

# Depression Self-Rating Scale

## Självrapport



Ditt namn	
<input type="text"/>	
Din ålder	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	A A M M D D

Följande frågor handlar om hur du har känt dig de senaste två veckorna. Kryssa i den ruta som stämmer in på dig.

JA NEJ

- |                                                                                                                                      |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du känt dig nere, ledsen eller tom, nästan hela tiden, nästan varje dag?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du känt dig irriterad, arg eller upprörd nästan hela tiden, nästan varje dag?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du nästan varje dag, känt dig ointresserad av det mesta eller haft svårt att ha roligt åt sådant som du vanligtvis tycker om? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du ätit mindre än vanligt eller har du gått ner 2 kg, eller mer i vikt under denna tid?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du ätit mer än vanligt eller har du gått upp 2 kg eller mer under denna tid?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du haft svårt att somna, vaknat under natten, eller vaknat tidigare än vanligt på morgonen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du sovit mer än vanligt, i stort sett varje natt?                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du känt dig så orolig och rastlös att du haft svårt att vara stilla?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har du varit mer stilla och rört dig mindre än vanligt?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har du känt dig svag, utmattad eller haft lite energi?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har ditt självförtroende varit sämre än vanligt?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har du haft skuld känslor eller känt dig värdelös?                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du haft svårigheter att tänka eller att koncentrera dig?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har du haft tankar på döden eller tänkt att det skulle vara bättre att vara död?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har du haft tankar på att ta ditt liv?                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du svarat JA på en eller flera av frågorna här ovan, ber vi dig också ta ställning till följande frågor:

- |                                                                                                                                           |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Har det här gjort att du mått väldigt dåligt?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har det här gjort att du inte klarat av dina vanliga uppgifter hemma eller i skolan                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har det här ställt till problem i din familj eller med dina kompisar                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har någon viktig person försvunnit ur ditt liv de senaste två månaderna?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Om Ja, mådde du dåligt innan det hände?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har du under någon period känt dig onormalt glad eller haft större självkänsla på ett sätt som du eller andra tycker verkar konstigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Har det varit så för dig under minst en veckas tid under de senaste två veckorna?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |