



**ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ**

Код клиент / пациент

       

още кодове

       

дата

       

D D      M M      R R R R

кодова институция:

   

**фаза**

Si 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	По-често	Често	През повечето време или непрекъснато	ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ
1 Чувствах се ужасно самотен/а и изолиран/а	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Трудно заспивах или често се будех	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 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
4 Чувствах пълна липса на енергия и ентузиазъм	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
5 Правех планове да сложа край на живота 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
6 Бях обезпокояван/а от болки или други физически неразположения.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
7 Чувствах се щастлив от нещата, които правех	<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 Разговорите с хора ми идваха в повече	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
9 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
10 Напрежението и тревожността ми пречеха да свърша важни неща	<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 Безпокояха ме нежелани мисли и чувства	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 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
13 Чувствах, че има към кого да се обърна за подкрепа, когато имах нужда	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
14 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
15 Заплашвах или изнудвах друг човек	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
16 Бях в състояние да правя повечето от нещата, които трябва	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
17 Мислех си, че нямам приятели	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
18 Мислех си, че аз съм си виновен за моите проблеми и трудности	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

**Обща стойност**

+  +  +  =  →

**Средно аритметично:**

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

(W)

(P)

(F)

(R)

Всички предмети

Всички айтеми без R