

DANDTE-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der DANDTE-Fragebogen führt eine Reihe von
seelischen und körperlichen Beschwerden auf,
die bei Menschen in akuten Krisensituationen oder
bei länger dauernder Belastung auftreten können.

Name	_____					
Geb. am	<input type="text"/>					
Datum	<input type="text"/>					
	Tag		Monat		Jahr	

Damit ich einen Eindruck davon erhalte, wie Sie persönlich Ihr Beschwerdebild einschätzen, möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Sie helfen mir damit, die richtige Behandlung für Sie zu finden und den Behandlungserfolg überprüfen zu können.

Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der **(mindestens) letzten 2 Wochen**. Bitte kreuzen Sie die für Sie jeweils zutreffenden Aussagen an.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

1. Depressive Stimmung

Ist Ihre Stimmung in letzter Zeit niedergeschlagen, gedrückt, traurig, deprimiert?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Gelegentlich	Schwer: Durchgehend	Leicht	Mittel	Schwer
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					1	2	3

2. Schuldgefühle

Machen Sie sich in letzter Zeit Vorwürfe, Mitmenschen enttäuscht zu haben oder machen Sie sich für Taten oder Gedanken verantwortlich, grübeln über frühere Fehler und „Sünden“ nach?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Taucht gelegentlich auf, beschäftigt mich wenig	Schwer: Betrifft praktisch mein gesamtes Fühlen, Denken und Handeln	Leicht	Mittel	Schwer
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					1	2	3

3. Selbstmordgedanken

Verspüren Sie in letzter Zeit Lebensüberdruß, möglicherweise bis hin zum Todeswunsch, denken Sie an den eigenen Tod oder hatten Sie schon selber den Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Gelegentlich, Gedanken, daß es besser wäre, nicht mehr zu leben	Schwer: Bedrängende Selbstmordgedanken, konkrete Pläne	Leicht	Mittel	Schwer
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					1	2	3

4. Schlafstörungen

Können Sie in letzter Zeit schwer einschlafen oder durchschlafen, oder wachen Sie morgens (drei oder vier Uhr) auf, ohne wieder einschlafen zu können?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Nur gelegentlich; wenn überhaupt, nur milde ausgeprägt, keine größere Beeinträchtigung	Schwer: Durchgehend, ausgeprägt kurze Schlafdauer, deutlicher Leidensdruck	Leicht	Mittel	Schwer
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					1	2	3

5. Antriebsminderung

Haben Sie deutlich weniger Energie, zeigen Sie weniger Initiative, fühlen Sie sich in der Entwicklung von Aktivitäten gebremst oder blockiert, so dass Sie Pläne oder Ziele nicht ausführen können, obwohl Sie es ernsthaft vorhaben?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Fühle mich gebremst, kann aber fast alle Aktivitäten und Anstrengungen durchführen	Leicht	Mittel	Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Schwer: Selbst kleinere alltägliche Aktivitäten bereiten mir Mühe	1	2	3				

6. Gewichtsverlust

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Weniger als 0,5 kg/Woche	Leicht	Mittel	Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Schwer: Mehr als 1 kg/Woche	1	2	3				

7. Tagesschwankungen

Haben Sie beobachtet, dass sich Ihre Stimmung an mehreren Tagen ohne äußeren Anlass entweder morgens oder abends deutlich vom Tagesdurchschnitt unterscheidet?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Ist kaum vorhanden, stört mich nicht	Leicht	Mittel	Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Schwer: Ist ausgeprägt und durchgehend vorhanden, fällt auch anderen deutlich auf	1	2	3				

Auswertung durch den betreuenden Arzt

Summenscore Merkmale „depressive Symptome“
(Merkmale 1-7; maximal 21 Punkte)

8. Ängstliche Stimmung

Jeder von uns war in seinem Leben schon einmal ängstlich. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Stimmung besonders ängstlich ist?

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Meine Stimmung ist zeitweise ängstlich, jedoch nicht ausgeprägt, beeinträchtigt mich kaum	Leicht	Mittel	Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Schwer: Diese Stimmung bestimmt den größten Teil des Tages, ist sehr unangenehm und ausgeprägt	1	2	3				

9. Sorgen

Sorgen sind ängstliche Gedanken, die sich z.B. darauf beziehen, ob wir den Alltag bewältigen, Rechnungen rechtzeitig bezahlen oder Prüfungen bewältigen. Sorgen werden dann zu einem Problem, wenn sie im Prinzip grundlos sind, dennoch immer wieder auftauchen, wenig oder gar nichts mit dem äußeren Ereignis zu tun haben. Sie können dann über Stunden oder gar Tage bestehen.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Nein		Ja		Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leicht: Diese Sorgen betreffen Einzelsituationen, tauchen gelegentlich auf, sind von kurzer Dauer und Intensität, beeinträchtigen mich nicht	Leicht	Mittel	Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Schwer: Diese Sorgen sind durchgehend vorhanden, betreffen viele Situationen, beschäftigen mich die meiste Zeit	1	2	3				

10. Phobische Symptome

Phobien sind überzogene, krankhafte Ängste vor speziellen Situationen, wie z.B. Impfungen, Tieren, Zahnarzt, Krankheiten, etc. Diese Ängste führen häufig zur Vermeidung derartiger Situationen.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Betrifft überhaupt nur eine Situation, taucht gelegentlich auf, führt zu keinem Vermeidungsverhalten; beeinträchtigt mich nicht	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schwer: Sehr ausgeprägte Angst, durchgehend vorhanden, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität	1	2	3

