

Psicometrica.it

PSICOMETRICA WORKBOOK

Protocollo di Valutazione Intervento Clinico

Roberto Pedone, PhD



PSICOMETRICA

WORKBOOK

VALUTAZIONE – DIAGNOSI - TRATTAMENTO

PROTOCOLLO - Ver. 1.0

ROBERTO PEDONE

Psicometrica Clinica

BIBLIOGRAFIA

Pedone R. (2020), Protocollo di valutazione clinica in psicoterapia.
Psicometrica.it



PSICOMETRICA

WORKBOOK

VALUTAZIONE – DIAGNOSI - TRATTAMENTO

PROTOCOLLO - Ver. 1.0

FASI DEL PROTOCOLLO

1. ANAMNESI DEL PAZIENTE
2. PREPARAZIONE
3. ASSESSMENT
4. TRATTAMENTO
5. RIVALUTAZIONE
6. DESCRIZIONE DEL CASO

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICATIVO CLIENTE

CODICE ID: _____

COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____

NOTE:

VALUTATORE DEL PROTOCOLLO

CODICE: _____

COGNOME E NOME: _____

NOTE: _____

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ANAGRAFICA

COGNOME: _____ **NOME:** _____

DATA DI NASCITA: _____

CODICE IDENTIFICATIVO: _____

Sesso: M F **ANNI:** _____

ALTEZZA (cm): _____ **PESO (kg):** _____

- | | | | |
|--------------|---|-------------------------|---|
| Stato | 1. <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile | Titolo di Studio | 1. <input type="checkbox"/> Nessuno |
| | 2. <input type="checkbox"/> Coniugato/a | | 2. <input type="checkbox"/> Licenza elementare |
| | 3. <input type="checkbox"/> Separato/a | | 3. <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore |
| | 4. <input type="checkbox"/> Divorziato/a | | 4. <input type="checkbox"/> Licenza media superiore |
| | 5. <input type="checkbox"/> Vedovo/a | | 5. <input type="checkbox"/> Laurea/Specializzazione |
| | 6. <input type="checkbox"/> Convivente | | |

PROFESSIONE: _____

LE MISURE CONTENUTE NEL PRESENTE PROTOCOLLO SONO RELATIVE A:

PRIMA MISURAZIONE (TEST):

MISURAZIONE SUCCESSIVA (RE-TEST):

RE-TEST NUMERO: _____

MISURAZIONE FINALE (FOLLOW-UP):

FOLLOW-UP NUMERO: _____

DATA DELLA VALUTAZIONE: _____

NOTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ISTRUZIONI.

Risponda alle domande facendo una crocetta sulla casella che meglio indica la sua valutazione.

		pessima	cattiva	mediocre	suffic.	discreta	buona	ottima
1.	Come valuta la sua relazione con la famiglia di origine?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.	Come era la sua relazione con i compagni di scuola?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.	Come era la sua relazione con gli insegnanti?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.	Come é il livello di soddisfazione nel suo lavoro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
5.	Come valuta la sua situazione economica?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
6.	Come è la relazione con i suoi colleghi di lavoro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
7.	Di solito come sono o come sono state le relazioni con il/la partner?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8.	Come sono le sue relazioni sociali?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
9.	Come pensa che sia il livello di qualità del suo tempo libero?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
10.	Quale opinione pensa che gli amici abbiano di lei?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
11.	Quale opinione pensa che il/la partner ha (o abbia avuto) di lei?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
12.	Quale opinione pensa che la sua famiglia di origine ha (o abbia avuto) di lei?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

CLIENTE

SPIEGHI BREVEMENTE LA NATURA DEL SUO PROBLEMA DESCRIVENDO I SUOI SINTOMI:

NOTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

NUCLEO FAMILIARE DI ORIGINE

Nome	Parentela	Età	Professione	Conviventi al momento (si/no)	Note

NUCLEO FAMILIARE ATTUALE

Nome	Parentela	Età	Professione	Conviventi al momento (si/no)	Note

NOTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

UOMINI	DONNE
Ha effettuato il servizio militare/civile? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Età della prima mestruazione: _____ (anni) Data ultima mestruazione: _____ Riscontra cambiamenti del tono dell'umore associati al periodo mestruale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì quali e quando? _____

DATI ANAMNESTICI

ANAMNESI FAMILIARE: NEGATIVA

ANAMNESI FAMILIARE: POSITIVA PER:

