



**ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ**

ID сайту:

ID клієнта:

ID терапевта:

Дата заповнення:

день                      місяць                      рік

Вік:    Ч

**Діагностичне обстеження** Ж

S – Діагностичне обстеження  
R – Направлення  
A – Оцінка  
F – Перша сесія  
P – Дотерапевтична стадія  
D – Під час терапії  
L – Остання терапевтична сесія  
X – Контрольні сесії після терапії 1  
Y – Контрольні сесії після терапії 2

Інша

Сесія №

Який це епізод терапії?

(скільки разів клієнт починав терапію)

**Цей опитувальник містить 10 тверджень про те, як Ви почувалися протягом МИНУЛОГО ТИЖНЯ. Будь ласка, прочитайте кожне твердження та подумайте, як часто Ви відчували подібне протягом останніх семи днів. Потім оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану.**

**Протягом останнього тижня**

	Зовсім ні	Зрідка	Іноді	Часто	Майже весь час
1 У мене було відчуття напруги, тривоги та знервованості	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Я відчував (-ла), що мені є до кого звернутися за підтримкою у разі потреби	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 У мене було відчуття, що якщо щось піде не так, я зможу з цим впоратись	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Мені було занадто важко розмовляти з людьми	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 У мене було відчуття паніки або жаху	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Я планував(-ла) покінчити з життям	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 У мене були труднощі з засинанням чи сном	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 У мене було відчуття розпачу або безнадії	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Я почувався (-лася) нещасливим (-ою)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Мене турбували небажані образи або спогади	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Усього (Клінічна оцінка\*)**

**\*Якщо всі пункти виконані: додайте бали за пунктами, щоб отримати клінічний бал. Не рекомендується розраховувати бал, якщо пропущено більше одного пункту, але якщо заповнено дев'ять, то: додайте бали за пунктами, поділіть на дев'ять, щоб отримати середній бал, а потім помножьте на 10, щоб отримати клінічний бал.**

**ДЯКУЄМО, ЩО ПРИДІЛИЛИ ЧАС ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЦЬОГО ОПИТУВАЛЬНИКА**