یک مکان امن و راحت باشید چه تصویری به ذهنتان خطور می‌کند؟

.....

.....

.....

.....





۵-۳-۷) آیا اغلب اوقات کابوس می بینید؟

.....

.....

.....

.....

.....

### ۸) افکار

۸-۱) فکر می کنید کدامیک از افکار زیر به شما ربط دارند؟

- من فردی بی ارزش، بی کفایت و نالایق هستم.  بلی  خیر
- من فردی دیوانه، خطرناک و شیطان صفت هستم.  بلی  خیر
- زندگی بی ارزش، بی معنی و بی محتواست.  بلی  خیر
- خیلی اشتباه می کنم و هیچ کاری درست از آب در نمی آید.  بلی  خیر

۸-۲) اگر قرار باشد خودتان در قالب کلمه توصیف کنید کدامیک از کلمات زیر را برمی گزینید؟  
[می توانید چندین کلمه را انتخاب کنید.]

- |                          |              |                          |             |                          |                  |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | حواسپرت      | <input type="checkbox"/> | دیوانه      | <input type="checkbox"/> | باهوش            |
| <input type="checkbox"/> | بازرزش       | <input type="checkbox"/> | باملاحظه    | <input type="checkbox"/> | با اعتماد به نفس |
| <input type="checkbox"/> | جاه طلب      | <input type="checkbox"/> | جذاب        | <input type="checkbox"/> | منحرف            |
| <input type="checkbox"/> | دوست نداشتنی | <input type="checkbox"/> | حساس        | <input type="checkbox"/> | زشت              |
| <input type="checkbox"/> | بی کفایت     | <input type="checkbox"/> | قابل اعتماد | <input type="checkbox"/> | بلا تکلیف        |
| <input type="checkbox"/> | بی ارزش      | <input type="checkbox"/> | گیج         | <input type="checkbox"/> | پشیمان           |
| <input type="checkbox"/> | آدم معمولی   | <input type="checkbox"/> | سخت کوش     | <input type="checkbox"/> | شوخ طبع          |
| <input type="checkbox"/> | شیطان صفت    | <input type="checkbox"/> | صادق        | <input type="checkbox"/> | بی فایده         |

۸-۳) آیا تا به حال پیش آمده به علت فراوانی افکار خاصی که به ذهن شما خطور می کند، کلافه شوید؟

- خیر  بلی





۴-۸) هر یک از جملات زیر را به دقت بخوانید و میزان اعتقاد خود به آنها را مشخص کنید.

کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نه موافقم و نه مخالفم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم	جملات
					۱. نباید اشتباه کنم.
					۲. باید هر کاری را به نحو احسن و بدون عیب و نقص انجام بدهم.
					۳. اگر کاری را بلد نیستم باید وانمود کنم که از پس آن کار برمی آیم.
					۴. نباید اطلاعات شخصی خود را با کسی در میان بگذارم.
					۵. شرایط محیطی باعث شده آدم بدبختی باشم.
					۶. زندگی من تحت کنترل عوامل بیرونی است.
					۷. بقیه نسبت به من خوشحالترنند.
					۸. خیلی برای من مهم است که دیگران از من خوششان بیاید.
					۹. لیاقت خوشبختی را ندارم.
					۱۰. اگر مشکلاتم را نادیده بگیرم به تدریج حل می شوند.
					۱۱. وظیفه من است که دیگران را خوشحال و خوشبخت کنم.
					۱۲. باید کارم را بدون عیب و نقص انجام بدهم.
					۱۳. کلاً دو راه در زندگی پیش رو ندارم: یا باید کارم را درست انجام بدهم یا این که اصلاً دست به هیچ کاری نمی زنم.

۵-۸) چه انتظاری از درمان دارید؟

.....

.....

.....

.....





۸-۶) فکر می‌کنید درمان چه کاری برای شما انجام می‌دهد؟

.....  
.....  
.....

۸-۷) فکر می‌کنید مدت زمان درمان شما چقدر طول می‌کشد؟

.....  
.....  
.....

