

Funktionsfähigkeit – Emotionale Funktionen

Emotionale Funktionen: SCREENING

- Die Erhebung ist „nicht durchführbar“, wenn möglicherweise sprachliche Verständigungsprobleme bei Personen mit Migrationshintergrund bestehen.

Durchführung der Screening-Erhebung:

Der Arzt stellt dem Patienten im Screening-Verfahren die im Erhebungsbogen aufgeführten Fragen. Die Fragen 1) und 2) zielen auf die Identifizierung einer möglichen Störung im Sinne einer depressiven Störung, Fragen 3) und 4) auf die Identifizierung im Sinne einer möglichen Angststörung und Frage 5) auf die Identifizierung einer möglichen Posttraumatischen Belastungsstörung hin. Da Frage 5) nur auf die möglichen Folgen nach einer Verletzung abzielt, wird diese Frage bei Personen mit einer Erkrankung nicht gestellt. Der Patient bewertet das Vorhandensein einer möglichen Störung für jeden Bereich anhand der vorgegebenen Antwortoptionen. Der Arzt klickt für jeden Aspekt die entsprechende Antwort an.

Beispiel:

Erhebung ist nicht durchführbar

Screening-Fragen:	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
„Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen (seit Ihrem Unfall) durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“				
1) Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten	0	1	2	3
2) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3) Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	1	2	3
4) Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	1	2	3
Folgende Frage nur bei PatientInnen mit Verletzungen der Hand stellen:				
5) „Fühlen Sie sich mit der Bewältigung Ihres Unfalls und der Verletzungsfolgen in Ihrem Leben so stark belastet, dass dadurch Ihr Befinden spürbar beeinträchtigt ist?“	Nein		Ja	
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Wenn die Befragung in Frage 1) und 2) und/oder in Frage 3) und 4) eine Mindest-Punktzahl von 3 und/oder wird Frage 5) mit „Ja“ beantwortet, **oder wenn der Arzt den Eindruck, dass eine Abklärung nötig ist, auch wenn der Patient selbst keine Probleme angibt**, so wird der Patient zu einer spezifischen Testung zu einem Psychologen weitergeleitet zur Durchführung. Der Arzt klickt entsprechend „Ja“ oder „Nein“ an:

	Ja	Nein
Ist für die Beurteilung der emotionalen Funktionen eine weitere Abklärung durch einen Psychologen notwendig?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emotionale Funktionen: SPEZIFISCHE TESTS

Durchführung des spezifischen Tests:

Zur Durchführung der spezifischen Erhebung stehen drei Fragebögen zur Verfügung. Diese drei Fragebögen befinden sich im „Zusatzerhebungsbogen: Spezifische Diagnostik – emotionale Funktionen“. Zur Diagnostik einer depressiven Störung kann das Modul „PHQ-9“ und zur Diagnostik einer Angststörung das Modul „GAD-7“ aus dem Patient Health Questionnaire (PHQ) benutzt werden. Zur Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann die Impact of Event Scale – revidierte Version (IES-R) verwendet werden. Wird einer dieser Fragebogen verwendet, bittet der Psychologe den Patienten diesen auszufüllen.

Die Ergebnisse aus den Fragebögen dienen als Grundlage zur Einschätzung des Bestehens einer Diagnose bzw. des Schweregrades einer Störung. Für den PHQ-9 und den GAD-7 wird ein Gesamt-Score errechnet, der für die Beurteilung des Schweregrades des Problems zu Hilfe gezogen werden kann:

PHQ-9 (Depression), maximal 27 Punkte, der Schweregrad einer depressiven Störung wird folgendermaßen eingeteilt: <5 = keine – minimal; 5-9 = mild; 10-14 = moderat, 15-19 = ausgeprägt, 20-27 = schwer. Der cut-point zur weiteren Abklärung bzw. für das Vorliegen der Diagnose einer depressiven Störung liegt bei ≥ 10 Punkten.

GAD-7 (Angststörung): maximal 21 Punkte, der Schweregrad einer Angststörung wird folgendermaßen eingeteilt: <5 = keine – minimal; 5-9 = mild; 10-14 = moderat, 15-21 = schwer. Der cut-point zur weiteren Abklärung bzw. für das Vorliegen der Diagnose einer Angststörung liegt bei ≥ 10 Punkten.

IES-R (Posttraumatische Belastungsstörung): Der IES-R besteht aus drei Subskalen, denen die einzelnen Items wie folgt zugeordnet sind:

Subskala	item
Intrusion	1, 3, 6, 9, 14, 16, 20
Vermeidung	5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
Übererregung	2, 4, 10, 15, 18, 19, 21

Die Antworten des Patienten in den einzelnen Items helfen, den Schweregrad einer möglichen PTBS zu beurteilen.

Zusätzlich oder alternativ zu den Fragebögen kann der Psychologe ein diagnostisches Gespräch im Rahmen der klinischen Erhebung durchführen. Der Psychologe notiert das verwendete Verfahren und markiert die daraus resultierende Beurteilung.

Beispiel:

Spezifischer Test ist nicht durchführbar

	Spezifisches Psychologisches Testverfahren	Keine Auffälligkeiten	Hinweis auf mögliche Diagnose
1) Abklärung Depression	PHQ-9; Gespräch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Abklärung Angststörung	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Abklärung Posttraumatische Belastungsstörung	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Andere	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktionsfähigkeit – Emotionale Funktionen

PHQ-9

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort mit "X")

	Nie	An man- chen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder übermäßiger Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder das Gefühl, wenig Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder stark gesteigerter Appetit	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst – oder das Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. So stark verlangsamte Bewegungen oder Sprache, dass es anderen auffiel; oder vielmehr so „zappelig“ oder rastlos, dass Sie einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang hatten	0	1	2	3
9. Gedanken, dass es besser für Sie wäre, tot zu sein oder dass Sie sich irgendwie Schmerzen oder Verletzungen zufügen möchten	0	1	2	3

Gesamtscore: _____

Funktionsfähigkeit – Emotionale Funktionen

GAD-7

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort mit "X")

	Nie	An man- chen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	1	2	3
2. Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	1	2	3
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	0	1	2	3
4. Schwierigkeiten, sich zu entspannen	0	1	2	3
5. So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	0	1	2	3
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	0	1	2	3
7. Angstgefühle, so als könnte etwas Schreckliches passieren	0	1	2	3

Gesamtscore: _____

Funktionsfähigkeit – Emotionale Funktionen

IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: _____ (Bitte eintragen). Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	Überhaupt nicht	Selten	Manchmal	Oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit wieder heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>