



CORE SF-A

AD USO INTERNO

Cod. sito:

Cod. cliente

Data

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/a teso/a, ansioso/a o nervoso/a | <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 Mi sono sentito/a a posto con me stesso/a | <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 Sono stato/a 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"/> 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"/> F |
| 5 Mi sono sentito/a umiliato/a 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"/> 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"/> 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"/> F |
| 8 Mi è stato/a 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"/> P |
| 9 Sono stato/a violento/a 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"/> R |
| 10 Mi sono sentito/a 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"/> P |
| 11 Mi sono sentito/a criticato/a 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"/> F |
| 12 Mi sono sentito/a 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"/> F |
| 13 Mi sono sentito/a infelice | <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 Mi sono sentito/a irritato/a 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"/> F |
| 15 Mi sono sentito/a 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"/> 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"/> P |
| 17 Mi sono sentito/a 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"/> 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"/> R |

Punteggio totale

Punteggio medio

(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati)

(W)

(P)

(F)

(R)

Tutti gli items

Tutti - R