11. Soziale Ängstlichkeit

Viele Menschen haben zum Teil von Kindheit an Ängste vor dem Kontakt mit anderen Menschen, z.B. sich in der Schule zu melden, bei mündlichen Prüfungen, bei der Kontaktaufnahme mit Behörden, aber auch in persönlichen sozialen Situationen, z.B. jemanden kennen zu lernen oder beim Restaurantbesuch. Derartige Ängste führen häufig dazu, dass Menschen solche Situationen meiden müssen, obwohl sie diese gerne aufsuchen würden.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Betrifft höchstens einzelne Situationen, die Vermeidung war kurzzeitig, beeinträchtigt mich kaum	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schwer: Ich leide sehr darunter, betrifft viele Situationen, beeinträchtigt mein soziales Leben erheblich	1	2	3

12. Angstattacken

Angstattacken sind kurz dauernde (etwa 20 Minuten) ausgeprägte Angstzustände mit Herzklopfen, Zittern, Unruhe, Schweißausbrüchen, Todesangst, für die es keinen äußeren Grund (z.B. Prüfungsangst oder Flugangst) gibt. Diese Angst tritt „aus heiterem Himmel“ aus einer guten Stimmung heraus auf und kann manchmal wie ein Herzinfarkt oder ein anderes schwerwiegendes körperliches Ereignis empfunden werden.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: In den letzten vier Wochen nur eine Attacke ohne große Beeinträchtigung	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schwer: Jede Woche mindestens eine Attacke mit ausgeprägter Angstsymptomatik	1	2	3

13. „Angst vor der Angst“

Das Erleben von Angst (z.B. einer Angstattacke), kann so schwerwiegend sein, dass sich eine Angst vor dem nochmaligen Erleben von Angst entwickelt. Dies kann sich in immer wiederkehrenden Gedanken an das Ereignis oder einer entsprechenden ängstlichen Stimmung mit körperlichen Begleitsymptomen äußern.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Kurz dauernd, maximal wenige Stunden in der Woche, kaum belastend	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schwer: Über Stunden am Tag dauernd, wesentlich belastend	1	2	3

14. Platzangst

Platzangst ist eine spezielle Angst vor großen Menschenansammlungen, dem Betreten öffentlicher Plätze, weiten Reisen; womöglich allein. Das Aufsuchen solcher Situationen führt zu deutlichen Angstzuständen. Eine Platzangst taucht für sich auf und wird nicht durch eine depressive oder ängstliche Stimmung ausgelöst.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Gelegentliche Vermeidung einzelner Situationen, wenig belastend, beeinträchtigt mich kaum	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schwer: Sehr häufige Vermeidung vieler bedeutsamer Situationen mit starker Beeinträchtigung des Alltags	1	2	3

15. Innerliche Unruhe

Dies meint eine innere Aufregtheit, Spannung und Nervosität; Sie fühlen sich in letzte Zeit aufgewühlt, innerlich getrieben, manchmal vielleicht sogar gehetzt.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Der Zustand dauert nur kurz, hat eine geringe Ausprägung, beeinträchtigt mich nicht	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwer: Sehr ausgeprägt, behindert mich im Alltag sehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1	2	3

16. Reizbarkeit

Manchmal merkt man, dass man bei Kleinigkeiten hochgeht, nicht gelassen reagiert und „auf 180“ ist, ohne dafür einen wirklichen Grund zu haben. Manchmal kann es sogar zu einer inneren Anspannung und Gespanntheit kommen.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Taucht nur gelegentlich auf, merke ich kaum, hat keine Konsequenzen	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwer: Prägt meine Stimmung ganz, beeinträchtigt mich und meine Umwelt, fällt unangenehm auf, stört mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1	2	3

17. Konzentrationsstörungen

Sie bemerken, dass Sie sich Dinge schlecht merken können, wirken vergesslich, Ihnen reißt der gedankliche Faden ab.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Gelegentlich, fällt mir zwar auf, stört mich aber kaum	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwer: Ist ausgeprägt, führt zu Blockaden in meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1	2	3

18. Katastrophengedanken

Manchmal kommen Ihnen Gedanken, dass einzelne belastende Situationen wie ein akuter Angstzustand, ein Herzklopfen, Sorgen um die Bewältigung des Alltags für Sie katastrophale Folgen haben könnten, wie beispielweise die Entwicklung eines Herzinfarktes oder die Befürchtung, dass durch ein eigenes Fehlverhalten Ihre berufliche oder persönliche Zukunft beeinträchtigt oder ruiniert werden könnte. Sie sind sich im Prinzip darüber bewusst, dass derartige Gedanken nicht realistisch sind.

Liegt dieses Symptom bei Ihnen vor?	Wenn ja, wie ausgeprägt?					
	Nein	Ja	Leicht: Solche Gedanken tauchen bei mir nur gelegentlich auf, kann ich kontrollieren, macht mir nicht viel aus	Leicht	Mittel	Schwer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwer: Ich beschäftige mich an vielen Stunden des Tages, kann mich kaum erwehren, halte sie fast für wirklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				1	2	3

Auswertung durch den betreuenden Arzt

Summenscore Merkmale „Angstsymptome“
(Merkmale 8-18; maximal 33 Punkte)

Summenscore Merkmale „depressive Symptome“
(Merkmale 1-7; Übertrag von Seite 2)

Gesamtsummenscore
(Merkmale 1-18; maximal 54 Punkte)