

MENTEFENICE
— Psicologia ○○○ Benessere —

Gestisci le tue
emozioni



**Questo pianificatore appartiene
a**

Tracker delle abitudini

SETTIMANA DI

ABITUDINE

M10

MARTEDÌ

MER

RACCOGLIERE

VEN

SAB

SOLE

Monitoraggio del sonno

MESE DI:

ANNO:

Monitoraggio mensile del riposo

Mese

Monitoraggio individuale dell'acqua

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Osservazioni sulla terapia

--	--	--

Importante

Note

Diario di auto-cura

MESE:

ANNO:

AFFERMAZIONI

SONO ORGOGLIOSO DEL MIO...

SONO RICONOSCENTE PER...

NOTA A ME STESSO:

.....

.....

.....

.....

Intenzione di prendersi cura di sé

Cura di sé fisica.

Cura emotiva di sé

Cura spirituale di sé

Cura intellettuale di sé

Auto-cura sociale

Cura ambientale di sé

Osservazioni sul tema

-
-
-

Lista dei desideri per il benessere personale

Data:

S M T IN T F S

La mia lista

Obiettivi



Note

Valutazione dell'autogestione della salute

1. 2. 3. ★ Cura di sé psicologica ed emotiva

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Partecipare agli hobby.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Andare in vacanza o in escursione di un giorno

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Trova ragioni per ridere

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Discute delle mie problematiche.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Apprendere nuove conoscenze, al di fuori del contesto lavorativo o scolastico.

1. 2. 3. ★ Auto-cura sociale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Trascorrere del tempo con le persone a cui tengo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Incontra individui nuovi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Cura di sé sociale integrale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Rimani in contatto con i tuoi vecchi amici.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Richiedi assistenza agli altri quando necessario.

