

Psychiatric University Hospital Zurich, Division of Clinical Psychiatry

SYMPTOM CHECK LIST

S C L 90

L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L.Covi

STUDY	[_ _ _ _]	1-4
GROUP	[_ _]	5-6
PATIENT	[_ _ _]	7-9
RATING DAY	[_ _ _]	10-12
CARD NUMBER	[_ _]	13-14
Sex (1=male, 2=female)	[_]	15
Birthday (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	16-23
Date of hospitalization (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	24-31
First diagnosis	[_ _ _ . _ _]	32-36
Second diagnosis	[_ _ _ . _ _]	37-41
Diagnostic system (1=ICD9, 2=ICD10, 3=DSM3-R, 4=DSM4)	[_]	42
Age at onset	[_ _]	43-44
Course (1=first manifestation, 2=intermittent, 3=progredient, 4=chronic)	[_]	45
Duration of Current Episode Prior to Hospitalization (days)	[_ _ _]	46-48
Medication Prior to Hospitalization (0=none, 1=antidepr., 2=neuroleptics, 3=other)	[_]	49
Current Medication (cf. list of codes)	[_ _ _]	50-52
Educational level (1=remedial, 2=junior high, 3=high, 4=college)	[_]	53
DATE (dd.mm.yyyy)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	54-61
INTERVIEWER	[_ _ _]	62-64
HOSPITAL	[_ _]	65-66
PATIENT ID (the hospital's internal PID)	[_ _ _ _ _ _ _ _ _ _]	67-78



Sie finden nachstehend eine Liste von 90 Beschwerden, Problemen und Gefühlen, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden, Probleme und Gefühle in den **vergangenen 4 Wochen** belastet worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Bitte lassen Sie keine Zeile aus. **Alle Ihre Antworten werden vertraulich behandelt!**

0 = gar nicht

1 = ein wenig

2 = mässig

3 = ziemlich stark

4 = sehr stark

Bitte tragen Sie in jedem Kästchen die zutreffende Zahl ein!

1-12 dupl

Kartenummer

[_ _] 13-14

Wie sehr wurden Sie in den vergangenen 4 Wochen belastet durch

- | | | | |
|----|--|-------|----|
| 1 | Kopfschmerzen | [_] | 15 |
| 2 | Nervosität oder inneres Zittern | [_] | 16 |
| 3 | Wiederkehrende unangenehme Gedanken, die Sie nicht loswerden können | [_] | 17 |
| 4 | Ohnmacht oder Schwindel | [_] | 18 |
| 5 | Verminderung von sexuellem Interesse oder Freude | [_] | 19 |
| 6 | Gefühl, das andere Sie kritisieren | [_] | 20 |
| 7 | Gefühl, dass jemand Ihre Gedanken beeinflussen kann | [_] | 21 |
| 8 | Gefühl, dass andere für die meisten Ihrer Sorgen verantwortlich sind | [_] | 22 |
| 9 | Schwierigkeiten, sich zu erinnern | [_] | 23 |
| 10 | Sich sorgen wegen der eigenen Nachlässigkeit oder Unsauberkeit | [_] | 24 |
| 11 | Sich leicht ärgern oder schnell gereizt sein | [_] | 25 |
| 12 | Schmerzen auf dem Herzen oder in der Brust | [_] | 26 |
| 13 | Sich auf offenen Plätzen oder auf der Strasse fürchten | [_] | 27 |
| 14 | Energieverlust oder Langsamkeit | [_] | 28 |
| 15 | Gedanken, das Leben zu beenden | [_] | 29 |
| 16 | Stimmen hören, die andere nicht hören | [_] | 30 |
| 17 | Zittern | [_] | 31 |
| 18 | Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann | [_] | 32 |
| 19 | Schlechter Appetit | [_] | 33 |
| 20 | Rasch Tränen haben | [_] | 34 |
| 21 | Sich dem anderen Geschlecht gegenüber scheu oder unbehaglich fühlen | [_] | 35 |
| 22 | Sich eingeengt und gefangen fühlen | [_] | 36 |
| 23 | Plötzliche Angst ohne Grund | [_] | 37 |
| 24 | Gefühlsausbrüche, die Sie nicht kontrollieren können | [_] | 38 |