۸-۸) به نظر شما یک درمانگر با مراجع خود چگونه باید برخورد کند؟

.....  
.....  
.....

۸-۹) به نظر شما یک درمانگر ایده‌آل چه ویژگی‌هایی دارد؟

.....  
.....  
.....

۸-۱۰) لطفاً این جملات را تکمیل کنید:

آدمی هستم که...

.....  
.....  
.....

تمام زندگی من...

.....  
.....  
.....

از همان زمان که بچه بودم...

.....  
.....  
.....

برای من سخت است که بپذیرم...

.....  
.....  
.....





یکی از چیزهایی که نمی توانم ببخشم این است که...

.....  
.....

## ۹) روابط بین فردی

۹-۱) خانواده اصلی

۹-۱-۱) شخصیت خود را توصیف کنید؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۲) نگرش پدرتان نسبت به شما در حال حاضر چگونه است؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۳) نگرشی پدرتان نسبت به شما در گذشته چگونه بوده است؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۴) شخصیت مادر خود را توصیف کنید.

.....  
.....  
.....

۹-۱-۵) نگرش مادرتان نسبت به شما در حال حاضر چگونه است؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۶) نگرش مادرتان نسبت به شما در گذشته چگونه بوده است؟

.....





.....  
.....

۹-۱-۷) والدین شما از چه طریقی انضباط را در خانه اعمال می‌کنند؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۸) حال و هوای عاطفی خانواده شما چگونه بود؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۹) چه ویژگی‌هایی در شما وجود دارد که دقیقاً مثل ویژگیهای پدر یا مادرتان است.

.....  
.....  
.....

۹-۱-۱۰) آیا می‌توانید با والدین خود درد دل کنید؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۱۱) آیا والدینتان شما را درک می‌کنند؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۱۲) آیا والدینتان به شما احترام می‌گذاشتند؟

.....  
.....  
.....







۹-۱-۱۳ آیا والدینتان شما را دوست داشتند؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۱۴ آیا کسی در تصمیم‌گیریهای شما دخالت می‌کنند؟

.....  
.....  
.....

۹-۱-۱۵ مهمترین فرد در زندگی شما کیست؟

.....  
.....  
.....

۹-۲ دوستان

۹-۲-۱ آیا با دیگران راحت دوست می‌شوید؟

.....  
.....  
.....

۹-۲-۲ آیا می‌توانید روابط دوستانه خود را ادامه دهید؟

.....  
.....  
.....

۹-۲-۳ وقتی در محیطهای اجتماعی قرار می‌گیرید چه احساسی دارید؟

کاملاً راحت  تا حدودی راحت  تا حدودی ناراحت  کاملاً مضطرب

۹-۲-۴ آیا شما عقاید احساسات و نگرشهای خود را با صراحت و صداقت با دوستانتان در میان

می‌گذارید؟ بلی  خیر





۹-۲-۵) اگر پاسخ شما خیر است لطفاً دلیل آن را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

۹-۷-۶) آیا قبل از ازدواج با جنس مخالف رابطه‌ی دوستانه داشته‌اید؟ بلی  خیر   
 اگر پاسخ شما خیر است لطفاً دلیل آن را بنویسید؟

.....

.....

.....

۹-۲-۷) آیا دوست صمیمی داشته‌اید که بتوانید با او درد دل کنید؟ بلی  خیر

۹-۳) ازدواج

۹-۳-۱) دوران نامزدی شما چقدر طول کشید؟

.....

۹-۳-۲) سن همسر شما چقدر است؟

.....

۹-۳-۳) شغل همسر تان چیست؟

.....

۹-۳-۴) شخصیت همسر خود را توصیف کنید؟

.....

.....

.....

۹-۳-۵) در چه حوزه‌هایی با یکدیگر اشتراک نظر دارید؟

.....

.....

.....

.....





۹-۳-۶) در چه حوزه‌هایی با یکدیگر اختلاف نظر دارید؟

.....

.....

.....

۹-۳-۷) آیا فرزند دارید؟ بلی  خیر

۹-۳-۸) اگر فرزند دارید، لطفاً سن و جنسیت آنها را بنویسید؟

.....

.....

.....

۹-۳-۹) آیا بچه‌های شما مشکل خاصی دارند؟

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> مشکلات تحصیلی | <input type="checkbox"/> گوشه‌گیری | <input type="checkbox"/> پرخاشگری        |
| <input type="checkbox"/> بی‌انضباطی    | <input type="checkbox"/> شلختگی    | <input type="checkbox"/> قلدری و زورگویی |

۹-۴) سایر روابط اجتماعی

۹-۴-۱) آیا با همکاران خود مشکل دارید؟ بلی  خیر   
اگر جواب سؤال بلی است لطفاً دلایل آن را بنویسید؟

.....

.....

.....

۹-۴-۲) لطفاً این جملات را کامل کنید:

● یکی از راههایی که مردم باعث آزار من می‌شوند این است که...

.....

.....

.....

● یک مادر باید...

.....

.....

.....





● یک پدر باید...

.....  
 .....  
 .....

● یک دوست واقعی باید ...

.....  
 .....  
 .....

۳-۴-۹) آیا تا بحال پیش آمده که احساس کنید دیگران شما را تحویل نمی گیرند؟

بلی  خیر

اگر جواب سؤال بلی است، دلیل آن را بنویسید؟

.....  
 .....  
 .....

۱-۱۰) عوامل زیستی:

آیا مشکل جسمی خاصی دارید؟  بلی  خیر

اگر جواب سؤال مثبت است لطفاً مشکل خود را بنویسید؟

.....  
 .....  
 .....

۲-۱۰) آیا از طی شش ماه گذشته داروی خاصی مصرف کرده اید؟  بلی  خیر

۳-۱۰) نام دارو را بنویسید؟

.....  
 .....

۴-۱۰) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان به این مشکلات مبتلا بوده است، لطفاً آن را مشخص کنید.

- |                                       |                                       |                                |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مشکل تیروئید | <input type="checkbox"/> مشکلات پوستی | <input type="checkbox"/> آسم   |
| <input type="checkbox"/> بیماری عفونی | <input type="checkbox"/> دیابت        | <input type="checkbox"/> سرطان |
| <input type="checkbox"/> تشنج         | <input type="checkbox"/> زخم معده     | <input type="checkbox"/> میگرن |





### ۱۱) تاریخچه زندگی

هر انسانی در طول زندگی خود خاطرات و تجارب مهمی دارد که در ذهن او حک می شوند.

۱-۱) لطفاً با توجه به مراحل سنی زیر خاطرات و تجارب مهم را بنویسید؟

.....

.....

.....

.....

۲-۱۱) تولد تا ۵ سالگی

.....

.....

.....

.....

۳-۱۱) ۶ تا ۱۰ سالگی

.....

.....

.....

.....

۴-۱۱) ۱۱ تا ۱۵ سالگی

.....

.....

.....

.....

۵-۱۱) ۱۶ تا ۲۰ سالگی

.....

.....

.....

.....





۱۱-۶ (۲۱ تا ۲۵ سالگی)

.....

.....

.....

.....

۱۱-۷ (۲۶ تا ۳۰ سالگی)

.....

.....

.....

.....

۱۱-۸ (۳۱ تا ۳۵ سالگی)

.....

.....

.....

.....

۱۱-۹ (۳۵ تا ۴۰ سالگی)

.....

.....

.....

.....

۱۱-۱۰ (۴۱ تا ۴۵ سالگی)

.....

.....

.....

.....

۱۱-۱۱ (۴۶ تا ۵۰ سالگی)

.....

.....





.....  
.....

۱۱-۱۲ (۵۱ تا ۵۵ سالگی)

.....  
.....  
.....

۱۱-۱۳ (۵۶ تا ۶۰ سالگی)

.....  
.....  
.....

۱۱-۱۴ (پس از ۶۰ سالگی)

.....  
.....  
.....