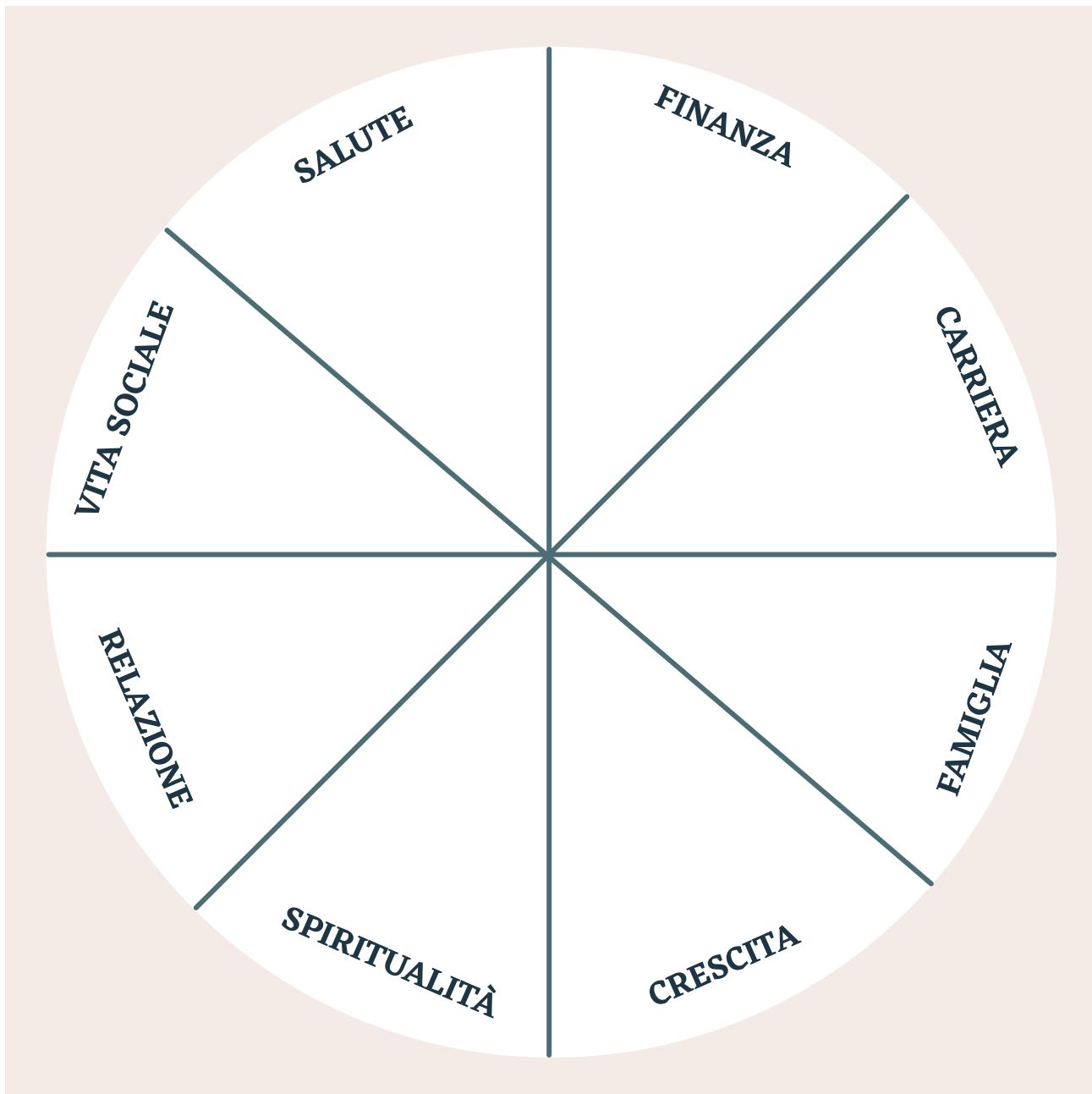
Sfide di auto-cura di 30 giorni

<input type="radio"/> Allunga ogni tuo muscolo.	<input type="radio"/> Consuma una maggiore quantità di acqua.	<input type="radio"/> Fare una passeggiata immersi nella natura	<input type="radio"/> Gusta il tuo dolce preferito.	<input type="radio"/> Andare a dormire presto
<input type="radio"/> Ascolta il tuo brano musicale preferito.	<input type="radio"/> Consumare pasti vegetariani	<input type="radio"/> Fai un piacevole bagno caldo.	<input type="radio"/> Prepara il tuo piatto preferito.	<input type="radio"/> Praticare yoga
<input type="radio"/> Vai a un appuntamento da solo.	<input type="radio"/> Tenere un diario.	<input type="radio"/> Regalati un trattamento per il viso.	<input type="radio"/> Pratica la gratitudine.	<input type="radio"/> Prova un progetto di bricolage.
<input type="radio"/> Osserva l'alba	<input type="radio"/> Leggi un volume	<input type="radio"/> Esplora una città nuova	<input type="radio"/> Salva il tuo film preferito	<input type="radio"/> Fatti una manicure professionale.
<input type="radio"/> Prendi un po' di sole.	<input type="radio"/> Inizia un nuovo passatempo.	<input type="radio"/> Definisci i tuoi obiettivi	<input type="radio"/> Organizza il tuo guardaroba.	<input type="radio"/> Osserva il tramonto.
<input type="radio"/> Concediti un momento di pausa.	<input type="radio"/> Acquisisci una nuova competenza	<input type="radio"/> Crea il tuo futuro perfetto.	<input type="radio"/> Circondati di energia positiva	<input type="radio"/> Bere una quantità adeguata di acqua.

Ruota della vita

Valuta la tua esistenza

Valuta il tuo grado di soddisfazione per ciascuna tesi su una scala della ruota della vita.



Automedicazione

Attività Pianificatore

Data: _____

M T IN T F S S

Umore



Sono riconoscente per

*Sii clemente
con te stesso.*

Il mio programma.

Nota per oggi.

Monitoraggio dei medicinali

Pianificatore degli obiettivi

DATA DI INIZIO:

DATA DI CONCLUSIONE:

I MIEI TRAGUARDI

AFFERMAZIONE/CITAZIONE

Piani d'azione

Riformula le mie riflessioni.

PENSIERO NEGATIVO

PENSIERO OTTIMISTA

PENSIERO NEGATIVO

PENSIERO OTTIMISTA

PENSIERO NEGATIVO

PENSIERO OTTIMISTA

PENSIERO NEGATIVO

PENSIERO OTTIMISTA

Monitoraggio dei sintomi

La mia ansia.

3 FATTORI CHE INNESCHERANNO LA MIA ANSIA

3 COSE CHE HO DA AVERE QUANDO SONO ANSIOSO

3 SINTOMI FISICI CHE MANIFESTO QUANDO SONO ANSIOSO

Lista di verifica per l'ansia

Lista di verifica per l'ansia

Agisco con determinazione perché sono consapevole delle mie azioni.

