

Zapis *automatycznych myśli*

Pacjent _____

data _____

DATA I GODZINA SYTUACJA Gdzie, kiedy, w jakich okolicznościach?	EMOCJE Co czułam/em? (np. lęk, gniew, niepokój, strach, złość, smutek) Jak były one silne? (0–100)	AUTOMATYCZNE MYŚLI, KTÓRE POJAWIŁY SIĘ W TYM MOMENCIE Jak silnie wierzyłam/em w każdą z nich? (0–100) albo Jak silna emocja towarzyszyła tej myśli? (0–100)