	NUCLEO FAMILIARE	RAMO PATERNO	RAMO MATERNO
1. DEPRESSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. CICLOTIMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SCHIZOFRENIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TOSSICODIPENDENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ALCOLISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SUICIDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. DAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ALTRO: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE:

NOTE CLIENTE:

NOTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

INDICATORI DI MAGGIOR RISCHIO

ABUSO DI ALCOLICI: NO SALTUARIO SI [PER QUANTO TEMPO: __]

USO DI DROGHE:

		saltuario	tossicofilia	tossicodipendenza	in atto
oppiacei	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cocaina	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
amfetamine	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allucinogeni	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: _____

TENTATIVI DI SUICIDIO: NO SI [SPECIFICARE]

PATOLOGIE ORGANICHE CONCOMITANTI: NO SI [SPECIFICARE]

NOTE CLIENTE:

NOTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DIAGNOSI E TRATTAMENTI PRECEDENTI

ESORDIO DEL QUADRO CLINICO: _____

DIAGNOSI PRECEDENTE/ATTUALE (EVENTUALE SPEC: DSM / ICD):

FARMACOTERAPIA:

	PREPARATO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
1. NESSUNA	_____	_____	_____
2. ANTIPICOTICI (AP)	_____	_____	_____
3. AP DEPOT	_____	_____	_____
4. ANSIOLITICI	_____	_____	_____
5. ANTIDEPRESSIVI	_____	_____	_____
6. LITIO	_____	_____	_____
7. STAB. UMORE	_____	_____	_____
8. ANTICOLINERGICI	_____	_____	_____
9. ALTRO	_____	_____	_____

NOTE: _____

RICOVERI: NO SI

SPDC T.S.O. CASE DI CURA COMUNITÀ TERAPEUTICHE

ALTRO / NOTE: _____

PICOTERAPIA: NO SI [ORIENTAMENTO: _____]

INDIVIDUALE FAMILIARE DI GRUPPO

ALTRO / NOTE:

NOTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DIAGNOSI E TRATTAMENTO ATTUALE

DIAGNOSI ATTUALE

DSM-IV

Asse I: Disturbi Clinici
Altre condizioni oggetto di attenzione clinica;

Asse II: Disturbi di Personalità
Ritardo Mentale;

Asse III: Condizioni Mediche Generali;

Asse IV: Problemi Psicosociali ed Ambientali;

Asse V: Valutazione Globale del Funzionamento

FARMACOTERAPIA ATTUALE:

	PREPARATO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
1. NESSUNA	_____	_____	_____
2. ANTIPSICOTICI (AP)	_____	_____	_____
3. AP DEPOT	_____	_____	_____
4. ANSIOLITICI	_____	_____	_____
5. ANTIDEPRESSIVI	_____	_____	_____
6. LITIO	_____	_____	_____
7. STAB. UMORE	_____	_____	_____
8. ANTICOLINERGICI	_____	_____	_____
9. ALTRO	_____	_____	_____

NOTE: _____ **DATA:** _____

DA INIZIO TRATTAMENTO ATTUALE:

RICOVERI: NO SI
 SPDC T.S.O. CASE DI CURA COMUNITÀ TERAPEUTICHE

ALTRO / NOTE: _____

PICOTERAPIA: NO SI - INDIVIDUALE FAMILIARE DI GRUPPO

ALTRO / NOTE: _____

NOTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PRESENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

DISTURBI SINTOMATICI
DISTURBI DI PERSONALITÀ
DISTURBI DISSOCIATIVI

STABILITÀ ATTUALE

DISREGOLAZIONE EMOTIVA
CONTROLLO DEGLI IMPULSI
ABUSO DI SOSTANZE
COMPORTAMENTI AUTOLESIVI
ACTING-OUT

RIFERIMENTO PROTOCOLLO DEGLI STRUMENTI DI
VALUTAZIONE

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PRESENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

PRIMA DESCRIZIONE CLINICA

QUALI SINTOMI MANIFESTA:

CARATTERISTICHE DEI SINTOMI:

PRIMA MANIFESTAZIONE DEI SINTOMI:

[ETÀ, EPISODIO, PERIODO, CIRCOSTANZA]

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PRESENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DESCRIZIONE DEI SINTOMI

SINTOMI PRINCIPALI PER DISTURBO / SOFFERENZA:

[CHE COSA, DOVE, QUANDO, INTENSITÀ, FREQUENZA, PERCHÈ]

SINTOMI SECONDARI PER DISTURBO / SOFFERENZA:

[CHE COSA, DOVE, QUANDO, INTENSITÀ, FREQUENZA, PERCHÈ]

NOTE: Identificare le caratteristiche; il momento e il luogo di insorgenza; eventuali eventi precedenti e contemporanei alla manifestazione; intensità; eventuali cambiamenti nelle manifestazioni; ultima manifestazione.

ID CLIENTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PRESENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

APPROFONDIMENTO DEI FATTORI SCATENANTI LA
SINTOMATOLOGIA ATTUALE [TRIGGERS] E DELLE CONDOTTE
VICARIANTI [EVITAMENTO, PROTEZIONE, COPING]

QUALI SONO SECONDO IL CLIENTE I FATTORI SCATENANTI CHE
ATTUALMENTE INNESCANO I SINTOMI

[EVENTI; LUOGHI; SITUAZIONI; PERSONE]

TRIGGER: _____

SINTOMO: _____

COSA FA: _____

TRIGGER: _____

SINTOMO: _____

COSA FA: _____

TRIGGER: _____

SINTOMO: _____

COSA FA: _____

NOTE: Identificare luoghi, persone, circostanze che sono primariamente collegate al disturbo: identificare i meccanismi di evitamento, meccanismi di difesa, stili di coping, cambiamenti di vita, vantaggi secondari.

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ANAMNESI E STORIA FAMILIARE

EVENTI SIGNIFICATIVI NELLA STORIA DELLA FAMIGLIA DI ORIGINE [GENITORI, NONNI, ANTENATI]

NASCITA, INFANZIA E SCUOLA MATERNA

COSA RICORDA, COSA GLI È STATO RACCONTATO

PERIODO ESTIVO, VACANZE

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ANAMNESI E STORIA SCOLASTICA

SCUOLA ELEMENTARE

[INSERIMENTO, MAESTRE, COMPAGNI, EPISODI IMPORTANTI]

SCUOLA MEDIA

[INSERIMENTO, DOCENTI, COMPAGNI, EPISODI IMPORTANTI]

PERIODO ESTIVO, VACANZE

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ANAMNESI E STORIA SCOLASTICA

SCUOLE SUPERIORI

[INSERIMENTO, DOCENTI, COMPAGNI, EPISODI IMPORTANTI]

UNIVERSITÀ

[INSERIMENTO, DOCENTI, COMPAGNI, EPISODI IMPORTANTI]

PERIODO ESTIVO, VACANZE

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ANAMNESI E STORIA PERSONALE

RICOVERI / OSPEDALIZZAZIONI

PERIODI LONTANO DALLA FAMIGLIA

MOLESTIE

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

STORIA DI ATTACCAMENTO (primi 3 anni)

QUANDO ERA MOLTO PICCOLO CHI SI PRENDEVA CURA DI LEI?

CHI SI OCCUPAVA DI LEI ERA CAPACE DI RISPONDERE AI SUOI BISOGNI E NECESSITÀ?

SI SENTIVA TRASCURATO / RIFIUTATO?

SI SENTIVA PROTETTO?

SI SENTIVA COMPRESO?

IDENTIFICARE LA RAPPRESENTAZIONE DI ATTACCAMENTO

SICURO

Caregiver ricettivo, emotivamente presente e rispondente. Il bambino si sente sicuro, accolto, protetto.

EVITANTE

Caregiver emotivamente distante, trascurante, insensibile e incapace di rispondere alle richieste emotive. Il bambino tende a ridurre la ricerca di contatto.

AMBIVALENTE

Caregiver inadeguato, incostante e imprevedibile nella sua capacità di collegamento e rispondenza emotiva. Il bambino è confuso massimizza la ricerca e l'attenzione nel caregiver.

DISORGANIZZATO

Caregiver attiva una comunicazione empatica conflittuale: ricerca / espulsione (spaventato/spaventante). Il bambino non ha strategie efficaci per ottenere sicurezza e conforto.

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - IL PASSATO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

SE IL CLIENTE HA UN SUO NUCLEO FAMILIARE

STATO SOCIALE:

CONVIVENTE, SPOSATO, SEPARATO, DIVORZIATO, VEDOVO

PARTNER (PERSONA,STORIA, RELAZIONE, EVENTI IMPORTANTI)

FIGLI (PERSONE, STORIA, RELAZIONE, EVENTI IMPORTANTI)

NOTE: Indagare la qualità delle relazioni; le modalità relazionali disfunzionali reiterate; le potenziali risorse familiari; il rischio di ritraumatizzazione.

