



CORE SF-B

**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 18 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 förfärligt ensam och isolerad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Jag har haft svårigheter att somna in eller att sova en hel natt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> P
3 Jag har känt mig optimistisk inför min egen framtid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
4 Jag har saknat all energi och entusiasm	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> P
5 Jag har haft planer på att ta mitt liv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
6 Jag har besvärats av värk, smärta eller andra kroppsliga 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
7 Jag har varit nöjd med de saker som jag har gjort	<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 Att prata med andra har känts alldeles för jobbigt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
9 Jag har känt mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
10 Att jag varit spänd och ängslig har hindrat mig från att göra viktiga saker	<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 besvärats av oönskade tankar och känslor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Det har känts som om jag skulle drunkna i mina problem	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
13 Jag har känt att jag haft någon att vända mig till när det behövs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
14 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
15 Jag har hotat eller uppträtt hofullt mot någon annan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
16 Jag har klarat av det mesta som jag behövt göra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
17 Det har känts som att jag inte har några vänner	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
18 Jag har tänkt att jag har mig själv mig själv att skylla för mina problem och svårigheter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

**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.