

Selbsttest Depression

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der **letzten zwei Wochen**:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) Gab es nichts, worauf Sie sich gefreut haben oder mit dem Sie sich hätten »belohnen« können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Fühlten Sie sich die meiste Zeit des Tages leer und traurig oder waren häufig den Tränen nahe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fiel es Ihnen schwer, die täglichen Aufgaben in Angriff zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Fühlten Sie sich wertlos und an allem schuld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Fiel es Ihnen schwerer als sonst, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Litten Sie unter Schlaflosigkeit oder übermäßigem Schlafbedürfnis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Hatten Sie das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen, oder sogar überlegt, wie Sie Ihrem Leben ein Ende setzen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie **drei oder mehr** dieser Fragen für sich bejaht haben, besteht der Verdacht, dass Sie unter einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Wir empfehlen Ihnen zur weiteren Abklärung bzw. zur Information über Behandlungsmöglichkeiten das Gespräch mit einem Psychologen oder Arzt!

Falls Ihnen zuletzt noch weitere unangenehme Empfindungen aufgefallen sind, notieren Sie diese bitte hier:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....