



CORE-SFA

KUN TIL KONTORBRUK

Bokstaver Tall

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sted ID:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Terapeut ID

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fase

Si 1. økt
W Under terapi
L Siste terapiøkt

| |
|--|
| |
|--|

Dato for innlevering av skjema

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Øktnummer (første terapiøkt = 001)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

VIKTIG – LES DETTE FØRST

Dette skjemaet inneholder 18 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN

Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.

Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.

Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

| | Aldri | Sjelden | Av og til | Ofte | Nesten hele tiden | skår |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------|
| 1 Har jeg følt meg ansent, engstelig eller nervøs | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 2 Har jeg følt meg fornøyd med meg selv jeg trengte det | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | W |
| 3 Har uønskede bilder eller minner plaget meg | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 4 Har jeg fått til det jeg ville | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 5 Har jeg følt at andre har ydmyket meg eller gjort meg skamfull | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 6 Har jeg hatt lyst til å gråte | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | W |
| 7 Har jeg følt varme eller hengivenhet ovenfor noen | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 8 Har problemene mine vært umulig å overse | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 9 Har jeg vært fysisk voldelig mot andre | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 10 Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 11 Har jeg følt meg kritisert av andre | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 12 Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 13 Har jeg følt meg ulykkelig | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 14 Har jeg vært irritabel mot andre mennesker. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 15 Har jeg følt meg overveldet av mine problemer | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | W |
| 16 Har jeg følt redsel eller panikk | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 17 Har jeg følt meg optimistisk med tanke på framtiden | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | W |
| 18 Har jeg skadet meg selv fysisk eller tatt farlige sjanser med min egen helse | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET

Samlet skår

Gjennomsnittsskår

(total skår for hver dimensjon delt på antall besvarte spm. i dimensjonen)

