



CORE-SFB

**KUN TIL KONTORBRUK**

Bokstaver Tall

Terapeut ID

Dato for innlevering av skjema

T T M M J J J J

Sted ID:

**Fase**

Si 1. økt

W Under terapi

L Siste terapiøkt

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 forferdelig alene og isolert	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 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
4 Har jeg følt meg helt uten energi og entusiasme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
5 Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
6 Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
7 Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 Har det å snakke med folk vært for mye for meg	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
9 Har jeg følt meg fornøyd med meg selv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
10 Har anspenthet og angst hindret meg i å gjøre viktige ting	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11 Har jeg vært plaget av uønskede tanker og følelser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 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
13 Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
14 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
15 Har jeg truet eller skremt et annet menneske	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
16 Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
17 Har jeg tenkt at jeg ikke hadde noen venner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
18 Har jeg tenkt at mine problemer og vanskeligheter var min egen skyld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P

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

Samlet skår

+  +  +  =  →

(W) (P) (F) (R) Alle Items Alle minus R

Gjennomsnittsskår

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