

DASTI

(Depression bei Aphasie nach Schlaganfall - Testinstrument)

Deutsche Übersetzung des SADQ-H 10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire 10-item Hospital version, Lincoln et al. 2000)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bitte geben Sie an, wie oft der/die Betroffene in den letzten 7 Tagen folgende Verhaltensweisen zeigte:

<p>1. Gab es Phasen in denen er/sie weinte?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>6. Wurde er/sie wütend?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>2. Hatte er/sie unruhige, unterbrochene oder schlaflose Nächte?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>7. Lehnte er/sie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ab?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>3. Hielt er/sie Blickkontakt wenn Sie mit ihm/ihr sprachen?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>8. Saß er/sie da ohne etwas zu tun?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>4. Brach er/sie in Tränen aus?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>9. Wurde er/sie unruhig oder zappelig?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>
<p>5. Gab er/sie an, unter Schmerzen zu leiden?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>	<p>10. Beschäftigte er/sie sich den Tag über selbst?</p> <p><input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> an 4-6 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> an 1-4 Tagen der Woche <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p>