



## Aktuelle depressive Episode

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

### In den letzten zwei Wochen....

Nein Ja

(1)	War Ihre <b>Stimmung</b> die meiste Zeit des Tages und fast jeden Tag in einem für Sie ungewöhnlichen Ausmaß <b>niedergeschlagen, depressiv</b> und <b>hoffnungslos</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Haben Sie das <b>Interesse</b> und die <b>Freude</b> an Aktivitäten <b>verloren</b> , die für Sie normalerweise angenehm waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Fühlten Sie sich fast ständig <b>energielos</b> und <b>abgeschlagen</b> oder <b>antriebslos</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mindestens zwei Merkmale von (1) – (3) erfüllt?</b>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein → Ende
(4)	Haben Sie Ihr <b>Selbstvertrauen</b> oder Ihr <b>Selbstwertgefühl verringert</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)	Fühlten Sie sich <b>schuldig</b> oder machten Sie sich <b>Vorwürfe</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)	Hatten Sie das Gefühl, Ihr <b>Denk-</b> oder <b>Konzentrationsvermögen</b> sei <b>vermindert</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)	Hatten Sie beinahe täglich den Eindruck <b>verlangsamt</b> zu sprechen oder sich zu bewegen? Oder waren Sie im Gegensatz dazu <b>ruhelos</b> und konnten nicht stillsitzen (subjektiv oder objektiv)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)	Litten Sie unter <b>Schlafstörungen</b> (Probleme beim Einschlafen, nächtliches oder frühmorgendliches Aufwachen, übermäßiges Schlafen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)	Hat sich Ihr <b>Appetit</b> deutlich verändert (sowohl abgenommen als auch zugenommen) und hat sich infolgedessen Ihr <b>Gewicht</b> verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)	Haben Sie wiederholt daran gedacht, <b>sich etwas anzutun</b> oder sich gewünscht, <b>tot zu sein</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

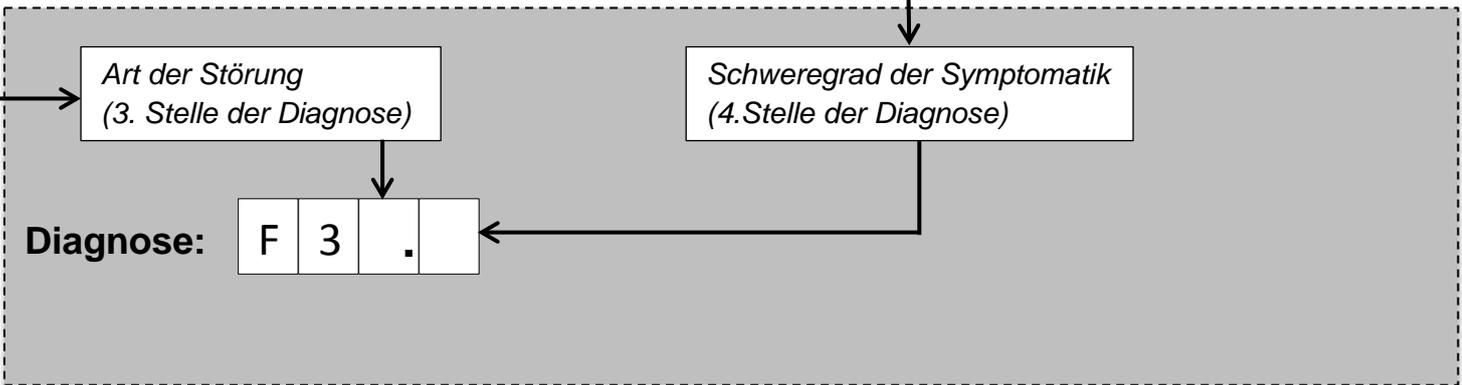
<b>A</b>	<b>Beurteilen Sie:</b> Die depressive Episode besteht über einen Zeitraum von mindestens <i>zwei Wochen</i> .	Nein <input type="checkbox"/> → Ende	Ja <input type="checkbox"/>
<b>B</b>	<b>Beurteilen Sie:</b> Aktuell / in der Vorgeschichte bestand eine <i>Hypomanie</i> oder <i>Manie</i> (siehe Screening; wenn ja: Kurzinterview).	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → Ende
<b>C</b>	<b>Beurteilen Sie:</b> Die Depression ist auf Missbrauch <i>psychotroper Substanzen</i> oder auf eine <i>organische psychische Störung</i> im Sinne des Kapitels F0 zurück zu führen.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → Ende



Schweregrad der aktuellen Symptomatik

→ Beurteilen Sie mit Hilfe der Symptome (1) bis (10):

leicht 0	mittel 1	schwer 2	schwer, mit psychotischen Symptomen 3	gegenwärtig remittiert 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insgesamt mind. 4 der Symptome (1) bis (10)</li> <li>✓ darunter mind. 2 der Symptome (1) bis (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insgesamt mind. 6 der Symptome (1) bis (10)</li> <li>✓ darunter mind. 2 der Symptome (1) bis (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insgesamt mind. 8 der Symptome (1) bis (10)</li> <li>✓ darunter alle 3 Symptome (1), (2) und (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Schwer</li> <li>✓ Halluzinationen, Wahn oder Stupor</li> <li>✓ Keine Schizophrenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aktuell keine Kriterien einer spezifischen affektiven Störung erfüllt</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Art der Störung

- 2    Liegt **aktuell** zum ersten Mal eine depressive Symptomatik vor?     Nein     Ja
- 3    Gab es neben der aktuellen depressiven Symptomatik bereits in der **Vergangenheit** eine depressive Episode?
- Wenn ja:** Prüfen Sie anhand des Interviews, ob in der Vergangenheit mind. eine weitere depressive Episode vorhanden war. Die Episoden müssen durch ein Intervall von mind. zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung voneinander getrennt sein.

**Achtung: Tragen Sie Ihre Ergebnisse aus diesem Interview sowohl in Bezug auf die aktuelle Situation als auch in Bezug auf die Lebensgeschichte in den Auswertungsbogen affektive Störungen ein!**