

LISTE DEPRESSIVER SYMPTOME (SELBSTBEURTEILUNG)

THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.

Did patient (subject) perform self-evaluation? **No** (provide reason in comments)

Evaluation performed on visit date or specify date: _____

DD-Mon-YYYY

Comments:

**Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die Ihren Zustand während der vergangenen 7 Tage am besten widerspiegelt.
Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Behauptungen jeweils nur eine Antwort an und zwar die,
die auf Sie für die vergangenen 7 Tage am ehesten zutrifft.**

1. Einschlafen:

- 0 Ich brauchte nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen.
- 1 Ich brauchte bei weniger als der Hälfte der Nächte mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.
- 2 Ich brauchte bei mehr als der Hälfte aller Nächte mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.
- 3 Ich brauchte bei mehr als der Hälfte der Nächte mehr als 60 Minuten um einzuschlafen.

2. Nächtlicher Schlaf:

- 0 Ich wachte nachts nicht auf.
- 1 Ich hatte einen unruhigen, leichten Schlaf und wachte jede Nacht ein paar Mal kurz auf.
- 2 Ich wachte mindestens einmal pro Nacht auf; schlief jedoch leicht wieder ein.
- 3 Ich wachte in mehr als der Hälfte der Nächte mehr als einmal pro Nacht auf und blieb mindestens 20 Minuten wach.

3. Frühes Aufwachen:

- 0 Meistens wachte ich nicht früher als 30 Minuten, bevor ich aufstehen musste, auf.
- 1 In mehr als der Hälfte der Tage der letzten Woche wachte ich mindestens 30 bis 60 Minuten bevor ich aufstehen musste, auf.
- 2 In mehr als der Hälfte der Tage der letzten Woche wachte ich mindestens eine Stunde zu früh auf, konnte jedoch wieder einschlafen.
- 3 In mehr als der Hälfte der Zeit wachte ich mindestens eine Stunde zu früh auf ohne wieder einschlafen zu können.

4. Erhöhtes Schlafbedürfnis:

- 0 Ich schlief pro Nacht nicht mehr als 7-8 Stunden und brauchte keinen Nickerchen.
- 1 Ich schlief innerhalb von 24 Stunden nicht mehr als 10 Stunden einschließlich Nickerchen.
- 2 Ich schlief innerhalb von 24 Stunden nicht mehr als 12 Stunden einschließlich Nickerchen.
- 3 Ich schlief innerhalb von 24 Stunden mehr als 12 Stunden einschließlich Nickerchen.

5. Gefühl von Traurigkeit:

- 0 Ich fühlte mich nicht traurig.
- 1 Ich fühlte mich weniger als die Hälfte der Zeit traurig.
- 2 Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der Zeit traurig.
- 3 Ich fühlte mich während der gesamten Zeit traurig.

6. Gereizte Stimmung:

- 0 Ich fühlte mich nicht gereizt.
- 1 Ich fühlte mich weniger als der Hälfte der Zeit gereizt.
- 2 Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der Zeit gereizt.
- 3 Ich fühlte mich die gesamte Zeit gereizt.

LISTE DEPRESSIVER SYMPTOME (SELBSTBEURTEILUNG)

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Behauptungen jeweils nur eine Antwort an und zwar die, die auf Sie für die vergangenen 7 Tage am ehesten zutrifft.

7. Gefühl von Angst und Anspannung:

- 0 Ich fühlte mich nicht ängstlich oder angespannt.
- 1 Ich fühlte mich weniger als die Hälfte der letzten Woche ängstlich (angespannt).
- 2 Ich fühlte mich mehr als die Hälfte der letzten Woche ängstlich (angespannt).
- 3 Ich fühlte mich die ganze letzte Woche ängstlich (angespannt).

8. Stimmungsreaktion auf positive Ereignisse:

- 0 Nach positiven Ereignissen verbesserte sich meine Stimmung für mehrere Stunden bis zum Normalniveau.
- 1 Nach positiven Ereignissen verbesserte sich meine Stimmung, jedoch nicht bis zum Normalniveau.
- 2 Meine Stimmung verbesserte sich nur nach wenigen und bestimmten positiven Ereignissen.
- 3 Meine Stimmung verbesserte sich überhaupt nicht, auch nicht nach sehr positiven oder erwünschten Ereignissen.