"Sono distintivo e singolare, e va bene così."

"Sono al sicuro insieme agli altri."

"Giorno dopo giorno, minuto dopo minuto, sono competente e pronto."

"Sono pronto e preparato per questa situazione."

"La gente presume che io possa riuscire, è consapevole delle mie capacità e lo farò."

"Mi sento a mio agio nel conversare con altre persone."

"Sono riuscito a superare la mia ansia in passato. La supererò anche adesso."

Assistenza per la respirazione diaframmatica

La mia mentalità.

Riflessioni che favoriscono la mia crescita

Pensieri che non contribuiscono alla mia crescita.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nome: _____ Data: _____

CROCIO D'ANSIA

- Cosa ti provoca ansia?

- Quali riflessioni ti attraversano la mente?

- Come risponde il tuo organismo?

- Qual è l'evento più negativo che può verificarsi?

- Cosa puoi verificare in questa situazione?

- Cosa puoi fare per rilassare il tuo corpo?

MALATTIA fisica contro mentale

Malattia somatica

Qualsiasi condizione fisica che incide in modo sostanziale sulle attività quotidiane.

Esempi

Influenza

Frattura ossea

Allergia alimentare

Metodi per affrontare

Consulenza sanitaria

Fisioterapia

Farmaci

Disturbo mentale

Qualsiasi condizione che influisce sulle emozioni, sul pensiero o sul comportamento e che incide sul funzionamento di un individuo.

Esempi

Ansia

Depressione

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)

Metodi per affrontare

Consulenza sanitaria

terapia comportamentale

Farmaci

Necessità fisica

assistenza medica

Controllo annuale per un periodo di un mese

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Problema di salute

Referto medico

Nutrizione

Colazione

Pranzo

Cena

Sonno

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Il mio piano di sicurezza.

IL MIO GRUPPO DI SOSTEGNO

I MIEI GIRANTI

I MIEI PUNTI DI FORZA

LE MIE ABILITÀ DI AFFRONTARE

I MIEI GIRANTI

LE MIE DISTRAZIONI

Registro dell'ansia

Esplorazione delle inquietudini

La mia preoccupazione per qualcosa impedirà che ciò si verifichi?

C'è qualcosa che posso fare concretamente per risolvere il problema? Se sì, quale?

Mi creo preoccupazioni per alimentare la mia dipendenza dalle ansie? Se sì, quale ne è il motivo?

Altri riflessioni:

Foglio di lavoro per la consapevolezza

Foglio di lavoro per l'accettazione

Realtà che rifiuto di accettare	Modalità per accettare la realtà

Respirazione profonda e controllata

Lista di verifica per la salute mentale

Riflessioni ottimistiche

I miei obiettivi primari

Tempo
libero

Famiglia

Amici

Descrivi in che modo la tua vita sarà trasformata al raggiungimento dei tuoi obiettivi.

I miei obiettivi primari

Finanze	Volontariato o donazioni	Salute fisica.

Istruzione	Salute mentale	Attività o iniziativa

Ambiente residenziale

Tracker alimentare quotidiano

Data:

COLAZIONE	SNACK	PRANZO	CENA

ALLENAMENTO
ODIERNO

ASSUNZIONE DI
ACQUA.

NOTE

Diario Nutrizionale

Settimana: _____

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Snack	_____
Valuta la tua giornata. <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Note: _____

Ordine del giorno

Fai di più di ciò che ami.

DATA

S M T IN T F S

6:00

LE TRE PRIORITÀ PRINCIPALI

7:00



8:00



9:00



10:00

PROMEMORIA

11:00

A large, empty rectangular box for writing general notes or reminders.

12:00

13:00

14:00

AFFERMAZIONI GIORNALIERE

15:00

Two horizontal lines for writing daily affirmations.

16:00

17:00

18:00

PER DOMANI.

