

Schmerzmessung und Schmerzdokumentation in der Praxis

Anleitung zur Durchführung,
Auswertung und Interpretation von praxisrelevanten Fragebögen

Pörtschach 30.6.2023

Wolfgang Pipam

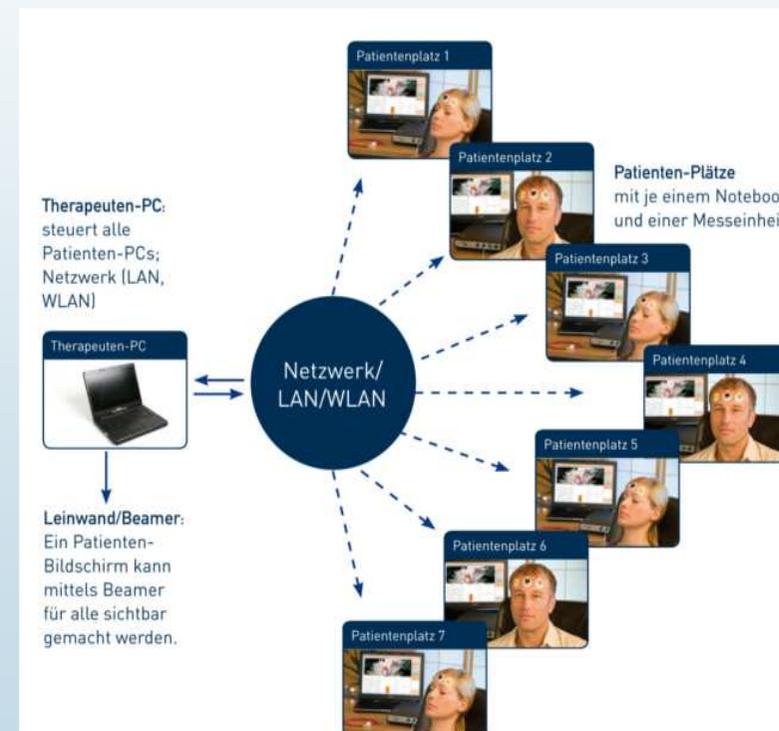
Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
wolfgang.pipam@kabeg.at

INHALT

- Methoden psychologischer Schmerzdiagnostik
- Was sind psychometrische Testverfahren ?
- Gütekriterien psychometrischer Tests
- Durchführung, Auswertung und Interpretation von Fragebögen / Testverfahren (Übung)
- Welches sind die gebräuchlichsten Verfahren ?
- Bedeutung für die Praxis

Methoden psychologischer Schmerzdiagnostik

- Strukturierte Klinische Interviews
- Psychometrische Testverfahren
- Tagebücher
- Verhaltensbeobachtung
- Psychophysiologische Messungen



Diagnostik und Klassifikation

- Status- vs. Prozessdiagnostik
- Normorientierte vs. kriteriumsorientierte Diagnostik
- Kategoriale vs. dimensionale Diagnostik
- Diagnostik als Messen vs. Informationsverarbeitung für
Behandlungsziele

Was ist ein psychometrischer Test ?

Ein diagnostisches Verfahren zur Feststellung und Messung individueller Unterschiede unter standardisierten Bedingungen (oder: Eine Messmethode mit der ein/mehrere psychologische/s Merkmal/e erfasst werden)



Test vs. Fragebogen

Test

Wissenschaftliches
Standardverfahren zur Messung
der Ausprägung von
Persönlichkeitsmerkmalen und
Fähigkeiten

- besonders präzise Werte
durch Eichung und Normung
- für Einzeldiagnose
- eher für Forschungszwecke
- Auswertung über
Gruppenmittelwerte

Fragebogen

Datenerhebungsinstrument zur
Beantwortung tatsächlicher
Fragen oder Einschätzung von
Statements (Rating)

Forschungszwecke
Auswertung über Mittelwerte

Test

Wissenschaftliches Standardverfahren zur Messung der Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen und Fähigkeiten

- * besonders präzise Werte durch Eichung und Normierung
- * für Einzeldiagnosen
- * eher für Forschungszwecke
- * Auswertung über Gruppenmittelwerte

Fragebogen

Datenerhebungsinstrument zur Beantwortung tatsächlicher Fragen oder Einschätzung von Statements (Rating)

- * Forschungszwecke
- * Auswertung über Mittelwerte

Testgütekriterien (Kubinger, 2003)

- 1. Objektivität
- 2. Reliabilität
- 3. Validität
- 4. Skalierung
- 5. Normierung (Eichung)
- 6. Testökonomie
- 7. Nützlichkeit
- 8. Zumutbarkeit
- 9. Unverfälschbarkeit
- 10. Fairness



Gütekriterien von Testverfahren

Objektivität

Die Testdurchführung, Testauswertung sowie die Interpretation der Ergebnisse sollte unabhängig vom Untersucher möglich sein

Reliabilität – Zuverlässigkeit

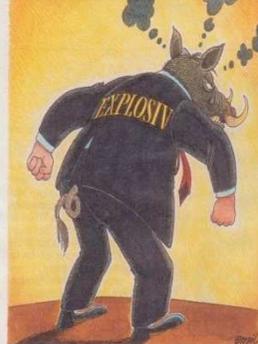
Die Reliabilität gibt an, wie genau ein Test das misst, was er messen soll

Validität – Gültigkeit

Die Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Verfahren dasjenige Merkmal, das es messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich misst.

Kennzeichen psychometrischer Verfahren

- Gebundene Aufgabentypen
 - Auswahl unter vorgegebenen Antworten
- Normierung
 - Bewertung der individuellen Ergebnisse durch Vergleich mit Normwerten



TEST

Kreuzen Sie im unten angeführten Fragebogen jene Zahl zwischen 1 und 4 an, die am besten zu Ihnen passt.

Die Zahl 1 ist zu vergeben, wenn eine Aussage überhaupt nicht zutrifft, 2, wenn sie nur wenig zutrifft, 3, wenn sie eher zutrifft, und 4, wenn sie sicher zutrifft. Tragen Sie das Ergebnis in den blauen Kästen ein.

Haben Sie Ihre Emotionen im Griff?

1 = trifft nicht zu 2 = trifft nur wenig zu 3 = trifft eher zu 4 = trifft sicher zu

1 Ich bin überzeugt, dass man jeden Konflikt in Ruhe lösen kann.	2 Ich greife lieber selbst an, bevor ich verletzt werde.	3 Gefühle, die ich in meiner Kindheit zeigte, wurden ernst genommen.	4 In meinen Gedanken führe ich oft heftige Streitgespräche.	5 Ich kann mich gut abgrenzen, wenn jemand ausreißt.	6 Ich mache nichts ohne sorgfältigste Planung.	7 Rache ist niemals eine sinnvolle Lösung.	8 Wer mich herausfordert, hat es mit einem kompromisslosen Gegner zu tun.	9 Bei Bedrohung kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen.	10 Wenn jemand meine Grenzen überschreitet, werde ich eiskalt.	11 Obwohl ich mich sehr bemühe, verliere ich rasch meine Beherrschung.	12 Ich verlasse mich nie auf die Güte meiner Mitmenschen.	13 Der Klügere gibt nach.	14 Bevor ich mich unterwerfe, lasse ich mich lieber halb-tötschlagen.	15 Ich habe ein messerscharfes Gespür für die Schwächen meines Gegenübers.	16 Sobald ich angegriffen werde, schlage ich wild um mich.	17 Ich glaube fest an das Gute im Menschen.	18 In meinem Leben überlasse ich nichts dem Zufall.
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	---------------------------	---	--	--	---	---

40 KARNEBENT

TESTAUFLÖSUNG VON SEITE 48

TYP A „Der Unkontrollierte“

Von Ihnen kann man viel behaupten, aber nicht, dass Sie Ihre Emotionen im Griff haben. Sie gehören zu den Menschen, die äußerst empfindlich sind, wenn es um Ihre Person geht. Rasch fühlen Sie sich kritisiert oder angegriffen, und mit diesen Gefühlen können Sie sehr schlecht umgehen. Sie gehen sofort zum Angriff über und schlagen wild um sich. Sie bewundern Menschen, die in jeder Situation souverän bleiben. Doch so sehr Sie sich auch bemühen, sobald Ihnen etwas zu nahe geht, rasten Sie aus. Hinter diesem Muster steckt meist große Angst, in seinen Gefühlen nicht ernst genommen zu werden.

TYP B „Der Abgeklärte“

Sie sind in beneidenswerter Art abgeklärt und mit sich im Reinen, so dass Sie Ihre Emotionen vollkommen im Griff haben. Ihr Grundgefühl ist positiv und entspannt, weil Sie in Ihrem Leben die Erfahrung gemacht haben, dass Sie mit allem fertig werden, was auf Sie zukommt. Das heißt nicht, dass Sie immer auf die Butterseite fallen. Auch Sie werden nicht von Schicksalsschlägen im Leben oder Konflikten verschont. Doch die zu überwinden ist in Ihren Augen selbstverständlicher Teil des Lebens. Gefühle, die dabei auftreten, lassen Sie zu, Sie entscheiden allerdings, wen Sie daran teilhaben lassen.

TYP C „Der Schutzbedürftige“

So, wie Sie in Ihrem Leben überhaupt nichts dem Zufall überlassen, so haben Sie auch Ihre Emotionen unter Kontrolle. Das gelingt Ihnen deshalb in den überwiegenden Fällen, weil Sie außergewöhnlich diszipliniert sind. In Ihrem Leben gibt es keine Situation, die Sie überraschen könnte. Für alle Eventualitäten haben Sie die passende Strategie bereit. Wenn doch einmal etwas Unvorhergesehenes passiert, reagieren Sie eiskalt wie eine Maschine. Vermutlich machten Sie in Ihrer Entwicklung intensive Erfahrungen, wenn Sie Gefühle nicht unter Kontrolle hatten. Sonst gäbe es keine Erklärung, warum Sie sich in einem so hohen Ausmaß schützen müssen.

TESTEN SIE IHRE PERSÖNLICHKEIT IM INTERNET

Alle Tests schon 14 Tage vorher im Internet!

krone.at

www.krone.at/psychotest Testergebnis bei Bedarf Homeausdruck

TYP A: 12%
TYP B: 87%
TYP C: 31%

Das ist kein psychometrisches Verfahren

Durchführen von Tests / Fragebogenerhebung

Auswertung und Interpretation:
(Handbuch)

- ❖ Instruktion
 - ❖ Durchführung
 - ❖ Auswertung
 - ❖ Interpretation
 - ❖ Befundbericht
- Errechnen der Rohwerte
(meist durch Addition)
 - Transformation in Standardwerte
 - T-Werte
 - Prozentränge
 - Vergleiche mit Normwerten

Sonstiges _____

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort**, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahn – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Streck – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofeltrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium

18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz
20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio
21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure
22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch
23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor
24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl
25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte
26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte
27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta
28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin
29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen
30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran
31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber
32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane
33. Spirine – Saprin – Parsin – Purin – Asprint
34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus
35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped
36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar
37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiria

Mehrfachwahl-Wc

MWT–B: Normen von 1952 Erwachsenen der BRD
(repräsentative Zufallsstichprobe)

Gesamtpunktzahl	Prozentrang	IQ	Standardwert
0	0,8	61	74
1	0,9	64	76
2	0,9	65	77
3	1,1	66	77
4	1,5	67	78
5	3,4	70	80
6	4,5	73	82
7	4,9	74	83
8	5,3	76	84
9	6,0	76	84
10	6,8	77	85
11	7,7	78	85
12	8,5	79	86
13	9,7	80	87
14	10,9	81	87
15	13,1	82	88
16	15,0	83	89
17	17,2	85	90
18	19,3	86	91
19	22,1	88	92
20	24,7	89	93
21	27,6	91	94
22	30,8	92	95
23	34,2	93	95
24	37,4	94	96
25	41,0	95	97
26	46,1	97	98
27	51,9	100	100
28	58,2	101	101
29	66,1	104	103
30	76,2	107	105
31	85,1	112	108
32	92,2	118	112
33	96,5	124	116
34	98,8	130	120
35	99,7	136	124
36	99,9	143	129
37	100,0	145	130

2.6 Auswertung – richtige Lösungen

2.6.1 Auswertung

Die Auswertung des MWT–B ist unkompliziert. Man gibt für jede Zeile, in der das „richtige Wort“ (s. 2.4) durch- oder angestrichen ist, einen Punkt. Zeilen mit mehr als einem durchgestrichenen Wort werden nicht gewertet. Schließlich

werden die Punkte zusammengezählt. Sie ergeben die Gesamtpunktzahl, auch als Rohpunktzahl bezeichnet.

Die Gesamtpunktzahlen können Grenzen 0 bis 37 nicht unter- bzw. überschreiten.