ID CLIENTE: _____

ANAMNESI E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

VITA SOCIALE E LAVORATIVA

LAVORO (PERSONE, STORIA, RELAZIONI, EVENTI IMPORTANTI)

AMICIZIE E CONOSCENZE (PERSONE, STORIE, RELAZIONI, EVENTI IMPORTANTI)

NOTE: Indagare la qualità delle relazioni; le modalità relazionali disfunzionali reiterate; le potenziali risorse familiari; il rischio di ritraumatizzazione.

ID CLIENTE: _____

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - RISORSE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DELLE RISORSE

CAPACITÀ PERSONALI

PERSONE

ATTIVITÀ MATERIALI

ATTIVITÀ SPIRITUALI

NOTE: Identificare le risorse del cliente

ID CLIENTE: _____

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - SCHEMI DISFUNZIONALI

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DEGLI SCHEMI DISFUNZIONALI

CONVINZIONI DI SÈ

Pensa di sè in termini negativi
Come ha sviluppato questi pensieri
Dove e come li ha imparati

PERSONE [MADRE] [PADRE]

Indagare: le espressioni del viso, gli atteggiamenti più frequenti nei suoi confronti, comportamenti e reazioni tipiche in risposta ai comportamenti del cliente.

NOTE: Identificare schemi negativi disfunzionali del cliente

Tecniche:

AFFETTO PONTE / FLOATBACK

Per facilitare il collegamento fra i ricordi e gli schemi disfunzionali o gli stati mentali problematici si può impiegare la tecnica dell'affetto ponte (Watkins, 1071) o il floatback (Browning, 1999). Lo scopo è quello di effettuare un collegamento conoscitivo tra schema attuale e esperienza passata.

ID CLIENTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - SCHEMI DISFUNZIONALI

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DEI RICORDI NEGATIVI PEGGIORI ORDINE: [DISTURBO] [TEMPO]

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

IDENTIFICAZIONE DEI RICORDI POSITIVI MIGLIORI ORDINE: [DISTURBO] [TEMPO]

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

NOTE: Identificare schemi negativi disfunzionali del cliente. Specificare l'elenco in ordine di gravità del disturbo legato al ricordo / ordine temporale: dal più antico al più recente.

ID CLIENTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - SCHEMI DISFUNZIONALI

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DEI RICORDI

ORDINE: [DISTURBO] [PIACEVOLEZZA] [TEMPO]

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

PER CIASCUN RICORDO IDENTIFICARE:

- A. PENSIERI E CONVINZIONI AUTORIFERITE
 - B. EMOZIONE
 - C. LIVELLO DI [DISTURBO] [PIACEVOLEZZA]
-

NOTE: Il livello di disturbo può essere valutato sulla scala SUD

VALUTAZIONE SUD (livello basale conservato in memoria)- Quanto disagio le crea questa emozione su una scala da 1 a 10.

Nessun disturbo										Massimo Disturbo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ID CLIENTE: _____

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - SCHEMI DISFUNZIONALI

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DEI RICORDI

ORDINE: [DISTURBO] [PIACEVOLEZZA] [TEMPO]

RICORDO 1

IDENTIFICARE:

- A. PENSIERI E CONVINZIONI AUTORIFERITE
- B. EMOZIONE
- C. LIVELLO DI [DISTURBO] [PIACEVOLEZZA]

Tecniche

Affetto Ponte: a volte le emozioni disturbanti hanno origine in esperienze passate. Queste possono riattivarsi in presenza di contesti simili. Nella tecnica dell'affetto ponte si chiede al cliente di andare indietro nel tempo e di rintracciare le stesse sensazioni fisiche ed emotive nel passato e di descrivere i ricordi che affiorano nella mente. Successivamente si indaga la CN. La domanda è: "Se va indietro nel tempo, le è mai capitato in precedenza ed in altre circostanze di sentirsi così?"

Floatback:

Sollecita più direttamente la valutazione cognitiva. Le domande sono: "Quando ha iniziato a sentirsi così?"; "Quando ha iniziato a pensare questo di se stesso?".

NOTE: indentificare i ricordi più dolorosi e successivamente i ricordi più positivi. Lo scopo è quello di aumentare la visione integrata delle risorse che possono essere impiegate per affrontare le memorie traumatiche.

