

Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in the Primary Healthcare Practice of Therapists



G.A. (Gert) Klabbers

Healthcare Haptotherapist, Physiotherapist
Haptonomic Pregnancy counselor

PhD student Tilburg University:
"Treatment of severe fear of childbirth
with haptotherapy"

Summarizing introduction

The importance of clinimetrics is ever-increasing. The government, health insurance companies and clients demand more and more visibility of the quality of healthcare. In the framework of the multidisciplinary consultation of (para)medical and psychological disciplines it is necessary to be able to communicate about this in a clear-cut manner. As a haptotherapist and a general physiotherapist I work with Marga Hoeksema (psychomotor therapist) and Christa van Meerten (psychosomatic physiotherapist) in our therapy center in Apeldoorn, the Netherlands.

During meetings it struck me that due to our different areas of expertise and different work methods we communicate with each other in a specific jargon. We also use a variety of measuring instruments, which is not always practical when exchanging client information. Sometimes it is practical, because clearly for instance the range of motion (ROM) of the knee joint is better measured with a goniometer than with a questionnaire, a person's weight is measured with weighing scales and their height is measured with a height measure – all this is clear. However, when it comes to measuring psychological symptomatology there are several questionnaires available, and that diversity can be unpractical for communication.

As a supporting instrument for communication within the practice the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) stands out for me, partly because the 4DSQ is used a lot by primary physicians and also because of the convenience with which in merely ten minutes one can gain an impression of Distress, Depression, Anxiety and Somatization. For a scientific comparison of the 4DSQ with other questionnaires I refer to the article "What does the Four-Dimensional Symptom Questionnaire Measure compared to other Measuring Instruments" (Terluin, 1998, in Dutch)ⁱ.

This article "Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in the Primary Healthcare Practice of Therapists" is more of a vision document that reports on the pilot "4DSQ Research Haptotherapy"ⁱⁱ and pleads for experimenting with the Four-Dimensional Symptom Questionnaire as an instrument to measure the effect of therapeutic interventions.

Getting acquainted with the 4DSQ

I completed the study of physiotherapy in 1982 in a time when the occupation of physiotherapy from the perspective of the medical model was still mainly focused on the dysfunction of the human loco motor system as a consequence of physical causes. Gradually, however, more attention was and is being given to cognitive, emotional, behavioral and social factors that hamper recovery. After my education in physiotherapy I followed a series of courses in haptonomy. I started with the basic training for haptonomy, after which I worked temporarily as a physiotherapist based on haptonomy and was often referred to by clients as "haptonoom" instead of physiotherapist. Later I completed the haptonomy training, after which I also established myself as a haptotherapist in 1989.

Both in physiotherapy and in haptotherapy I did not initially become familiar with the use of measuring instruments. I only came across the 4DSQ much later, in 2006, during the first study year of the professional master in psychosomatic physiotherapy. For me this was reason to introduce this method in my practice as an experiment, having a hundred percent of new clients fill out the 4DSQ in their intake session over a period of four weeks. The results led me to presume that the 4DSQ could also be useful as a measuring instrument for the effect of therapeutic interventions. This was the starting point of the pilot "4DSQ Research Haptotherapy".

Four-Dimensional Symptom Questionnaire 4DSQ

The Four-Dimensional Symptom Questionnaire is a proven instrument for determining Distress, Depression, Anxiety and Somatization, and was developed in practice by Dr. B. (Berend) Terluin, primary physician in Almere and senior researcher in the department of General Medical Practice at the Institute for Health and Care Research (EMGO), VU University Amsterdam.

The COTANⁱⁱⁱ has assessed the 4DSQ as a reliable and valid instrument. The COTAN is an independent organization for the validation of tests. Although the 4DSQ was not developed for the research of effects, in my view it has proven to be entirely useful as such in practice.

The questionnaire is included in the guideline "Actions of the occupational physician towards employees with psychological complaints" (2000). The 4DSQ is constructed based on a complaint list with 96 symptoms of fatigue and non-psychotic psychiatric disorders as listed in the (DSM IV)^{iv}. The 4DSQ measures Distress, Depression, Anxiety and Somatization as separate dimensions. The questionnaire can help to distinguish between uncomplicated stress related issues and psychiatric disorders.

Interpretation of the 4DSQ scores^v

A strongly elevated score on Distress points to the presence of a severe stress-related problem. In the occurrence of a strongly elevated score the normal functioning is severely threatened by irritability (conflicts), energy depletion (aversion to exercise), concentration problems (mistakes) and loss of motivation (not being able to get to do things).

A strongly elevated score on Depression almost certainly indicates a mood disorder. A strongly elevated Depression score is practically always accompanied by a (strongly) elevated Distress score.

In the event of a mildly raised score on Somatization, somatization is often an alternative to Distress and it is rarely a case of physical ailment.

