



### ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ

ID сайту:

Вік:    Ч

ID клієнта:

Ж

ID терапевта:

Інша

Дата заповнення:

Сесія №

С – 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

Який це епізод терапії?  
(скільки разів клієнт починав терапію)

**Цей опитувальник містить 34 твердження про те, як Ви почувалися протягом МИНУЛОГО ТИЖНЯ. Будь ласка, прочитайте кожне з цих тверджень 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	заповнюється дослідником
1. У мене було відчуття глибокої самотності та ізолюваності	<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. 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	<input type="checkbox"/> P
3. 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	<input type="checkbox"/> F
4. У мене було відчуття, що зі мною все гаразд	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5. У мене було відчуття нестачі енергії та відсутності ентузіазму	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6. Я застосовував (-ла) фізичне насильство до інших	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7. 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	<input type="checkbox"/> F
8. Мене турбували болі чи інші фізичні проблеми	<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. У мене з'являлись думки заподіяти собі шкоду	<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. 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	<input type="checkbox"/> F
11. Напруга і тривога заважали мені робити важливі речі	<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. У мене було відчуття задоволення від виконаної роботи	<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. Мене турбували небажані думки та почуття	<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. Мені хотілось плакати	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

**Будь ласка, перегорніть сторінку**

## Протягом останнього тижня

	Зовсім ні	Зрідка	Іноді	Часто	Майже весь час	ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ
15. 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	<input type="checkbox"/> P
16. 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	<input type="checkbox"/> R
17. У мене було відчуття перевантаженості своїми проблемами	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18. 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	<input type="checkbox"/> P
19. Я відчував(-ла) теплоту або прив'язаність до когось	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20. Мені не вдавалося відволіктись від своїх проблем	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21. Мені вдалося виконати більшість справ, які необхідно було вирішити	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22. Я погрожував(-ла) або залякував(-ла) іншу людину	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23. 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	<input type="checkbox"/> P
24. У мене були думки, що краще було б померти	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25. У мене було відчуття, що інші люди мене критикують	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26. Мені здавалося, що у мене немає друзів	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27. Я почувався(-лася) нещасним(-ою)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28. 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	<input type="checkbox"/> P
29. У мене було відчуття роздратованості в присутності інших людей	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30. У мене були думки, що я винен (-на) у своїх проблемах і труднощах.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31. Я відчув(-ла) оптимізм щодо свого майбутнього	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32. Мені вдалося досягнути бажаного	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33. У мене було відчуття, що мене принижували чи присоромлювали інші люди	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34. Я завдавав(-ла) собі фізичної шкоди або наражав(-ла) своє здоров'я на небезпеку	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

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

**Загальний бал**

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

**Середній бал**

Загальний бал для кожного виміру, поділений на кількість виконаних завдань у цьому дослідженні.

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

(W)

(P)

(F)

(R)

Усі елементи

Усі мінус R