9. Stimmungsschwankungen im Laufe des Tages:

- 0 Zwischen meiner Stimmung und der Tageszeit gab es keinen klaren Zusammenhang.
- 1 Meine Stimmung hing oft von Ereignissen und Umständen zu bestimmten Tageszeiten ab (z.B. Alleinsein, Arbeit).
- 2 Im allgemeinen war meine Stimmung mehr von der Tageszeit als von Ereignissen abhängig.
- 3 Meine Stimmung war zu bestimmten Tageszeiten eindeutig und vorhersagbar besser oder schlechter.

9A. Wann war Ihre Stimmung normalerweise schlechter?

- 0 morgens.
- 1 nachmittags.
- 2 abends.

9B. War Ihre Stimmungsschwankung von der Umgebung abhängig?

- 0 ja.
- 1 nein.

10. Qualität Ihrer Stimmung:

- 0 Die Stimmung (innere Gefühle), die ich empfand, entsprach weitgehend meiner normalen Stimmung.
- 1 Meine Stimmung war traurig im Sinne von Traurigkeit, die ich nach dem Tod oder Verlust einer nahestehenden Person empfinden würde.
- 2 Meine Stimmung war traurig. Diese Traurigkeit hatte eine andere Qualität als die Traurigkeit nach dem Tod oder dem Verlust einer nahestehenden Person.
- 3 Meine Stimmung war traurig und unterschied sich von der, die man mit Verlust oder Trauer in Verbindung setzt.

Bitte entweder Frage 11 oder 12 beantworten (nicht beide!)

11. Verminderter Appetit:

- 0 Mein Appetit war normal und unverändert.
- 1 Ich habe weniger oft oder geringere Mengen als gewöhnlich gegessen.
- 2 Ich habe deutlich weniger als gewöhnlich gegessen und musste mich dazu auch noch überwinden.
- 3 Ich habe im Laufe von 24 Stunden kaum etwas gegessen und nur mit äußerster Anstrengung oder wenn mich andere überredet haben, zu essen.

12. Gesteigerter Appetit:

- 0 Mein Appetit war normal und unverändert.
- 1 Ich verspürte ein Bedürfnis häufiger als üblich zu essen.
- 2 Ich habe regelmäßig häufiger und größere Mengen als üblich gegessen.
- 3 Ich verspürte einen Drang mehr zu essen, sowohl bei den Mahlzeiten als auch dazwischen.

LISTE DEPRESSIVER SYMPTOME (SELBSTBEURTEILUNG)

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Behauptungen jeweils nur eine Antwort an und zwar die, die auf Sie für die vergangenen 7 Tage am ehesten zutrifft.

Bitte entweder Frage 13 oder 14 beantworten (nicht beide!)

13. Während der letzten 2 Wochen:

- 0 hat sich mein Gewicht nicht geändert.
- 1 habe ich wahrscheinlich etwas abgenommen.
- 2 habe ich 1-2,5 kg abgenommen.
- 3 habe ich mehr als 2,5 kg abgenommen.

14. Während der letzten 2 Wochen:

- 0 hat sich mein Gewicht nicht geändert.
- 1 habe ich wahrscheinlich etwas zugenommen.
- 2 habe ich 1-2,5 kg zugenommen.
- 3 habe ich mehr als 2,5 kg zugenommen.

15. Konzentration und Entscheidungsvermögen:

- 0 Mein Konzentrations- und Entscheidungsvermögen war unverändert.
- 1 Ich fühlte mich gelegentlich unentschlossen und unaufmerksam.
- 2 Meistens hatte ich sehr große Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder mich zu entscheiden.
- 3 Ich konnte mich auf das Lesen nicht ausreichend konzentrieren oder selbst weniger wichtige Entscheidungen nicht treffen.

