



CORE-SFA

**ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ**

Код клиент / пациент

още кодове

дата

D D M M R R R R

кодова институция:

**фаза**  
 S1 1-ва сесия   
 W По време на терапията   
 L Последна терапевтична сесия

**номер на сесията**  
 (първа терапевтична сесия = 001)

**Важно, моля порчетете преди да попълните**

Този формуляр съдържа 18 твърдения отнасящи се до вашето състояние през изминалите седем дни. Моля прочетете всяко твърдение и помислете колко често сте се чувствали по този начин през изминалата седмица.

След това отбележете квадратчето, което най-точно отговаря на Вашето състояние.

**През изминалата седмица ...**

	Никога	Много рядко	Понякога	Често	През повечето време или непрекъснато	ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ
1 Чувствах се напрегнат/а, тревожен/а или изнервен/	<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 Чувствах се добре	<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 Притеснявах ме нежелани образи и спомени	<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 Постигнах нещата, които исках	<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 Чувствах се унижаван или засрамван от други хора	<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 Плачеше ми се	<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 Чувствах топлина или обич към някого	<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 Беше невъзможно да оставя проблемите си настрана	<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 Упражнявах физическо насилие спрямо други хора	<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 Чувствах се отчаян и обезнадежден	<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 Чувствах се критикуван от други хора	<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 Чувствах се способен/а да се справя, когато нещата се объркваха.	<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 Чувствах се нещастен	<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 Чувствах се раздразнителен в присъствието на други хора	<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 Чувствах се притиснат от проблемите си	<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 Изпитвах паника и ужас	<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 Бях оптимистично настроен за моето бъдеще	<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 Наранявах се физически или поемах големи рискове за здравето си	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**Обща стойност**

+  +  +  =  →   
       
 (W) (P) (F) (R) Всички предмети Всички айтеми без R

**Средно аритметично:**

(общи резултати, разделени на броя отговорили елементи в това измерение)