

VierDimensionale BeschwerdenListe (4DBL)

Die folgende Liste bezieht sich auf verschiedene Beschwerden und Ereignisse, die Sie möglicherweise gehabt haben. Es geht dabei um solche Beschwerden und Ereignisse, die Sie **letzte Woche (also in den letzten 7 Tagen inklusive heute)** hatten. Beschwerden, die Sie vor der letzten Woche hatten, aber in dieser Woche nicht mehr, zählen also nicht. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die Beschwerden innerhalb der letzten Woche hatten, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen, das für Sie die am besten passende Antwort ist.

	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
Hatten Sie <u>letzte Woche</u> Beschwerden wie:					
1. Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. schmerzhafte Muskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. übermäßiges Schwitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blähungen im Bauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sehtrübungen oder Flecken vor den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Übelkeit oder Magenverstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie letzte Woche Beschwerden wie:

13. Schmerzen in Bauch oder Magengegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kribbeln in den Fingern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. drückendes oder beklemmendes Gefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schmerzen in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Niedergeschlagenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. plötzliches Erschrecken ohne Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Grübeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. grundlose Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Lustlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Zittern in Gegenwart anderer Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Angst- oder Panik-Attacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fühlten Sie sich letzte Woche:

25. angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. schnell gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ab und zu	regelmäßig	oft	sehr oft oder andauernd
Hatten Sie <u>letzte Woche</u> das Gefühl:					
28. dass alles sinnlos ist? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. dass Sie sich zu nichts mehr aufraffen können? - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. dass das Leben die Mühe nicht lohnt? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dass Sie für die Menschen und Dinge um Sie herum kein Interesse mehr aufbringen können? - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dass Sie es nicht mehr schaffen? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. dass es besser wäre, Sie wären tot? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. dass Sie an nichts mehr Freude haben? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. dass es aus Ihrer Situation kein Ausweg mehr gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dass Sie nicht mehr dagegen an können? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dass Sie zu nichts mehr Lust haben? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie letzte Woche:

38. Schwierigkeiten klar zu denken? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Schwierigkeiten beim Einschlafen? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Angst alleine aus dem Haus zu gehen? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Situationen, bei denen Sie plötzlich emotional geworden sind? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Angst vor Dingen, vor denen man nicht unbedingt Angst zu haben braucht? - - - - - (z.B. Tieren, Höhen, kleinen Räumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Angst davor, Busse, Züge oder Straßenbahnen zu benutzen? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Angst, in Gesellschaft anderer Menschen in Verlegenheit zu geraten? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hatten Sie letzte Woche auch mal das Gefühl, durch eine unbekannte Gefahr bedroht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Hatten Sie letzte Woche auch mal den Gedanken, lieber tot sein zu wollen? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Gingen Ihnen letzte Woche auch mal Bilder von ergreifenden Erlebnissen durch den Kopf, die Sie miterlebt haben? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Mussten Sie sich letzte Woche hin und wieder anstrengen, um die Erinnerung an ergreifenden Erlebnissen zu unterdrücken? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Mussten Sie letzte Woche bestimmte Plätze meiden, weil sie Ihnen Angst machten? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Mussten Sie letzte Woche bestimmte Handlungen einige Male wiederholen, ehe sie etwas Anderes tun konnten? - - - - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4DBL Scoringformular

'nein' = Score 0

'ab und zu' = Score 1

'regelmäßig', 'oft' oder 'sehr oft/andauernd' = Score 2

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	
Distress		Depression		Angst		Somatisierung	

Interpretation:

mäßig erhöht:	> 10	> 2	> 3	> 10
stark erhöht:	> 20	> 5	> 9	> 20

The 4DSQ is copyright protected work. The copyright owner is Dr. B. Terluin. The 4DSQ is free for non-commercial use as in (mental) health care and scientific research. Commercial use of the 4DSQ requires a licence agreement. More information, translations and literature references can be found at www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Validation status of the German translation of the 4DSQ

Preliminarily validated, not yet published

The German translation was preliminarily validated in a German sample of elderly general practice attendees and their data were compared with a Dutch sample of adult general practice attendees using differential item functioning (DIF) analysis. DIF was found in 18 items. The scale impact of DIF was limited to the distress and depression scales. German patients scored about one scale point lower on the distress scale than Dutch patients after matching both groups on the same unbiased (true) distress metric. On the depression scale German patients tended to score about 0.5 scale point higher than Dutch patients after matching on the same true depression metric. The German 4DSQ measures the same constructs (distress, depression, anxiety and somatization) as the original Dutch 4DSQ. The German scores on anxiety and somatization can be interpreted in the same way as the Dutch scores. However, should final analyses confirm the preliminary findings, adjustment of the distress and depression cut-offs should be considered.

June 28, 2014