Depressions and anxiety disorders are practically always accompanied by distress symptoms. This correlation is so strong that distress symptoms are even included in official classification criteria of depression and anxiety disorders.

A consensus has been made as to when one speaks of a depression or an anxiety disorder. These rules have been developed in the field of psychiatry and have been recorded in the DSM IV classification. A score between 7 and 12 on the 4DSQ often corresponds with a depression. With a score between 3 and 6 there is a small chance of depression.

Whether a patient is in fact suffering from depression is established when taking their medical history. The 4DSQ is not used for setting a diagnosis. (Source "Interpretation of the 4DSQ scores": Terluin, 2002)^{vi}.

Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in the Primary Healthcare Practice of Therapists

Pilot "4DSQ Research Haptotherapy"

The pilot that introduces the 4DSQ as a measuring instrument in the haptotherapy practice gives insight into factors the healthcare haptotherapist needs to take into account in the treatment of his or her clients and also gives an indication of the result of the treatment. A reference measurement was taken prior to the intake and another measurement at the beginning of the eighth treatment. The scores on Distress, Depression, Anxiety and Somatization were charted and the difference between the scores was analyzed.

The research results of this pilot indicate that a heightened score on Distress, Depression, Anxiety and/or Somatization is frequent in the haptotherapy practice (pilot: 76%). The final measurement indicates a 78% decrease of those symptoms.

Out of 114 clients, 27 people (24%) did not have an elevated score on distress and/or depression and/or anxiety and/or somatization. The other 87 clients (76%) displayed a decline of the elevated score after 7 haptotherapy treatments by 86% (distress), 79% (depression), 76% (anxiety) and 70% (somatization).

4DSQ as measuring instrument for treatment effects

Based on the results of the pilot "4DSQ Research Haptotherapy" the 4DSQ appears to be a promising instrument for demonstrating the treatment effects for approximately three quarters of haptotherapy clients, namelijk those with elevated 4DSQ scores. One could infer that if the 4DSQ can illustrate the treatment effects for haptotherapy clients, it could do the same for clients of the psychomatic physiotherapist, the body-centered psychologist and the psychomotor therapist.

A broad-based research of these four occupational groups could provide insight into the accuracy of the abovementioned hypothesis. The introduction and use of the 4DSQ as a kind of common measuring instrument could possibly provide much clarity.

Domain vision

Although each separate professional group has its own specific domain description, in practice there proves to be a significant overlap of treatment indications. Because of this, 'therapy shoppers' for instance have ample opportunity to go into one therapy after another. With good cooperation and adequate communication among primary healthcare practices this could possibly to some extent be prevented. Additionally, a common use of the 4DSQ as a measuring instrument could bring to light whether it is possible for the general practitioner (GP) to issue treatment recommendation based on treatment results for a specific number of indications.

Currently a referral is given predominantly on the basis of personal experience. Of course this is not entirely incorrect, because feedback from experience is also relevant. However, in this day and age one would prefer to be able to make decisions based on scientifically proven treatment results.

Direct accessibility

Distress, Depression, Anxiety and Somatization can be seen as: "complexly interfering recovery impeding factors" and can, depending on the expertise of the therapist, also be a treatable variable in itself.

Therapists in primary healthcare in the Netherlands currently are directly accessible to the public without the intervention of a GP or specialist. In that respect they have an added responsibility with respect to screening for Distress, Depression, Anxiety and Somatization.

For this purpose one could use the system of red and yellow flags, often in combination with the so-called "sense of alarm". Such a screening based on a "sense of alarm" is quite a useful pragmatic working method, because one simply cannot ask about and research everything. This method, however, depends on the subjective interpretation of the treating therapist. Also the method of SCEGS^{vii} questions remains dependent on the subjective interpretation by the therapist, although it is very useful to quickly clarify underlying problems by asking systematic explorative questions.

The 4DSQ on the other hand is a validated measuring instrument. It does not set a diagnosis, however it does within about ten minutes offer an objective representation of Distress, Depression, Anxiety and Somatization. The treating therapist can thus take the results into account as (1) a factor impeding recovery or (2) a treatable variable or (3) refer the patient to a specialist or back to the general practitioner.

Cooperation and communication

In primary healthcare the 4DSQ is meaningful for screening for Distress, Depression, Anxiety and Somatization in order to start an adequate form of treatment or to take measures in terms of consultation and/or referral.

The 4DSQ is also extremely useful as a form of communication, provided it is used as such by all those involved.

Current events

- In 2011 the Association of Haptotherapists (Vereniging van Haptotherapeuten, VVH) has started to support digital medical files. The 4DSQ can also be administered within that framework.
- In 2012 Therapy Center Ietje Kooistraweg 25 in Apeldoorn is starting a pilot using the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) with clients suffering from hyperventilation and who are recruited on the basis of a score of 23 or higher on the Nijmegen Hyperventilation Questionnaire (Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst).
- In PhD research "Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy" the 4DSQ will be used alongside the Wijma Delivery Expectancy Scale (WDEQ) (Klaas Wijma, 1998)^{viii} and it will be compared among others to the WDEQ and HADS (Zigmond, 1983)^{ix}.

References

- ⁱ Terluin, B. (1998). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441
- ⁱⁱ Klabbers G.A. (2010), 4DKL onderzoek Haptotherapie, een pilot van tien (10) GZ-Haptotherapeuten die vanuit hun praktijk werkzaam zijn in de eerstelijns Gezondheidszorg in Nederland, Uitgeverij Haptotherapie Nederland, ISBN / EAN: 978-90-815247-1-1.
- ⁱⁱⁱ COTAN: Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van (2009). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers. www.cotandocumentatie.nl
- ^{iv} Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. ISBN: 90-265-1695-9
- ^v M. van der Horst. MSc, Dr. R. Lindeboom, Dr. C. Lucas; De prognostische waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL); *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2005; 115(4): 102-107.
- ^{vi} Terluin, B. & Duijsens, I.J. (2002). *Handleiding Vierdimensionale Klachtenlijst*. Leiderdorp: DATEC.
- ^{vii} SCEGS = Somatic-Cognitive-Emotional-Behavioral-Social
- ^{viii} Wijma, K., B. Wijma, and M., Zar. "Psychometric aspects of the WDEQ: a new questionnaire for the measurement of anxiety of childbirth." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1998: 19, 84-97.
- ^{ix} HADS Zigmond, A.S., and R.P. Snaith. "The hospital anxiety and depression scale." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983: 67: 361.

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de eerstelijns praktijk van therapeuten



G.A. (Gert) Klabbers

GZ-Haptotherapeut, Fysiotherapeut
Haptonomisch Zwangerschapbegeleider

PhD student Tilburg University
"Treatment of severe fear of childbirth
with haptotherapy"

Samenvattende inleiding

Het belang van klinimetrie wordt steeds groter. Overheid, zorgverzekeraars en cliënten vragen immers steeds meer om zichtbaarheid van kwaliteit van zorg. Binnen het kader van multidisciplinair overleg van (para)medische- en psychologische disciplines is het noodzakelijk om hierover eenduidig met elkaar te (kunnen) communiceren. Als haptotherapeut en algemeen fysiotherapeut werk ik in ons therapiecentrum te Apeldoorn samen met Marga Hoeksema (psychomotorisch therapeut) en Christa van Meerten (psychosomatisch fysiotherapeut).

Tijdens overlegsituaties viel het mij op dat wij vanuit onze verschillende deskundigheid en andere werkwijze met een specifiek eigen vaktaal met elkaar communiceren en ook verschillende meetinstrumenten gebruiken, hetgeen voor de uitwisseling van cliëntinformatie niet in alle gevallen even handig is. Soms ook wel, want het moge duidelijk zijn dat bijvoorbeeld de bewegingsuitslag van het kniegewricht beter met een goniometer kan worden gemeten dan met een vragenlijst, iemands gewicht kan goed met een weegschaal worden gemeten en de lengte van een persoon meet je met een centimeter, dat is allemaal duidelijk. Echter, voor het meten van psychologische symptomatologie zijn er meerdere vragenlijsten beschikbaar en die diversiteit is voor de communicatie soms onpraktisch.

Ter ondersteuning van de communicatie in de praktijk springt voor mij persoonlijk de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) er positief uit, mede omdat de 4DKL door huisartsen veel gebruikt wordt en ook vanwege het gemak waarmee in slechts tien minuten een indruk ontstaat omtrent Distress, Depressie, Angst en Somatisatie. Voor een wetenschappelijke vergelijking van de 4DKL met andere vragenlijsten verwijs ik graag naar het artikel "Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst in vergelijking met andere meetinstrumenten" (Terluin, 1998)ⁱ.

Dit artikel "Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de eerstelijns praktijk van therapeuten" is meer een visiedocument waarin verslag wordt gedaan van de pilot "4DKL onderzoek Haptotherapie"ⁱⁱ en een pleidooi wordt gehouden voor het experimenteren met de Vierdimensionale Klachtenlijst als meetinstrument om het effect van therapeutische interventies te meten.

Kennismaking met de 4DKL

De opleiding fysiotherapie heb ik afgerond in 1982 in een tijd dat het vak fysiotherapie vanuit het medisch model nog met name gericht was op het disfunctioneren van het menselijk bewegingsapparaat als gevolg van lichamelijke oorzaken. Gaandeweg is en wordt echter op opleidingen meer aandacht besteed aan cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale herstelbelemmerende factoren. Na mijn opleiding fysiotherapie heb ik een opleidingsroute gevolgd in de haptonomie. Eerst de basisopleiding voor haptonomie, waarna ik tijdelijk gewerkt heb als fysiotherapeut op haptonomische basis en door cliënten vaak "haptonoom" werd genoemd i.p.v. fysiotherapeut. Daarna de opleiding haptotherapie, waarna ik mij in 1989 ook gevestigd heb als haptotherapeut.

Zowel in de fysiotherapie als in de haptotherapie ben ik oorspronkelijk niet vertrouwd geraakt met het gebruik van meetinstrumenten en de 4DKL kwam ik pas veel later tegen in 2006 tijdens het eerste studiejaar van de professional master voor fysiotherapie volgens de psychosomatiek, hetgeen voor mij aanleiding was om binnen mijn praktijk als experiment in een periode van vier weken, tijdens de intake door honderd procent van alle nieuwe cliënten een 4DKL in te laten vullen. De uitkomst daarvan deed mij veronderstellen dat de 4DKL ook bruikbaar zou kunnen zijn als meetinstrument voor het effect van therapeutische interventies en heeft de start van de pilot "4DKL onderzoek Haptotherapie" ingeluid.

Vierdimensionale Klachtenlijst 4DKL

De Vierdimensionale Klachtenlijst is een bewezen instrument voor de vaststelling van Distress, Depressie, Angst en Somatisatie, ontwikkeld in de praktijk door dr. B. (Berend) Terluin, huisarts te Almere en senior onderzoeker, afdeling Huisartsgeneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO), Vrije Universiteit, Amsterdam.

De COTANⁱⁱⁱ heeft de 4DKL als betrouwbaar en valide instrument beoordeeld. De COTAN is een onafhankelijke organisatie voor validatie van tests en ook al is de 4DKL niet ontworpen voor effectonderzoek, is het in de praktijk wat mij betreft als zodanig alleszins bruikbaar gebleken.

De vragenlijst is opgenomen in de richtlijn "Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische klachten (2000)". De 4DKL is geconstrueerd op basis van een klachtenlijst met 96 symptomen van surmenage en niet-psychotische psychiatrische stoornissen volgens de (DSM IV)^{iv}. De 4DKL meet Distress, Depressie, Angst en Somatisatie als aparte dimensies. De vragenlijst kan helpen een onderscheid te maken tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen.

Interpretatie van de 4DKL scores^v

Een sterk verhoogde score op distress wijst op de aanwezigheid van een ernstig stressprobleem. Bij een sterk verhoogde score wordt het normale functioneren ernstig bedreigd door prikkelbaarheid (conflicten), energieverlies (afkeer van inspanning), concentratieproblemen (fouten) en motivatieverlies (nergens toe kunnen komen).

Een sterk verhoogde score op depressie wijst vrijwel zeker op het bestaan van een stemmingsstoornis. Een sterk verhoogde depressiescore gaat praktisch altijd gepaard met een (sterk) verhoogde distress score.

Bij een matig verhoogde score op somatisatie, vormt somatisatie vaak een alternatief voor distress en is er zelden sprake van een lichamelijke aandoening.

Bij depressies en angststoornissen zijn praktisch altijd distress klachten aanwezig en deze koppeling is zo sterk dat distress klachten zelfs zijn opgenomen in officiële classificatiecriteria van depressie en angststoornissen.

Er zijn afspraken gemaakt wanneer er gesproken wordt van een depressie of een angststoornis. Deze afspraken zijn ontwikkeld binnen de psychiatrie en vastgelegd in de DSM IV classificatie. Bij de 4DKL blijkt dat indien de score tussen 7 en 12 uitkomt er relatief vaak sprake is van een depressie. Bij een score tussen 3 en 6 is er een kleine kans op depressie.

Bij het afnemen van de psychische anamnese wordt vastgesteld of de patiënt daadwerkelijk lijdt aan een depressie. Met de 4DKL wordt geen diagnose gesteld. (Bron "Interpretatie van de 4DKL scores: Terluin, 2002")^{vi}.

Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de eerstelijns praktijk van therapeuten

Pilot "4DKL onderzoek Haptotherapie"

De pilot met de 4DKL als meetinstrument binnen de praktijk Haptotherapie geeft inzicht in factoren waarmee de GZ-Haptotherapeut rekening dient te houden bij de behandeling van zijn/haar cliënten en geeft een indicatie van het resultaat van de behandeling. Er is gewerkt met een nulmeting voorafgaand aan de intake en een nameting aan het begin van de achtste (8^e) behandeling, waarbij de scores Distress, Depressie, Angst en Somatisatie in beeld zijn gebracht en het verschil tussen de scores is geanalyseerd.

Uit de onderzoeksgegevens van deze pilot blijkt dat een verhoogde score Distress, Depressie, Angst en/of Somatisatie veelvuldig voorkomt in de praktijk Haptotherapie (pilot: 76%) en bij de nameting blijkt een afname daarvan met 78%.

Bij 27 van de 114 cliënten (24%) bleek dat er tijdens de nulmeting sprake was van geen enkele verhoogde score op distress en/of depressie en/of angst en/of somatisatie. Bij de overige 87 cliënten (76%) bleek een afname van de verhoogde score na 7 behandelingen haptotherapie met 86% (distress), 79% (depressie), 76% (angst) en 70% (somatisatie).

4DKL meetinstrument voor behandelresultaten.

Op basis van de uitkomst van de pilot "4DKL onderzoek Haptotherapie" lijkt de 4DKL een veelbelovend instrument voor het zichtbaar maken van behandelresultaten bij circa driekwart van de haptotherapiecliënten, namelijk die welke verhoogde 4DKL scores hebben. Verondersteld zou kunnen worden dat als de 4DKL de behandelresultaten zichtbaar kan maken bij haptotherapiecliënten, dat ook het geval kan zijn bij cliënten van de psychosomatisch fysiotherapeut, de lichaamsgericht werkende psycholoog en de psychomotorische therapeut.

Een breed opgezet onderzoek van deze vier beroepsgroepen zou inzicht kunnen geven of genoemde veronderstelling juist is. De introductie en het gebruik van de 4DKL als een soort van gemeenschappelijk meetinstrument zou wellicht een hoop duidelijkheid kunnen verschaffen.

Domeinvisie

Weliswaar heeft iedere beroepsgroep apart een specifiek eigen domeinbeschrijving, echter in de praktijk blijkt dat er een behoorlijke overlap van behandelindicaties bestaat. Therapieshoppers hebben hierdoor bijvoorbeeld volop de gelegenheid om separaat de een na de andere therapie te volgen, hetgeen met een goede samenwerking en adequate communicatie van eerstelijns therapiepraktijken wellicht enigszins voorkomen kan worden. Tevens zou met een gemeenschappelijk gebruik van de 4DKL als meetinstrument aan het licht kunnen komen of het mogelijk is voor de huisarts om voor een specifiek aantal indicaties een behandeladvies te geven dat gebaseerd is op behandelresultaten.

Momenteel vindt verwijzing met name plaats op grond van persoonlijke ervaringen, hetgeen uiteraard niet helemaal verkeerd is, want ervaringsgerichte feedback is ook relevant, maar anno 2011 zou je hierover toch ook willen kunnen besluiten op grond van wetenschappelijk aangetoonde behandelresultaten.

Directe toegankelijkheid

Distress, Depressie, Angst en Somatisatie kunnen gezien worden als: "complex met elkaar interfererende herstelbelemmerende factoren" en kunnen - afhankelijk van de deskundigheid van de therapeut - tevens op zichzelf een behandelbare grootheid zijn.

Therapeuten in de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland die tegenwoordig zonder tussenkomst van een huisarts of specialist direct toegankelijk zijn voor het maken van een afspraak, hebben wat dat betreft een extra verantwoordelijkheid tot het screenen op Distress, Depressie, Angst en Somatisatie.

Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van de systematiek van de rode- en gele vlaggen, waarbij vooral ook wordt gewerkt met een zogenaamd "pluis of niet-pluis" gevoel. Zo'n screening op basis van een "pluis of niet-pluis" gevoel is een pragmatische werkwijze die zeer bruikbaar is, omdat je simpelweg niet alles kunt uitvragen en onderzoeken. Deze werkwijze is echter wel afhankelijk van de subjectieve interpretatie van de behandelend therapeut. Ook de methode met de SCEGS^{vii} vragen is wat dat betreft weliswaar zeer bruikbaar om met doelgerichte explorerende vragen in korte tijd de achterliggende problematiek te verduidelijken, maar blijft ook afhankelijk van een subjectieve interpretatie door de behandelend therapeut.

De 4DKL daarentegen is een gevalideerd meetinstrument waarmee geen diagnose wordt gesteld, maar wel in circa tien (10) minuten een objectief beeld verkregen kan worden van Distress, Depressie, Angst en Somatisatie. Hiermee kan door de behandelend therapeut rekening worden gehouden als (1) herstelbelemmerende factor of (2) als behandelbare grootheid of (3) desgewenst doorverwezen of terugverwezen worden naar de huisarts.

Samenwerking en communicatie

In de eerstelijns gezondheidszorg is de 4DKL van betekenis voor de screening op Distress, Depressie, Angst en Somatisatie om een adequate behandeling in te stellen of om maatregelen te treffen van overleg en / of verwijzing.

Tevens is de 4DKL als communicatiemiddel zeer bruikbaar, mits het multidisciplinair door alle betrokkenen als zodanig gebruikt wordt.

Actueel

- De Vereniging van Haptotherapeuten VVH heeft in 2011 een start gemaakt met de ondersteuning van digitale dossiervorming, waarbinnen tevens de 4DKL kan worden afgenomen.
- Het Therapiecentrum Ietje Kooistraweg 25 te Apeldoorn start in 2012 een pilot met het gebruik van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) bij cliënten met hyperventilatie die worden geïncubeerd met de Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst met een score ≥ 23 .
- In het promotieonderzoek: "Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy", wordt naast de Wijma Delivery Expectancy Scale (WDEQ) (Klaas Wijma, 1998)^{viii} ook de 4DKL gebruikt en deze zal o.a. worden vergeleken met de WDEQ en de HADS (Zigmond, 1983)^{ix}.

