



**CORE-SFA**

**nur für Büro Zwecke**

Code Klient(in) / Patient(in)

Code Therapeut(in) weitere Codes

Datum

T T M M J J J J

Code Institution

**Phase**  
 Si 1. Sitzung   
 W Während der Therapie   
 L Letzte Therapiesitzung

Sitzungsnummer  
 (erste Therapiesitzung = 001)

**WICHTIG – BITTE ZUERST LESEN**

Dieser Fragebogen umfasst 18 Aussagen dazu, wie es Ihnen IN DER LETZTEN WOCHE ergangen ist. Bitte lesen Sie jede Aussage und überlegen Sie, wie oft Sie sich in der letzten Woche so gefühlt haben. Kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber (keinen Bleistift) und kreuzen Sie deutlich eines der Kästchen an.

Während der letzten Woche...	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	meistens oder immer	Bei der Auswertung auszufüllen
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
1 ...habe ich mich angespannt, unruhig oder nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
2 ...war ich zufrieden mit mir.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
3 ...haben mich ungewollte Bilder und Erinnerungen gestört.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
4 ...habe ich erreicht, was ich wollte.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
5 ...habe ich mich von anderen erniedrigt oder beschämt gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
6 ...war mir zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
7 ...habe ich Wärme und Zuneigung für jemanden empfunden.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 ...konnte ich meine Probleme nicht beiseite schieben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 ...bin ich anderen gegenüber körperlich gewalttätig geworden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 ...habe ich mich verzweifelt oder hoffnungslos gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11 ...habe ich mich von anderen kritisiert gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
12 ...hatte ich das Gefühl, mit Schwierigkeiten umgehen zu können.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 ...habe ich mich unglücklich gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 ...war ich in der Gegenwart anderer schnell gereizt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
15 ...habe ich mich von meinen Problemen überwältigt gefühlt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
16 ...habe ich Panik und Schrecken empfunden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
17 ...war ich zuversichtlich im Hinblick auf meine Zukunft.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
18 ...habe ich mich selbst verletzt oder meine Gesundheit großen Gefahren ausgesetzt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R

**VIELEN DANK !**

**Gesamtwerte**  +  +  +  =  →

**Mittelwerte**  
 (Gesamtwerte dividiert durch die Anzahl der in dieser Dimension beantworteten Items)

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