

# Stress, Emotions and Affective State

## Early Prediction and Prevention of Mood Disorders

Multinational Study Programme

## Zürcher Gesundheits-Fragebogen (ZGF)

St. Kuny and H. H. Stassen

<b>STUDIE</b>	[ _ _ _ _ ]	1-4
<b>GRUPPE</b>	[ _ _ ]	5-6
<b>PERSON</b>	[ _ _ _ ]	7-9
<b>RATING</b>	[ _ _ _ ]	10-12
Geschlecht (1= männlich, 2= weiblich)	[ _ ]	15
Geburtstag (Tag=01/Monat/Jahr)	[ 0 1 : _ _ : _ _ _ _ ]	16-21
Körpergrösse (in cm)	[ _ _ _ ]	22-24
Gewicht (in kg)	[ _ _ _ ]	25-27
Schulbildung (1=Volksschule, 2= Lehre, 3= Gymnasium, 4= Hochschule)	[ _ ]	49
<b>DATUM</b> (Tag/Monat/Jahr)	[ _ _ : _ _ : _ _ _ _ ]	50-57
<b>INTERVIEWER</b>	[ _ _ _ ]	58-60
<b>UNTERSUCHUNGSORT</b>	[ _ _ ]	61-62



**Anmerkung zum Ausfüllen des Fragebogens:** Lesen Sie bitte die Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie sich dann für eine Antwort. Wenn Sie das Gefühl haben, keine der Antworten treffe für Sie zu, entscheiden Sie sich bitte für die am ehesten zutreffende. **Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!**

Kartenummer

1-12 dupl  
[ \_ \_ ] 13-14

**RAUCHEN**

Spalte bitte leer lassen

Wieviel rauchen Sie durchschnittlich **pro Tag?**

- |                                       |   |          |
|---------------------------------------|---|----------|
| 1) Anzahl Zigaretten                  | keine <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) | [ _ ] 15 |
| 2) Anzahl Stumpen/Zigarren/Zigarillos | nie <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4)   | [ _ ] 16 |
| 3) Anzahl Pfeifen                     | nie <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4)   | [ _ ] 17 |

**ALKOHOL**

Wieviel konsumieren Sie durchschnittlich **pro Woche?**

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| 1) Anzahl Gläser Bier  | keine <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) | [ _ ] 18 |
| 2) Anzahl Gläser Wein/Apfelwein                              | nie <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4)   | [ _ ] 19 |
| 3) Anzahl Gläschen Schnaps, Liqueur,<br>Cognac, Whiskey, etc | nie <input type="checkbox"/> (0)<br>1-3 <input type="checkbox"/> (1)<br>4-10 <input type="checkbox"/> (2)<br>11-20 <input type="checkbox"/> (3)<br>mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4)   | [ _ ] 20 |



**DROGEN:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und nur für diese Studie verwendet werden.

## DROGEN

Spalte bitte leer lassen

Wie oft konsumierten Sie Drogen in den vergangenen **3 Monaten?**

- |    |  |  |          |
|----|--|--|----------|
| 1) | <i>Haschisch/Marihuana</i>   | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 26 |
| 2) | <i>LSD, STP, Meskalin, "Magic Mushrooms"</i>                         | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 27 |
| 3) | <i>Opiate (Heroin, Morphin, Opium), Methadon</i>                     | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 28 |
| 4) | <i>Kokain, Crack, Free Base</i>                                      | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 29 |
| 5) | <i>Weckamine, Speed, MDMA, Ecstasy, MDE, "Eve"</i>                   | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 30 |
| 6) | <i>Andere Rauschmittel</i>   | nie <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|    |  | 1-3 <input type="checkbox"/> (1)         |          |
|    |  | 4-10 <input type="checkbox"/> (2)        |          |
|    |  | 11-20 <input type="checkbox"/> (3)       |          |
|    |  | mehr als 20 <input type="checkbox"/> (4) |          |
|    | in den letzten 2 Wochen beinahe täglich <input type="checkbox"/> (5) |  | [ _ ] 31 |

**ANGABEN ZUR GESUNDHEIT:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und nur für diese Studie verwendet werden.

## GESUNDHEIT

Spalte bitte leer lassen

Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal folgende Beschwerden oder Krankheiten?

- |     |   |   |          |
|-----|---|---|----------|
| 1)  | Leberbeschwerden (auch Gelbsucht)   | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 32 |
| 2)  | Nierenbeschwerden   | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 33 |
| 3)  | Diabetes, Zuckerkrankheit   | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 34 |
| 4)  | Andere Stoffwechselkrankheiten  | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 35 |
|     | Wenn ja, welche? .....  |   |          |
| 5)  | Hirnhautentzündung  | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 36 |
| 6)  | Krampfanfälle, epileptische Anfälle   | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 37 |
| 7)  | Migräne, andere Dauerkopfschmerzen  | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 38 |
| 8)  | Schädelverletzung, Hirnverletzung, Hirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit, Hirnblutung ohne Verletzung    | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 39 |
| 9)  | Allergische Beschwerden: Asthma, Heuschnupfen, Hautkzeme (Akne nicht angeben)                             | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           | [ _ ] 40 |
| 10) | War Ihre eigene Geburt mit Komplikationen verbunden? (Zangengeburt, Vakuum, sehr lange Dauer, Frühgeburt) | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | ja <input type="checkbox"/> (1)           |          |
|     |   | weiss nicht <input type="checkbox"/> (9)  | [ _ ] 41 |
| 11) | Unternehmen Sie Spaziergänge/Wanderungen?   | selten <input type="checkbox"/> (0)       |          |
|     |   | gelegentlich <input type="checkbox"/> (1) |          |
|     |   | regelmässig <input type="checkbox"/> (2)  | [ _ ] 42 |
| 12) | Benutzen Sie ein Fahrrad?   | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | gelegentlich <input type="checkbox"/> (1) |          |
|     |   | regelmässig <input type="checkbox"/> (2)  | [ _ ] 43 |
| 13) | Treiben Sie Sport?  | nein <input type="checkbox"/> (0)         |          |
|     |   | gelegentlich <input type="checkbox"/> (1) |          |
|     |   | regelmässig <input type="checkbox"/> (2)  | [ _ ] 44 |

**ANGABEN ZUR GESUNDHEIT:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und nur für diese Studie verwendet werden.

Hatten Sie **in den letzten 6 Monaten** folgende Beschwerden?

