

Fragen zu Depression in der Allgemeinbevölkerung

Falls Sie jemals in Ihrem Leben eine Depression gehabt haben, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Der Fragebogen ist anonym und dient dazu, die Therapie und Betreuung von Patienten mit Depressionen in der Schweiz zu verbessern – vielen Dank, dass Sie mithelfen!

1. Geschlecht:

- w
- m

2. Alter:

- < 18 Jahre
- 19-30 Jahre
- 31-45 Jahre
- 46-60 Jahre
- > 60 Jahre

3. Wie alt waren Sie, als bei Ihnen erstmals eine Depression aufgetreten ist?

- < 18 Jahre
- 19-30 Jahre
- 31-45 Jahre
- 46-60 Jahre
- > 60 Jahre

4. Wie alt waren Sie, als bei Ihnen erstmals die Diagnose einer Depression durch eine Fachperson diagnostiziert wurde?

- < 18 Jahre
- 19-30 Jahre
- 31-45 Jahre
- 46-60 Jahre
- > 60 Jahre

5. Hatten Sie je nebst einer Depression auch eine Hypomanie oder Manie?

- ja
- nein

Wenn ja, hatten Sie zuerst eine Hypomanie/Manie oder eine Depression?

- zuerst eine Hypomanie/Manie
- zuerst eine Depression

6. Wie lange dauerte es, bis Sie erstmals nach Auftreten der Depression zum Arzt gegangen sind?

- sofort
- ≤ 4 Wochen
- 4-12 Wochen
- 3-6 Monate
- > 6 Monate
- > 12 Monate

7. Wie lange hat es gedauert, bis Ihre Beschwerden als Depression diagnostiziert wurden?

- 1-2 Wochen
- 3-8 Wochen
- 2-12 Monate
- > 12 Monate

8. Wie viele Ärzte haben Sie besucht, bis die Depression diagnostiziert wurde?

- 1 Arzt
- 2-3 Ärzte
- >3 Ärzte

9. Waren Sie je bei einem Psychiater?

- ja
- nein

Wenn ja, wer hat Sie beim Psychiater angemeldet?

- Hausarzt
- Internist
- Spital
- ich mich selbst
- andere _____

10. Falls Ihr Hausarzt Sie an den Psychiater verwiesen hat, wie lange hat es gedauert, bis er Sie angemeldet hat?

- nach der Erstkonsultation
- nach 2-4 Wochen Behandlung
- nach 5-8 Wochen Behandlung
- >nach 2-6 Monaten
- nach > 6 Monaten
- nie; ich wurde nur von meinem Hausarzt behandelt

11. Hat Ihr Hausarzt oder Psychiater eine körperliche- oder eine Blutuntersuchung veranlasst?

- | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Hausarzt | <input type="checkbox"/> | körperliche Untersuchung | <input type="checkbox"/> | Blutuntersuchung |
| Psychiater | <input type="checkbox"/> | körperliche Untersuchung | <input type="checkbox"/> | Blutuntersuchung |

12. Erhielten Sie je eine psychotherapeutische Behandlung von Ihrem Psychiater/Psychologen?

- | | | | | |
|------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Psychiater | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Psychologe | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- kognitive Verhaltenstherapie
- systemische Therapie / Familientherapie
- analytische / tiefenpsychologische Therapie
- Körpertherapie
- Hypnosetherapie
- Ich weiss es nicht

13. Haben Sie sich vor oder neben einer ärztlichen/psychiatrischen Behandlung einer komplementärmedizinischen Behandlung unterzogen?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- pflanzliche Präparate
- Akupunktur
- Homöopathie
- Bachblüten
- andere _____

14. Haben Sie vom Hausarzt Medikamente zur Behandlung der Depression bzw. Hypomanie/Manie erhalten?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Lithium
- andere Stimmungsstabilisatoren (aus der Gruppe der Antiepileptika)
- Neuroleptika/atypische Antipsychotika
- Pflanzliche Präparate
- andere _____

15. Haben Sie vom Psychiater Medikamente erhalten?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten möglich)

- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Lithium
- andere Stimmungsstabilisatoren (aus der Gruppe der Antiepileptika)
- Neuroleptika/atypische Antipsychotika
- Pflanzliche Präparate
- andere _____

16. Hatten Sie davon Nebenwirkungen?

- ja
- nein

Wenn ja, von welcher Medikamentengruppe? (Mehrfachantworten möglich)

- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Lithium
- andere Stimmungsstabilisatoren (aus der Gruppe der Antiepileptika)
- Neuroleptika/atypische Antipsychotika
- Pflanzliche Präparate
- andere _____

Wenn ja, welche Nebenwirkung hat Sie am meisten gestört?