16. Selbstbild:

- 0 Ich betrachtete mich als genauso wertvoll und verdienstvoll wie andere Menschen.
- 1 Ich klagte mich öfter als gewöhnlich selbst an.
- 2 Ich glaubte meistens, dass ich für andere nur Probleme verursachte.
- 3 Ich grübelte fast die gesamte Zeit über größere und kleinere Fehler meiner Person.

17. Sicht meiner Zukunft:

- 0 Bezüglich meiner Zukunft war ich optimistisch.
- 1 Ich war gelegentlich pessimistisch bezüglich meiner Zukunft; aber meistens glaubte ich, dass sich die Dinge zum Besseren entwickeln.
- 2 Ich war mir ziemlich sicher, dass meine nächste Zukunft (1-2 Monate) nicht viel Gutes bringen wird.
- 3 Ich sah keine Hoffnung, dass mir in der Zukunft jemals etwas Positives passieren wird.

18. Gedanken an Tod oder Selbstmord:

- 0 Ich hatte keinerlei Gedanken an Selbstmord oder Tod.
- 1 Ich empfand das Leben als leer bzw. fragte mich, ob es lebenswert ist.
- 2 Ich dachte mehrfach in der Woche während mehrerer Minuten an Selbstmord oder den Tod.
- 3 Ich dachte jeden Tag wiederholt und im Detail an Selbstmord oder Tod bzw. machte ernsthaft Selbstmordpläne oder versuchte tatsächlich, mich umzubringen.

19. Allgemeine Interessen:

- 0 Meine Interessen an anderen Menschen oder Aktivitäten waren unverändert.
- 1 Ich bemerkte eine Verminderung meines Interesses an Leuten oder Aktivitäten.
- 2 Ich merkte, dass ich mich nur noch für eine oder zwei meiner früheren Aktivitäten interessierte.
- 3 Ich hatte überhaupt kein Interesse mehr an irgendwelchen früheren Aktivitäten.

20. Energieniveau:

- 0 Meine Energie war unverändert.
- 1 Ich ermüdete leichter als gewöhnlich.
- 2 Ich musste mich sehr anstrengen, um mit meinen alltäglichen Aktivitäten (z.B.: Einkaufen, Haushaltsarbeit, zur Arbeit gehen, Kochen usw.) zu beginnen und sie abzuschließen.
- 3 Ich war aufgrund meiner Energielosigkeit nicht in der Lage, alltägliche Dinge zu erledigen.

LISTE DEPRESSIVER SYMPTOME (SELBSTBEURTEILUNG)

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Behauptungen jeweils nur eine Antwort an und zwar die, die auf Sie für die vergangenen 7 Tage am ehesten zutrifft.

21. Fähigkeit zu Freude und Vergnügen (außer sexuelle Aktivität):

- 0 Ich genoss in gewohnter Weise angenehme Aktivitäten.
- 1 Ich empfand nicht wie sonst Vergnügen an angenehmen Aktivitäten.
- 2 Ich empfand selten Vergnügen an irgendwelchen Aktivitäten.
- 3 Ich war wirklich unfähig, Freude oder Vergnügen an irgendeiner Aktivität zu empfinden.

22. Sexuelles Interesse (bitte Interesse und nicht Aktivität angeben):

- 0 Ich hatte ein unverändertes Interesse an Sex.
- 1 Mein Interesse an Sex war etwas geringer als üblich bzw. ich hatte nicht das gleiche Vergnügen wie früher.
- 2 Ich hatte wenig Interesse an Sex bzw. hatte dabei selten Freude.
- 3 Ich hatte gar kein Interesse an Sex bzw. hatte keine Freude dabei.

23. Verlangsamung:

- 0 Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten war unverändert.
- 1 Ich empfand mein Denken als langsamer bzw. meine Stimme als stumpf und matt.
- 2 Auf die meisten Fragen konnte ich erst nach einigen Sekunden antworten, und ich bin sicher, dass mein Denken verlangsamt war.
- 3 Oft fiel es mir ausgesprochen schwer, auf Fragen zu antworten.

24. Ruhelosigkeit:

- 0 Ich fühlte mich nicht ruhelos.
- 1 Ich war oft zappelig, knetete meine Hände und rutschte beim Sitzen hin und her.
- 2 Ich fühlte mich gezwungen herumzugehen und war ziemlich rastlos.
- 3 Manchmal konnte ich nicht stillsitzen und musste ständig herumlaufen.

