

P1: Fragebogen zur Selbstbestimmung von panischer und agoraphobischer Angst (Kinder und Jugendliche)

Schreibe entweder eine kurze Antwort hinter die jeweilige Frage oder kreuze an, was auf dich zutrifft:

1. Hattest du in letzter Zeit furchtbare Angst? _____

2. Wo warst du da gerade und was hast du gemacht? _____

3. Kam die Angst aus heiterem Himmel? _____

4. Hast du die Angst körperlich gespürt?

- Hat zum Beispiel dein Herz stark geschlagen?
- Hattest du Atemnot oder das Gefühl, du könntest ersticken?
- War dir schwindelig?
- Ist dir übel geworden oder hattest du Bauchschmerzen?
- Hast du dich unsicher oder wie benommen gefühlt?
- Konntest du nicht mehr so gut laufen?
- Hast du geschwitzt?
- Hast du gezittert?
- Wurde dir warm oder kalt?
- Welche körperlichen Beschwerden findest du besonders schlimm?

5. Was hast du während der Angst gedacht und gefühlt?

- Hattest du Angst, du könntest sterben?
- Hattest du Angst, schwer krank zu werden?
- Hattest du Angst, die Kontrolle zu verlieren und auszurasen?
- Hattest du Angst, ohnmächtig zu werden?
- Hattest du Angst, verrückt zu werden?
- Hattest du Angst, dich hilflos und ausgeliefert zu fühlen?
- Hattest du die Befürchtung, andere könnten mitkriegen, dass du Angst hast?

6. Hattest du vorher etwas eingenommen, zum Beispiel Coca Cola, Kaffee, Tee, Cannabis, ein Medikament oder etwas anderes?

- Nein
- Wenn ja, was? _____
- Weißt du noch, wie viel? _____

7. Ist Angst schon häufiger bei dir aufgetreten?

Nein

Wenn ja, wann war es das erste Mal, soweit du weißt? _____

Wie oft hattest du im letzten Monat oder in der letzten Woche Angst? _____

8. Machst du dir Sorgen, dass du nochmals einen Angstanfall bekommen könntest?

9. Vermeidest du einige Situationen, um das zu verhindern?

10. Wovor hattest du früher sonst noch Angst?

11. Bist du jemand, der sich immer viele Sorgen macht?

12. Bist du gesund (oder hast du eine Erkrankung, wie Allergien, Schilddrüsenprobleme, Asthma usw.)?
