



Panikstörung

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

	Nein	Ja
<p>A (1) Leiden Sie unter wiederholten Panikattacken? D.h. abgrenzbare Zustände von starker Angst oder Unbehagen?</p>	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/>
<p>(2) Sind diese Panikattacken nicht auf eine Situation oder ein Objekt bezogen und treten oft spontan auf?</p>	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/>
<p>Beachten Sie: Die Panikattacken dürfen nicht verbunden sein mit besonderer Anstrengung oder mit gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen.</p>		

	Nein	Ja
<p>B Beurteilen Sie: Die Panikattacken sind <i>abgrenzbare Episoden</i> von intensiver Angst oder Unbehagen, die <i>abrupt</i> beginnen, innerhalb weniger Minuten ein <i>Maximum</i> erreichen und mindestens <i>einige Minuten</i> andauern.</p>	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine Panikattacke hatten, hatten Sie dabei folgende Beschwerden ?			
	Ja		Ja
(1) Herzklopfen oder beschleunigter Puls (Palpitationen) <input type="checkbox"/>		(7) Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust <input type="checkbox"/>	
(2) Schweißausbrüche <input type="checkbox"/>		(8) Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen (z.B. „Rumoren“ im Magen) <input type="checkbox"/>	
(3) Zittern oder Muskelzucken (Fein- oder grobschlägiger Tremor) <input type="checkbox"/>		(9) Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl <input type="checkbox"/>	
(4) Mundtrockenheit <input type="checkbox"/>		(10) Gefühle, dass Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder dass man „selbst weit entfernt“ oder „nicht richtig da“ ist (Depersonalisation) <input type="checkbox"/>	
<p>Mindestens ein Merkmal von (1) – (4) erfüllt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Ende</p>		(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“ <input type="checkbox"/>	
(5) Atembeschwerden <input type="checkbox"/>		(12) Angst, zu sterben <input type="checkbox"/>	
(6) Beklemmungsgefühl <input type="checkbox"/>		(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer <input type="checkbox"/>	
		(14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle <input type="checkbox"/>	



C Beurteilen Sie:
Es liegen mindestens *vier Symptome* aus (1) bis (14) vor.

Nein
Ja
→ **Ende**

D Beurteilen Sie:
Die Panikattacken sind *Folge* einer *körperlichen* Störung, einer *organischen psychischen* Störung (F0), oder einer *anderen psychischen* Störung wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive (F3) oder somatoforme Störung (F45).

Nein
Ja
→ **Ende**

Sind Kriterien **A** bis **D** erfüllt?

Nein **Ja**
→ **Ende**

Diagnose:

F	4	1.	0
---	---	----	---

 ←

Panikstörung