19:00

20:00

NOTE

21:00



22:00



23:00



Tracker del ciclo mestruale

	J	F	M	UN	M	J	J	UN	S	IL	N	D
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

C H I A V E	
AVVISTAMENTO	
LEGGERO	
MEDIO	
PESANTE	
CRAMPI	
STANCO	
FATICA	
ACNE	
CEFALEA	

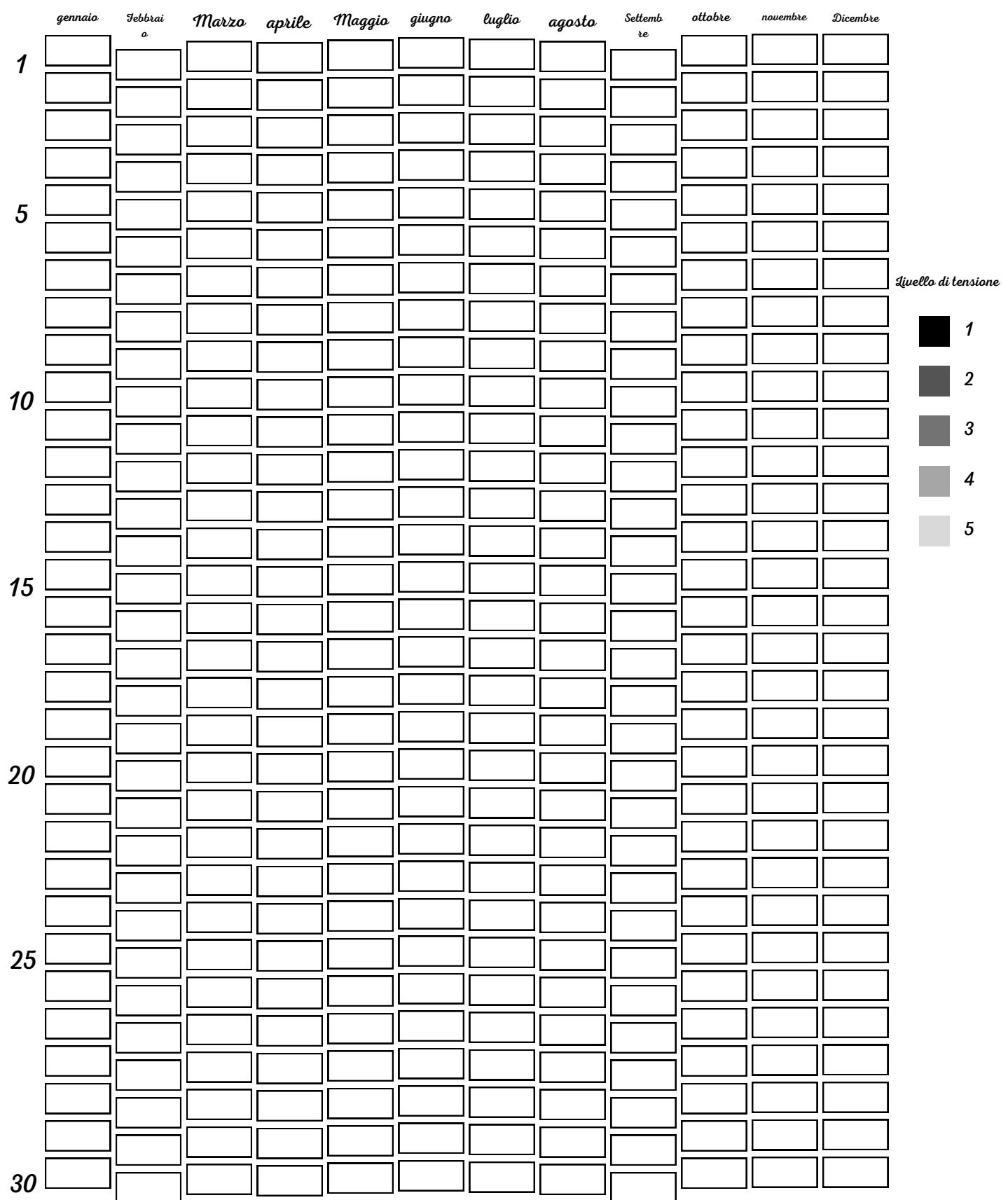
D U R A T A D E L C I C L O	
GENNAIO	
FEBBRAIO	
MARZO	
APRILE	
MAGGIO	
GIUGNO	
LUGLIO	
AGOSTO	
SETTEMBRE	
OTTOBRE	
NOVEMBRE	
DICEMBRE	

N O T E

Risoluzione delle problematiche

<i>Problema da risolvere</i>	<i>Obiettivo conclusivo</i>	
<i>1a Risoluzione</i>	<i>Professionisti</i>	<i>Contro</i>
<i>2a soluzione</i>	<i>Professionisti</i>	<i>Contro</i>
<i>Terza opzione</i>	<i>Professionisti</i>	<i>Contro</i>
<i>Soluzione selezionata</i>	<i>Prossimo ripido.</i>	

Tracker del livello di stress



Monitoraggio dello stress

Foglio di lavoro per la manifestazione

Come posso conseguire il mio obiettivo?