- Nervosität, Unruhe
- Schlafstörungen
- Übelkeit/Erbrechen/Durchfall
- Müdigkeit
- sexuelle Funktionsstörungen
- Gewichtszunahme
- andere _____

17. Nach wie vielen verschiedenen Medikamentenversuchen haben sich Ihre Symptome verbessert?

- keine Symptomverbesserung
- 1 Medikamentenversuch
- 2 Medikamentenversuch
- 3 Medikamentenversuch
- 4 Medikamentenversuch
- >4 Medikamente

18. Nehmen Sie aktuell aufgrund Ihrer Depression bzw. Hypomanie/Manie Medikamente ein?

- ja
- nein

Wenn ja, wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie gegenwärtig für die Behandlung der Depression bzw. Hypomanie/Manie ein?

- 1 Medikament
- 2 Medikamente
- 3 Medikamente
- 4 Medikamente
- >4 Medikamente

Wenn ja, wie fühlen Sie sich unter Ihrer jetzigen Therapie?

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht

**19. Fühlen Sie sich gegenwärtig depressiv? Wie intensiv?
Bitte kreuzen Sie an: 0=gar nicht, 10=sehr stark.**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**20. Fühlen Sie sich gegenwärtig manisch? Wie intensiv?
Bitte kreuzen Sie an: 0=gar nicht, 10=sehr stark.**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Waren Sie schon in einer Psychiatrischen Klinik hospitalisiert?

- nein
- ja; wie viele Male: _____

Wenn ja, wie lange dauerte Ihr letzter Klinikaufenthalt?

- < 4 Wochen
- 1-2 Monate
- 3-4 Monate
- >4 Monate

Wenn ja, wie lange waren Sie insgesamt während aller Spitalaufenthalte in einer Klinik?

- < 4 Wochen
- 1-2 Monate
- 3-4 Monate
- 4-6 Monate
- 7-12 Monate
- > 12 Monate

22. Wie viele depressive und manische Episoden hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

- keine Episode
- 1 Episode
- 2-3 Episoden
- 4-5 Episoden
- >5 Episoden

23. Bei Depression: Wie lange litten Sie am längsten ununterbrochen unter depressiven Symptomen?

- < 4 Wochen
- 1-2 Monate
- 3-4 Monate
- >4 Monate
- 4-10 Monate
- >12 Monate

24. Bei Manie: Wie lange litten Sie am längsten ununterbrochen unter manischen Symptomen?

- < 4 Wochen
- 1-2 Monate
- 3-4 Monate
- >4 Monate
- 4-10 Monate
- >12 Monate

25. Wie häufig hatten/haben Sie während der Depression Suizidgedanken?

- sehr oft
- oft
- ab und zu
- selten
- nie

26. Wie häufig hatten/haben Sie Suizidgedanken als Sie nicht depressiv waren?

- sehr oft
- oft
- ab und zu
- selten
- nie

27. Fühlen Sie sich durch Ihre Angehörigen unterstützt?

- ja, sehr
- ja, genügend
- mässig
- nein

28. Fühlen Sie sich durch Ihre Freunde unterstützt?

- ja, sehr
- ja, genügend
- mässig
- nein

29. Fühlen Sie sich durch Ihren Arzt/Psychiater/Psychologen unterstützt?

- ja, sehr
- ja, genügend
- mässig
- nein

30. Falls Sie gegenwärtig kein Medikament einnehmen – würden Sie bei Bedarf wieder auf eines zurückgreifen?

- ja
- nein

31. Welche Eigenschaften muss eine medikamentöse Therapie Ihrer Meinung nach erfüllen? Bitte kreuzen Sie an 1= unwichtig, 5= sehr wichtig

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Rasche Zustandsverbesserung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Verhinderung neuer depressiver/manischer Episoden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Gute Verträglichkeit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Einfache Einnahme (z.B. 1x/Tag) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Kostengünstig | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

32. Welche Massnahmen haben Sie nebst den Medikamenten während der letzten Depression in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)

- Gespräche mit Bezugspersonen
- Gespräche mit Fachpersonen
- Selbsthilfegruppen
- sportliche Aktivitäten
- kreative Arbeiten
- musische Aktivitäten
- Entspannungsaktivitäten
- gar keine

33. Waren Sie je in einer Selbsthilfegruppe?

- ja
- nein