



## Generalisierte Angststörung

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

<b>A</b>	Waren Sie in den vergangenen <b>sechs Monaten</b> sehr <b>angespannt</b> und erlebten <b>starke Besorgnis</b> und <b>Befürchtungen</b> in Bezug auf <b>alltägliche Ereignisse</b> , wie z.B. Ihre finanzielle Situation, Ihre Arbeit, Familie oder Ihre Freunde?	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>→Ende</b>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
<b>Bitte beschreiben Sie die Besorgnisse und Befürchtungen.</b>			

Als Sie sich in den vergangenen **sechs Monaten** ängstlich oder voller Sorge fühlten, hatten Sie da **fast täglich** folgende **Beschwerden**?

	Ja		Ja
(1) Herzklopfen oder beschleunigter Puls (Palpitationen)	<input type="checkbox"/>	(12) Angst, zu sterben	<input type="checkbox"/>
(2) Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>
(3) Zittern oder Muskelzucken (Fein- oder grobschlägiger Tremor)	<input type="checkbox"/>	(14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/>
(4) Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	(15) Muskelverspannungen oder akute oder chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>
<b>Mindestens ein Merkmal von (1) – (4) erfüllt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → Ende		(16) Ruhelosigkeit und Unfähigkeit, sich zu entspannen	<input type="checkbox"/>
(5) Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	(17) Sich „aufgedreht“ fühlen, Nervosität oder psychische Anspannung	<input type="checkbox"/>
(6) Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	(18) Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>
(7) Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust	<input type="checkbox"/>	(19) Übertriebene Reaktion auf kleinere Überraschungen oder Erschrecktwerden	<input type="checkbox"/>
(8) Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen (z.B. „Rumoren“ im Magen)	<input type="checkbox"/>	(20) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leeregefühl im Kopf wegen Besorgnis oder Angst	<input type="checkbox"/>
(9) Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	(21) Anhaltende Reizbarkeit	<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"/>	(22) Einschlafstörungen wegen Besorgnis	<input type="checkbox"/>
(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“	<input type="checkbox"/>		



**B Beurteilen Sie:**  
Es liegen mindestens *vier Symptome* aus (1) bis (22) vor.

**Nein**   
**Ja**   
→ **Ende**

**C Beurteilen Sie anhand des Screenings:**  
Die Störung *erfüllt* die Kriterien für eine *Panikstörung* (F41.0), eine *phobische Störung* (F40), eine *Zwangsstörung* (F42) oder eine *hypochondrische Störung* (F45.2).

**Nein**   
**Ja**   
→ **Ende**,  
Interview  
zu be-  
treffender  
Störung

**D Beurteilen Sie:**  
Die Störung ist *Folge* einer *körperlichen* (wie Hyperthyreose) oder *organischen psychischen* Störung (F0), oder einer Störung durch *psychotrope Substanzen* (F1) (wie exzessiver Konsum von amphetamin-ähnlichen Substanzen; oder durch Benzodiazepin-Entzug).

**Nein**   
**Ja**   
→ **Ende**

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

**Nein**  **Ja**   
→ **Ende**

**Diagnose:**

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

 ←

**Generalisierte Angststörung**