ID CLIENTE: _____

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - SCHEMI DISFUNZIONALI

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

IDENTIFICAZIONE DEI NUCLEI TRAUMATICI DI VULNERABILITÀ

Traumi Circoscritti e Traumi Relazionali

Traumi circoscritti nel tempo:

Grandi eventi traumatici; calamità naturali; incendi stradali; catastrofi provocate dall'uomo; aggressioni; stupri; rapine; diagnosi infauste; omicidi/suicidi di persone care; morti improvvise di persone vicine; incidenti che potenzialmente comportano perdite importanti (lavori o professioni a rischio; hobby; incidenti domestici; attività sportive che richiedono sforzi intensi; sport estremi)

Traumi relazionali prolungati/ricorrenti nel tempo (ferite interpersonali): Neglect, abusi, umiliazioni, mobbing, bullismo, etc.

NUCLEI PRIMARI DI RISONANZA

- 1) VULNERABILITÀ - (CORPO E MENTE) - IO SONO IN PERICOLO
- 2) DIVERSITÀ (APPARTENENZA) - IO SONO DIVERSO [ALIENO | ROTTO]
- 3) VALORE / AUTOSTIMA - IO NON VALGO (*)
- 4) RESPONSABILITÀ / COLPA - È COLPA MIA / SONO RESPONSABILE
- 5) PREVEDIBILITÀ / CONTROLLO / SICUREZZA - IO NON HO ... (**)

[* l'autostima è il rapporto tra come siamo e come vorremmo essere]

[** impotenza, padronanza, capacità]

ID CLIENTE: _____

PIANO TERAPEUTICO DELL'INTERVENTO - IL FUTURO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

OBIETTIVI TERAPEUTICI

IDENTIFICARE GLI OBIETTIVI TERAPEUTICI DELL'INTERVENTO EMDR CON IL CLIENTE

IDENTIFICARE E DISCUTERE:

OBIETTIVI DEL PAZIENTE
INDICATORI DI SUCCESSO DELL'INTERVENTO
INDICATORI DI INSUCCESSO DELL'INTERVENTO
CAMBIAMENTI A SEGUITO DELL'INTERVENTO
COSA POTREBBE MIGLIORARE
COSA POTREBBE PEGGIORARE
VANTAGGI SECONDARI
RELAZIONI INTERPERSONALI SOCIALI E FAMILIARI

INDIVIDUARE STATO DESIDERATO

NOTE: l'obiettivo terapeutico è individuare lo stato desiderato. Questo può portare alla identificazione di cognizioni negative, paure nascoste e funzionamenti non evidenziati in precedenza.

Tecnica: identificazione di scenari positivi desiderati, obiettivi personali, capacità di mastery; self-agency.

ID CLIENTE: _____

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - STATO MENTALE PROBLEMatico

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DIARIO

DESCRIZIONE DELLO STATO MENTALE PROBLEMatico

[NOME / ETICHETTA]

CARATTERISTICHE:

TRIGGER

IMMAGINE

COGNIZIONE

EMOZIONE

SENSAZIONE SOMATICA

SUD

VALUTAZIONE SUD (livello basale conservato in memoria)- Quanto disagio le crea questa emozione su una scala da 1 a 10.

Nessun disturbo										Massimo Disturbo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ID CLIENTE: _____

FASE 1 - ANAMNESI DEL PAZIENTE

PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO - RETE DI COLLEGAMENTO

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

RICORDI

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

ANNO

TIMELINE

STATO MENTALE
PROBLEMatico

TRIGGER

IMMAGINE

COGNIZIONE

EMOZIONE

SENSAZIONE

SUD

ANNO

ID CLIENTE: _____

PREPARAZIONE DEL CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

PREPARAZIONE DEL CLIENTE

RELAZIONE TERAPEUTICA

INTERVENTI:

- A. SINCERITÀ E FIDUCIA
- B. PSICOEDUCAZIONE SUL DISTURBO GAP
- C. PSICOEDUCAZIONE SULLE TECNICHE
- D. TECNICHE DI RILASSAMENTO E PADRONANZA
- E. SIMULAZIONE SEDUTA E SETTING
- F. SEGNALE DI STOP / SICUREZZA