Referenties

ⁱ Terluin, B. (1998). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441

ⁱⁱ Klabbers G.A. (2010), 4DKL onderzoek Haptotherapie, een pilot van tien (10) GZ-Haptotherapeuten die vanuit hun praktijk werkzaam zijn in de eerstelijns Gezondheidszorg in Nederland, Uitgeverij Haptotherapie Nederland, ISBN / EAN: 978-90-815247-1-1.

ⁱⁱⁱ COTAN: Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van (2009). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers. www.cotandocumentatie.nl

^{iv} Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. ISBN: 90-265-1695-9

^v M. van der Horst. Msc, Dr. R. Lindeboom, Dr. C. Lucas; De prognostische waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL); *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2005; 115(4): 102-107.

^{vi} Terluin, B. & Duijsens, I.J. (2002). *Handleiding Vierdimensionale Klachtenlijst*. Leiderdorp: DATEC.

^{vii} SCEGS = Somatisch-Cognitief-Emotioneel-Gedragsmatig-Sociaal

^{viii} Wijma, K., B. Wijma, and M., Zar. "Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1998: 19, 84-97.

^{ix} HADS Zigmond, A.S., and R.P. Snaith. "The hospital anxiety and depression scale." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983: 67: 361.

Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)

The following is a list of questions about various complaints and symptoms you may have. Each question refers to the complaints and symptoms that you had **in the past week (the past 7 days, including today)**. Complaints you had before then, but no longer had during the past week, do not count.

Please indicate for each complaint how often you noticed that you had it in the past week by putting an "X" in the box under the answer that is most appropriate.

| | no | sometimes | regularly | often | very often or constantly |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| During the past week, did you suffer from: | | | | | |
| 1. dizziness or feeling light-headed? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. painful muscles? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. fainting? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. neck pain? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. back pain? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. excessive sweating? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. palpitations? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. headache? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. a bloated feeling in the abdomen? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. blurred vision or spots in front of your eyes? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. shortness of breath? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. nausea or an upset stomach? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| During the past week, did you suffer from: | | | | | |
| 13. pain in the abdomen or stomach area? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. tingling in the fingers? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. pressure or a tight feeling in the chest? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. pain in the chest? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. feeling down or depressed? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. sudden fright for no reason? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. worry? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. disturbed sleep? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. a vague feeling of fear? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. lack of energy? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. trembling when with other people? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. anxiety or panic attacks? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| During the past week, did you feel: | | | | | |
| 25. tense? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. easily irritated? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. frightened? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | no | sometimes | regularly | often | very often or constantly |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| During the past week, did you feel: | | | | | |
| 28. that everything is meaningless? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. that you just can't do anything anymore? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. that life is not worth while? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. that you can no longer take any interest in the people and things around you? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. that you can't cope anymore? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. that you would be better off if you were dead? --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. that you can't enjoy anything anymore? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. that there is no escape from your situation? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. that you can't face it anymore? -- ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| During the past week, did you: | | | | | |
| 37. no longer feel like doing anything? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. have difficulty in thinking clearly? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. have difficulty in getting to sleep? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. have any fear of going out of the house alone? --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| During the past week: | | | | | |
| 41. did you easily become emotional? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. were you afraid of anything when there was really no need for you to be afraid? ----- <i>(for instance animals, heights, small rooms)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. were you afraid to travel on buses, streetcars/ trams, subways or trains? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. were you afraid of becoming embarrassed when with other people? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. did you ever feel as if you were being threatened by unknown danger? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. did you ever think "I wish I was dead"? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. did you ever have fleeting images of any upsetting event(s) that you have experienced? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. did you ever have to do your best to put aside thoughts about any upsetting event(s)? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. did you have to avoid certain places because they frightened you? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. did you have to repeat some actions a number of times before you could do something else? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4DSQ scoring form

'no' = score 0

'sometimes' = score 1

'regularly' or more often = score 2

| | | | | | | | |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 17 | <input type="text"/> | 28 | <input type="text"/> | 18 | <input type="text"/> | 1 | <input type="text"/> |
| 19 | <input type="text"/> | 30 | <input type="text"/> | 21 | <input type="text"/> | 2 | <input type="text"/> |
| 20 | <input type="text"/> | 33 | <input type="text"/> | 23 | <input type="text"/> | 3 | <input type="text"/> |
| 22 | <input type="text"/> | 34 | <input type="text"/> | 24 | <input type="text"/> | 4 | <input type="text"/> |
| 25 | <input type="text"/> | 35 | <input type="text"/> | 27 | <input type="text"/> | 5 | <input type="text"/> |
| 26 | <input type="text"/> | 46 | <input type="text"/> | 40 | <input type="text"/> | 6 | <input type="text"/> |
| 29 | <input type="text"/> | | | 42 | <input type="text"/> | 7 | <input type="text"/> |
| 31 | <input type="text"/> | | | 43 | <input type="text"/> | 8 | <input type="text"/> |
| 32 | <input type="text"/> | | | 44 | <input type="text"/> | 9 | <input type="text"/> |
| 36 | <input type="text"/> | | | 45 | <input type="text"/> | 10 | <input type="text"/> |
| 37 | <input type="text"/> | | | 49 | <input type="text"/> | 11 | <input type="text"/> |
| 38 | <input type="text"/> | | | 50 | <input type="text"/> | 12 | <input type="text"/> |
| 39 | <input type="text"/> | | | | | 13 | <input type="text"/> |
| 41 | <input type="text"/> | | | | | 14 | <input type="text"/> |
| 47 | <input type="text"/> | | | | | 15 | <input type="text"/> |
| 48 | <input type="text"/> | | | | | 16 | <input type="text"/> |
| | Distress | Depression | | Anxiety | | Somatisation | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

Interpretation:

moderately elevated: > 10

strongly elevated: > 20

> 2

> 5

> 8

> 12

> 10

> 20

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

| | nee | soms | regelmatig | vaak | heel vaak of voortdurend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hebt u de afgelopen week last van: | | | | | |
| 1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. pijnlijke spieren? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. flauw vallen? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. pijn in de nek? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. pijn in de rug? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. overmatige transpiratie? - - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. hartkloppingen? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. hoofdpijn? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. een opgeblazen gevoel in de buik? - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. benauwdheid? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is? - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u de afgelopen week last van: | | | | | |
| 13. pijn in de buik of maagstreek? - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. tintelingen in de vingers? - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. pijn in de borst? - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. neerslachtigheid? - - - - - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. zomaar plotseling schrikken? - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. piekeren? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. onrustig slapen? - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. onbestemde angst-gevoelens? - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. lusteloosheid? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. beven in gezelschap van andere mensen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. angst- of paniek-aanvallen? - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voelt u zich de afgelopen week: | | | | | |
| 25. gespannen? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. snel geïrriteerd? - - - - - - - - - - - - - - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. angstig? - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | nee | soms | regelmatig | vaak | heel vaak of voortdurend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hebt u de afgelopen week het gevoel: | | | | | |
| 28. dat alles zinloos is? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. dat u tot niets meer kunt komen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. dat het leven niet de moeite waard is? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. dat u 't niet meer aankunt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. dat het beter zou zijn als u maar dood was? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. dat er geen uitweg is uit uw situatie? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. dat u er niet meer tegenop kunt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. dat u nergens meer zin in hebt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u de afgelopen week: | | | | | |
| 38. moeite met helder denken? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. moeite om in slaap te komen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. angst om alleen het huis uit te gaan? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bent u de afgelopen week: | | | | | |
| 41. snel emotioneel? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? - - - - - (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? - - - - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Scoringsformulier voor de 4DKL

'nee' = score 0

'soms' = score 1

'regelmatig' of vaker = score 2

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|
| 17 | <input type="checkbox"/> | 28 | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> | 30 | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> | 33 | <input type="checkbox"/> | 23 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 22 | <input type="checkbox"/> | 34 | <input type="checkbox"/> | 24 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 25 | <input type="checkbox"/> | 35 | <input type="checkbox"/> | 27 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 26 | <input type="checkbox"/> | 46 | <input type="checkbox"/> | 40 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 29 | <input type="checkbox"/> | | | 42 | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> |
| 31 | <input type="checkbox"/> | | | 43 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> |
| 32 | <input type="checkbox"/> | | | 44 | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 36 | <input type="checkbox"/> | | | 45 | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 37 | <input type="checkbox"/> | | | 49 | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 38 | <input type="checkbox"/> | | | 50 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 39 | <input type="checkbox"/> | | | | | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 41 | <input type="checkbox"/> | | | | | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 47 | <input type="checkbox"/> | | | | | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 48 | <input type="checkbox"/> | | | | | 16 | <input type="checkbox"/> |
| | Distress | Depressie | Angst | Somatisatie | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Interpretatie:

matig verhoogd: > 10

sterk verhoogd: > 20

> 2

> 5

> 8

> 12

> 10

> 20

Index des plaintes en 4 dimensions (IP4D)

Voici une liste de questions concernant des plaintes et des symptômes que vous ressentez peut-être. Chaque question concerne une plainte ou un symptôme que vous avez ressenti pendant la dernière semaine (c'est-à-dire les sept derniers jours, aujourd'hui compris). Les plaintes que vous avez ressenties auparavant mais que vous n'avez pas ressenties ces sept derniers jours ne comptent pas.

Pouvez-vous indiquer pour chaque plainte à quelle fréquence vous l'avez ressentie en cochant la case qui correspond le mieux à votre état.

| | non | parfois | régulière- ment | sou- vent | très souvent ou en permanence |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté: | | | | | |
| 1. des vertiges ou la tête qui tourne? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. des douleurs musculaires? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. des malaises? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. une douleur dans le cou? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. une douleur dans le dos? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. une transpiration excessive? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. des palpitations? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. des maux de tête? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. une sensation de ballonnement, de ventre gonflé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. une vision floue ou des taches devant les yeux? -- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. un manque d'air? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. des nausées ou du mal à digérer? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté: | | | | | |
| 13. une douleur dans le ventre ou autour de l'estomac? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. des fourmillements dans les doigts ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. une oppression ou un striction dans la poitrine? -- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. une douleur dans la poitrine? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. un abattement? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. comme ça, un saisissement soudain? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. des moments où vous ruminiez vos pensées? --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. un sommeil agité? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. une sensation indéfinissable de peur? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. un manque d'allant? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. des tremblements en présence d'autres personnes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. une soudaine panique ou forte anxiété? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pendant la semaine dernière, vous êtes-vous senti: | | | | | |
| 25. tendu? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. facilement irritable? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. angoissé? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | non | parfois | régulière- ment | sou- vent | très souvent ou en permanence |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Pendant la semaine dernière, avez-vous ressenti: | | | | | |
| 28. que plus rien n'avait de sens? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. que vous ne pouviez plus arriver à rien? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? --- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. que vous ne pouviez plus porter d'intérêt aux gens et aux choses qui vous entouraient? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. que vous ne pouviez plus faire face? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. que plus rien ne pouvait vous réjouir? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. qu'il n'y avait pas d'issue à votre situation? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. que c'est au delà de vos forces? - - ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. que vous n'aviez plus envie de rien? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pendant la semaine dernière, est-ce que vous avez eu:

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. du mal à avoir les idées claires? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. du mal à vous endormir? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. peur de sortir seul de chez vous? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pendant la semaine dernière, étiez-vous:

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 41. facilement émotif? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. angoissé(e) par quelque chose dont vous ne devriez absolument pas avoir peur? ----- (p.ex. des animaux, l'altitude, ou de petits espaces) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. effrayé(e) de voyager en bus, train ou tramway? - - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. effrayé(e) de vous sentir intimidé(e) en présence d'autres personnes? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Pendant la semaine dernière avez-vous eu l'impres- sion d'être menacé(e) par un danger inconnu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Pendant la semaine dernière avez-vous pensé «si seulement j'étais mort»? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Pendant la semaine dernière avez-vous vu ressurgir des images d'évènements bouleversants que vous aviez vécus? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Pendant la semaine dernière avez-vous de temps en temps dû faire de votre mieux pour refouler des pensées ou des souvenirs d'évènements bouleversants? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Pendant la semaine dernière avez-vous dû éviter certains endroits parce qu'ils vous angoissaient? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Pendant la semaine dernière avez-vous dû refaire des choses plusieurs de fois avant de pouvoir passer à autre chose? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Grille de cotation du IP4D

'non' = coter 0

'parfois' = coter 1

'régulièrement' ou plus souvent = coter 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 | |
| | Mal être | Dépression | | Anxiété | | Somatisation | |
| | | | | | | | |

Interprétation:

modérément augmenté: > 10

> 2

> 8

> 10

nettement augmenté: > 20

> 5

> 12

> 20

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 <u>letzte Woche</u> 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 <u>letzte Woche</u>: | | | | | |
| 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 <u>letzte Woche</u>: | | | | | |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (z.B. Tieren, Höhen, kleinen Räumen) | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | 28 | <input type="checkbox"/> | 18 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> | 30 | <input type="checkbox"/> | 21 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> | 33 | <input type="checkbox"/> | 23 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 22 | <input type="checkbox"/> | 34 | <input type="checkbox"/> | 24 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 25 | <input type="checkbox"/> | 35 | <input type="checkbox"/> | 27 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 26 | <input type="checkbox"/> | 46 | <input type="checkbox"/> | 40 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 29 | <input type="checkbox"/> | | | 42 | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> |
| 31 | <input type="checkbox"/> | | | 43 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> |
| 32 | <input type="checkbox"/> | | | 44 | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 36 | <input type="checkbox"/> | | | 45 | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 37 | <input type="checkbox"/> | | | 49 | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 38 | <input type="checkbox"/> | | | 50 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 39 | <input type="checkbox"/> | | | | | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 41 | <input type="checkbox"/> | | | | | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 47 | <input type="checkbox"/> | | | | | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 48 | <input type="checkbox"/> | | | | | 16 | <input type="checkbox"/> |
| | Distress | Depression | | Angst | | Somatisierung | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

Interpretation:

mäßig erhöht:

> 10

> 2

> 8

> 10

stark erhöht:

> 20

> 5

> 12

> 20