2.6.2 Richtige Lösungen

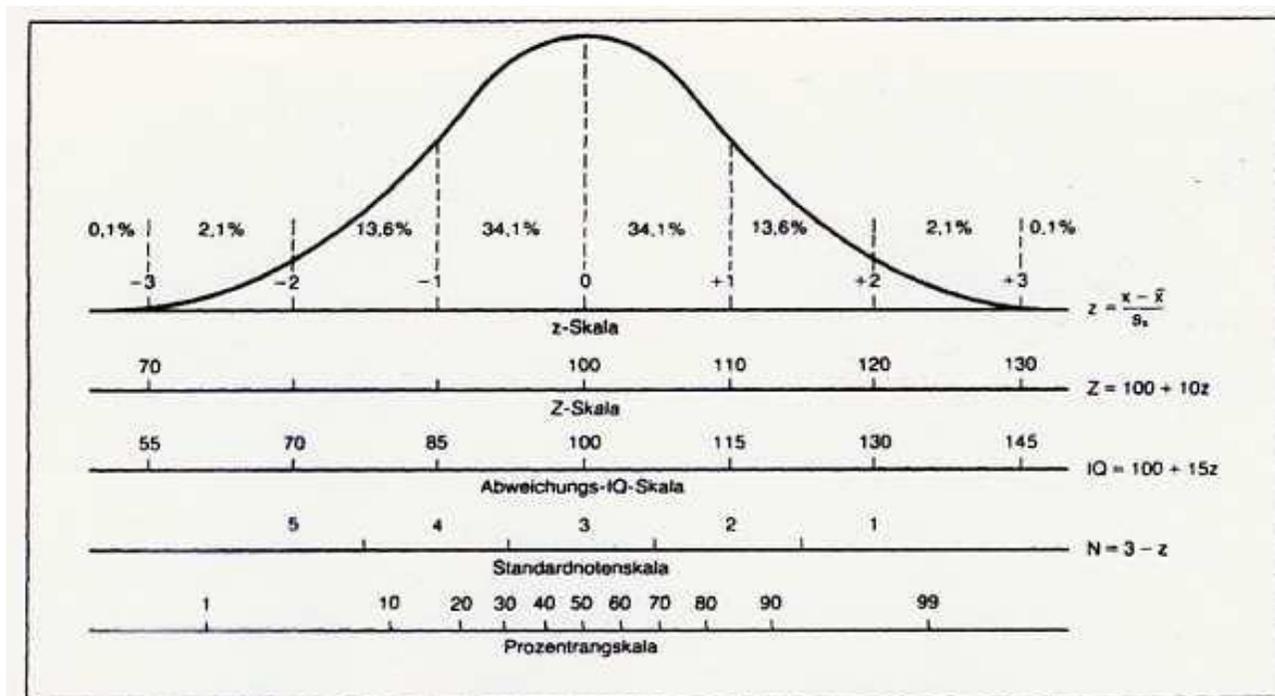
Zeile	Wort	Zeile	Wort
1	Nase	20	Inferno
2	Funktion	21	Klistier
3	Streik	22	kulinarisch
4	Kulisse	23	Torso
5	Gelenk	24	Kleiber
6	sozial	25	Recke
7	Symphonie	26	Matrone
8	Amme	27	Maut
9	Kruste	28	Kerosin
10	Krise	29	verbrämen
11	Tinktur	30	Kapaun
12	Infusion	31	Kassiber
13	Föderalismus	32	Keuper
14	Radium	33	Purin
15	kentern	34	Klonus
16	Kantate	35	Adept
17	kaschieren	36	Indigenat
18	Lid	37	Brekzie
19	Dissonanz		

Gesamtpunktzahl	Intelligenzstufe	IQ
0– 5	sehr niedrige Intelligenz	bis 72
6–20	niedrige Intelligenz	73– 90
21–30	durchschnittliche Intelligenz	91–109
31–33	hohe Intelligenz	110–127
34–37	sehr hohe Intelligenz	128 und höhe

Kennwerte für die Interpretation

- Normen (Handbuch) – Verteilungsform
- Mittelwert und Standardabweichung
- T-Werte / Standardwerte / IQ-Werte
- Prozenträge

Interpretation anhand einer Normalverteilung (Standardverteilung)



• Normen. Vergleichende Darstellung gebräuchlicher Normskalen

Schmerzmessung und Dokumentation

- Es gibt verschiedene Wege, um sich dem Problem der Schmerzmessung zu nähern. Eine Betrachtungsweise bezieht die Merkmale und die Konsequenzen des Schmerzes mit ein und erfasst:
 - die **Intensität** des Schmerzes
 - die **Lokalisierung** des Schmerzes
 - die **Qualität** des Schmerzes
 - die **Konsequenzen** für verschiedene Lebensbereiche
 - **psychische Belastungen** durch Schmerzen (Ängste und Depressivität)
 - Symptome mit möglichem **psychophysiologischem Hintergrund**
 - gesundheits- und krankheitsbezogene **Einstellungen des Patienten**
 - **Bewältigungsstrategien** bei Schmerz und bei Stress
 - **Verhalten in Schmerzsituationen** (vgl. Flor, 2003).

Psychologische Diagnostik

1. Durchsicht der ärztlichen Krankengeschichte
2. Screening der Psychopathologie nach DSM-V (SCL-90)
3. Psychologische Schmerzanamnese (SICS, Kröner-Herwig)
4. Schmerztagebuch (bis zu 4 Wochen)
5. Standarddiagnostik
 - Allgemeine psychische Befindlichkeit *ADS, BF*
 - Schmerzbezogene Verfahren: *Schmerz- Empfindungs Skala SES*
Pain Disability Index PDI
Funktionsfragebogen Hannover FFbH

Schmerzmessung und Dokumentation

Eindimensionale Messinstrumente

VAS, NRS, VRS

Mehrdimensionale Skalen

Schmerzempfindungsskala (SES)

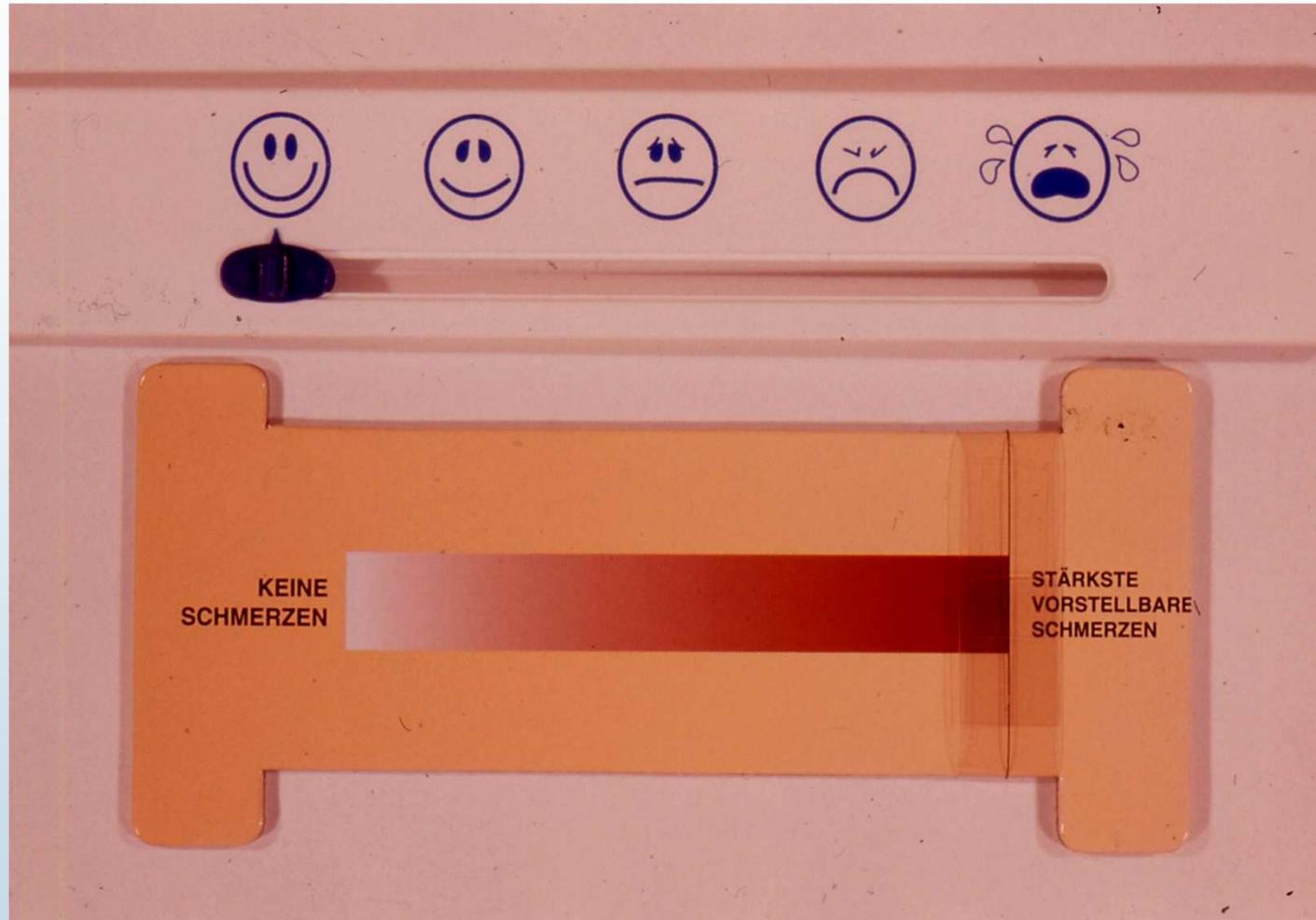
McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Psychophysiologische Methoden

Fragebögen

DGSS

Tagebücher



Verbal Rating Skala (VRS)



SCHMERZMESSUNG

Numerische Ratingskala (NRS)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0=kein Schmerz

10= unerträglicher Schmerz

Verbale Ratingskala (VRS)

Kein	mäßiger	mittelstarker	starker	stärkster vorstellbarer
Schmerz				

Multidimensionale Schmerzdiagnostik – Übersicht über relevante Aspekte und etablierte Diagnostikinstrumente im deutschen Sprachraum

Bereich	Aspekte	Diagnostische Instrumente
Schmerz-anamnese	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzlokalisierung ● Entwicklung des Schmerzproblems ● Medikamenteneinnahme ● u. ä. 	<ul style="list-style-type: none"> ● DGSS Schmerzfragebogen ● semi-strukturierte Schmerzinterviews
Schmerz-intensität	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzintensität (Zeitpunkt/ -raum je nach Vorgabe) ● Schmerzintensität (global) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Visuelle Analogskalen ● Numerische Ratingskalen ● Verbale Ratingskalen ● Multidimensionaler Schmerzfragebogen – Teil 1 (Flor et al., 1990; für Kinder: Fragebogen zum Schmerzerleben (FSK): Hermann et al., 2007a)
Schmerz-qualität	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensorisch-diskriminative Komponente ● Affektive Schmerzkomponente 	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzempfindungsskala (Geissner, 1992) ● Hamburger Schmerzadjektivliste (Hoppe, 1991)
Schmerzauf-tretensmuster	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzhäufigkeit und –intensität im zeitlichen Verlauf ● mögliche schmerzauslösende Faktoren (zB Stress) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerztagebuch

Multidimensionale Schmerzdiagnostik – Übersicht über relevante Aspekte und etablierte Diagnostikinstrumente im deutschen Sprachraum

Bereich	Aspekte	Diagnostische Instrumente
Schmerzverarbeitung, Schmerzbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzbezogene dysfunktionale und adaptive Kognitionen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Selbstinstruktionen (Flor, 1991) ● für Kinder: Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Kognitionen (Hermann et al., 2007a)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Kognitive und behaviorale Schmerzbewältigungsstrategien ● Angst vor Schmerz bzw. körperlicher Aktivität (speziell bei Rückenschmerzen) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (Geissner, 2001) ● Fear-Avoidance-Beliefs-Questionnaire (dt. Version: Pfingsten et al., 2001)
Schmerzbezogene affektive Reaktionen	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzbedingte affektive Verstimmung ● Schmerzbezogene affektive Verarbeitung (Hilflosigkeit, Angst, Ärger) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Multidimensionaler Schmerzfragebogen – Teil 1 (Flor et al., 1990; für Kinder: Hermann et al., 2007b) ● Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (Geissner, 2001)
Schmerzbedingte Beeinträchtigung/ psychosoziale Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> ● Schmerzbedingte Beeinträchtigung im Alltag ● Subjektive Lebenskontrolle ● Subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung ● Schmerzbedingte Behinderungseinschätzung ● Schweregrad des Schmerzproblems 	<ul style="list-style-type: none"> ● Multidimensionaler Schmerzfragebogen – Teil 1 (Flor et al., 1990; für Kinder: FSK– Hermann et al., 2007a) ● Schmerzbehinderungsindex (Pain Disability Index; Dillmann et al., 1994) ● Skala zur Bestimmung des Schweregrads chronischen Schmerzes (Von Korff et al., 1992)

Multidimensionale Schmerzdiagnostik – Übersicht über relevante Aspekte und etablierte Diagnostikinstrumente im deutschen Sprachraum

