

Stimmungskurztest: Angst

Bewerten Sie bitte jeweils wie stark das entsprechende Symptom in der letzten Woche und am heutigen Tag bei Ihnen aufgetreten ist:

Angst - Gedanken und Gefühle	gar nicht	etwas	mäßig	stark	sehr stark
1. Angst, Nervosität, Sorgen oder Furcht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gefühl, die Objekte in Ihrer Umgebung sind unwirklich oder Sie selbst sind weit entfernt oder „nicht wirklich hier“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Plötzlich unerwartete Panikanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ungute Vorahnung oder Gefühl des drohenden Unheils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gefühl von Angespanntheit, Stress oder starker Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summe = _____
 x 0 x 1 x 2 x 3 x 4

Ergebnis = _____

Angst - Körperliche Symptome	gar nicht	etwas	mäßig	stark	sehr stark
1. Herzrhythmusstörungen, Herzrasen oder starkes Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. leichtes Zittern oder starkes Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beklemmungsgefühl, Schmerz oder Druck in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Flaues Gefühl im Magen oder Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gefühl von Schwindel, Benommenheit oder Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kribbeln oder Taubheitsgefühle in Zehen und Fingern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summe = _____
 x 0 x 1 x 2 x 3 x 4

Ergebnis = _____

Stimmungskurztest: Depression

Bewerten Sie bitte jeweils wie stark das entsprechende Symptom in der letzten Woche und am heutigen Tag bei Ihnen aufgetreten ist:

Depression - Gedanken und Gefühle	gar nicht	etwas	mäßig	stark	sehr stark
1. Fühlen Sie sich traurig oder deprimiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Erscheint Ihnen die Zukunft als hoffnungslos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fühlen Sie sich, verglichen mit anderen, unzulänglich oder minderwertig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie weniger Interesse und weniger Freude an Ihrer Arbeit oder an anderen Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erleben Sie weniger Freude und Zufriedenheit als früher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summe = _____
 x 0 x 1 x 2 x 3 x 4

Ergebnis = _____

Depression - Körperliche Symptome	gar nicht	etwas	mäßig	stark	sehr stark
1. Fühlen Sie sich häufig müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie Schwierigkeiten nachts gut zu schlafen, oder schlafen Sie zuviel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Leiden Sie unter Appetitverlust oder übermäßigem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie das Interesse an Sex verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sorgen Sie sich um Ihre Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summe = _____
 x 0 x 1 x 2 x 3 x 4

Ergebnis = _____

Stimmungskurztest: Auswertung

Auswertung im Bereich Angst:

Gedanken und Gefühle

Normaler Bereich:

0 bis 1 Punkte: Minimale oder keine Angst

2 bis 4 Punkte: An Angst grenzender Zustand

Klinischer Bereich:

Hier ist je nach Fall eine Therapie empfehlenswert.

5 bis 8 Punkte: Leichte Angst

9 bis 12 Punkte: mäßig starke Angst

13 bis 16 Punkte: starke Angst

17 bis 20 Punkte: Extrem starke Angst oder Panik

Körperliche Symptome

0 bis 2 Punkte: Wenig bis keine körperlichen Angstsymptome

3 bis 6 Punkte: Einige körperliche Angstsymptome

7 bis 10 Punkte: Leichte körperliche Angstsymptome

11 bis 20 Punkte: Mittelstarke körperliche Angstsymptome

21 bis 30 Punkte: Starke körperliche Angstsymptome

31 bis 40 Punkte: Extrem starke körperliche Angstsymptome

Auswertung im Bereich Depression:

Gedanken und Gefühle

Normaler Bereich:

0 bis 1 Punkte: Minimale oder keine Depression

2 bis 4 Punkte: normal, aber unglücklich

Klinischer Bereich:

Hier ist je nach Fall eine Therapie empfehlenswert.

5 bis 8 Punkte: leichte Depression

9 bis 12 Punkte: mittelstarke Depression

13 bis 16 Punkte: starke Depression

17 bis 20 Punkte: sehr starke Depression

Körperliche Symptome

0 bis 1 Punkte: Wenig bis gar keine körperlichen Symptome

2 bis 4 Punkte: Einige körperliche Symptome

5 bis 8 Punkte: Leichte körperliche Symptome

9 bis 12 Punkte: Mittelstarke körperliche Symptome

13 bis 16 Punkte: Starke körperliche Symptome

17 bis 20 Punkte: Extrem starke körperliche Symptome

Zur Sicherheit sollte durch eine ärztliche Diagnose ausgeschlossen werden, dass für die körperlichen Symptome kein organischer Befund vorliegt. Wenn Sie Selbstmordgedanken haben, wenden Sie sich bitte umgehend an einen Psychiater oder Psychotherapeuten.