Il mio obiettivo principale

Per quale motivo lo desidero?

Come sarà una volta che avrà raggiunto il mio obiettivo?

Manifestazione giornaliera

DESIDERO MANIFESTARE:

LA MIA SUPPLICA ALL'UNIVERSO:

VISUALIZZAZIONE:

Vedo	<input type="text"/>
Io possiedo	<input type="text"/>
Mi sento bene.	<input type="text"/>

LE MIE AFFERMAZIONI QUOTIDIANE

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

PIANO OPERATIVO

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

A b i t u d i n i s a l u t a r i

SETTIMANA DI

	PIANIFICATORE DEI MENU	ALLENAMENTO	ASSUNZIONE DI ACQUA.
Lunedì	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Martedì	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Mercoledì	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Giovedì	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Venerdì	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Sabato	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	
Domenica	Colazione Pranzo Cena Snack	Esercizio Calorie consumate	

Pianificatore di attività fisiche

LUNEDI

MARTEDÌ

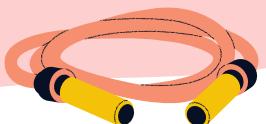
MERCOLEDÌ

GIOVEDÌ

VENERDÌ

SABATO

DOMENICA



Una lettera a me medesimo

Firma:

Registrazione del giornale

Data:

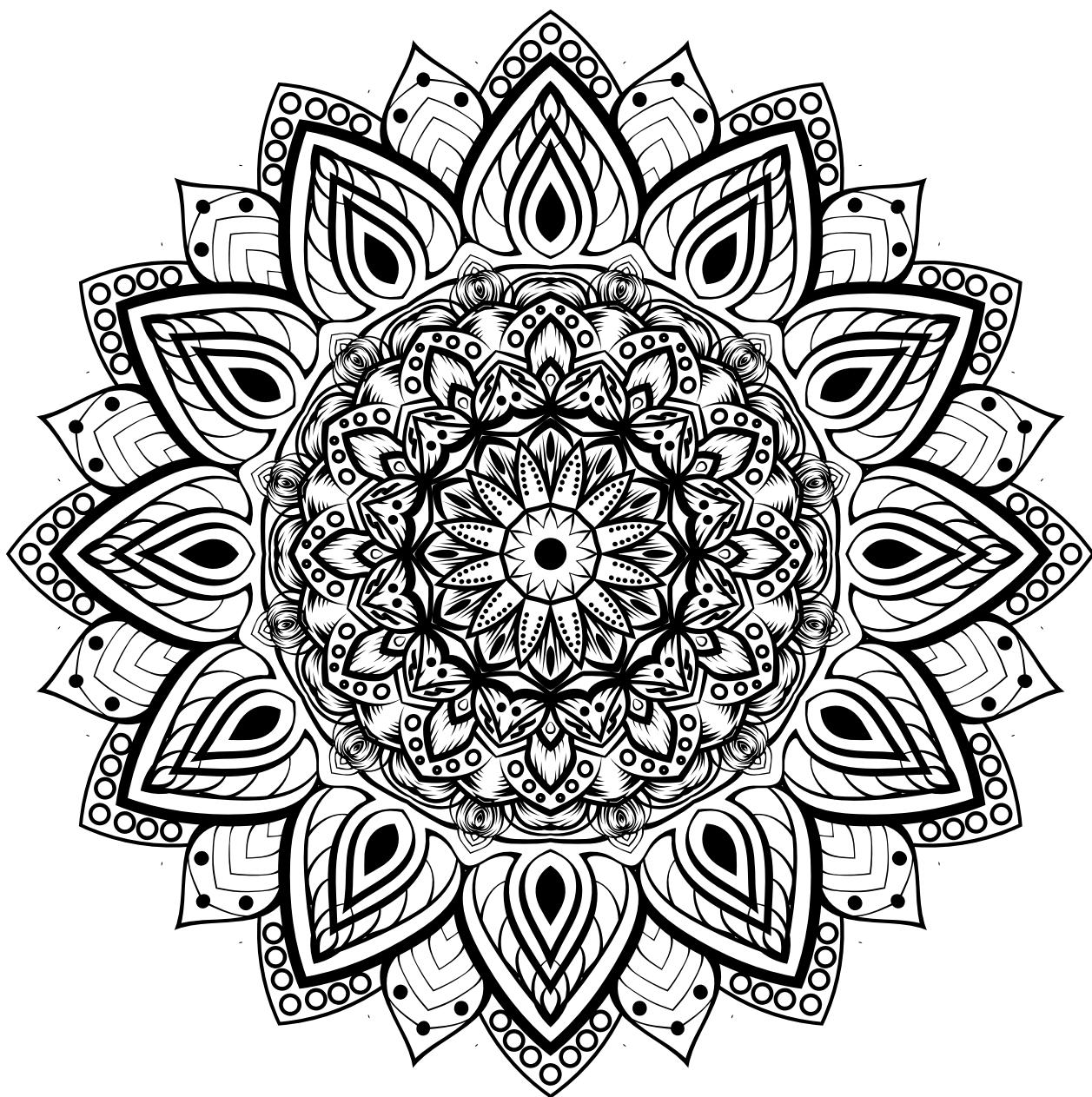
Argomento:

Gratitudine giornaliera

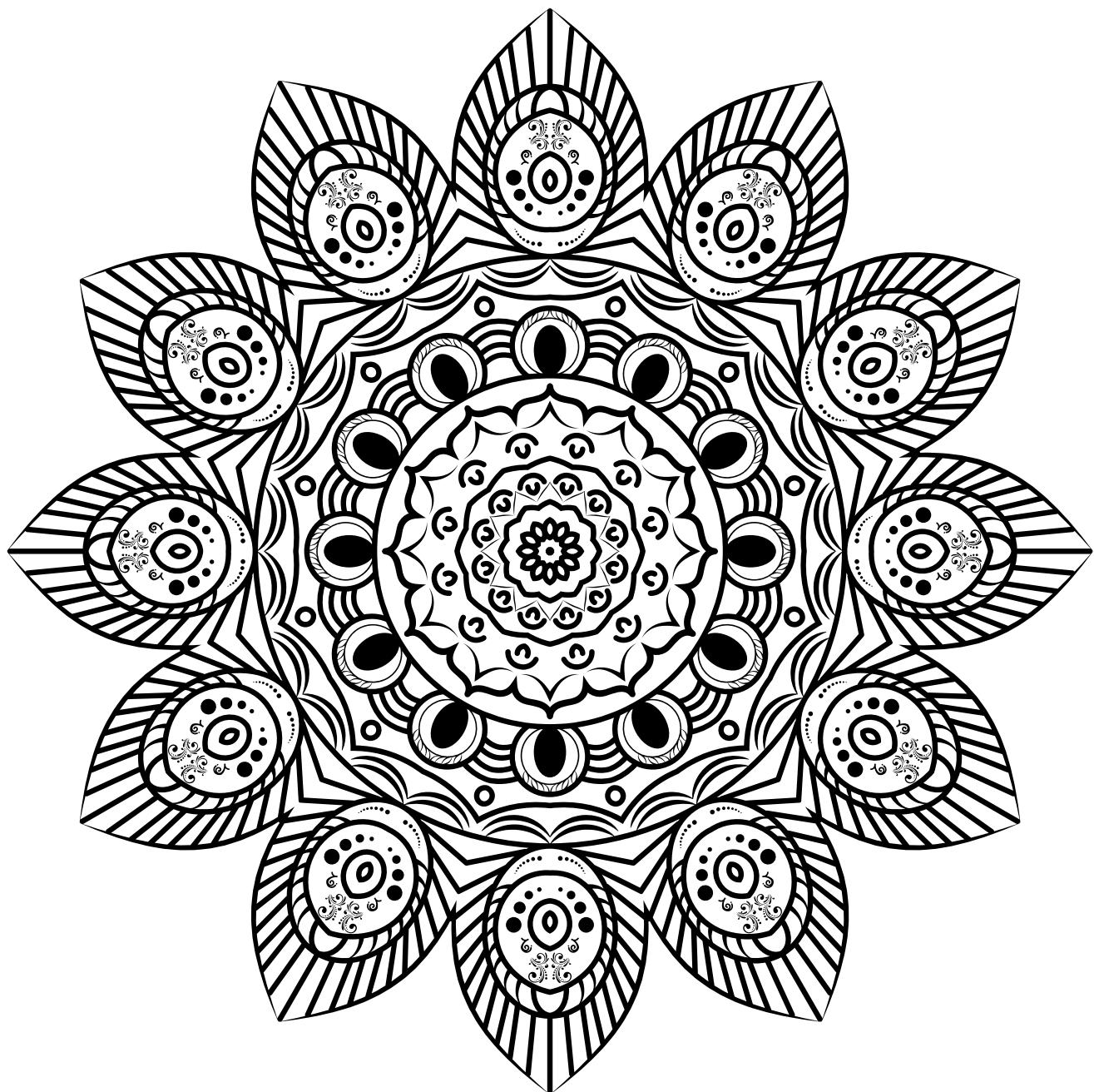
gennaio febbraio marzo aprile maggio giugno luglio agosto settembre ottobre novembre dicembre

