
SINTOMI:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evitamenti | <input type="checkbox"/> Sonno |
| <input type="checkbox"/> Rimuginio | <input type="checkbox"/> Dolori |
| <input type="checkbox"/> Ossessioni-compulsioni | <input type="checkbox"/> Isolamento |
| <input type="checkbox"/> Agiti/Comp a rischio | <input type="checkbox"/> Pensieri Suicidari (progetti) |
| <input type="checkbox"/> Pianto | <input type="checkbox"/> Uso Alcol e sostanze |
| <input type="checkbox"/> Attacchi di Panico/Ansia | <input type="checkbox"/> Sex |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione | <input type="checkbox"/> Autolesionismo |

A	B	C

OBIETTIVI TERAPEUTICI

Quali sono i nostri obiettivi? Come saprà che la terapia ha avuto successo?

Salute

Patologie organiche: _____

Interventi chirurgici: _____

Utilizzo farmaci(dosi e effetti): _____

Familiarità con disturbi psichiatrici _____

Interventi precedenti (psicoterapie o altro/perché interrotti/cosa non ha funzionato)

Funzionamento

Con chi vive: _____

5 Aggettivi per descriversi: _____

Interessi, hobby, tempo libero:

Routine giornaliera quotidiana e nel we

LAVORO/SCUOLA

Occupazione lavorativa _____

Lavori passati _____

Il suo lavoro attuale la soddisfa? _____

Livello di istruzione: _____

Difficoltà scolastiche in passato: _____

RELAZIONI

AMICIZIE

Ha amici? Con che frequenza li vede? Cosa fa con loro? Ha amici intimi?

ORIENTAMENTO SEX E IDENTITÀ di GENERE

PARTNER

Da quanto tempo dura la relazione col suo partner? _____

Da quanto tempo è sposato/convivente? _____

Età del partner: _____

Professione del partner: _____

5 aggettivi

Come valuta questa relazione?

Si ritiene soddisfatto da un punto di vista sessuale? _____

Come vive la sua sessualità? _____

Rapporti con la famiglia del partner _____

FIGLI (Età, nome, solarizzazione, aggettivi, valutazione della relazione)

RISORSE

Sistema di supporto sociale attuale e passato (insegnanti, parenti, coach): Quali sono le persone di cui si fida e dalle quali si sente appoggiato nella sua vita attuale? E nel passato?

Risorse di padronanza (forza dell'io, abilità di coping, capacità): Quali sono i momenti positivi della sua vita in cui ha sperimentato successo, sicurezza, capacità, coraggio..?

VALORI

- Lavoro/formazione: comprende il posto di lavoro, la carriera, la formazione, lo sviluppo di competenze.
quanto è importante per te questa area 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
quanto ti senti vicino a questi valori adesso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Relazioni: comprende il tuo partner, i bambini, i genitori, i parenti, gli amici e i colleghi.
quanto è importante per te questa area 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
quanto ti senti vicino a questi valori adesso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Crescita personale/salute: può comprendere la religione, la spiritualità, la creatività, abilità di vita, meditazione, yoga, natura; esercizio fisico, alimentazione e/o occuparsi di fattori di rischio per la salute.
quanto è importante per te questa area 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
quanto ti senti vicino a questi valori adesso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Divertimento/Svago: come tu giochi, ti rilassi o ti godi te stesso; attività per riposarsi, svagarsi, divertirsi e la creatività.
quanto è importante per te questa area 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
quanto ti senti vicino a questi valori adesso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVENTI TRAUMATICI

- SALUTE È mai stato ricoverato in ospedale per motivi di salute? Quante volte? Com'è stata l'esperienza di ospedalizzazione?
- SEPARAZIONE È mai stato lontano dalla sua famiglia, durante l'infanzia e l'adolescenza, ad esempio per una vacanza (per una colonia estiva o per un campo-scuola?) Com'è stata l'esperienza?
- MOLESTIE : Si ricorda se da bambino è stato "toccato" da qualcuno, se ha subito molestie sessuali? da parte di chi ha subito tali molestie? Lo ha mai comunicato a qualcuno? Come ha reagito questa persona?
- LUTTI/MALATTIE: Ci sono state ospedalizzazioni, malattie o lutti all'interno della sua famiglia (genitori, fratelli, coniuge, ecc.)?
- ABORTI Ha avuto degli aborti (spontanei o indotti) ?

**Anamnesi passato
FAMIGLIA D'ORIGINE**

• **MADRE:**

Età _____ (ex) Professione: _____

5 aggettivi per descriverlo

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

Ricorda se sua madre, quando lei era molto piccolo, si prendeva cura di lei in maniera adeguata, rispondendo ai suoi bisogni e alle sue necessità? Quando lei era molto piccolo, si sentiva protetto da sua madre? si sentiva ben accolto e compreso da sua madre? le è capitato di sentirsi trascurato o rifiutato da sua madre?

Come valuta la relazione con lei: _____

• PADRE:

Età _____

(ex) Professione: _____

5 aggettivi per descriverlo

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

_____ esempi: _____

Come valuta la relazione con lui: _____

GENOGRAMMA

INFANZIA, ADOLESCENZA

Che cosa sa, che cosa le hanno raccontato della sua nascita?

Risalendo all'infanzia, quali sono i suoi primi ricordi? (se il paziente non ricorda chiedergli di portare fotografie).

SCUOLA MATERNA (da che età? Se no: per quale ragione? Che cosa ricorda del suo inserimento nella scuola materna? Come ha vissuto la separazione da sua madre quando ha iniziato a frequentare la scuola materna? Che cosa ricorda del periodo trascorso alla scuola materna? rapporto con le maestre e con i compagni?

SCUOLA ELEMENTARE (Qual era il suo rendimento alla scuola elementare? Che cosa ricorda del periodo trascorso alla scuola elementare? rapporto con le maestre e con i compagni?)

SCUOLA MEDIA

LINEA DELLA VITA



CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO (4p)

Ipotesi diagnostica

Fattori predisponenti (vulnerabilità)

Fattori precipitanti (eventi scatenanti)

Fattori perpetuanti (mantenimento)

Fattori protettivi (risorse)

TEMI, SCHEMI E PATTERN RICORRENTI