



CORE SF-A

AD USO INTERNO

Cod. sito:

Cod. cliente

Data

g g m m a a a a

Stadio completato

P Prima seduta

D Durante terapia o counseling

U Ultima seduta

Seduta numero

(prima seduta= 001)

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 18 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

Nell'ultima settimana

| | Per nulla | Solo | Occasionalmente | Ogni tanto | Spesso | Molto spesso o sempre | AD USO INTERNO |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|
| 1 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 2 Mi sono sentito a posto con me stesso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | W |
| 3 Sono stato turbato da immagini o ricordi indesiderati | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 4 Ho ottenuto ciò che volevo | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 5 Mi sono sentito umiliato o messo in imbarazzo da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 6 Ho avuto voglia di piangere | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | W |
| 7 Ho provato calore o affetto per qualcuno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 8 Mi è stato impossibile mettere da parte i miei problemi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 9 Sono stato violento fisicamente verso altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | R |
| 10 Mi sono sentito affranto o senza speranza | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 11 Mi sono sentito criticato da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 12 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 13 Mi sono sentito infelice | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 14 Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | F |
| 15 Mi sono sentito sopraffatto dai miei problemi | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | W |
| 16 Ho provato panico o terrore | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | P |
| 17 Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 5 | W |
| 18 Mi sono fatto del male fisicamente o ho messo seriamente in pericolo la mia salute | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | R |

Punteggio totale

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (W) | (P) | (F) | (R) | Tutti gli items | Tutti - R |

Punteggio medio

(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati)