

EpiLing-Bogen

Was wäre Ihre spontane Einschätzung, wenn Sie den Bogen nicht hätten



Anfallsschilderung		
1.	Das subjektive Erleben des Anfallsablaufs wird relevant gesetzt <input type="checkbox"/>	Bezogen auf den Anfallsablauf v.a. holistische Aussagen und Verneinungen („ich bin da weg“, „ich kann mich nie an irgendetwas erinnern“) <input type="checkbox"/>
2.	Symptome werden sinnvoll in den Anfallsablauf eingeordnet <input type="checkbox"/>	Palette an Symptomen ohne klare Einordnung in den Anfallsablauf <input type="checkbox"/>
3.	Formulierungsanstrengung, Ringen um nachvollziehbare Schilderung des Anfallsablaufs ggf. durch Gesten <input type="checkbox"/>	Inkohärente Angaben; Verwischungsstrategien: Benannte Symptome werden relativiert bis zur Zurücknahme; Fokussierungsresistenz <input type="checkbox"/>
4.	Beginn und Ende der Bewusstlosigkeit werden sprachlich markiert. Ggf. Rekonstruktion der Lücke mit Zeugenaussagen <input type="checkbox"/>	Das „Umkippen“ wird wiederholt relevant gesetzt. Umgebungsdetails tragen nicht zum Verständnis des Anfallserlebens bei. <input type="checkbox"/>
5.	Epileptische Anfallssymptome wie offene Augen, kurze Dauer, lateraler Zungenbiss, postiktale Beeinträchtigung <input type="checkbox"/>	Dissoziative Anfallssymptome wie geschlossene Augen, lange Dauer, undulierender Verlauf, neurologisch nicht plausible Symptome <input type="checkbox"/>
Display der inneren Haltung		
6.	Souverän, relativ unbeeinträchtigt („Ich habe die Sache im Griff.“) <input type="checkbox"/>	Hilflos dem Anfall ausgeliefert, stark belastet („Das kann jederzeit passieren“) <input type="checkbox"/>
Anfallsunterbrechungsstrategien		
7.	Offenheit dem Thema gegenüber, wird vielleicht sogar aktiv eingebracht <input type="checkbox"/>	Das Thema bleibt interaktiv unbearbeitet oder wird negiert <input type="checkbox"/>
Gesprächsverlauf		
8.	Es entsteht ein klares Bild vom Ablauf des Anfalls. <input type="checkbox"/>	Zunehmend Irritation bei der Ärzt:in Kein klares Bild vom Ablauf des Anfalls <input type="checkbox"/>
Summe epileptisch:		Summe dissoziativ:



Gesprächsleitfaden:

1. Offener Einstieg, kein Thema vorgeben, Zeit geben
2. Frage nach dem ersten, dem letzten und dem schlimmsten Anfall
3. Frage nach Anfallsauslösern und Anfallsunterbrechungsstrategien

Erstgespräch:

Klinikinterne Identifikation _____

Alter in Jahren: _____

Geschlecht (m/w/d): _____

Ärztin/Arzt/Psychol.: _____

Diagnose vor Aufnahme:

Dissoziative Anfälle Epileptische Anfälle unklar

Nach Abschluss der Diagnostik:

Dissoziative Anfälle Epileptische Anfälle fokal / generalisiert unklar

Erkrankungsdauer in Jahren: _____

Psychiatrische Komorbidität (ICD 10): F_____ F_____

Diagnose gesichert durch

Durch Zeuge oder Selbstauskunft

Video oder Anfall, der durch medizinisches Personal gesehen wurde

Video/Anfall, der von einem Arzt gesehen wurde, der in der Diagnose von epileptischen und dissoziativen Anfällen erfahren ist.

EEG	ohne epileptiforme Aktivität	mit epileptiformer Aktivität
Routine- oder Schlafentzugs-EEG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während eines Anfalles, bei dem man ictale EEG-Veränderungen erwarten würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während eines typischen dissoziativen Anfalles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkung: _____