

Auswertung

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

PHQ-D	ICD-10	DSM-IV
Somatoformes Syndrom vorhanden	F45.0	300.81
sofern adäquate organische Ursachen fehlen	F45.1 F45.3	300.82
Major Depressives Syndrom vorhanden	F32 F33	296.2 296.3
Andere Depressive Syndrome nicht vorhanden	F32 F33	296.2 296.3
Paniksyndrom nicht vorhanden	F41.0 F40.01	300.01 300.21
Andere Angstsyndrome vorhanden	F41.1 F41.9	300.02 300.00
V.a. Bulimia nervosa nicht vorhanden	F50.2	307.51
V.a. „Binge-Eating“-Störung nicht vorhanden	F50.9	307.50
Alkoholsyndrom vorhanden	F10.1 F10.2	305.00 303.90
Depressivität (PHQ-9):	19	ausgeprägt
Somatische Symptome (PHQ-15):	20	starke Symptombelastung

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können.

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bauchschmerzen	Wenig beeinträchtigt
Rückenschmerzen	Stark beeinträchtigt
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	Wenig beeinträchtigt
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	Wenig beeinträchtigt
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	Stark beeinträchtigt
Kopfschmerzen	Wenig beeinträchtigt
Schmerzen im Brustbereich	Stark beeinträchtigt
Schwindel	Stark beeinträchtigt
Ohnmachtsanfälle	Nicht beeinträchtigt

Herzklopfen oder Herzrasen	Wenig beeinträchtigt
Kurzatmigkeit	Wenig beeinträchtigt
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	Stark beeinträchtigt
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	Wenig beeinträchtigt

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

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	An einzelnen Tagen
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	An mehr als der Hälfte der Tage
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	An einzelnen Tagen
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	An mehr als der Hälfte der Tage
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	Beinahe jeden Tag
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	An mehr als der Hälfte der Tage
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	Beinahe jeden Tag
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	An mehr als der Hälfte der Tage
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	Beinahe jeden Tag

Fragen zum Thema „Angst“.

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	JA
Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	NEIN
Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	NEIN
Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	JA

Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

Bekamen Sie schlecht Luft?	JA
Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	NEIN
Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	NEIN
Haben Sie geschwitzt?	JA
Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	JA
Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	NEIN

Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	JA
Fühlten Sie sich schwindelig, benommen oder sind Sie ohnmächtig geworden?	JA
Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	NEIN
Zitterten oder bebten Sie?	JA
Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	NEIN

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	An mehr als der Hälfte der Tage
Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt.	An einzelnen Tagen
Leichte Ermüdbarkeit.	An mehr als der Hälfte der Tage
Muskelverspannungen, Muskelschmerzen.	An einzelnen Tagen
Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen.	An mehr als der Hälfte der Tage
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen.	An mehr als der Hälfte der Tage
Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit.	An einzelnen Tagen

Fragen zum Thema „Essen“.

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, was und wie viel Sie essen?	NEIN
Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?	JA
Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	---

Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	---
Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	---
Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	---
Mehr als eine Stunde Sport getrieben, mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, nachdem Sie zuviel gegessen hatten?	---

Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

Trinken Sie jemals Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	---
	JA

Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören. NEIN

Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“. JA

Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen ferngeblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren. JA

Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten. NEIN

Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten. NEIN

Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen?

Stark erschwert