Spalte bitte leer lassen

- |  |  |     |          |
|--|--|-----|----------|
| 1) <i>Kopfschmerzen</i>  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 45 |
| 2) <i>Ein- oder Durchschlafstörungen</i>   | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 46 |
| 3) <i>Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen</i>   | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 47 |
| 4) <i>Rapide Verschlechterung der Sehschärfe</i>   | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 48 |
| 5) <i>Sehstörungen (Flimmern, Doppelbilder, etc.)</i>  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 49 |
| 6) <i>Schwindel</i>  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 50 |
| 7) <i>Ohnmachtsanfälle</i>   | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 51 |
| 8) <i>Einseitiges körperliches Schwächegefühl<br/>(auch vorübergehend lahmer Arm, bzw.<br/>Bein)</i> | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 52 |
| 9) <i>Zitteranfälle, Gangstörungen<br/>(andere Entzugserscheinungen)</i>                             | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 53 |
| 10) <i>Betäubtes oder kribbeliges Gefühl<br/>in Teilen des Körpers</i>                               | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 54 |

**ANGABEN ZUR GESUNDHEIT:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und nur für diese Studie verwendet werden.

Hatten Sie **in den letzten 6 Monaten** folgende Beschwerden?

Spalte bitte leer lassen

- |   |  |     |          |
|---|--|-----|----------|
| 11) <i>Appetitmangel, Schluckstörungen</i>        | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 55 |
| 12) <i>Magenbrennen, Magenschmerzen</i>           | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 56 |
| 13) <i>Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür</i>    | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 57 |
| 14) <i>Verstopfung, Durchfall, Bauchschmerzen</i> | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 58 |
| 15) <i>Auffällige Gewichtsveränderungen</i>       | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 59 |
| 16) <i>Hautallergien, Heuschnupfen</i>            | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 60 |
| 17) <i>Asthma-Anfälle</i>                         | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 61 |
| 18) <i>Rückenbeschwerden</i>                      | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 62 |
| 19) <i>Herzbeschwerden (Stechen, Druckgefühl)</i> | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|   | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|   | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 63 |
| 20) <i>Nur von Frauen zu beantworten:</i>         | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
| <i>Menstruationsbeschwerden (Schmerzen,</i>       | häufig <input type="checkbox"/>                      | (1) |          |
| <i>Reizbarkeit)</i>                               | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (2) |          |
|   | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 64 |

**ANGABEN ZUR GESUNDHEIT:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und nur für diese Studie verwendet werden.

## PSYCHIATRIE

Spalte bitte leer lassen

Hatten Sie in Ihrem Leben schon unter folgenden Beschwerden zu leiden?

- |    |  |  |     |          |
|----|--|--|-----|----------|
| 1) | Unbegründete Ängste vor bestimmten Situationen (Menschenansammlungen, offene Plätze, Tiere)                              | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 65 |
| 2) | Angstanfälle ohne klar erkennbaren Anlass  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 66 |
| 3) | Nervöse Störungen  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 67 |
| 4) | Stark niedergeschlagene Stimmung (Energielosigkeit, Lustlosigkeit, keinen Sinn mehr sehen)                               | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 68 |
| 5) | Gedanken, Ihr Leben zu beenden   | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 69 |
| 6) | Hartnäckige Zwänge (Bestimmte Handlungen immer wieder tun müssen: Nachkontrollieren, sich waschen etc.)                  | nie <input type="checkbox"/>                         | (0) |          |
|    |  | gelegentlich <input type="checkbox"/>                | (1) |          |
|    |  | häufig <input type="checkbox"/>                      | (2) |          |
|    |  | deswegen ärztlich behandelt <input type="checkbox"/> | (3) | [ _ ] 70 |
| 7) | Waren Sie einmal in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? (Berufsberatung, Eignungstests, etc. nicht angeben) | nein <input type="checkbox"/>                        | (0) |          |
|    |  | ja <input type="checkbox"/>                          | (1) | [ _ ] 71 |
| 8) | War jemand aus Ihrer Familie einmal in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung? Wenn ja,                         | nein <input type="checkbox"/>                        | (0) |          |
|    |  | ja <input type="checkbox"/>                          | (1) |          |
|    |  | Vater <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|    |  | Mutter <input type="checkbox"/>                      | (3) |          |
|    |  | Geschwister <input type="checkbox"/>                 | (4) | [ _ ] 72 |
| 9) | Hat sich jemand aus Ihrer Familie das Leben genommen? Wenn ja,   | nein <input type="checkbox"/>                        | (0) |          |
|    |  | ja <input type="checkbox"/>                          | (1) |          |
|    |  | Vater <input type="checkbox"/>                       | (2) |          |
|    |  | Mutter <input type="checkbox"/>                      | (3) |          |
|    |  | Geschwister <input type="checkbox"/>                 | (4) | [ _ ] 73 |