

Angsterkrankung - ja oder nein?

Ein Fragebogen zur Selbstdiagnose

Kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen immer die Antwort an, die Ihrem Befinden während **der letzten Woche** am besten entspricht oder entsprochen hat. Nehmen Sie zu allen Fragen Stellung.

	nie / selten 1	manchmal 2	oft 3	immer 4
1. Ich leide unter Schwindelanfällen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich kann spüren, wie mein Herz ganz schnell pocht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich ganz ruhig und kann gut still sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich schwach und werde schnell müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich leide an Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Arme und Beine schlottern und zittern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich glaube, dass alles in Ordnung ist und nichts Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe das Gefühl zusammenzubrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich rege mich leicht auf und bekomme das Gefühl, in Panik zu geraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich fürchte mich ohne jeden Grund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich nervöser und ängstlicher als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe Ohnmachtsanfälle und das Gefühl, ohnmächtig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich kann frei ein- und ausatmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich bekomme so ein Gefühl von Taubheit und Kribbeln in den Fingern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich leide unter Magenschmerzen oder Verdauungsstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich muss häufiger als sonst Wasserlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Meine Hände sind gewöhnlich trocken und warm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle, wie mein Gesicht heiss wird und ich erröte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

Bitte zählen Sie Ihre Punkte auf die Fragen 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16 und 18 zusammen und subtrahieren Sie von dieser Zahl die Summe der Fragen 3, 7, 13 und 17.

Die Entwickler dieses Fragebogens gehen davon aus, dass ab einer Punktzahl von 36 eine behandlungsbedürftige Angsterkrankung vorliegt. Sollten Sie so viele oder sogar noch mehr Punkte erzielen, empfehle ich Ihnen dringend, fachärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in anspruch zu nehmen.

Der Test ersetzt keine psychotherapeutische Fachdiagnose. Er dient zur Orientierung und soll Ihnen die Entscheidung erleichtern, sich in fachliche Betreuung zu begeben.

1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>		
15	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		
16	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>		
18	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>				
Summe		minus	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
			Summe		Total