



CORE SF-A

**BEHANDLARE**

Datum formuläret fylldes i:

Å    Å    Å    Å        M    M        D    D

Klient ID:

Terapeut ID:

Ålder

**Aktuell fas**  
 F Första terapiesessionen   
 D Pågående terapi   
 L Sista terapiesessionen

**Sessionnummer**   
 (001 = Första sessionen av detta terapiavsnitt)

Klinic ID:

**VIKTIGT – LÄS DETTA FÖRST**

Detta formulär innehåller 34 påståenden om hur Du har haft det DEN SENASTE VECKAN. Läs varje påstående och tänk efter hur ofta det har varit på detta sätt under den senaste veckan.

Kryssa i den ruta som stämmer bäst för Dig.

**Under den senaste veckan**

	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Nästan hela tiden	BEHANDLARE
1 Jag har känt mig spänd, ängslig eller nervös	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Jag har känt mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
3 Minnen eller bilder har trängt sig på och stört mig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
4 Jag har lyckats med det jag velat göra	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
5 Andra människor har förödmjukat mig eller fått mig att skämmas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 Jag har känt mig gråtfärdig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
7 Jag har känt värme eller ömhet för något	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Det har varit omöjligt att sluta tänka på mina problem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Jag har brukat fysiskt våld mot andra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Jag har känt förtvivlan eller hopplöshet	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Jag har känt mig kritiserad av andra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Jag har känt att jag kunnat klara av situationer där något gått snett	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Jag har känt mig olycklig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Jag har varit lättretlig tillsammans med andra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
15 Det har känts som om jag skulle drunkna i mina problem	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
16 Jag har haft panikkänslor eller varit skräckslagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 Jag har känt mig optimistisk inför min egen framtid	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
18 Jag har själv skadat min kropp eller allvarligt riskerat min hälsa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**Summa**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
↓	↓	↓	↓		↓		↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)		Kaikki		Kaikki-R

**Klinisk poäng**

Summan för varje skala dividerat med antalet besvarade frågor för skalan. Multiplitera sedan med 10.