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

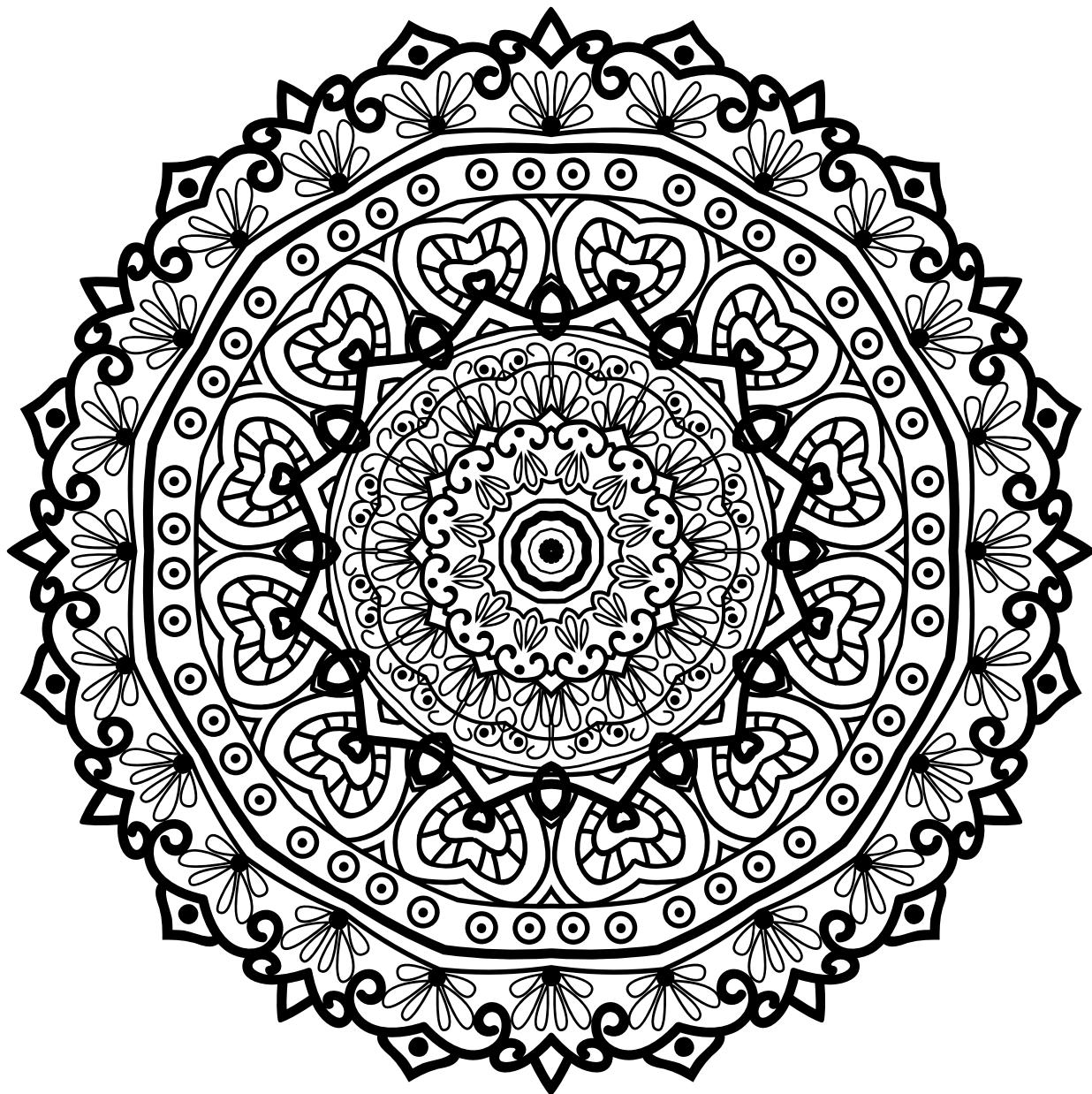
Pagina da colorare per ridurre lo stress