Bereich	Aspekte	Diagnostische Instrumente
Schmerzverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Verbales und nonverbales Schmerzverhalten während eines Verhaltenstest (zB Durchführen von körperlicher Arbeit) oder in natürlichen Situationen (zB Gespräch mit Therapeut) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tübinger Bogen zur Erfassung von Schmerzverhalten (Flor, 1991)
Operante Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerverhalten (zuwendend, ablenkend, bestrafend-ignorierend) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbericht Schmerzpatient: Multidimensionaler Schmerzfragebogen – Teil 2 (Flor et al., 1990) • Perspektive des Partners: Multidimensionaler Schmerzfragebogen, Partnerversion (Flor, 1991)
Aktivitätsniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten im Haushalt, außerhäusliche und soziale Aktivitäten • Tägliche Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Multidimensionaler Schmerzfragebogen – Teil 3 (Flor et al., 1990) • Schmerztagebuch
Symptomspezifische psychophysiologische Reagibilität	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Muskelanspannung in Ruhe und/oder bei Stress (speziell bei Schmerzen im Bereich der Skelettmuskulatur) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrkanalableitung peripherphysiologischer Parameter in Ruhe bzw. bei Stressinduktion

Schmerzwahrnehmung – Schmerzerleben

Schmerzempfindungsskala (SES) von E. Geissner (1996)

Schmerzempfindung **SES**

Patient /
Patientin: _____ Heutiges Datum: _____

Untersuchungsleiter /
Untersuchungsleiterin: _____

© by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG · Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten · Best.-Nr. 0115103

BEARBEITUNGSHINWEISE

Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer *Schmerzempfindung*. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für *Ihre Schmerzen* stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu
3 = trifft weitgehend zu
2 = trifft ein wenig zu
1 = trifft nicht zu.

Bitte machen Sie ein Kreuz *auf die Zahl*, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

Gemeinsam mit dem Untersuchungsleiter / der Untersuchungsleiterin wird vorher festgelegt, auf welchen Zeitraum sich die Beurteilung Ihrer Schmerzen beziehen soll.

Beziehen Sie sich bei der Beurteilung:

- auf die typischen Schmerzen in der letzten Zeit, d.h. ca. in den letzten 3 Monaten
- auf die typischen Schmerzen in den letzten Tagen
- auf die Schmerzen in dem Moment, in dem Sie diesen Bogen bearbeiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

Schmerzwahrnehmung – Schmerzerleben

Schmerzempfindungsskala (SES) von E. Geissner (1996)

Skalen: „affektives Schmerzerleben“
„sensorisches Schmerzerleben“

BEARBEITUNGSHINWEISE

Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer *Schmerzempfindung*. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für *Ihre Schmerzen* stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 4 = trifft genau zu
- 3 = trifft weitgehend zu
- 2 = trifft ein wenig zu
- 1 = trifft nicht zu.

Bitte machen Sie ein Kreuz *auf die Zahl*, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie *in jeder Zeile* ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

Gemeinsam mit dem Untersuchungsleiter / der Untersuchungsleiterin wird vorher festgelegt, auf welchen Zeitraum sich die Beurteilung Ihrer Schmerzen beziehen soll.

Beziehen Sie sich bei der Beurteilung:

- auf die typischen Schmerzen in der letzten Zeit, d.h. ca. in den letzten 3 Monaten
- auf die typischen Schmerzen in den letzten Tagen
- auf die Schmerzen in dem Moment, in dem Sie diesen Bogen bearbeiten

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

TEIL A

	trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
1. Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	4	3	2	1
2. Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	4	3	2	1
3. Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	4	3	2	1
4. Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	4	3	2	1
5. Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	4	3	2	1
6. Ich empfinde meine Schmerzen als elend	4	3	2	1
7. Ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	4	3	2	1
8. Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	4	3	2	1
9. Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	4	3	2	1
10. Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	4	3	2	1
11. Ich empfinde meine Schmerzen als marternnd	4	3	2	1
12. Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	4	3	2	1
13. Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	4	3	2	1
14. Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	4	3	2	1

TEIL B

15. Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	4	3	2	1
16. Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	4	3	2	1
17. Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	4	3	2	1
18. Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	4	3	2	1
19. Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	4	3	2	1
20. Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	4	3	2	1
21. Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	4	3	2	1
22. Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	4	3	2	1
23. Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	4	3	2	1
24. Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	4	3	2	1

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie auch nichts ausgelassen haben.

ROHWERTE (nur für Auswertungszwecke)

Rohwert Teil A Rohwert Teil B Rohwerte Teilskalen: Rhyth. L.E. Temp.
(rot) (blau) (grün)

Schmerzwahrnehmung – Schmerzerleben

Schmerzempfindungsskala (SES) von E. Geissner (1996)

AUSWERTUNG

Globalskalen A und B:

	ROHWERT	STANDARDWERT ALLGEMEIN		Standardwert spezifisch (fakultativ)	
		T-WERT	PROZENTRANG	T-WERT	PROZENTRANG
TEIL A		T =	%	T =	%
TEIL B		T =	%	T =	%

Referenzgruppe für SW / spez.: _____
(Bezeichnung)

Sensorische Teilskalen (fakultativ):

	Rohw.	Stand./allg.		Stand./spez.	
		T-Wert	Prozentrang	T-Wert	Prozentrang
1 Rhyth. (rot)		T =	%	T =	%
2 L.E. (blau)		T =	%	T =	%
3 Temp. (grün)		T =	%	T =	%

Ref.gr. für SW/spez.: _____
(Bezeichnung)

Angst und Depressivität bei körperlichen Erkrankungen
HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE – HADS
(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2003)

HADS-D

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Code-Nummer: _____
Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.
Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt
 meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher
 ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte
 ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber es macht mir keine Sorgen
 überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen
 ja, so viel wie immer
 selten
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf
 einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich
 überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen
 ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
 fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
 überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
 ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
 ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft
 ja, sehr
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
 ja, tatsächlich sehr oft
 ziemlich oft
 nicht sehr oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen
 oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

© für die dt. Version Verlag Hans Huber, Bern 1995, 2004
© für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994
Verlag Hans Huber Bestellnummer 0306903

HADS - D

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Code-Nummer: _____
Alter: J. Geschlecht: m w Datum: _____

Auswertungshinweise:
Die Punktwerte aller Items werden entsprechend den nebenstehenden Zahlen ermittelt und hinter jedem Item vermerkt. Dann können durch Addition die beiden Subskalen-Rohwerte berechnet werden (HADS-D-Angstwert = Summe A1 bis A7; HADS-S-Depressivitätswert = Summe D1 bis D7). Maximal ein fehlendes Item je Subskala kann durch den gerundeten Mittelwert der sechs vorhandenen Items derselben Subskala geschätzt werden.

	Rohwert	neg. (0-7)	?? (8-10)	pos. (≥11)	T-Wert	Perzentil
HADS-D-Angstwert (=Summe A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HADS-D-Depressivitätswert (=Summe D)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

F1 → 3 A 1: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F2 → 0 D 1: _____
 → 1
 → 2
 → 3

F3 → 3 A 2: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F4 → 0 D 2: _____
 → 1
 → 2
 → 3

F5 → 3 A 3: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F6 → 3 D 3: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F7 → 0 A 4: _____
 → 2
 → 1
 → 3

F8 → 3 D 4: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F9 → 0 A 5: _____
 → 1
 → 2
 → 3

F10 → 3 D 5: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F11 → 3 A 6: _____
 → 2
 → 1
 → 0

F12 → 0 D 6: _____
 → 1
 → 2
 → 3

F13 → 3 A 7: _____
 → 2
 → 1
 → 0 Σ A: _____

F14 → 0 D 7: _____
 → 1
 → 2
 → 3 Σ D: _____

© für die deutsche Version Verlag Hans Huber, Bern 1995/2003
© für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994
Verlag Hans Huber Bestellnummer 0306903

Skalen: Ängstlichkeit & Depressivität . Dieser Fragebogen verzichtet auf die Erfassung körperlicher Indikatoren psychischen Befindens.

Depressivität / Psychopathologie
BECK DEPRESSIONS – INVENTAR II (BDI-II)
(Hautzinger, Keller & Kühner; 2010)

BDI-II Beck Depressionsfragebogen

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: m / w Datum: _____

Anleitung: Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1.) Traurigkeit
0 Ich bin nicht traurig.
1 Ich bin oft traurig.
2 Ich bin ständig traurig.
3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann.

2.) Pessimismus
0 Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht.
1 Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht.
2 Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert.
3 Ich habe das Gefühl, dass es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft und es nur noch schlimmer wird.

3.) Frühere Misserfolge
0 Ich fühle mich nicht als Versager.
1 Ich habe öfter versagt als ich sollte.
2 Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge.
3 Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.

4.) Verlust von Freude
0 Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen.
1 Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher.
2 Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
3 Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.

5.) Schuldgefühle
0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
1 Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle.
2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

6.) Gefühle, bestraft zu werden
0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.
1 Ich habe das Gefühl, das ich vielleicht für etwas bestraft werde.
2 Ich glaube, dass ich für etwas bestraft werde.
3 Ich habe das Gefühl, für etwas bestraft zu werden.

7.) Abneigung gegen sich selbst
0 Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben.
1 Ich habe das Vertrauen in mich verloren.
2 Ich bin von mir selbst enttäuscht.
3 Ich mag mich nicht.

8.) Selbstvorwürfe
0 Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst und mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst.
1 Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher.
2 Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler.
3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

9.) Selbstmordgedanken oder -wünsche
0 Ich denke nie daran, mich umzubringen.
1 Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen.
2 Ich möchte mich umbringen.
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.

10.) Weinen
0 Ich weine nicht mehr als früher.
1 Ich weine mehr als früher.
2 Ich weine wegen jeder Kleinigkeit.
3 Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

Summe Seite 1:

PEARSON PsychCorp
© 2009 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/AM.

11.) Unruhe
0 Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst.
1 Ich bin unruhiger oder erregter als sonst.
2 Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen.
3 Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung beleiben oder etwas tun muss.

12.) Interesselosigkeit
0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
1 Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher.
2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
3 Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.

13.) Entschlussunfähigkeit
0 Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer.
1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
2 Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher.
3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14.) Wertlosigkeit
0 Ich fühle mich nicht wertlos.
1 Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher.
2 Ich habe das Gefühl, weniger Wert zu sein als andere Menschen.
3 Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.

15.) Verlust an Energie
0 Ich habe so viel Energie wie immer.
1 Ich habe weniger Energie als früher.
2 Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun.
3 Ich habe nicht genügend Energie, irgend etwas zu tun.

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten
0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert.
1a Ich schlafe etwas mehr als sonst.
1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
3a Ich schlafe die meiste Zeit des Tages.
3b Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.

17.) Reizbarkeit
0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1 Ich bin reizbarer als sonst.
2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
3 Ich bin ständig reizbar.

18.) Veränderungen des Appetits
0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
1a Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst.
1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
2a Mein Appetit ist viel kleiner als vorher.
2b Mein Appetit ist viel größer als vorher.
3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
3b Ich habe ständig großen Hunger.

19.) Konzentrationsschwierigkeiten
0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
1 Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst.
2 Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren.
3 Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.

20.) Müdigkeit
0 Ich bin nicht müder als sonst.
1 Ich werde schneller müde als sonst.
2 Ich bin für viele Dinge, die ich früher gern getan habe, zu müde.
3 Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.

21.) Verlust des Interesses am Sex
0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses am Sex bemerkt.
1 Ich habe weniger Interesse am Sex als früher.
2 Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex.
3 Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1: Gesamt Seite 1+2:

PEARSON PsychCorp
© 2009 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/AM.

0-8: keine Depression
9-13: minimale Depression
14-19: leichte Depression
20-28: mittelschwere Depression
29-63: schwere Depression

Fremdeinschätzung depressiver Symptome – Hamilton Depressions Skala (HAMD)

<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23</p> <p>Initialen des Patienten</p> <p>Aufstellungsdatum: Tag: [] Monat: [] Jahr: [] Stunde (UTC): []</p> <p>Rater-Nr.: [] Formblatt-Nr.: [] Kartennummer: []</p> <p>Unterschrift des Untersuchers: []</p>		<p>CIPS</p> <p>Collegium Internationale Psychiatrie Societatum</p>
<p>HAMD</p> <p>Hamilton Depression Scale</p>		
<p>Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!</p>		
<p>1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Nur auf Befragen geäußert <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vom Patienten spontan geäußert <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Aus dem Verhalten zu erkennen (z. B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten</p> <p>Keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Hält sich für leistungsfähig, erschöpft oder schläft bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder führt sich ansprechend <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen, sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entscheidungsänderungen erkennen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 ankreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationschwäche, reduzierte Motorik)</p> <p>Sprache und Denken normal <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Deutliche Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Exploration schwierig <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ausprägter Stupor <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>2. Schuldgefühle</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Schuldgefühle oder Gelten über frühere Fehler und „Sünden“ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Verdünnungswahn <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anklagen oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>9. Erregung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Zappeligkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Spielen mit den Fingern, Haaren usw. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Min- und herlaufen, nicht still sitzen können <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Händgringen, Nägelbeißen, Haarschneifen, Lippenbeißen usw. <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>10. Angst – psychisch</p> <p>Keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Subjektive Spannung und Reizbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sorgt sich um Nichtigkeiten <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ängste werden spontan vorgebracht <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>3. Suizid</p> <p>Keiner <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>11. Angst – somatisch</p> <p>Körperliche Begleitsymptome der Angst wie: Gastrointestinale (Windruhr, Blähungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Poliakrocie – Schwitzen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßige <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extreme (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>12. Körperliche Symptome – gastrointestinale</p> <p>keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Appetitmangel, Ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühle im Abdomen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>4. Einschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Regelmäßige Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>5. Durchschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung) <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>6. Schlafstörungen am Morgen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>16. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>20. Paranoidale Symptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Mißtraulich <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Beziehungsideen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Beziehungs- und Verfolgungswahn <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>20. Paranoidale Symptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Mißtraulich <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Beziehungsideen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Beziehungs- und Verfolgungswahn <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>21. Zwangssymptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>20. Paranoidale Symptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Mißtraulich <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Beziehungsideen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Beziehungs- und Verfolgungswahn <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>21. Zwangssymptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>16. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>16. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>16. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>12. Körperliche Symptome – gastrointestinale</p> <p>keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Appetitmangel, Ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühle im Abdomen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>11. Angst – somatisch</p> <p>Körperliche Begleitsymptome der Angst wie: Gastrointestinale (Windruhr, Blähungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Poliakrocie – Schwitzen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßige <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extreme (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>12. Körperliche Symptome – gastrointestinale</p> <p>keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Appetitmangel, Ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühle im Abdomen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>10. Angst – psychisch</p> <p>Keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Subjektive Spannung und Reizbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sorgt sich um Nichtigkeiten <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ängste werden spontan vorgebracht <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>11. Angst – somatisch</p> <p>Körperliche Begleitsymptome der Angst wie: Gastrointestinale (Windruhr, Blähungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Poliakrocie – Schwitzen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßige <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extreme (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>12. Körperliche Symptome – gastrointestinale</p> <p>keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Appetitmangel, Ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühle im Abdomen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>9. Erregung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Zappeligkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Spielen mit den Fingern, Haaren usw. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Min- und herlaufen, nicht still sitzen können <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Händgringen, Nägelbeißen, Haarschneifen, Lippenbeißen usw. <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>10. Angst – psychisch</p> <p>Keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Subjektive Spannung und Reizbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sorgt sich um Nichtigkeiten <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ängste werden spontan vorgebracht <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationschwäche, reduzierte Motorik)</p> <p>Sprache und Denken normal <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Deutliche Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Exploration schwierig <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ausprägter Stupor <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>9. Erregung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Zappeligkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Spielen mit den Fingern, Haaren usw. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Min- und herlaufen, nicht still sitzen können <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Händgringen, Nägelbeißen, Haarschneifen, Lippenbeißen usw. <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten</p> <p>Keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Hält sich für leistungsfähig, erschöpft oder schläft bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder führt sich ansprechend <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen, sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entscheidungsänderungen erkennen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 ankreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationschwäche, reduzierte Motorik)</p> <p>Sprache und Denken normal <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Deutliche Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Exploration schwierig <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ausprägter Stupor <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>6. Schlafstörungen am Morgen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten</p> <p>Keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Hält sich für leistungsfähig, erschöpft oder schläft bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder führt sich ansprechend <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen, sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entscheidungsänderungen erkennen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 ankreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>16. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>5. Durchschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung) <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>6. Schlafstörungen am Morgen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>4. Einschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Regelmäßige Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>5. Durchschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung) <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>3. Suizid</p> <p>Keiner <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>4. Einschlafstörung</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Regelmäßige Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>2. Schuldgefühle</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Schuldgefühle oder Gelten über frühere Fehler und „Sünden“ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Verdünnungswahn <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anklagen oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>3. Suizid</p> <p>Keiner <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>20. Paranoidale Symptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Mißtraulich <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Beziehungsideen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Beziehungs- und Verfolgungswahn <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Nur auf Befragen geäußert <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Vom Patienten spontan geäußert <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Aus dem Verhalten zu erkennen (z. B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>2. Schuldgefühle</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Schuldgefühle oder Gelten über frühere Fehler und „Sünden“ <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Verdünnungswahn <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Anklagen oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>21. Zwangssymptome</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!</p>	<p>Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!</p>	<p>Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!</p>
<p>Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!</p> <p>Score 1</p> <p>[] []</p>	<p>Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!</p> <p>Score 1</p> <p>[] []</p>	<p>Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!</p> <p>Score 1</p> <p>[] []</p>

<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23</p> <p>Initialen des Patienten</p> <p>Aufstellungsdatum: Tag: [] Monat: [] Jahr: [] Stunde (UTC): []</p> <p>Rater-Nr.: [] Formblatt-Nr.: [] Kartennummer: []</p> <p>Unterschrift des Untersuchers: []</p>		<p>HAMD</p> <p>Hamilton Depression Scale Seite 2</p>
<p>12. Körperliche Symptome – gastrointestinale</p> <p>keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Appetitmangel, Ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühle im Abdomen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>17. Krankheitsinsicht</p> <p>Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Leugnet Krankheit ab <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>18. Tageschwankungen</p> <p>a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tageschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tageschwankungen) ankreuzen.</p> <p>Keine Tageschwankungen <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Symptome schlimmer am Morgen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Symptome schlimmer am Abend <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an, Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>13. Körperliche Symptome – allgemeine</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Schweregefühle in Gliedern, Rücken oder Kopf, Ruckern, Kopf- oder Muskelschmerzen, Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Gering <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mäßig <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Geringe <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Starke <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>15. Hypochondrie</p> <p>Keine <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Verstärkte Selbstbeobachtung (auf</p>	

Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag - *Pain Disability Index – PDI* (dtsh.: Dillmann, Nilges, Saile & Gerbershagen, 1994)

PDI

Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, daß Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater - und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben, gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.

PDI Dillmann, Nilges, Saile, Gerbershagen

Interpretation:

min 0 Pt. – max 70 Pt

ab 33 Pt. liegt eine subjektive

Beeinträchtigung von mindestens 50% vor

Lebensqualität: EuroQol EQ-5D (EuroQol Group, 1998 TM)

EuroQol

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (x) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

1. Beweglichkeit / Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen. 1
 Ich habe einige Probleme herumzugehen. 2
 Ich bin ans Bett gebunden. 3

2. Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen. 1
 Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen. 2
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen. 3

3. Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. 1
 Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. 2
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen. 3

4. Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden. 1
 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden. 2
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden. 3

5. Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert. 1
 Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert. 2
 Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert. 3

1

6. Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

- besser 1
 im großen und ganzen etwa gleich 2
 schlechter 3

7. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.



2

Skala DOLOPLUS 2		Datum	Datum	Datum	Datum
Name :/...../...../...../...../...../...../...../.....
Vorname :/...../...../...../...../...../...../...../.....
Somatische Schmerzauswirkung					
1.					
Verbaler Schmerz – ausdruck	<ul style="list-style-type: none"> Keine Äußerungen Äußerungen nur bei Patientenkontakt Gelegentliche Äußerungen Dauernde spontane Schmerzáußerungen 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2.					
Schonhaltung in Ruhe	<ul style="list-style-type: none"> Keine Schonhaltung Vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen Ständige, wirksame Schonhaltung Ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3.					
Schutz von schmerzhaften Körperzonen	<ul style="list-style-type: none"> Kein Schutz Bei Patientenkontakt, ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung Bei Patientenkontakt, mit Hinderung jeglicher Handlungen Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4.					
Mimik	<ul style="list-style-type: none"> Übliche Mimik Schmerzausdrückende Mimik bei Patientenkontakt Schmerzausdrückende Mimik ohne jeglichen Patientenkontakt Dauernde, ungewohnte, ausdruckslose Mimik (leer, starr) 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.					
Schlaf	<ul style="list-style-type: none"> Gewohnter Schlaf Einschlafschwierigkeiten Häufiges Erwachen (motorische Unruhe) Schlaflosigkeit mit Auswirkung auf den Wachzustand 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Psychomotorische Auswirkung					
6.	Waschen u / o Ankleiden <ul style="list-style-type: none"> Unveränderte gewohnte Fähigkeiten Wenig eingeschränkt (vorsichtiger, zögernd aber vollständig) Stark eingeschränkt, nur teilweise und erschwert Unmöglich, Patient wehrt sich bei jeglichem Versuch 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7.	Bewegungen / Mobilität <ul style="list-style-type: none"> Unveränderte gewohnte Fähigkeiten Aktiv wenig vermindert (vorsichtiger, vermeidet gewisse Bewegungen) Aktiv und passiv eingeschränkt (auch bei Hilfe) Bewegungen unmöglich, Mobilisationsversuch wird abgewehrt 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
Psychosoziale Auswirkung					
8.	Kommunikation (verbal/nonverbal) <ul style="list-style-type: none"> Unverändert Intensiviert (ungewohntes Erregen von Aufmerksamkeit) Vermindert (Patient zieht sich zurück) Fehlen oder Abweisung jeglicher Kommunikation 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9.	Soziale Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Ergotherapie, Anlässe) Gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen Teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10.	Verhaltens – Störungen <ul style="list-style-type: none"> Gewohntes Verhalten Wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt Dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt Dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
Total score :		.../...	.../...	.../...	.../...

Worterläuterungen / Vokabular

Verbaler Schmerzausdruck

Der Bewohner drückt seinen Schmerz durch Worte, Gesten, Schreien, Weinen oder Wimmern aus

Schonhaltung in Ruhe

Die Körperhaltung ist ungewöhnlich und zielt auf eine Vermeidung oder eine Verminderung von Schmerzen hin

Schutz von schmerzhaften Körperzonen

Der Bewohner schützt eine oder mehrere Körperzonen durch seine Körperhaltung oder durch Abwehrgesten

Mimik

Das Gesicht des Bewohners scheint durch Gesichtszüge (Grimassen, verzogenes Gesicht, ausdrucksloses Gesicht) oder durch den Blick (starrer Blick, leerer Blick, abwesender Blick oder Tränen) Schmerzen auszudrücken

Patientenkontakt – Beanspruchung

Jegliche Beanspruchung des Patienten von außen z.B.: Berührung, Lagerung, Pflege...

Waschen / Kleiden

Evaluation des Schmerzes während dem Waschen und / oder Ankleiden, allein oder mit Hilfe

Bewegung – Mobilisation – Mobilität

Schmerzevaluation während der Bewegung: Umlagerung, Transfer, Gehen – allein oder mit Hilfe

Kommunikation

Verbal oder nonverbal

Soziale Aktivitäten

Essen, allgemeine Aktivitäten, therapeutische Aktivitäten, Besuch...

Verhaltensstörungen

Aggressivität, Agitation, Verwirrung, Gleichgültigkeit, Entgleiten, Regression, Frage nach Euthanasie...

Zusammenfassung

- Test kurz erläutern und vorstellen
- Einsatz des Tests begründen
- Möglichkeit schaffen Fragen zu stellen
- Rückmeldung über die Ergebnisse geben
- Effiziente und zuverlässige Verfahren zur Erfassung der Sichtweisen des Patienten
- Unverzichtbar zur Therapie -Evaluation und –forschung
- Einsatz und Interpretation erfordern fachliches Wissen (Handbücher!)

Literatur: Pioch, E.: Schmerzdokumentation in der Praxis. Heidelberg, Springer Verlag, 2005

Skala DOLOPLUS- 2-Short		Untersucher A		Untersucher B	
		Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit
Name :		.....	.....	.....	.....
Vorname :		.....h	.....h	.....h	.....h
1.					
Verbaler Schmerz – ausdruck	• Keine Äußerungen	0	0	0	0
	• Äußerungen nur bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• Gelegentliche Äußerungen	2	2	2	2
	• Dauernde spontane Schmerzäußerungen	3	3	3	3
2.					
Schonhaltung in Ruhe	• Keine Schonhaltung	0	0	0	0
	• Vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen	1	1	1	1
	• Ständige, wirksame Schonhaltung	2	2	2	2
	• Ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung	3	3	3	3
3.					
Schutz von schmerzhaften Körperzonen	• Kein Schutz	0	0	0	0
	• Bei Patientenkontakt, ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung	1	1	1	1
	• Bei Patientenkontakt, mit Hinderung jeglicher Handlungen	2	2	2	2
	• Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt	3	3	3	3
4.					
Soziale Aktivitäten	• Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Ergotherapie, Anlässe)	0	0	0	0
	• Gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen	1	1	1	1
	• Teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten	2	2	2	2
	• Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten	3	3	3	3
5.					
Verhaltens- störungen	• Gewohntes Verhalten	0	0	0	0
	• Wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• Dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	2	2	2	2
	• Dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass	3	3	3	3
Total score :		.....	.....	.....	.....