25	Angst, allein aus dem Haus zu gehen	[_]	39
26	Selbstvorwürfe wegen bestimmter Dinge	[_]	40
27	Schmerzen in den unteren Teilen des Rückens	[_]	41
28	Sich unfähig (blockiert) fühlen, Dinge zu erledigen	[_]	42
29	Sich einsam fühlen	[_]	43
30	Sich traurig fühlen	[_]	44
31	Sich sorgen oder brüten über gewisse Dinge	[_]	45
32	Für nichts Interesse haben	[_]	46
33	Sich ängstlich fühlen	[_]	47
34	In den Gefühlen leicht verletzt sein	[_]	48
35	Gefühl, andere Menschen kennen Ihre geheimen Gedanken	[_]	49
36	Gefühl, die anderen verstehen Sie nicht oder seien teilnahmslos	[_]	50
37	Gefühl, die anderen seien unfreundlich oder mögen Sie nicht	[_]	51
38	Alles sehr langsam tun müssen, um sicher zu sein, es richtig zu machen	[_]	52
39	Herzklopfen oder Herzjagen	[_]	53
40	Übelkeit oder Magenbeschwerden	[_]	54
41	Minderwertigkeitsgefühle gegenüber andern	[_]	55
42	Muskelschmerzen	[_]	56
43	Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie sprechen	[_]	57
44	Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen	[_]	58
45	Immer wieder kontrollieren müssen, was Sie tun	[_]	59
46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	[_]	60
47	Angst, mit Bahn, Tram oder Bus zu fahren	[_]	61
48	Atemschwierigkeiten	[_]	62
49	Heisse oder kalte Schauer	[_]	63
50	Gewisse Dinge oder Aktivitäten meiden, weil Sie Ihnen Angst machen	[_]	64
51	Leere im Kopf	[_]	65
52	Betäubtes oder kribbliges Gefühl in Teilen Ihres Körpers	[_]	66
53	Einen Klumpen im Hals (Schwierigkeiten beim Schlucken)	[_]	67
54	Gefühl der Hoffnungslosigkeit über die Zukunft	[_]	68
55	Konzentrationsschwierigkeiten	[_]	69
56	Schwäche in einzelnen Teilen des Körpers	[_]	70
57	Gefühl, gespannt oder innerlich erregt zu sein	[_]	71
58	Schweregefühl in den Armen und Beinen	[_]	72

Kartenummer	1-12 dupl	
	[_ _]	13-14
59 Gedanken über den Tod oder das Sterben	[_]	15
60 Sich überessen	[_]	16
61 Sich unwohl fühlen, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie sprechen	[_]	17
62 Gedanken haben, die nicht Ihre eigenen sind	[_]	18
63 Drang, jemanden zu schlagen oder zu verletzen	[_]	19
64 Frühes Erwachen am Morgen	[_]	20
65 Drang, eine Handlung immer wieder zu wiederholen, z.B. sich zu waschen	[_]	21
66 Unruhiger oder gestörter Schlaf	[_]	22
67 Drang, etwas zu zerbrechen oder zu zerschlagen	[_]	23
68 Vorstellungen oder Überzeugungen zu haben, die andere nicht mit Ihnen teilen	[_]	24
69 Andern gegenüber sich gehemmt fühlen	[_]	25
70 Sich in Menschenansammlungen nicht wohl fühlen, z.B. im Warenhaus oder Kino	[_]	26
71 Gefühl, alles sei eine Anstrengung	[_]	27
72 Anfälle von Panik und Schrecken	[_]	28
73 Sich unwohl fühlen beim Essen oder Trinken in einem öffentlichen Lokal	[_]	29
74 Leicht in Auseinandersetzungen oder Streit geraten	[_]	30
75 Sich nervös fühlen, wenn Sie allein gelassen werden	[_]	31
76 Gefühl, dass die andern Ihre Leistungen zu wenig würdigen	[_]	32
77 Sich auch in Gesellschaft von anderen Leuten einsam fühlen	[_]	33
78 Sich so unruhig fühlen, dass Sie nicht stillsitzen können	[_]	34
79 Minderwertigkeitsgefühle	[_]	35
80 Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	[_]	36
81 Laut heraus schreien oder Dinge herumwerfen	[_]	37
82 Angst, vor anderen Leuten plötzlich schwach oder ohnmächtig zu werden	[_]	38
83 Gefühl, dass andere Leute Sie ausnützen könnten	[_]	39
84 Beunruhigende Gedanken über sexuelle Dinge	[_]	40
85 Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	[_]	41
86 Erschreckende Gedanken und Vorstellungen	[_]	42
87 Vorstellung, dass etwas mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	[_]	43
88 Sich nie so richtig einer anderen Person nahe fühlen	[_]	44
89 Schuldgefühle	[_]	45
90 Vorstellung, dass etwas im Kopf nicht mehr stimmt	[_]	46

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.