

CORE-SFA

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ

ID клієнта:

ID сайту:

ID терапевта:

Етап в терапії:

F Перша сесія

D Під час терапії

L Остання терапевтична сесія

Дата заповнення

день

місяць

рік

Номер сесії (перша сесія терапії = 001)

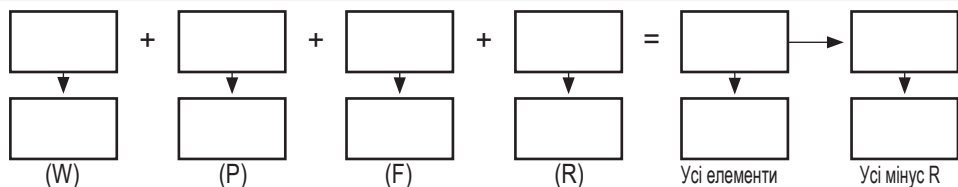
Цей опитувальник містить 18 тверджень про те, як Ви почувалися протягом МИНУЛОГО ТИЖНЯ. Будь ласка, прочитайте кожне з цих тверджень та подумайте, як часто Ви відчували себе таким чином протягом останніх семи днів. Потім оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану.

Протягом останнього тижня

	Зовсім ні	Зрідка	Іноді	Часто	Майже весь час	ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ДОСЛІДНИКОМ
1 У мене було відчуття 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
2 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
3 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
4 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
5 У мене було відчуття, що мене принижували чи присоромлювали	<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 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
7 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
8 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
9 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
10 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
11 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
12 У мене було відчуття, що якщо щось піде не так, я зможу з цим впоратися	<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 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	<input type="checkbox"/> P
14 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
15 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
16 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
17 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
18 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



Середній бал

(Загальний бал для кожного виміру, поділений на кількість завдань, виконаних у цьому вимірі).