ID CLIENTE: _____

VALUTAZIONE DEL CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

COGNIZIONI E SCHEMI DI SÈ - ESEMPI

CLIENTE

SCHEMA DEL SÈ

COGNIZIONI NEGATIVE	COGNIZIONI POSITIVE
lo sono una persona cattiva	lo sono una brava persona
lo sono terribile	lo sono una brava persona
lo sono inadeguato/indegno	lo sono una persona che vale
lo sono vergognoso	lo sono onorevole
lo non sono affidabile	lo sono affidabile
lo non posso fidarmi di me stesso	lo posso fidarmi di me stesso
lo non posso fidarmi delle mie opinioni	lo posso fidarmi delle mie opinioni
lo non posso avere successo	lo posso avere successo
lo non ho il controllo	lo ho il controllo
lo sono debole	lo sono forte
lo sono stupido	lo sono Intelligente
lo mi merito di morire	lo mi merito di vivere
lo mi merito di essere infelice	lo mi merito di essere felice
lo sono un fallito	lo posso avere successo
lo sono brutto/disgustoso	lo vado bene così/sono attraente
lo sono in pericolo	lo sono al sicuro
lo non posso sopportarlo	lo posso sopportarlo
lo non posso liberarmene	lo posso scegliere di liberarmene
lo non merito nulla	lo merito
lo non sono sufficientemente buono	lo sono meritevole
lo mi merito solo cose brutte	lo mi merito cose buone
lo sono impotente	lo posso fare delle scelte

ID CLIENTE: _____

VALUTAZIONE DEL CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

COGNIZIONI E SCHEMI DI SÈ - ESEMPI

CLIENTE

SCHEMA INTERPERSONALE

COGNIZIONI NEGATIVE	COGNIZIONI POSITIVE
lo non mi merito di essere amato	lo merito di essere amato
lo non sono sufficientemente buono	lo sono meritevole
lo mi merito solo cose brutte	lo mi merito cose buone
lo sono impotente	lo posso fare delle scelte
lo non posso proteggermi	lo posso proteggermi
lo sono insignificante	lo sono importante
lo sono deludente	lo vado bene come sono
lo non posso ottenere quello che voglio	lo posso ottenere quello che voglio
lo devo essere perfetto/piacere a tutti	lo posso essere me stesso/sbagliare
lo avrei dovuto fare qualcosa	lo ho fatto del mio meglio
lo ho fatto qualcosa di sbagliato	lo ho imparato/poso imparare
lo non posso fidarmi di nessuno	lo posso scegliere di chi fidarmi

ID CLIENTE: _____

INVENTARI DI VALUTAZIONE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

ELENCO DEGLI INVENTARI DI VALUTAZIONE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

NOTE:

ID CLIENTE: _____

FASE 4 – DIARIO DEL TRATTAMENTO

DIARIO NOTE CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DIARIO DEL TRATTAMENTO

FASI

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ID CLIENTE: _____

RIVALUTAZIONE CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DIARIO DELLA RIVALUTAZIONE TRATTAMENTO

FASI

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ID CLIENTE: _____

RIVALUTAZIONE CLIENTE

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

DESCRIZIONE DEL CASO

A. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE

Valutazione degli aspetti quantitativi e qualitativi ed eventuali interazioni tra loro (che siano o meno inquadrabili come disturbo). In questo punto è compresa anche la formulazione di una diagnosi (ove possibile) secondo gli attuali criteri di classificazione dei disturbi mentali.

B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Quali sono le variabili indipendenti che regolano la sintomatologia presentata? Ovvero, per un terapeuta CBT, quali sono gli stati mentali, le credenze, gli scopi, le relazioni funzionali che spiegano il funzionamento del problema presentato?

C. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Individuazione dei fattori che contribuiscono al mantenimento e all'aggravamento del disturbo, o che comunque ostacolano una risoluzione spontanea, ovvero i meccanismi ricorsivi intrapsichici o interpersonali.

Cosa impedisce una remissione spontanea? Quali processi o meccanismi (individuali e/o interpersonali) prevengono la risoluzione del problema e della sofferenza del paziente? In che modo eventuali tentativi di soluzione alimentano il problema? In che modo le reazioni e i cicli interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo?

E. VULNERABILITÀ

È la descrizione degli elementi della storia di vita plausibilmente associati allo sviluppo dello specifico problema presentato e, anche, dei fattori che rendono il paziente vulnerabile a ulteriori ricadute del disturbo.

TRATTO DA:

Mancini F., Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione. Psicoterapeuti in-Formazione, numero speciale. Testo disponibile al sito: <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html>

ID CLIENTE: _____



DIARIO

NOTE DEL TERAPEUTA

ID CLIENTE: _____ DATA: _____

CLIENTE

NOTE:

ID CLIENTE: _____

DICHIARAZIONE PRIVACY CLIENTE

DICHIARAZIONE

<http://www.psy.it/gli-psicologi-e-la-privacy-cosa-cambia.html>

ID CLIENTE: _____

DATA: _____

CLIENTE

PRIVACY E TRATTAMENTO DEI DATI

Firma : _____