Pagina da colorare per ridurre lo stress



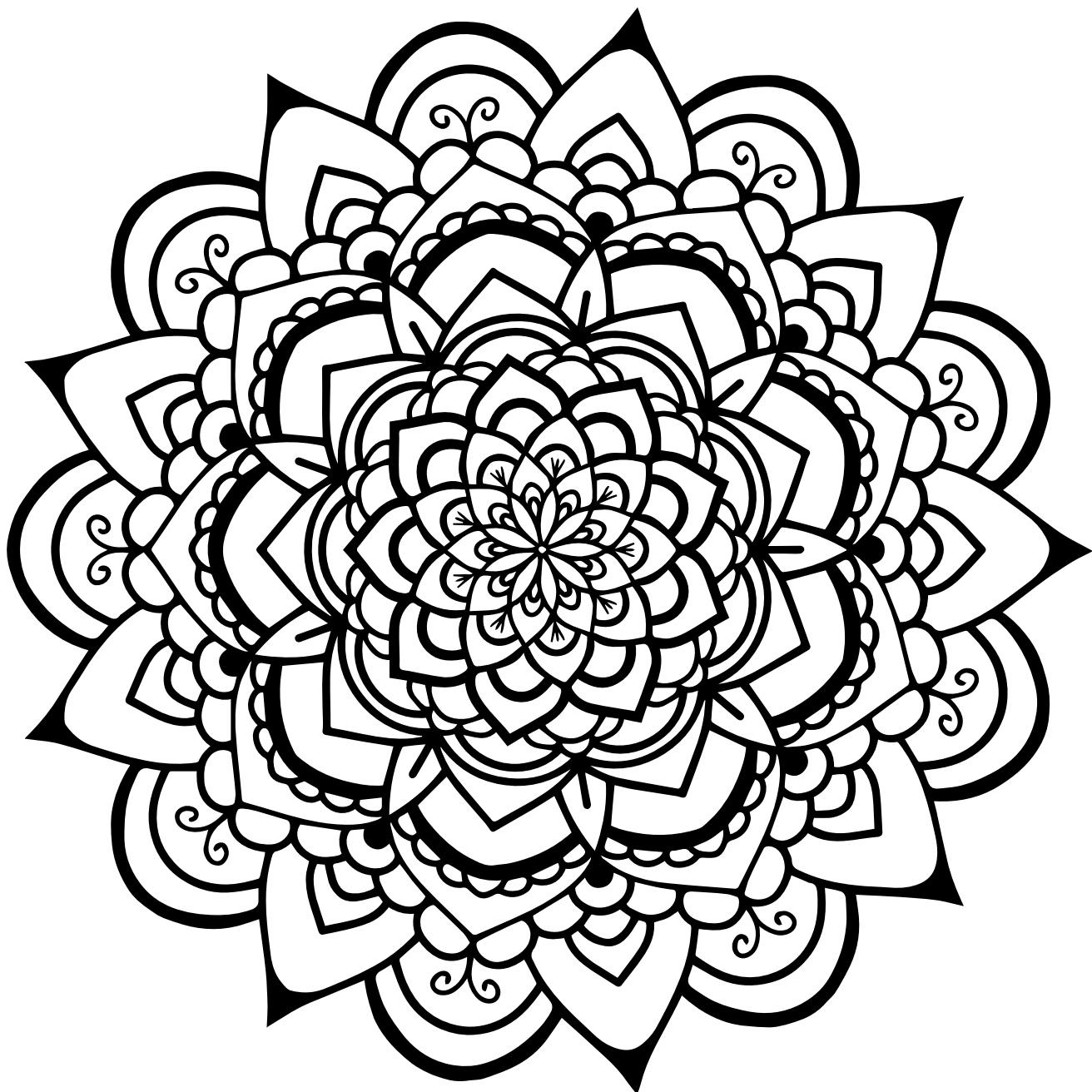
Pagina da colorare per ridurre lo stress



Pagina da colorare per ridurre lo stress



Pagina da colorare per ridurre lo stress



NOTE