25. Schmerzen:

- 0 Ich hatte keinerlei Schweregefühl in Armen oder Beinen und keine Schmerzen.
- 1 Manchmal bekam ich Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die mich jedoch nicht von meinen üblichen Aktivitäten abhielten.
- 2 Ich hatte die oben genannten Schmerzen die meiste Zeit.
- 3 Die genannten Schmerzen waren so stark, dass ich gezwungen war, meine jeweilige Aktivität abbrechen.

26. Weitere körperliche Beschwerden:

- 0 Ich hatte keines der folgenden Symptome: Herzrasen, verschwommenes Sehen, Schwitzen, Hitzewallungen oder Kältegefühl, Ohrensausen, Brustschmerzen oder Zittern.
- 1 Ich hatte einige dieser Symptome; sie waren jedoch nur leicht ausgeprägt und nur zeitweilig vorhanden.
- 2 Ich hatte mehrere dieser Symptome, die mich ziemlich störten.
- 3 Ich hatte mehrere dieser Symptome, und wenn sie auftraten, musste ich jegliche Aktivität abbrechen.

LISTE DEPRESSIVER SYMPTOME (SELBSTBEURTEILUNG)

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Behauptungen jeweils nur eine Antwort an und zwar die, die auf Sie für die vergangenen 7 Tage am ehesten zutrifft.

27. Panik und Angst:

- 0 Ich hatte keine zeitweise auftretende panische Angst oder Angst vor etwas Bestimmtem (Phobien), wie z.B. vor Tieren oder Höhe.
- 1 Ich hatte Zustände von nicht sehr ausgeprägter panischer Angst oder Phobien, die normalerweise mein Verhalten nicht änderten bzw. mich nicht vom normalen Leben abhielten.
- 2 Ich hatte Zustände von ausgeprägter panischer Angst oder Phobien, die mich dazu zwangen mein Verhalten zu ändern, mich aber nicht von meinem normalen Leben abhielten.
- 3 Ich hatte mindestens einmal pro Woche Panikanfälle oder ausgeprägte Phobien, die mich an der Ausführung meiner täglichen Aktivitäten hinderten.

28. Verdauungsbeschwerden:

- 0 Mein Stuhlgang war unverändert.
- 1 Ich hatte gelegentlich Verstopfung oder leichten Durchfall.
- 2 Ich litt die meiste Zeit unter Verstopfung oder Durchfall, was jedoch meine tägliche Funktionsfähigkeit nicht beeinträchtigte.
- 3 Ich litt an Verstopfung oder Durchfall. Dies erforderte eine medizinische Behandlung bzw. beeinträchtigte meine täglichen Aktivitäten.

29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit:

- 0 Ich habe mich durch andere weder abgewiesen, noch beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt.
- 1 Ich habe mich durch andere gelegentlich abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt.
- 2 Ich habe mich durch andere häufig abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt, was aber nur leichte Auswirkungen auf meine Beziehungen zu anderen Personen oder Arbeit hatte.
- 3 Ich habe mich durch andere häufig abgewiesen, beleidigt, kritisiert oder gekränkt gefühlt, was zu einer spürbaren Beeinträchtigung meiner Beziehungen zu anderen Personen und zu meiner Arbeit führte.

30. Schweregefühl/körperliche Energie:

- 0 Ein Gefühl von bleierner Körperschwere oder mangelnder Energie habe ich in der letzten Woche nicht erlebt.
- 1 Ich hatte gelegentlich ein Gefühl von bleierner Körperschwere und mangelnder Energie, jedoch ohne Beeinträchtigung von Arbeit, Schule oder Aktivitätsniveau.
- 2 Ich hatte mehr als die Hälfte der letzten Woche ein Gefühl von bleierner Körperschwere (Mangel an körperlicher Energie).
- 3 Ich hatte die meiste Zeit ein Gefühl von bleierner Schwere (Mangel an körperlicher Energie), d.h. mehrere Stunden am Tag und mehrere Tage pro Woche.

Vielen Dank!